

ÉVALUATION THÉMATIQUE DES ACTIVITES DE GESTION COMMUNAUTAIRE INTEGREE DES CAS (ICCM)

MEDECINS SANS FRONTIERES (MSF)
CENTRE OPERATIONNEL DE BRUXELLES (OCB)

Juillet 2025

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

Tous les évaluateurs engagés par la SEU doivent respecter les directives éthiques de la SEU.

Ce rapport a été préparé de manière indépendante par Eau Claire Consulting - Mary Kante, Malia Skjeffe et Laure Moukam.

AVERTISSEMENT

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

Cette version française du rapport d'évaluation est une traduction par la SEU de la version originale en anglais. Nous invitons les lecteurs/lectrices à se référer à la version anglaise qui peut refléter plus justement les nuances et formulations voulues par l'équipe d'évaluation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
RÉSUMÉ	2
INTRODUCTION	12
MÉTHODOLOGIE	21
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	26
LIMITES	26
PRINCIPAUX RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS	29
BENCHMARK 1 : Coordination et élaboration des politiques	29
BENCHMARK 2 : Coûts et financement	33
BENCHMARK 3 : Ressources humaines	36
BENCHMARK 4 : Gestion de la chaîne d'approvisionnement	44
BENCHMARK 5 : Prestation des services et ORIENTATION des patients	47
BENCHMARK 6 : Promotion de la santé et engagement communautaire	56
BENCHMARK 7 : Supervision et amélioration de la qualité des performances	63
BENCHMARK 8 : Suivi et évaluation et systèmes d'information sanitaire	66
DISCUSSION ET PROCHAINES ÉTAPES	72
ANNEXES	79
ANNEXE 1 : Questions d'évaluation tirées du cahier des charges initial pour l'évaluation thématique des activités iCCM dans les contextes MSF-OCB	79
ANNEXE 2 : Matrice d'évaluation	80
ANNEXE 3 : Descriptions complètes des sites iCCM en février 2025	92
ANNEXE 4 : Liste des indicateurs médicaux standard de l'iCCM	119
ANNEXE 5 : documentation	123
ANNEXE 6 : Entretiens avec des informateurs clés et discussions de groupe par groupe et type d'intervenants	131
ANNEXE 7 : Questions d'entretien	136
ANNEXE 8 : Formulaire de consentement éclairé (KII)	145
ANNEXE 9 : Formulaire de consentement éclairé (discussion de groupe)	148
ANNEXE 10 : Principales conclusions de l'analyse quantitative	151

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARO	Revue annuelle des opérations (MSF)
ASACO	Association de santé communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
BHI	Initiative de santé Boma
BHW	Agents de santé de Boma
CAC	Comité d'appui communautaire
CORP	Personne-ressource communautaire
CSCOM	Centre de santé communautaire
DHIS2	Logiciel d'information sanitaire de district 2
DMC	Modèles de soins décentralisés
FGD	Discussion de groupe
HPCE	Promotion de la santé et engagement communautaire
IMS	Personnel mobile international
iCCM	Gestion communautaire intégrée des cas
IPC	Prévention et contrôle des infections
IRA	Infections respiratoires aiguës
KII	Entretien avec un informateur clé
MoH	Ministères de la Santé
MoU	Protocole d'accord
MSF	Médecins Sans Frontières
MSF-OCB	Médecins Sans Frontières-Centre opérationnel de Bruxelles
OCBA	Centre opérationnel de Barcelone Athènes
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PHC	Soins de santé primaires
PHU	Unité de soins de santé primaires
PMR	Référent médical du projet
QE	Question d'évaluation
RCMD	Données médicales collectées régulièrement

RDC	République démocratique du Congo
RE-AIM	Portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien
ReCos	Relais communautaires
RST	Équipe régionale de soutien
S&E	Suivi et évaluation
SEU	Unité d'évaluation de Stockholm
SIS	Système d'information sanitaire
TDR	Test de diagnostic rapide
TdR	Terme de Référence
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG	Violence basée sur le genre
WASH	Eau, assainissement et hygiène

RÉSUMÉ

Cette évaluation thématique explore la mise en œuvre, les performances et les recommandations stratégiques pour l'évolutivité 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 2024. Conformément aux Termes de Référence (TdR), cette évaluation est destinée à être utilisée par les équipes MSF de l'OCB afin de renforcer les priorités actuelles en matière de responsabilité, d'amélioration continue et d'apprentissage organisationnel. De même, les résultats de l'évaluation devraient permettre de mieux comprendre les réalités opérationnelles du personnel de MSF et des ministères de la Santé (MOH), des agents de santé communautaires (ASC) et d'autres partenaires afin d'éclairer la planification et la mise en œuvre futures des programmes iCCM.

L'iCCM est une stratégie de santé communautaire fondée sur des données probantes qui permet aux 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 dans les populations mal desservies et difficiles à atteindre, notamment dans les zones reculées ou autres contextes où l'accès aux services de santé est limité. Il s'agit notamment des cas simples de **paludisme, de diarrhée et de pneumonie**, et de l'orientation vers des services spécialisés pour les cas graves.¹ Dans de nombreux contextes où MSF intervient, les agents de santé communautaires dépistent également la malnutrition et administrent les vaccins nécessaires.

Nous avons recueilli des informations approfondies à partir de trois sources de données (revue documentaire, données qualitatives et quantitatives) pour **huit projets MSF-OCB** où des activités iCCM ont été mises en œuvre en 2024² et qui comprennent entre 2 et 115 sites d'activité iCCM par projet : Masi (République démocratique du Congo), Niono et Tombouctou (Mali), Cibitoke (Burundi), Kenema (Sierra Leone), Yei et EGPA (Soudan du Sud) et Kebbi (Nigéria). Ces sites représentent des contextes géographiques, politiques et épidémiologiques divers, allant des zones de conflit aux communautés pastorales isolées.

L'évaluation a été menée par Eau Claire Consulting selon une **méthodologie mixte**, comprenant un examen approfondi de plus de 2 700 documents, l'analyse de données médicales collectées régulièrement (RCMD) et plus de 100 entretiens approfondis avec des parties prenantes sur tous les sites, y compris des visites en personne à Niono, au Mali, et à l'EGPA, au Soudan du Sud. Les informateurs clés comprenaient des agents de santé communautaires, des soignants, des leaders communautaires, du personnel MSF, des représentants du ministère de la Santé et des acteurs globaux de la santé. Les considérations éthiques comprenaient le partage écrit et verbal 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 âgés de plus de 18 ans dans le cadre de cette étude destinée à l'usage interne. Afin

¹ Groupe de travail sur la santé infantile, site Web sur la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (iCCM) – <https://www.childhealthtaskforce.org/hubs/iccm>.

² Au cours de l'évaluation, le SEU a appris que le projet Bangassou, en RCA, semblait mettre en œuvre des activités iCCM. Comme il n'était pas inclus dès le début du processus d'évaluation, il est resté hors du champ d'application.

de minimiser les biais, une traduction a été fournie si nécessaire aux participants ne parlant ni français ni anglais, et les questions ont été communiquées à l'avance aux participants afin qu'ils puissent se préparer et identifier les questions auxquelles ils préféreraient ne pas répondre.

Afin d'organiser l'analyse, l'évaluation a examiné cinq questions d'évaluation fondamentales, affinées et mises à jour au cours de la phase de lancement à partir de celles présentées dans le cahier des charges initial (**annexe 1**), à travers le **cadre RE-AIM**³ (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien) et en accord avec les **huit critères de référence de l'iCCM (domaines programmatiques ou benchmarks) identifiés dans la déclaration conjointe de l'OMS et du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) sur l'iCCM**.⁴ Ces domaines programmatiques comprennent la coordination et l'élaboration des politiques, l'établissement des coûts et le financement, les ressources humaines, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la prestation de services et l'orientation, la communication et la mobilisation sociale, la supervision et l'amélioration de la qualité des performances, ainsi que 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 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 place ; et la rotation du personnel qui, dans certains cas, a limité la sensibilisation institutionnelle aux activités iCCM.

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

EQ1 : Quelles sont les composantes de chaque intervention iCCM dans le portefeuille MSF-OCB, comment l'iCCM est-elle opérationnalisée dans les projets MSF-OCB et comment les décisions clés sont-elles prises ?

