

UNE ÉVALUATION THÉMATIQUE

ACTIVITÉS DE GESTION COMMUNAUTAIRE INTÉGRÉE DES CAS (ICCM)

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF)

CENTRE OPERATIONNEL DE BRUXELLES (OCB)

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Novembre 2025

Cette publication a été réalisée à la demande de Médecins Sans Frontières (MSF) - Centre Opérationnel Bruxelles (OCB) sous la direction de l'Unité d'Évaluation de Stockholm (SEU).

Elle présente un résumé basé sur le rapport d'évaluation complet, disponible en anglais. Nous invitons les lecteurs/lectrices à se référer à ce rapport pour plus de détails et un reflet plus juste des nuances et formulations voulues par l'équipe d'évaluation.

L'évaluation a été conduite de manière indépendante par Eau Claire Consulting - Mary Kante (évaluatrice principale et chef d'équipe), Malia Skjefte et Laure Moukam (Consultantes).

Avertissements

Les opinions exprimées par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Médecins sans Frontières ni de l'Unité d'évaluation de Stockholm.

INTRODUCTION

Cette évaluation thématique, menée par Eau Claire Consulting, a exploré la mise en œuvre, les performances et les recommandations stratégiques pour la mise à l'échelle et la durabilité des activités de **gestion communautaire intégrée des cas (iCCM)** dans le portefeuille de Médecins Sans Frontières-Centre Opérationnel de Bruxelles (MSF-OCB) à la fin de l'année 2024. Conformément aux Termes de Référence (TdR), cette évaluation est destinée aux équipes MSF de l'OCB à des fins de redevabilité, d'amélioration continue et d'apprentissage organisationnel. De même, les résultats de l'évaluation devraient contribuer à une meilleure compréhension des réalités opérationnelles du personnel de MSF et des Ministères de la Santé, des agents de santé communautaires et d'autres partenaires, afin d'éclairer la planification et la mise en œuvre futures d'activités iCCM.

L'iCCM est une stratégie de santé communautaire qui permet à des Agents de Santé Communautaire (ASC) formés de diagnostiquer et de traiter les principales causes de mortalité et de morbidité des enfants de moins de cinq ans, en particulier dans les populations mal desservies et difficiles d'accès, et tout spécialement dans les zones reculées ou autres contextes où l'accès aux services de santé est limité. Il s'agit notamment des cas non compliqués de **paludisme, de diarrhée et de pneumonie**, ainsi que l'orientation des cas graves. Dans de nombreux contextes où MSF intervient, les ASC effectuent également le dépistage de la malnutrition et des vaccins nécessaires.

MÉTHODOLOGIE

Les évaluateurs ont recueilli des informations à travers trois flux de données (revue documentaire, données qualitatives et quantitatives) pour **huit projets de MSF-OCB** où des activités iCCM ont été mises en œuvre en 2024¹ et comprenant entre 2 et 115 sites d'activités iCCM par projet: Masisi (République Démocratique du Congo), Niono et Tombouctou (Mali), Cibitoke (Burundi), Kenema (Sierra Leone), Yei et EGPA - East Greater Pibor Administrative Area – (Soudan du Sud), et Kebbi (Nigeria). Ces sites représentent une diversité de contextes géographiques, politiques et épidémiologiques, allant des zones de conflit aux communautés pastorales isolées.

L'évaluation a suivi une **méthodologie mixte**, comprenant une revue documentaire de plus de 2 700 documents, une analyse des données médicales collectées de manière routinière (RCMD) et plus de 100 entretiens avec les parties prenantes sur l'ensemble des sites, incluant des visites en personne des activités d'iCCM à Niono, au Mali, et EGPA, au Soudan du Sud. Parmi les informateurs clés figuraient des agents de santé communautaires, des soignants, des leaders communautaires, du personnel MSF, des représentants du ministère de la Santé et des acteurs de la santé mondiale. Les considérations éthiques comprenaient la communication écrite et verbale d'un consentement éclairé détaillé pour la participation volontaire et confidentielle à des entretiens avec des informateurs clés (KII) ou à des discussions de groupe (FGD) pour les participants de plus de 18 ans dans le cadre de cette étude destinée à un usage interne de MSF. Une traduction a été assurée lorsque nécessaire pour les participants ne parlant ni français ni anglais.

¹ Au cours de l'évaluation, il s'est avéré que le projet Bangassou, en RCA, mettait apparemment en œuvre des activités d'iCCM. Comme elles n'avaient pas été incluses dès le début du processus d'évaluation, celles-ci ils sont demeurés hors du cadre de celle-ci.