Dans l'ensemble du portefeuille MSF-OCB, le **programme iCCM de base** est systématiquement axé sur la prise en charge du **paludisme et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans**. La prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA) n'est pas mise en œuvre dans le cadre des activités iCCM dans deux projets MSF-OCB en raison des préoccupations exprimées par le personnel de MSF et le ministère de la Santé concernant les capacités des agents de santé communautaires 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 problèmes de sécurité et des structures du système de santé national. Par exemple, certains sites (comme Kenema et Masisi) intègrent des services de santé maternelle et néonatale, tandis que d'autres (comme EGPA) utilisent des

³ Holtrop, JS et al (2021). Comprendre et appliquer le cadre RE-AIM : clarifications et ressources. Journal of Clinical and Translational Services. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327549/>

⁴ OMS/UNICEF (2012). Déclaration commune sur l'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 critères de référence programmatiques de l'iCCM sont décrits plus en détail dans la suite du rapport.

modèles mobiles pour atteindre les populations nomades. Les décisions clés concernant la gestion des ASC, les modalités de supervision et les systèmes d'orientation sont déterminées par les contraintes logistiques, la sécurité et la disponibilité des ressources humaines et financières. L'absence de directives de mise en œuvre standardisées entre les projets entraîne de grandes variations dans la manière dont l'iCCM est mise en œuvre, suivie et évaluée.

EQ2 : Quelle est la justification du choix des sites, de la conception du programme iCCM en fonction des facteurs contextuels, des approches budgétaires et de planification utilisées, ainsi que de la conception différenciée des interventions iCCM dans les projets MSF-OCB ?

La sélection des sites iCCM repose généralement sur une combinaison de facteurs tels que la charge de morbidité, l'éloignement, les obstacles à l'accès et la vulnérabilité de la population. Les équipes de projet utilisent les données provenant des systèmes de surveillance des maladies, du suivi des mouvements de population et des évaluations sanitaires spécifiques au projet pour guider leurs décisions. La participation des communautés à la planification est courante, les agents de santé communautaires étant souvent sélectionnés par les dirigeants locaux et les populations. Cependant, l'engagement formel avec le ministère de la Santé dans les premières phases de conception n'est pas uniforme d'un site à l'autre.

Les projets de MSF sont souvent mis en place en réponse aux priorités du mandat humanitaire de MSF, qui consiste à venir en aide aux populations vulnérables dans des environnements opérationnels complexes où l'accès aux soins est limité. Les projets sont souvent lancés en réponse à un conflit, à des déplacements de population ou à l'effondrement des systèmes de santé locaux. La conception des programmes iCCM pour les enfants de moins de cinq ans reflète ces priorités et ce contexte, et s'aligne et soutient également les systèmes de santé primaires nationaux et infranationaux en tenant compte de facteurs géographiques, sécuritaires, sanitaires et autres facteurs contextuels spécifiques. Par exemple, à Niono, Masisi et Tombouctou, l'iCCM comble des lacunes critiques en matière de services dans les zones touchées par des conflits. Dans l'EGPAA, l'iCCM est fournie par le biais de services mobiles aux communautés pastorales lorsque la disponibilité en eau les oblige à s'éloigner des unités de santé primaires (USP) fixes. Des services connexes visant à atteindre les populations isolées âgées de plus de cinq ans sont également intégrés à l'iCCM dans le cadre de ces projets. À Tombouctou et Masisi, par exemple, les équipes de MSF intègrent également des services supplémentaires au niveau communautaire, tels que la santé mentale, la nutrition et le dépistage et l'orientation des cas de violence basée sur le genre.

Les approches en matière de budgétisation et de planification sont souvent réactives, dictées par la faisabilité opérationnelle, les contraintes liées à la disponibilité des ressources et l'évolution des considérations sécuritaires et logistiques. Si les activités de l'iCCM peuvent être financées dans le cadre du processus d'examen annuel des opérations (ARO), l'évaluation a relevé des critères variables utilisés pour prendre les décisions et des approches ad hoc pour documenter les décisions de financement, de mise à l'échelle, de maintien, d'expansion ou d'annulation des projets iCCM. Combiné à la nature du financement de MSF, qui dans certains cas est limité dans le temps pour faire face à des situations d'urgence, cela réduit considérablement les options de planification financière à long terme. En outre, il n'existe pas de lignes directrices ni d'outils pour gérer la continuité des soins après la fin du financement

de MSF. Les entretiens menés sur un site du projet ont révélé la frustration du ministère de la Santé et des membres de la communauté après l'annonce de la fin des activités iCCM de MSF. Les commentaires recueillis indiquaient que la décision avait été prise de manière unilatérale et sans proposer de solutions pour les options de soins de santé communautaires. Les lignes directrices et les outils pourraient inclure, par exemple, une liste de contrôle, une étude de cas et/ou un résumé des meilleures pratiques afin de renforcer le leadership du ministère de la Santé dans les activités iCCM, d'assurer l'alignement avec les politiques nationales et de soutenir la planification de la mobilisation des ressources nationales après la fin du financement de MSF. Le manque de financement cohérent pour les incitations, la supervision et le soutien à la chaîne d'approvisionnement des agents de santé communautaires menace l'évolutivité des activités iCCM.

Parallèlement à ces défis, **l'adaptabilité des interventions iCCM dans les contextes MSF constitue un atout**. Les équipes MSF font preuve de créativité pour adapter les services à l'évolution des besoins, en utilisant des données en temps réel et des informations locales pour naviguer dans des contextes dynamiques. Cependant, l'absence d'un plan stratégique iCCM spécifique à MSF-OCB, d'attentes documentées de MSF pour la mise en œuvre des normes de qualité technique, ainsi que des procédures opérationnelles standard (SOP) pour l'ensemble des critères iCCM limite les possibilités d'étendre les activités iCCM et d'offrir un ensemble harmonisé de services supplémentaires essentiels à la santé communautaire dans les contextes où MSF opère. Des SOP opérationnelles pourraient être élaborées, par exemple sous la forme d'un guide étape par étape ou d'une boîte à outils pour la conception standard et les considérations de mise en œuvre pour chaque référence programmatique.

EQ3 : Quels sont les succès, les défis et les enseignements tirés des interventions iCCM dans le portefeuille MSF-OCB pour améliorer l'accès à des soins rapides, de qualité, centrés sur la personne et dispensés au plus près des patients ?

Grâce à l'iCCM, MSF a renforcé **la prestation de soins aux populations** qui, autrement, seraient exclues du système de santé. À Masisi et Niono, par exemple, les agents de santé communautaires sont souvent la seule source de soins de santé accessible. L'appropriation et l'implication de la communauté ont renforcé la confiance et l'utilisation, en particulier lorsque les agents de santé communautaires 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'éventail 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 persistent pour garantir un approvisionnement régulier en produits, l'étendue de la supervision et la motivation des ASC. Les intervenants ont également souligné que les obstacles géographiques et sécuritaires limitaient les orientations vers des spécialistes et la supervision en personne. En outre, les incitations accordées aux ASC sont souvent insuffisantes ou irrégulières, ce qui compromet leur fidélisation. Les comportements communautaires, tels que le recours à la médecine traditionnelle et le

refus d'orientation vers des spécialistes, compliquent encore davantage l'accès aux soins et leur continuité.

Les principaux enseignements tirés concernent **l'importance de la flexibilité dans la prestation des services**, le rôle essentiel des incitations non financières pour les agents de santé communautaires (formation, reconnaissance) et l'importance de la participation communautaire pour promouvoir la confiance et l'adhésion. Les modèles mobiles et la supervision par les pairs ont également été identifiés comme des stratégies efficaces dans les environnements instables ou isolés.

EQ4 : Quelles sont les recommandations stratégiques pour les interventions iCCM dans le portefeuille MSF-OCB afin d'améliorer leur efficacité et leur portée ?

Les priorités stratégiques pour améliorer l'efficacité et la portée de l'iCCM sont présentées dans **la section 8** du rapport, à la suite de l'analyse des résultats des trois flux de données.

- 1. Déterminer le niveau de priorité accordé par MSF-OCB aux activités iCCM dans le continuum de soins fournis par les équipes de projet.** L'iCCM étant considérée comme une approche prioritaire, MSF-OCB peut s'appuyer sur les mises à jour actuelles de sa stratégie médicale pour intégrer des objectifs clairs concernant le rôle de l'iCCM dans cette stratégie.
- 2. Identifier les ressources nécessaires et déterminer si les ressources (budget, temps consacré par le personnel) sont disponibles, puis procéder à l'élaboration d'un cadre stratégique et d'une boîte à outils MSF-OCB pour l'iCCM,** comprenant des outils opérationnels et techniques adaptables et faciles à utiliser afin de soutenir l'harmonisation et l'intensification des activités iCCM sur la base des huit benchmarks dans chaque site. L'équipe d'évaluation estime qu'il serait nécessaire de disposer d'une personne-ressource technique dédiée à l'iCCM. L'élaboration de la boîte à outils pourrait être hiérarchisée en fonction des critères de référence et/ou des interventions sanitaires et réalisée par étapes, en fonction du budget et des ressources disponibles.
- 3. Piloter et adapter les outils et les innovations** aux huit benchmarks.
- 4. Poursuivre l'engagement du gouvernement et la planification de la transition :** continuer à renforcer la participation du ministère de la Santé dans les nouveaux sites iCCM, avec une supervision, une formation et une planification des intrants partagées dès le premier jour.
- 5. Améliorer le retour d'informations et l'appropriation par la communauté :** déployer des outils de données conviviaux et des forums de planification participative qui permettent aux agents de santé communautaires et aux communautés de contribuer à l'amélioration des services.

EQ5 : Comment les interventions iCCM dans les projets MSF-OCB du portefeuille doivent-elles s'aligner sur les stratégies nationales de santé et les opportunités afin d'éclairer l'extension et l'intensification futures des interventions iCCM et de renforcer leur durabilité ?

L'évolutivité et la durabilité des interventions iCCM - axées sur la mise en œuvre efficace à grande échelle et la viabilité à long terme de la prestation des services iCCM, même après la fin des ressources de MSF -

dépendent d'un alignement plus profond avec les stratégies nationales de santé, d'une meilleure adhésion du gouvernement et d'un cofinancement. Si certains projets (par exemple à Yei) ont réussi à s'intégrer aux structures du ministère de la Santé et à s'aligner sur les cadres nationaux tels que la Boma Health Initiative (BHI), d'autres fonctionnent en parallèle des systèmes nationaux.

La reconnaissance officielle des agents de santé communautaires par le ministère de la Santé reste limitée dans de nombreux contextes. Un plaidoyer politique est nécessaire pour soutenir l'inclusion des agents de santé communautaires dans la planification et la budgétisation des effectifs 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.

Voici quelques recommandations :

- Impliquer le ministère de la Santé dès le début de la conception et de la planification du projet.
- Harmoniser les outils et les indicateurs avec les systèmes nationaux (par exemple, intégration du DHIS2).
- Soutenir les modèles de supervision et de formation dirigés par le ministère de la Santé.
- Documenter et diffuser les enseignements tirés afin d'éclairer la mise à l'échelle.

PROCHAINES ETAPES

En prévision du processus ARO 2026, l'équipe d'évaluation recommande que MSF-OCB entreprenne un processus de planification stratégique allégé et élabore une ébauche de stratégie MSF-OCB qui identifie les ensembles de soins iCCM standard, les éléments supplémentaires qui peuvent être pris en compte (ou non) et les liens vers une boîte à outils iCCM standard. L'élaboration de la stratégie peut s'appuyer sur cette évaluation thématique de l'iCCM, qui fournit un aperçu actualisé des défis, des opportunités et des recommandations pouvant directement éclairer l'élaboration de la stratégie MSF-OCB. L'équipe d'évaluation recommande également à MSF-OCB de :

- Déterminer le niveau de priorité qu'elle accorde aux activités iCCM dans le continuum de soins fournis par les équipes de projet. L'iCCM étant considérée comme une approche prioritaire, MSF-OCB peut s'appuyer sur les mises à jour actuelles de sa stratégie médicale pour intégrer des objectifs clairs concernant le rôle de l'iCCM dans cette stratégie.
- Évaluer le niveau de ressources nécessaires et, à mesure que le budget et le temps de travail dédié du personnel deviennent disponibles, élaborer un cadre stratégique formel iCCM pour MSF-OCB décrivant les paquets de soins standardisés, les normes de qualité technique et les normes opérationnelles.
- Examiner le plan stratégique des modèles de soins décentralisés (DMC) de MSF-OCBA et ses 14 ensembles de soins adaptés à la communauté, et s'en servir comme base pour élaborer une conception iCCM standardisée étape par étape, des orientations techniques et opérationnelles et des outils, regroupés dans une plateforme technique ou une boîte à outils iCCM en ligne, sur le modèle de la boîte à outils en ligne OCBA DMC.
- Mettre en place une stratégie interne iCCM et une plateforme de gestion des connaissances qui

favoriserait l'apprentissage, l'évolutivité et la durabilité dans l'ensemble du portefeuille.

- Renforcer et formaliser le processus d'évaluation des besoins utilisé pour planifier les activités iCCM. Cela comprend l'élaboration d'un outil d'évaluation standard ou d'un questionnaire qui décrit les points de données essentiels et les orientations pour une consultation participative.
- Élaborer et diffuser des orientations standardisées pour la mise en œuvre afin de réduire les variations dans la manière dont l'iCCM est mis en œuvre, suivi et évalué dans les différents projets.
- Élaborer un manuel et des outils de formation iCCM harmonisés mais flexibles, pouvant être utilisés sur tous les sites du projet et dans toutes les activités iCCM, y compris des manuels et des exercices d'apprentissage participatif, afin de soutenir une approche standard mais adaptable de la formation, qui puisse être mise à l'échelle tout en conservant sa qualité.
- Élaborer un manuel de formation et des outils iCCM adaptés aux contextes touchés par des conflits et/ou à faible niveau d'alphabétisation.
- Identifier des incitations non financières supplémentaires pour les agents de santé communautaires, telles que la formation et la reconnaissance, et renforcer les stratégies de participation communautaire afin d'instaurer la confiance et d'accroître le recours aux services.
- L'intégration de modèles mobiles et la supervision par les pairs ont également été identifiées comme des stratégies efficaces dans les environnements instables ou isolés.
- Développer des protocoles de transport fiables ou des protocoles d'urgence définis afin de renforcer la clarté de la planification pharmaceutique et logistique et le partage des responsabilités entre MSF, les acteurs du ministère de la Santé et le personnel des établissements de santé.
- Aider les superviseurs à effectuer des rapprochements mensuels entre les registres des médicaments et des patients.
- Élaborer des plans pour maintenir les approvisionnements iCCM après la fin du soutien de MSF. Cela peut inclure la rédaction d'une feuille de route pour la transition des approvisionnements lors des premières étapes de la planification, détaillant comment l'approvisionnement, le stockage et les rapports seront transférés au ministère de la Santé ou à d'autres acteurs au fil du temps.
- Prépositionner les produits de base, faire appel aux réseaux de transport locaux et garantir des stocks tampons pour les agents de santé communautaires opérant dans les zones reculées.
- Développer des outils d'auto-évaluation des ASC et des grilles de supervision simplifiées afin de renforcer la redevabilité dans les zones à faible accès, en mettant en place une supervision communautaire, un renforcement des capacités des ASC et une collaboration plus étroite avec les structures de santé locales dans la conception des activités iCCM.
- Soutenir les boucles de rétroaction afin de partager avec les ASC et les communautés des données sanitaires accessibles et exploitables par les travailleurs de première ligne ou le public.

- Renforcer les capacités des superviseurs grâce à des formations ciblées et à une réduction de la charge de travail afin de permettre un mentorat clinique plus efficace et un retour d'information qualitatif, au-delà du simple suivi du volume d'activité.
- Le renforcement des partenariats avec les parties prenantes nationales et mondiales sera essentiel pour tirer parti des enseignements acquis et identifier les approches optimales permettant d'étendre et de pérenniser la contribution de MSF à la prestation de soins de santé communautaires dans les contextes fragiles.
- Tirer les leçons et s'appuyer sur l'expérience et l'expertise des équipes MSF-OCB qui mettent en œuvre des activités iCCM. Par exemple :
 - À Niono, un conseil de gestion communautaire a été mis en place afin de renforcer l'appropriation et la responsabilité 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 et des sessions de groupe mensuelles afin de renforcer les compétences cliniques et d'améliorer la qualité de la collecte de données.
 - Dans l'EGPAA, la transition vers le modèle BHI a perturbé les routines existantes en matière de suivi et d'évaluation, nécessitant l'adaptation des registres et des indicateurs en cours de mise en œuvre.

INTRODUCTION

CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ÉVALUATION

Un informateur clé de l'évaluation a résumé comme suit la stratégie sanitaire de Médecins Sans Frontières-Centre opérationnel de Bruxelles (MSF-OCB) qui guide le développement de la prise en charge communautaire intégrée des cas : « *MSF-OCB vise à fournir des soins de santé rapides et de qualité à proximité des ménages et des patients, afin de réduire les maladies graves et les retards dans la recherche de soins. Pour ce faire, MSF-OCB optimise les services et les interventions de santé intégrés et centrés sur la personne tout au long du continuum de soins afin de répondre aux problèmes de santé prioritaires.* » Adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2016, les soins intégrés centrés sur la personne envisagent « *un avenir dans lequel tous les individus ont un accès égal à des services de santé de qualité, coproduits de manière à répondre à leurs besoins tout au long de leur vie, à respecter leurs préférences et qui sont coordonnés tout au long du continuum de soins* ». ⁵

La prise en charge communautaire intégrée des cas (iCCM) est une stratégie développée pour étendre les interventions vitales, en tant que prolongement du système de santé national, dans les zones reculées et inaccessibles. L'iCCM forme, soutient et met à disposition des agents de santé communautaires (ASC) afin qu'ils puissent diagnostiquer, traiter et orienter les enfants de moins de cinq ans atteints de trois maladies courantes : le paludisme, la pneumonie et la diarrhée. ⁶ Dans certains contextes, l'iCCM peut s'accompagner d'autres interventions de santé communautaire, telles que l'évaluation nutritionnelle, l'orientation vers la vaccination, la promotion de comportements sains, le suivi communautaire et la surveillance.