QUESTIONS D'ÉVALUATION ET PRINCIPALES CONCLUSIONS

L'évaluation a examiné cinq questions d'évaluation fondamentales affinées et mises à jour au cours de la phase initiale de l'évaluation, à partir de celles présentées dans les TdR. Pour structurer l'analyse, l'évaluation s'est appuyée sur le **cadre RE-AIM** (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et pérennisation) et alignée sur les **huit points de référence (benchmarks) de l'ICCM (domaines programmatiques) identifiés dans la déclaration conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) sur l'ICCM.**² Ces domaines programmatiques comprennent la coordination et l'élaboration des politiques, la budgétisation et le financement, les ressources humaines, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la prestation de services et les références, la communication et la mobilisation sociale, la supervision et l'amélioration de la qualité des performances, le suivi et l'évaluation (S&E) et les systèmes d'information sanitaire (SIS).

Les limites de l'évaluation comprennent l'absence de directives claires pour les équipes de projet MSF-OCB et les lacunes qui en résultent en matière de gestion des connaissances ainsi que dans la collecte, l'analyse, la présentation, la qualité et l'utilisation des RCMD pour les activités iCCM au sein de MSF-OCB ; les contraintes logistiques pour les entretiens sur site ; et la rotation du personnel qui a, dans certains cas, limité la connaissance institutionnelle des activités iCCM.

Les **cinq questions d'évaluation** sont présentées ci-dessous, accompagnées d'un résumé des principales conclusions du rapport.

QE1 : Quelles sont les composantes de chaque intervention iCCM au sein du portefeuille MSF-OCB, comment l'iCCM est-elle opérationnalisée dans les projets MSF-OCB, et comment les décisions clés sont-elles prises ?

Au sein du portefeuille MSF-OCB, le **paquet d'intervention iCCM** se concentre sur la prise en charge du **paludisme et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans**. La prise en charge des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) n'est pas mise en œuvre dans le cadre des activités iCCM dans deux projets MSF-OCB en raison de préoccupations exprimées par le personnel de MSF et le ministère de la Santé concernant les capacités des ASC et l'administration d'antibiotiques au niveau communautaire. L'opérationnalisation varie considérablement d'un site à l'autre en fonction des besoins contextuels, des mouvements de population, des défis sécuritaires et des structures des systèmes de santé nationaux. Par exemple, certains sites (comme Kenema et Masisi) intègrent des services de santé maternelle et néonatale, tandis que d'autres (comme EGPA) utilisent des modèles mobiles pour atteindre les populations nomades. Les décisions clés concernant la gestion des ASC, les modalités de supervision et les systèmes de référencement sont influencées par les contraintes logistiques, la sécurité et la disponibilité des ressources humaines et financières. L'absence de

² OMS/UNICEF (2012). Déclaration conjointe pour iCCM : Une stratégie axée sur l'équité pour améliorer l'accès aux services de traitement essentiels pour les enfants. who.int/publications/m/item/an-equity-focused-strategy-to-improve-access-to-essential-treatment-services-for-children. Remarque : Les repères programmatiques de l'ICCM sont décrits plus en détail dans le rapport final.

directives normalisées de mise en œuvre des projets entraîne de grandes variations dans la façon dont les activités iCCM sont dispensées, suivies et évaluées.

QE2 : Quelle est la justification du choix des sites, de la conception du paquet iCCM en réponse aux facteurs contextuels, des approches budgétaires et de planification utilisées, ainsi que des conceptions différenciées des interventions iCCM dans les projets MSF-OCB ?

La sélection des sites iCCM repose généralement sur une combinaison de facteurs incluant le fardeau des maladies, l'éloignement, les obstacles à l'accès et la vulnérabilité de la population. Les équipes de projet s'appuient sur des données issues des systèmes de surveillance des maladies, du suivi des mouvements de population et des évaluations de santé spécifiques au projet pour orienter leurs décisions. La participation communautaire à la planification est courante, les ASC étant souvent choisis par les leaders locaux et les communautés elles-mêmes. Cependant, la collaboration officielle avec le ministère de la Santé lors des phases initiales de conception reste inégale selon les sites.