Grâce à l'iCCM, MSF-OCB a étendu depuis plusieurs années des soins de santé rapides, de qualité et centrés sur les personnes dans plusieurs contextes afin de combler les lacunes en matière d'accès. La revue documentaire a fourni des informations partielles sur la genèse des activités iCCM dans le cadre des projets MSF-OCB. Les rapports de réunion mentionnent un programme à Pibor, au Soudan du Sud, avec une présentation PowerPoint marquée comme « *non présentée* » et montrant des éléments de planification pour la prise en charge communautaire du paludisme, de la MAS et de la diarrhée, datée de 2015. Il n'est pas clair si ce programme a été mis en œuvre. Une évaluation économique des projets MSF à Kouroussa, en Guinée, mentionne la prise en charge communautaire du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, avec un graphique indiquant un point de départ en 2018. Une évaluation de la prise en charge communautaire du paludisme et de la diarrhée à Bili, en République démocratique du Congo (RDC), fournit plus de détails sur ce programme qui a débuté en juillet 2017 et s'est terminé en novembre 2019.

⁵ OMS, Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_2

⁶ Groupe de travail sur la santé infantile, site web de la gestion intégrée des cas au niveau communautaire (iCCM) : <https://www.childhealthtaskforce.org/hubs/iccm>

Cette évaluation permettra de mieux comprendre les interventions iCCM actuelles dans différents endroits du portefeuille MSF-OCB et d'identifier les succès, les défis et les recommandations stratégiques afin d'améliorer les activités iCCM dans les interventions sanitaires existantes et futures de MSF-OCB.

Cette **évaluation thématique** s'est concentrée sur les tendances générales, fournissant une vue d'ensemble des interventions iCCM de MSF-OCB afin d'éclairer le développement et la gestion par MSF-OCB des activités iCCM actuelles et futures visant à répondre aux problèmes de santé prioritaires. Bien que le rapport d'évaluation comprenne une description du portefeuille iCCM de MSF-OCB, y compris la manière dont l'iCCM est mise en œuvre dans le cadre des projets (par exemple, les types de sites, les ensembles de soins fournis et les modalités de gestion et de supervision des ressources humaines), cette évaluation n'a pas pour objectif de produire des évaluations individuelles exhaustives pour chaque projet.

Afin de mettre en évidence les succès, les défis, les enseignements tirés et les orientations futures, des études de cas ont été élaborées pour mettre en lumière les expériences et les points de vue des soignants, des agents de santé communautaires et du personnel. L'intégration de ces études de cas a permis de mieux comprendre les réalités quotidiennes de la mise en œuvre des interventions iCCM dans le portefeuille MSF-OCB.

Tirant parti de son point de vue externe et de son expérience antérieure des activités iCCM en collaboration avec les ministères de la Santé et d'autres partenaires, Eau Claire Consulting a fourni des informations impartiales et identifié les opportunités, les défis et les recommandations en collaboration avec les équipes MSF-OCB. Pour ce faire, Eau Claire Consulting a utilisé l'examen de documents, l'analyse de données médicales et les contributions d'informateurs clés par le biais d'entretiens à distance et en personne dans le cadre des huit projets iCCM actuels de MSF-OCB afin de répondre à **cinq questions d'évaluation prioritaires (QE)** :

- **QE1** : Quels sont les éléments de chaque intervention iCCM dans le portefeuille MSF-OCB, comment l'iCCM est-il mis en œuvre dans les projets MSF-OCB et comment les décisions clés sont-elles prises ? Les décisions peuvent porter sur le choix du site, les modalités de gestion et de supervision des ressources humaines, et les ensembles de soins à fournir, y compris l'ensemble standard iCCM décrit ci-dessus et/ou des interventions supplémentaires en matière de santé communautaire et des interventions pour les populations âgées de plus de cinq ans, en réponse aux besoins identifiés. Cette QE examinera les analyses (a) des données et informations utilisées pour décider d'inclure (ou non) des activités iCCM dans le projet MSF ; (b) des approches visant à impliquer les communautés dans la conception du projet et la prise de décision, et de la mesure dans laquelle les communautés ont été impliquées ; (c) des principaux acteurs du projet, de la santé et de la communauté consultés ; et (d) des informations recueillies pour éclairer les décisions clés.
- **QE2** : Quelle est la logique derrière la sélection d'un site, la conception du programme iCCM en réponse aux facteurs contextuels, des approches budgétaires et de planification utilisées, ainsi que de la conception différenciée des interventions iCCM dans les projets MSF-OCB du portefeuille ?
- **QE3** : Quels sont les succès, les défis et les enseignements tirés des interventions iCCM dans le portefeuille MSF-OCB pour améliorer l'accès à des soins rapides, de qualité, centrés sur la personne et dispensés au plus près des patients ?

- **QE4** : Quelles sont les recommandations stratégiques pour les interventions iCCM dans le portefeuille MSF-OCB afin d'améliorer leur efficacité et leur portée ?
- **QE5** : Comment les interventions iCCM dans l'ensemble des projets MSF-OCB du portefeuille devraient-elles s'aligner sur les stratégies nationales de santé et les opportunités afin d'éclairer l'extension et l'intensification futures des interventions iCCM et de renforcer leur durabilité ?

Ces QE correspondent aux quatre QE inclus dans les termes de référence (TDR) originaux présentés à l'**annexe 1**, avec quelques modifications apportées à la suite des contributions de l'équipe d'évaluation, des membres du groupe de consultation (GC) pour l'évaluation et de l'unité d'évaluation de Stockholm (SEU) pendant la phase de démarrage. Il s'agit notamment de reformuler les énoncés originaux sous forme de questions, en mettant l'accent sur la conception des programmes iCCM en réponse à des facteurs contextuels plutôt que sur un écart par rapport à un « *programme standard* », et en incluant les succès, les défis et les enseignements tirés. À la suite de discussions avec les membres du GC, la question d'évaluation n° 5 a été ajoutée afin d'examiner l'alignement des activités iCCM de MSF sur les stratégies nationales de santé afin d'améliorer l'évolutivité et la durabilité des activités iCCM.

CADRE D'ÉVALUATION

Notre évaluation adopte une approche multidimensionnelle structurée autour du cadre RE-AIM, en mettant l'accent sur huit domaines programmatiques clés définis par les benchmarks de l'OMS et de l'UNICEF en matière d'iCCM. Cette approche est conçue pour produire des résultats crédibles et exploitables, en évaluant systématiquement les performances des activités iCCM de MSF-OCB.

TABLEAU 1 : APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE DE L'ÉVALUATION THÉMATIQUE DE L'ICCM

Benchmark OMS-UNICEF	Questions d'évaluation pertinentes	Dimensions RE-AIM
1. Coordination et élaboration des politiques	<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (comment l'iCCM est opérationnalisée et comment les décisions sont prises) ● QE5 (alignement sur les stratégies nationales, évolutivité et durabilité) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Efficacité ● Adoption ● Implémentation ● Maintenance
2. Coûts et financement	<ul style="list-style-type: none"> ● QE2 (approches utilisées en matière de planification et de budgétisation) ● QE5 (viabilité et possibilités d'extension) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Efficacité ● Implémentation ● Maintenance
3. Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (modalités de gestion des ressources humaines) ● QE3 (défis et enseignements tirés) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Implémentation ● Maintenance

4. Gestion de la chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (comment l'iCCM est opérationnalisé) ● QE3 (défis liés au maintien des services) ● QE5 (opportunités en matière de durabilité et d'extension) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Implémentation ● Maintenance
5. Prestation de services et orientation	<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (composantes et décisions relatives à la prestation de services) ● QE3 (accès, qualité et défis) ● QE4 (recommandations pour l'efficacité et la portée) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Adoption ● Implémentation ● Maintenance
6. Communication et mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (participation de la communauté à la conception du projet) ● QE3 (leçons apprises) ● QE5 (appropriation par la communauté, évolutivité et durabilité) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Adoption ● Implémentation ● Maintenance
7. Supervision et assurance qualité des performances	<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (approches de supervision utilisées) ● QE3 (succès et défis en matière d'assurance qualité) ● QE5 (évolutivité et durabilité) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Efficacité ● Maintenance
8. Suivi et évaluation et systèmes d'information (HIS)	<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (données utilisées pour la prise de décision) ● QE3 (suivi des résultats et des défis) ● QE5 (alignement futur avec le système d'information sanitaire national) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Implémentation ● Maintenance

PRÉSENTATION DU CADRE RE-AIM

Le cadre RE-AIM est un outil largement utilisé pour évaluer les interventions de santé publique, fournissant une évaluation complète sur plusieurs dimensions.^{7,8} Ce cadre nous a permis d'examiner de manière systématique le développement collectif, la gestion, l'extension potentielle, la durabilité des progrès et l'évolutivité des activités iCCM, comme présenté à **l'annexe 2**.

Les cinq dimensions du cadre RE-AIM peuvent être résumées comme suit :

- **Portée** : mesure dans laquelle la population cible est impliquée dans les activités du projet.

⁷ Holtrop, JS et al (2021). Comprendre et appliquer le cadre RE-AIM : clarifications et ressources. Journal of Clinical and Translational Services. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327549/>

⁸ Shaw, R et al (2019).

- **Efficacité** : impact des activités du projet sur les résultats clés, y compris les avantages et les effets négatifs potentiels.
- **Adoption** : la mesure dans laquelle les milieux concernés et le personnel sont disposés à initier les activités du projet et raisons de cette disposition.
- **Mise en œuvre** : fidélité avec laquelle les activités du projet sont réalisées et mises à l'échelle comme prévu, y compris les adaptations apportées pendant la mise en œuvre.
- **Maintenance** : la durabilité des effets des activités du projet et leur utilisation continue dans le temps.

Bien que les critères de référence iCCM de l'OMS/UNICEF (section suivante) aient guidé notre évaluation, tous les domaines programmatiques n'ont pas été évalués selon les cinq dimensions du cadre RE-AIM ; seules les dimensions les plus pertinentes pour chaque domaine ont été évaluées à l'aune de ce cadre.

DOMAINES PROGRAMMATIQUES (BENCHMARKS ICCM DE L'OMS/UNICEF)

Les benchmarks de l'OMS et de l'iCCM fournissent des normes pour huit domaines programmatiques essentiels à la mise en œuvre d'interventions de santé communautaires visant à améliorer la survie des enfants et les résultats en matière de santé.⁹ Ces benchmarks, présentés dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'iCCM, fournissent le cadre opérationnel permettant de renforcer la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de l'iCCM et constituent les principaux domaines d'intérêt pour l'évaluation des composantes programmatiques de l'iCCM.

Les domaines programmatiques tels que définis dans la déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF sur l'iCCM, sont les suivants :

- **Coordination et élaboration des politiques** : évaluation des besoins et analyse de la situation pour les services de traitement communautaires, y compris la cartographie géographique des communautés adaptées à l'iCCM, les politiques et directives nationales en place pour permettre le traitement au niveau communautaire, la cartographie des activités et des partenaires actuels de gestion des cas au niveau communautaire (CCM) et un mécanisme national de coordination pour l'iCCM.
- **Coûts et financement** : exercice d'évaluation des coûts afin de garantir le financement nécessaire.
- **Ressources humaines** : rôles et attentes clairs et bien définis pour les agents de santé communautaires et les communautés ; plan complet de formation de base et de remise à niveau pour les agents de santé communautaires ; et stratégies de fidélisation et de motivation.

⁹ OMS/UNICEF (2012). Déclaration commune sur l'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

- **Gestion de la chaîne d'approvisionnement** : médicaments et fournitures adaptés aux enfants pour l'iCCM inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels ; plan d'approvisionnement, contrôle des stocks, système logistique de réapprovisionnement et système de gestion logistique et d'information (LMIS) pour l'iCCM, coordonnés par les équipes pharmaceutiques et d'approvisionnement avec des procédures opérationnelles standard.
- **Prestation de services et orientation** : directives appropriées pour l'évaluation clinique, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation, y compris des plans pour l'utilisation rationnelle des médicaments (et des tests de diagnostic rapide (TDR) le cas échéant) ; systèmes d'orientation (qui fournissent un mécanisme structuré grâce auquel les ASC orientent les enfants présentant des signes de danger ou des complications dépassant leurs propres capacités vers des établissements de santé officiels pour des soins appropriés en temps opportun) et systèmes de contre-orientation pour l'iCCM (qui fournissent aux ASC un retour d'information après que l'enfant a été pris en charge dans l'établissement de santé).
- **Communication et mobilisation sociale** : plan et stratégie de communication et de mobilisation sociale ; et matériel et messages pour l'iCCM.
- **Supervision et amélioration de la qualité des performances** : plan et outils appropriés pour soutenir une supervision efficace, superviseurs formés et ressources (par exemple, véhicules, carburant) pour assurer la supervision et fournir un accompagnement professionnel aux ASC.
- **Suivi et évaluation et systèmes d'information sanitaire** : cadre et système de suivi complets pour toutes les composantes iCCM, intégrés dans le plan national du secteur de la santé et le système d'information sanitaire ; et programme de recherche opérationnelle pour l'iCCM.

DESCRIPTIONS DE PROJET

Comme présenté plus en détail dans l'**annexe 3**, Descriptions complètes des sites du projet, les interventions iCCM sur l'ensemble des sites du projet MSF-OCB partagent une vision commune : lutter contre la morbidité et la mortalité infantiles, en particulier dans les régions où l'accès aux soins de santé est limité par des barrières géographiques, des conflits ou des contraintes de ressources, en rapprochant les services de santé essentiels des populations vulnérables. Bien que cette vision globale soit cohérente dans tous les contextes, l'iCCM n'est qu'une composante parmi d'autres du portefeuille de projets plus large de MSF, qui peut inclure des services de santé ou des priorités supplémentaires. La mise en œuvre de l'iCCM varie également d'un site à l'autre, reflétant les adaptations contextuelles et les différences opérationnelles. Ces variations constituent un élément central de cette évaluation et sont présentées dans le **tableau 2** et approfondies tout au long du rapport.

Définition

L'iCCM est une stratégie de santé communautaire qui permet à des agents de santé communautaires formés de diagnostiquer et de traiter les principales causes de mortalité et de

morbidity chez les enfants de moins de cinq ans, en particulier dans les populations mal desservies et difficiles à atteindre, notamment dans les contextes humanitaires, isolés ou touchés par des conflits où l'accès aux services en établissement est limité. Il s'agit notamment des cas simples de paludisme, de diarrhée et de pneumonie, et de l'orientation pour les cas graves.

Les activités iCCM de MSF-OCB sont conçues pour **les enfants de moins de cinq ans** et répondent aux trois principales maladies potentiellement mortelles pour ce groupe d'âge : la pneumonie, la diarrhée et le paludisme, exacerbées par la malnutrition sous-jacente. Afin de tirer parti de l'accès et de l'efficacité de la communauté, les activités iCCM dans les projets MSF-OCB s'étendent souvent à d'autres groupes à risque, âgés de plus de cinq ans, notamment les femmes enceintes et allaitantes, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les communautés confrontées à des crises humanitaires.

La stratégie iCCM de base de MSF-OCB consiste à fournir **un ensemble de services de santé essentiels** au niveau communautaire. Cela comprend généralement le diagnostic et le traitement du paludisme et de la diarrhée, ainsi que le dépistage de la malnutrition. Bien que la prise en charge des cas de pneumonie fasse partie des objectifs et de l'ensemble de services iCCM de base standard à l'échelle mondiale, les activités iCCM à Cibitoke et Masisi ne comprennent pas le diagnostic de la toux/respiration rapide, ni le traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) par antibiotiques. Les activités iCCM de MSF-OCB comprennent également la promotion de la santé et l'éducation afin d'encourager les pratiques préventives, ainsi que la mise en place de systèmes d'orientation pour relier les soins communautaires aux établissements de santé de niveau supérieur. En plus de cet ensemble de services de base, certaines interventions intègrent également des mesures de prévention du paludisme telles que la vaccination, le soutien nutritionnel et les soins maternels et néonataux. Une description supplémentaire est présentée dans **le tableau 2**.

Des descriptions plus détaillées sont fournies à **l'annexe 3**.