Les projets de MSF s'inscrivent dans le cadre du mandat humanitaire de l'organisation, qui vise à servir les populations vulnérables dans des environnements d'opération complexes avec un accès limité aux soins. Les projets sont souvent mis en place en réponse à des conflits, des déplacements ou l'effondrement des systèmes de santé locaux. La conception des programmes iCCM pour les enfants de moins de cinq ans reflète ces priorités et ces contextes, et s'aligne sur les systèmes de santé primaires nationaux et infranationaux et les soutient, en tenant compte des facteurs géographiques, sécuritaires, sanitaires et contextuels spécifiques. Par exemple, à Niono, Masisi et Tombouctou, iCCM comble des lacunes critiques en matière de services dans les zones touchées par les conflits. Dans le cadre d'EGPAA, iCCM est délivrée aux populations pastorales par le biais de services mobiles lorsque la disponibilité en eau les contraint à s'éloigner des unités de santé primaires fixes. Des services connexes visant à atteindre les populations éloignées âgées de plus de cinq ans sont également intégrés aux côtés de l'iCCM dans ces contextes. À Tombouctou et Masisi, par exemple, les équipes MSF intègrent également des services supplémentaires au niveau communautaire, tels que la santé mentale, la nutrition, le dépistage et l'orientation pour les violences basées sur le genre.

Les approches budgétaires et de planification sont souvent réactives, guidées par la faisabilité opérationnelle, les contraintes de disponibilité des ressources et l'évolution des considérations sécuritaires et logistiques. Bien que les activités iCCM puissent être planifiées et financées par le biais du processus de Revue annuelle des opérations de MSF-OCB (ARO), l'évaluation a noté une variabilité des critères de décision et une approche ad hoc pour documenter les décisions de financement, d'expansion, de maintien, d'élargissement ou d'arrêt des activités iCCM. Combiné à la nature du financement de MSF, qui, dans certains cas, est limité dans le temps pour répondre à des situations d'urgence, les options de planification financière à long terme sont considérablement réduites. Par ailleurs, il n'existe pas de lignes directrices ou d'outils pour gérer la continuité des soins après la fin du support de MSF. Les entretiens menés sur un site ont révélé la frustration du ministère de la Santé et des membres de la communauté suite à l'annonce de la fin des activités iCCM de MSF. D'après les commentaires formulés, la décision a été prise unilatéralement, sans solutions de remplacement pour l'accès aux soins communautaires.

Les lignes directrices et outils pourraient inclure, par exemple, une checklist, des études de cas et/ou un résumé des meilleures pratiques pour renforcer le leadership du ministère de la Santé dans les

activités iCCM, assurer l'alignement sur les politiques nationales et soutenir la mobilisation de ressources nationales après la fin du support MSF. Le manque de financement cohérent pour les incitations, la supervision et le soutien de la chaîne d'approvisionnement des ASC menace l'évolutivité des activités iCCM.

Malgré ces défis, la **capacité d'adaptation des interventions iCCM dans les contextes MSF demeure une force**. Les équipes MSF font preuve de créativité pour adapter les services à l'évolution des besoins, en s'appuyant sur des données en temps réel et des informations locales pour naviguer dans des contextes dynamiques. Cependant, l'absence d'un plan stratégique spécifique à MSF-OCB, de directives documentées de MSF pour l'opérationnalisation des normes de qualité technique, ainsi que des procédures opérationnelles standard (SOP) à travers les benchmarks iCCM, limite les possibilités d'intensifier les activités iCCM et d'étendre un ensemble harmonisé de services supplémentaires essentiels à la santé communautaire. Des SOP pourraient être développées, par exemple, sous la forme d'un guide étape par étape ou d'une boîte à outils détaillant la conception et mise en œuvre standard pour chaque domaine programmatique.

QE3 : Quels sont les succès, les défis et les leçons apprises pour les interventions iCCM dans le portefeuille de MSF-OCB pour améliorer l'accès à des soins rapides, de qualité et centrés sur la personne, dispensés au plus près des patients ?

Grâce à l'iCCM, MSF a renforcé la **prestation de soins aux populations** autrement exclues du système de santé. À Masisi et Niono, par exemple, les ASC constituent souvent la seule source de soins disponible. L'appropriation et l'implication des communautés ont accru la confiance et l'utilisation des services, notamment lorsque les ASC sont sélectionnés et formés localement.

L'intégration avec d'autres services, tels que la nutrition, la vaccination et les soins maternels, a amélioré la qualité et élargi l'ensemble des services disponibles et la portée de l'iCCM. Les investissements dans la formation, la supervision et l'engagement communautaire ont renforcé la qualité des services.

Des défis subsistent pour assurer un approvisionnement régulier en intrants, une supervision adéquate et une motivation des ASC. Les intervenants ont également mentionné que les obstacles géographiques et sécuritaires limitaient les références et la supervision en présentiel. De plus, les incitations proposées aux ASC sont souvent insuffisantes ou irrégulières, compromettant leur rétention. Les comportements communautaires, tels que le recours à la médecine traditionnelle ou le refus d'orientation, compliquent encore l'accès et la continuité des soins.