TABEAU 2 : BREVE DESCRIPTION DES ACTIVITES ICCM PAR SITE (EN FEVRIER 2025)

Site du projet	Composantes principales du programme iCCM					Éléments supplémentaires		
	Diagnostic et traitement du paludisme	Diagnostic et traitement de la pneumonie	Diagnostic et traitement de la diarrhée	Reconnaissance et orientation des signes de danger**	Promotion de la santé	Dépistage et orientation en cas de malnutrition	Évaluation du statut vaccinal	Remarques
Cibitoke (Burundi)	Y	N	N	N	Y	P*	Y	Dépistage de la malnutrition (P* = prévu)
EGPAA (Soudan du Sud)	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Services liés à la violence sexiste
Kebbi (Nigeria)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Amélioration de la santé environnementale ; activités nutritionnelles gratuites pour les populations prioritaires
Kenema (Sierra Leone)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Liens de référence vers l'hôpital public de Kenema
Masisi (RDC)	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Orientation vers des services spécialisés dans les cas de violence sexuelle et sexiste ; services de santé mentale
Niono (Mali)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Visites à domicile après l'accouchement ; services de santé mentale

Tombouctou (Mali)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Services de santé pour d'autres maladies, santé mentale, dépistage nutritionnel et services liés à la violence sexiste
Yei (Soudan du Sud)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Dépistage et orientation des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) et des signes de danger nutritionnel

*P = Prévu

**Signes de danger tels que décrits par le Groupe de travail sur la santé infantile¹⁰ = 1) Convulsions, 2) Somnolence excessive ou perte de conscience, 3) Enfoncement thoracique, 4) Vomissements fréquents, 5) Incapacité à boire ou à téter

¹⁰ Malaria Consortium. (2013). Algorithme de classification et d'orientation : iCCM Ouganda. https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2019-06/Classification%20and%20Referral%20Algorithm_iCCM%20Uganda%28Malaria%20Consortium%2C%202013%29.pdf

MÉTHODOLOGIE

La conception de l'évaluation s'est appuyée sur la phase initiale de l'évaluation, au cours de laquelle Eau Claire Consulting a également recueilli des informations à partir de trois sources : 1) l'examen de documents, 2) les données qualitatives recueillies lors d'entretiens avec des informateurs clés (KII) et 3) les données quantitatives analysées à partir du logiciel District Health Information Software 2 (DHIS2) et des fichiers Excel du projet MSF, en collaboration avec le commissionnaire de l'évaluation, le groupe de consultation et le personnel du projet, afin d'affiner le cadre d'évaluation et d'assurer sa pertinence. Ces activités préparatoires à l'évaluation comprenaient (1) la conduite de 15 discussions initiales pendant la phase de démarrage, avec six membres du groupe de consultation de MSF-OCB, huit référents médicaux de projet issus des huit projets menant des activités iCCM, un coordinateur outreach et un responsable des activités infirmières (NAM) ; (2) l'examen des cadres logiques, des rapports, des bases de données, de la liste des indicateurs médicaux standard de l'iCCM (**annexe 4**), des outils de collecte et de suivi des données, suivi de discussions préliminaires avec les équipes DHIS2 de MSF-OCB afin d'améliorer notre connaissance du système de collecte de données médicales et d'identifier les lacunes dans la collecte de données, comme indiqué dans le rapport initial ; et (3) l'examen de plus de 2 700 documents, en identifiant comment la documentation au niveau mondial et au niveau des projets traitait les huit benchmarks pour la mise en œuvre de l'iCCM et le cadre d'évaluation RE-AIM, en utilisant un guide d'examen des documents afin d'harmoniser l'approche des trois membres de l'équipe d'évaluation. Un extrait des documents fréquemment consultés est inclus à **l'annexe 5**.

Au cours de l'évaluation, nous avons analysé les données provenant de trois flux de données afin d'élaborer des recommandations éclairées, impartiales et indépendantes pour le projet. Les flux de données comprenaient :

DONNEES QUALITATIVES

L'un des principaux objectifs de l'évaluation était de recueillir et d'analyser des données qualitatives issues d'entretiens avec des informateurs clés, de discussions de groupe, d'observations des activités iCCM lors de deux visites de projet et d'études de cas. Ces données ont permis de mieux comprendre les facteurs contextuels, opérationnels et humains qui influencent la mise en œuvre et les résultats de l'iCCM. Les récits recueillis lors des entretiens ont également permis à l'équipe d'évaluation de mettre en évidence les défis, les succès, les enseignements tirés et les dynamiques nuancées entre les interventions iCCM dans le portefeuille MSF-OCB, le système de santé et les communautés qu'elles servent.

Cette section détaille l'approche globale utilisée pour recueillir et analyser les données qualitatives pour l'évaluation des interventions iCCM dans le portefeuille MSF-OCB. En combinant les KII et les FGD, nous avons cherché à saisir un large éventail de perspectives et à générer des conclusions et des recommandations pertinentes et fondées sur des données probantes.

PROFILS ET RECRUTEMENT DES INFORMATEURS CLES

Pour la composante qualitative de cette évaluation, l'équipe a mené des entretiens avec des informateurs clés auprès d'un large éventail de parties prenantes afin de garantir une compréhension globale des activités iCCM dans l'ensemble du portefeuille MSF-OCB. Les entretiens ont été menés avec des membres du personnel de projet de MSF, les équipes de coordination, les équipes et cellules de soutien régionales, le personnel technique et médical du siège de MSF-OCB et les parties prenantes externes à l'échelle globale de l'iCCM. Lors des visites en personne sur certains sites de projet (Niono et EGPA), l'équipe a également interrogé des membres de la communauté, des parents et des soignants, des agents de santé communautaires et du personnel du ministère de la Santé, des établissements de santé au niveau central.

L'approche d'échantillonnage a donné la priorité à une représentation équilibrée, en tenant compte du genre, des rapports de force, des niveaux d'expérience et des voix souvent sous-représentées, telles que celles des membres de la communauté, des soignants et du personnel du ministère de la Santé des établissements de référence. La taille finale de l'échantillon comprenait **115 participants** issus de groupes d'intervenants clés. Les membres de la communauté, les parents et les soignants représentaient 32 participants au niveau communautaire, d'autres participants ayant été inclus dans les discussions de groupe lors de l'élaboration des études de cas. Les entretiens avec le personnel du projet MSF ont porté sur 45 participants occupant diverses fonctions, représentant à la fois le personnel recruté localement (LHS) et le personnel international mobile (IMS), notamment des coordinateurs de terrain, des référents médicaux de projet (PMR), des responsables des données et de la pharmacie, des agents de promotion de la santé et des superviseurs iCCM. Les représentants du ministère de la Santé, qui ont principalement participé lors des visites en personne, comprenaient 15 participants issus des niveaux communautaire, régional, départemental et central.

L'équipe de coordination de MSF était représentée par 7 participants, dont des chefs de mission, des coordinateurs médicaux et des membres du personnel des finances et des ressources humaines (RH). Les équipes de soutien régionales et locales comptaient 3 participants, tandis que le personnel technique de MSF-OCB, y compris les conseillers du département médical, totalisait 11 participants. Enfin, des parties prenantes mondiales d'un partenaire de mise en œuvre de l'iCCM ont apporté leur éclairage sur la mise en œuvre de l'iCCM au sens large. La répartition complète de l'échantillon est disponible à l'**annexe 6**.

Une approche d'échantillonnage ciblé a permis d'inclure des participants ayant des contributions clés à apporter, ce qui a facilité la diversité des points de vue. La collaboration avec les équipes de projet locales et les dirigeants communautaires a permis d'identifier et d'inviter des informateurs clés, garantissant ainsi que les informations qualitatives reflètent les facteurs contextuels et opérationnels influençant la mise en œuvre et les résultats de l'iCCM dans l'ensemble du portefeuille MSF-OCB.

Au cours de la collecte des données, nous avons dans certains cas atteint un nombre de participants aux entretiens individuels clés inférieur à celui estimé lors de l'échantillonnage initial, par exemple pour la coordination MSF et l'équipe de soutien régional (RST)/cellule, en raison de la disponibilité et de la réactivité limitées de certains membres de l'équipe. À l'inverse, nous avons atteint un nombre de participants aux entretiens individuels clés supérieur à celui estimé dans plusieurs catégories, notamment

les membres de la communauté, les parents, les soignants, le personnel du projet MSF et du ministère de la Santé, ainsi que le personnel technique de MSF-OCB. Cette variation reflète à la fois un engagement fort au niveau du projet et de la communauté et des difficultés logistiques pour accéder à certaines parties prenantes au niveau de la coordination.

COLLECTE DE DONNEES QUALITATIVES

L'équipe d'évaluation a combiné des entretiens individuels approfondis et des discussions de groupe (FGD) afin de recueillir divers points de vue sur les interventions iCCM. Les entretiens ont été menés par un ou deux membres de l'équipe en anglais, en français ou dans la langue locale du site du projet, avec l'aide de traducteurs mis à disposition par le personnel de MSF lorsque cela était nécessaire. Afin de minimiser les biais, les traducteurs ont été sélectionnés, dans la mesure du possible, parmi le personnel de MSF qui n'était pas directement identifiable comme tel. Le personnel du projet MSF a aidé à identifier les informateurs clés et à coordonner les entretiens.

Les entretiens en ligne ont été enregistrés et transcrits dans la mesure du possible. Les entretiens en personne ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone ou d'un téléphone, et des notes détaillées ont également été prises dans Excel. Avant chaque entretien, un consentement éclairé écrit et/ou verbal a été obtenu, afin de s'assurer que les participants comprenaient l'objectif de l'évaluation et la manière dont leurs informations seraient utilisées. Tous les participants étaient âgés d'au moins 18 ans et les questions de l'entretien leur ont été communiquées à l'avance afin qu'ils puissent s'y préparer. Les entretiens ont généralement duré entre 45 et 60 minutes, afin de trouver un équilibre entre les contraintes de temps et la nécessité d'une discussion approfondie.