Les principaux enseignements incluent la **valeur de la flexibilité dans la prestation des services**, le rôle essentiel des incitations non financières pour les ASC (formation, reconnaissance) ainsi que l'importance de la participation communautaire pour renforcer la confiance et l'adhésion. Les modèles mobiles et la supervision par les pairs ont également été identifiés comme des stratégies efficaces dans les contextes peu sécurisés ou reculés.

QE4 : Quelles sont les recommandations stratégiques pour les interventions iCCM dans le portefeuille de MSF-OCB afin d'améliorer leur efficacité et leur portée ?

Les priorités stratégiques visant à améliorer l'efficacité et la portée de l'iCCM sont présentées dans la dernière section « Prochaines étapes et recommandations », basée sur l'analyse des résultats des trois flux de données.

QE5 : Comment les interventions iCCM dans les projets de MSF-OCB devraient-elles s'aligner sur les stratégies et les opportunités nationales de santé pour informer une future extension et mise à l'échelle des interventions iCCM et renforcer leur durabilité ?

L'**évolutivité et la pérennisation** des interventions iCCM - en assurant leur mise en œuvre efficace à grande échelle ainsi que la viabilité à long terme de la prestation de services, même après la fin du support MSF - dépendent d'un alignement plus profond avec les stratégies nationales de santé, d'un engagement accru des gouvernements et d'un cofinancement. Alors que certains projets (comme Yei) ont réussi à s'intégrer aux structures du ministère de la Santé et à s'aligner sur des cadres nationaux tels que l'Initiative pour la santé de Boma (BHI), d'autres fonctionnent en parallèle des systèmes nationaux.

La reconnaissance formelle des ASC par le ministère de la Santé reste limitée dans de nombreux contextes. Un plaidoyer politique est nécessaire pour appuyer l'inclusion des ASC dans la planification et la budgétisation du personnel de santé. Dans l'ensemble, MSF peut jouer un rôle catalyseur en testant des approches innovantes, en démontrant leur impact et en facilitant le transfert aux acteurs locaux.

Les recommandations incluent :

- Impliquer le ministère de la Santé dès la conception et la planification des projets.
- Harmoniser les outils et les indicateurs avec les systèmes nationaux (par exemple, l'intégration du DHIS2).
- Soutenir les modèles de supervision et de formation dirigés par le ministère de la Santé.
- Documenter et diffuser les leçons apprises pour informer la mise à l'échelle.

PROCHAINES ETAPES ET RECOMMANDATIONS

L'équipe d'évaluation recommande que MSF-OCB entreprenne un exercice de planification stratégique simplifié et élabore une ébauche de stratégie qui identifie les paquets de soins iCCM standard, les éléments additionnels à envisager (ou non) et les liens vers une boîte à outils iCCM standard. L'élaboration de cette stratégie pourrait s'appuyer sur la présente évaluation thématique, qui fournit un état des lieux actualisé des défis, opportunités et recommandations pouvant directement nourrir le développement de la stratégie MSF-OCB. L'équipe d'évaluation recommande également à MSF-OCB de :

- **Déterminer le niveau de priorité accordé aux activités iCCM** dans le continuum de soins fournis par les équipes de projet. Dès lors qu'iCCM est considérée comme une approche prioritaire, MSF-OCB pourrait s'appuyer sur les mises à jour de sa stratégie médicale pour y intégrer des objectifs clairs concernant le rôle de l'iCCM.
- **Identifier les ressources nécessaires (budget, temps de personnel dédié) et, si disponibles, élaborer un cadre stratégique formel pour l'iCCM au sein de MSF-OCB**, décrivant les paquets de soins standardisés, les normes de qualité technique et les standards opérationnels. **Accompagner ce cadre stratégique d'une boîte à outils** incluant des outils opérationnels et techniques conviviaux et adaptables pour soutenir une mise à l'échelle harmonisée des activités iCCM dans chaque site, et fondée sur les huit benchmarks. L'équipe d'évaluation estime qu'une personne-ressource technique dédiée à l'iCCM serait nécessaire. Le développement de la boîte à outils pourrait être priorisé par benchmark ou par interventions sanitaire et produit par phases selon les ressources disponibles. Des directives de mise en œuvre standardisées permettraient de réduire les variations dans la façon dont les activités iCCM sont dispensées, suivies et évaluées à travers les sites.
 - **Renforcer et officialiser le processus d'évaluation des besoins** utilisé pour planifier les activités iCCM. Cela inclut l'élaboration d'un outil ou questionnaire d'évaluation standard définissant les données essentielles à collecter et les modalités pour une consultation participative.
 - **Examiner le plan stratégique des modèles de soins décentralisés (DMC) de MSF-OCBA** et ses 14 paquets de soins adaptés aux communautés ; l'utiliser comme base pour élaborer une conception iCCM standardisée étape par étape, des directives techniques et opérationnelles et des outils, regroupés dans une plateforme ou une boîte à outils technique iCCM en ligne, sur le modèle de celle d'OCBA pour DMC.
 - Etablir une **plateforme interne de stratégie et de gestion des connaissances iCCM** afin de soutenir l'apprentissage, la mise à l'échelle et la durabilité dans l'ensemble du portefeuille.
 - **Piloter, documenter puis mettre à l'échelle des outils et des innovations adaptables** à travers les huit benchmarks. Apprendre et tirer parti de l'expérience et de l'expertise des équipes MSF-OCB mettant en œuvre les activités iCCM. Par exemple :
 - À Niono, un conseil de gestion communautaire a été mis sur pied pour renforcer l'appropriation et la responsabilisation de la communauté en matière de prestation de services.
 - À Yei et Kenema, l'utilisation de plans de supervision structurés a combiné des visites individuelles bimensuelles avec des séances de groupe mensuelles pour renforcer les compétences cliniques et améliorer la qualité de la collecte de données.
 - A EGPA, la transition vers le modèle *Boma Health Initiative (BHI)* a perturbé les routines de S&E existantes, nécessitant l'adaptation des registres et indicateurs en cours de mise en œuvre.

- **Viser une plus grande implication du ministère de la Santé et une meilleure planification de la transition** : continuer à renforcer la participation du ministère de la Santé dans les sites iCCM actuels ou futurs, avec planification, formation et supervision conjointes, dès le premier jour.
- **Consolider les partenariats avec les parties prenantes nationales et globales**, ce qui sera essentiel pour capitaliser sur les apprentissages et identifier les approches optimales pour étendre et pérenniser la contribution de MSF à la prestation de soins communautaires dans les contextes fragiles.
- **Améliorer le retour d'information sur les données et l'appropriation communautaire** : Renforcer les stratégies de participation communautaire afin de consolider la confiance et d'augmenter le recours aux services, déployer des outils de données conviviaux et des forums de planification participatifs qui permettent aux ASC et aux communautés d'améliorer les services. Soutenir des boucles de rétroaction pour partager les données de santé avec les ASC et les communautés, sous des formats accessibles et exploitables pour les travailleurs de première ligne ou le public.
- **Identifier des incitations non financières supplémentaires pour les ASC**, telles que la formation et la reconnaissance.
- **Soutenir une approche de formation standardisée mais adaptable**, capable d'évoluer tout en maintenant la qualité :
 - Élaborer un manuel de formation et des outils de formation iCCM harmonisés mais flexibles, adaptés aux contextes affectés par les conflits et/ou à faible niveau d'alphabétisation et pouvant être utilisés dans l'ensemble des sites et activités iCCM ; inclure des exercices d'apprentissage participatif.
 - Intégrer les modèles mobiles et la supervision par les pairs, identifiés comme des stratégies efficaces dans les contextes reculés ou à risque.
 - Développer des outils d'auto-évaluation pour les ASC et des grilles de supervision simplifiées pour renforcer la redevabilité dans les zones à faible accessibilité, intégrer la supervision communautaire, renforcer les capacités des ASC et collaborer plus étroitement avec les structures de santé locales dans la conception des activités iCCM.
 - Renforcer les compétences des superviseurs grâce à des formations ciblées et à une réduction de leur charge de travail, afin de permettre un mentorat clinique plus efficace et un retour qualitatif allant au-delà du simple suivi du volume d'activités.
- **Renforcer la planification pharmaceutique et l'approvisionnement ainsi qu'une responsabilité partagée entre MSF, les acteurs du ministère de la Santé et le personnel des structures de santé** :
 - Elaborer des protocoles de transport fiables et des protocoles d'urgence clairement définis.
 - Prépositionner les produits de base, mobiliser les réseaux de transport locaux et garantir des stocks tampons pour les ASC opérant dans des zones reculées.

- Soutenir les superviseurs à effectuer les rapprochements mensuels des registres des médicaments et ceux des patients.
- Elaborer des plans pour maintenir les approvisionnements liés à l'iCCM après la fin du soutien de MSF. Il peut s'agir de préparer une feuille de route de transition logistique dès les premières étapes de planification, précisant comment l'approvisionnement, le stockage et le suivi seront transférés progressivement au ministère de la Santé ou à d'autres acteurs.