Toutes les données collectées ont été stockées de manière sécurisée afin de préserver leur confidentialité et leur intégrité. Le guide d'entretien est fourni à **l'annexe 7**, tandis que des copies des formulaires de consentement éclairé pour les entretiens individuels approfondis et les FGD sont disponibles aux **annexes 8 et 9**.

ÉTUDES DE CAS

Pour compléter l'évaluation thématique, l'équipe a effectué une visite de projet sur deux sites, où elle a recueilli des données par le biais de discussions de groupe et d'entretiens individuels. Cela lui a permis d'élaborer trois études de cas approfondies afin d'explorer les aspects clés de la mise en œuvre de l'iCCM dans le cadre d'interventions sélectionnées de MSF-OCB. Ces études de cas ont fourni des informations précieuses sur la conception, la mise en œuvre et les résultats du projet, mettant en évidence à la fois les succès et les défis. Les conclusions ont contribué à l'identification des éléments programmatiques clés qui pourraient devoir être renforcés et/ou exploités pour soutenir les futures activités iCCM dans l'ensemble du portefeuille de MSF-OCB.

Des visites de projets ont été effectuées au Mali (Niono) et au Soudan du Sud (EGPAA), les études de cas ayant été sélectionnées en fonction de facteurs tels que le type de programme d'intervention proposé, les considérations linguistiques (français et anglais), les caractéristiques de la population (par exemple, groupes nomades ou économiquement vulnérables) et les conditions de sécurité. La sélection des sites

des études de cas s'est appuyée sur des discussions avec le personnel du projet, les membres du CG et la RST/Cellule lors des entretiens de la phase de démarrage et des communications de suivi. Les commentaires sur la faisabilité des déplacements, l'accessibilité et les considérations de sécurité ont été pris en considération.

Au cours de ces visites, l'équipe d'évaluation a mené des entretiens avec des informateurs clés et des discussions de groupe avec des parties prenantes à plusieurs niveaux, de la coordination centrale aux membres de la communauté, y compris les chefs communautaires, les parents, les soignants et les agents de santé communautaires.

ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES

Préparation des données

Le processus d'analyse qualitative des données a débuté par la traduction et la transcription des enregistrements des entretiens afin d'en garantir l'exactitude et l'exhaustivité. Les transcriptions ont été stockées et analysées sur une plateforme protégée par mot de passe.

Analyse thématique

Plutôt que d'élaborer un code prédéfini, nous avons analysé les réponses en identifiant les thèmes et les conclusions communs à toutes les réponses pour chaque question du guide de discussion. Une fois les réponses résumées pour toutes les questions du guide d'entretien dans le cadre d'un référentiel spécifique de l'OMS ou d'un domaine programmatique (tel que les ressources humaines), nous avons utilisé les questions d'évaluation comme guide pour rédiger les principales conclusions, thèmes et recommandations.

Synthèse et analyse intersites

Les conclusions ont été synthétisées pour tous les sites du projet afin d'identifier les thèmes et les expériences communs dans chaque domaine programmatique de l'iCCM. Cette approche a permis de s'assurer que l'analyse tenait compte à la fois des informations spécifiques au contexte et des tendances générales pertinentes pour la mise en œuvre de l'iCCM dans l'ensemble du portefeuille MSF-OCB. Enfin, les conclusions de tous les benchmarks ont été analysées afin d'élaborer un ensemble de recommandations fondamentales pour chacun des critères de référence programmatiques de l'OMS/UNICEF.

DONNEES QUANTITATIVES

Bien qu'aucune donnée quantitative primaire n'ait été directement collectée au cours du processus d'évaluation, diverses sources de données quantitatives ont été analysées afin de répondre aux questions d'évaluation. Ces sources de données comprenaient des données sur le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation vers des spécialistes et d'autres services fournis aux enfants, collectées et stockées à l'aide des directives et du système internes de MSF. Les données agrégées et désagrégées stockées dans DHIS2 ont été téléchargées dans Excel, traitées et vérifiées avant que l'analyse ne soit

effectuée afin de mesurer la portée et l'efficacité des activités et les domaines à améliorer. D'autres sources de données RCMD, provenant par exemple des fichiers Excel des projets MSF, ont été explorées pendant la phase de démarrage et n'ont pas été incluses dans l'analyse finale.

Dans le cadre de cette évaluation, il était prévu d'utiliser des données quantitatives pour compléter l'évaluation de certaines dimensions du cadre conceptuel d'évaluation RE-AIM, en particulier la portée, l'efficacité et l'adoption. L'analyse visait à démontrer dans quelle mesure les objectifs et les résultats escomptés des interventions iCCM avaient été atteints, ainsi que l'adoption des interventions par les différents groupes cibles. Cette adoption pouvait être observée à travers l'appropriation par les populations cibles, un nombre croissant de nouvelles consultations et des orientations efficaces vers les structures de santé référencés.

Cependant, un examen approfondi des données disponibles a révélé des incohérences et des lacunes dans la collecte des données (et le système de rapportage de l'intervention iCCM). Ces problèmes ont rendu impossible la réalisation d'une analyse significative. Par conséquent, certains indicateurs de la liste standard des indicateurs médicaux iCCM de MSF ont été sélectionnés pour examiner les mesures clés de l'intervention, dont les résultats sont présentés à **l'annexe 10**.

L'objectif était de produire des tendances historiques globales de performance pour ces indicateurs médicaux standard, depuis le début de l'intervention en 2021 jusqu'en 2024, sur les huit sites iCCM. Pour ce faire, les données historiques relatives à ces indicateurs ont été téléchargées à partir de DHIS2 après analyse via le module Data Visualiser. Les données médicales ont été téléchargées pour les sites du projet suivants : Niono, Tombouctou, Kenema, EGPA, Yei, Cibitoke et Masisi. Pour le site du projet Kebbi, les données iCCM étaient disponibles dans des fichiers Excel. De plus, pour les sites du projet plus anciens tels que Niono et Tombouctou, les données pour 2021 et 2022 n'étaient disponibles qu'en Excel.

Ces données, classées par pays et par année, ont d'abord été segmentées par trimestre pour chaque année dans une feuille de calcul, où une colonne pour les formules de calcul a été créée. Les proportions ont ensuite été calculées trimestriellement et annuellement pour les huit sites. Enfin, sur la base des proportions calculées, des graphiques de tendance historiques ont été générés pour chacun des indicateurs.

REVUE DOCUMENTAIRE

Les informations et les enseignements tirés de la revue documentaire ont constitué la base initiale de nos conclusions, qui ont permis de répondre à diverses questions d'évaluation tout au long de l'analyse et ont servi de sources de données et de références précieuses tout au long de l'évaluation.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'équipe d'évaluation a intégré plusieurs considérations éthiques clés dans la conception et la mise en œuvre de l'évaluation. Il s'agissait notamment de l'élaboration et du partage d'un consentement éclairé écrit et verbal détaillé pour une participation volontaire et confidentielle avant et pendant les entretiens avec des informateurs clés ou les discussions en petits groupes. Les entretiens avec des informateurs clés et les discussions en petits groupes étaient réservés aux participants âgés de plus de 18 ans et visaient à obtenir une large représentation, y compris des groupes sous-représentés tels que les femmes, les populations nomades et rurales. S'appuyant sur des relations de travail de confiance déjà établies, le personnel du projet MSF-OCB a fourni des services de traduction aux participants ne parlant ni français ni anglais. L'équipe d'évaluation a fourni à l'avance les guides de discussion contenant les questions aux participants aux entretiens individuels et aux discussions de groupe afin de leur laisser le temps de se préparer et d'identifier les questions auxquelles ils préféraient ne pas répondre. L'équipe d'évaluation a coordonné ses efforts avec le personnel du projet MSF-OCB afin de s'assurer que les entretiens se déroulent dans un lieu sûr, sécurisé et privé. Elle s'est efforcée de poser les questions avec tact et a confirmé aux participants qu'il n'y aurait aucune conséquence s'ils choisissaient de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment. Pour ce rapport d'évaluation final, l'équipe a présenté les citations et les résultats finaux de manière anonymisée afin de garantir la confidentialité à tous les niveaux.

LIMITES

L'évaluation des interventions iCCM dans des contextes humanitaires présentait plusieurs limites inhérentes qui ont pu influencer la portée, la représentativité et la fiabilité des résultats. Ces limites découlaient de contraintes méthodologiques, de la disponibilité des données et de la complexité du contexte. Bien que certains défis aient été anticipés, cette section se concentre sur les principales limites et leurs implications pour l'évaluation, ainsi que sur les stratégies d'atténuation appliquées par l'équipe d'évaluation.

- **Accès restreint et contraintes de sécurité** : les problèmes logistiques, l'insécurité et l'instabilité politique sur certains sites ont limité l'accès de l'équipe d'évaluation à certaines zones géographiques et à certaines parties prenantes. En conséquence, les points de vue de certains sites peuvent être sous-représentés dans les données. Pour atténuer ce problème, les entretiens ont été menés à distance lorsque cela était possible, et des analyses approfondies ont été réalisées dans des lieux accessibles afin de recueillir des informations détaillées.
- **Absence d'observation directe de la prestation des services** : L'évaluation ne comprenait pas de volet d'observation directe de la prestation des services par les ASC. Cela a limité la capacité d'évaluer directement la fidélité de la mise en œuvre et les interactions prestataires-clients. L'équipe s'est plutôt appuyée sur des entretiens qualitatifs avec les ASC, les soignants et les

superviseurs, ainsi que sur l'examen de documents, pour explorer la dynamique de la prestation des services.

- **Contraintes liées à l'échantillonnage raisonné et à la sélection des sites** : une approche d'échantillonnage raisonné a été utilisée afin de garantir une combinaison diversifiée et pertinente des points de vue des parties prenantes à tous les niveaux du projet et dans toutes les zones géographiques. Si certains points de vue individuels ont pu être omis en raison de l'ampleur de cette évaluation, cette stratégie a permis d'atteindre la saturation des données pour les thèmes clés.
- **Lacunes dans la documentation et les systèmes de gestion des connaissances** : l'absence d'une stratégie iCCM unifiée et spécifique à MSF, alignée sur les objectifs mondiaux, ainsi que les incohérences dans l'organisation et l'accessibilité des documents sur les différents sites du projet, ont posé des difficultés pour l'exhaustivité de l'examen. Les difficultés comprenaient des référentiels fragmentés, l'absence de nomenclature normalisée et la disponibilité limitée de la documentation spécifique à l'iCCM dans certains contextes. Ces lacunes ont limité la capacité à comparer systématiquement les stratégies et les résultats entre les sites. En réponse, l'équipe a triangulé les sources de données et a activement assuré le suivi auprès des équipes de projet afin de récupérer les documents manquants ou de clarification.
- **Limites liées à la qualité et à la disponibilité des données secondaires** : Les données secondaires utilisées pour alimenter l'évaluation variaient en termes d'exhaustivité et de fiabilité. Dans certains pays, le manque de cohérence dans la ventilation par âge et le décalage entre les données du projet et les systèmes nationaux d'information sanitaire (par exemple, DHIS2) ont compliqué l'analyse des données de routine (RCMD). De plus, dans certains sites plus anciens, les données du projet n'étaient disponibles dans DHIS2 qu'à partir de 2022, ce qui a limité la capacité de l'évaluation à analyser les tendances à long terme ou les anomalies au fil du temps. Une analyse plus approfondie au cours de l'évaluation a permis de constater que les problèmes de qualité des données étaient de plus en plus importants et préoccupants. Par conséquent, il n'a pas été possible de réaliser une analyse des séries chronologiques ou des tendances des résultats. Pour remédier à cela, les conclusions tirées des données de routine ont été interprétées avec prudence et recoupées avec des informations qualitatives et de la documentation. En outre, les mesures d'impact ou d'efficacité fondamentales, telles que la couverture au niveau de la population ou les changements dans la qualité des services, dépassaient le cadre de cette évaluation, car elles auraient nécessité une conception d'étude plus approfondie, telle que des enquêtes de référence et de fin de projet ou des méthodes quasi expérimentales.

Pour pallier ces limites, l'équipe d'évaluation a :

- Mené des analyses approfondies sur certains sites du projet afin d'obtenir des informations détaillées.

- Donné la priorité aux documents clés afin de s'assurer que les informations les plus pertinentes étaient examinées et a activement recherché les documents manquants en collaborant avec les équipes de terrain.
- Triangulé les données provenant de multiples sources et utilisé des techniques analytiques robustes pour améliorer la validité des données.
- Consacré beaucoup plus de temps que prévu à cette tâche.

PRINCIPAUX RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS

BENCHMARK 1 : COORDINATION ET ELABORATION DES POLITIQUES

Ce benchmark évalue dans quelle mesure une évaluation des besoins et une analyse de la situation des services iCCM ont été menées afin d'éclairer la conception des interventions. Il examine également si des directives nationales sont en place pour permettre la mise en œuvre de l'iCCM, et dans quelle mesure les interventions iCCM sont alignées sur ces politiques iCCM et/ou de santé afin de permettre une mise en œuvre, une mise à l'échelle, une supervision et une durabilité efficaces. Il inclut la présence de politiques favorables, la cartographie des services et des partenaires iCCM, et les mécanismes de coordination entre les principales parties prenantes.

Question d'évaluation pertinente	Dimension RE-AIM pertinente
<ul style="list-style-type: none"> • QE1 (comment l'iCCM est mise en œuvre et comment les décisions sont prises) • QE5 (alignement sur les stratégies nationales, évolutivité et durabilité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité • Adoption • Implémentation • Maintien

RÉSULTATS

Les informateurs clés des projets MSF-OCB ont souligné que la coordination et l'élaboration des politiques étaient essentielles à la mise en œuvre efficace de l'iCCM, avec des variations marquées dans la manière dont les interventions étaient alignées sur les stratégies nationales et gérées en collaboration avec le ministère de la Santé. Dans des sites tels que le Soudan du Sud, la RDC, le Nigeria et la Sierra Leone, les équipes de projet ont réussi à **intégrer l'iCCM dans les cadres gouvernementaux** (par exemple, l'initiative BHI et les programmes nationaux d'ASC), ce qui a permis une supervision standardisée, une mise en œuvre conjointe et l'harmonisation des outils. En revanche, bien que l'intégration de l'iCCM au Mali ait été alignée sur la stratégie nationale *Soins Essentiels dans la Communauté* (SEC), des facteurs contextuels, notamment l'insécurité et l'accès limité aux établissements de santé formels, ont nécessité l'adaptation du modèle MSF afin de fonctionner par l'intermédiaire des postes de santé périphériques et des Associations de Santé Communautaire (ASACOs), où les consultations étaient généralement effectuées par des agents de santé communautaires, avec le soutien ou la supervision des infirmier·ère·s MSF lorsque cela était possible. L'équipe d'évaluation interprète cette variabilité comme le reflet à la fois des contraintes opérationnelles spécifiques au contexte et de la capacité de MSF à s'adapter aux réalités locales, ainsi que de l'absence d'une stratégie ou d'une politique formelle de MSF-OCB pour l'iCCM, ce qui peut limiter la cohérence organisationnelle, l'apprentissage entre les projets et la capacité à reproduire des approches efficaces lorsque cela est approprié.

Si de nombreuses équipes de projet ont déclaré avoir mené des évaluations des besoins, des consultations communautaires ou des enquêtes de référence pour orienter la conception de l'iCCM, la **documentation et la normalisation des évaluations des besoins variaient considérablement**. Certaines évaluations ont été menées de manière informelle ou n'ont pas été stockées ou partagées de manière à pouvoir être utilisées par d'autres sites. Cela limite la valeur de ces évaluations en tant qu'outil d'apprentissage et crée des occasions manquées d'alignement programmatique entre les contextes. Les projets qui ont intégré des processus décisionnels participatifs, tels que les programmes alignés sur le modèle BHI du Soudan du Sud, qui prévoient une participation communautaire structurée par le biais de comités de santé au niveau des villages, ont démontré une appropriation et une responsabilité locales plus fortes. L'engagement des membres et des dirigeants de la communauté renforce également l'iCCM. Un répondant a noté : « *Nous organisons des réunions communautaires pour les informer du plan de MSF visant à soutenir certaines communautés dans le cadre de l'iCCM. Nous discutons du soutien de la communauté... [avec] une représentation du chef de chaque communauté et de l'ASC de cette communauté.* » L'équipe d'évaluation interprète cela comme la preuve qu'**une implication significative des dirigeants communautaires au stade de la conception renforce la légitimité et l'investissement de la communauté dans l'iCCM**.

Dans certains contextes, le terme « iCCM » était considéré comme peu familier ou étranger, en particulier dans les pays francophones. Une infirmière a fait remarquer : « *Le terme iCCM est un mot anglais, ce qui posait déjà un problème. Nous devrions utiliser le terme Soins de Santé Communautaires...* » L'équipe d'évaluation comprend cela comme un signe de l'importance d'utiliser des termes et un cadre acceptés localement lors de la collaboration avec les partenaires du ministère de la Santé, afin d'améliorer la reconnaissance, l'adoption des politiques, l'évolutivité et la durabilité.

Les conclusions de l'examen des documents ont renforcé les enseignements tirés des entretiens. **Les ensembles de services, les modes de rémunération des agents de santé communautaires et les protocoles d'orientation variaient d'un site à l'autre**. Peu de projets prévoient des réunions de coordination régulières ou des accords formels avec leurs homologues du ministère de la Santé. En l'absence d'un cadre commun MSF-OCB, les équipes ont procédé à des adaptations louables aux conditions locales, mais il s'agissait souvent d'innovations isolées plutôt que d'un cycle d'apprentissage institutionnel plus large.

Malgré ces défis, **MSF a démontré une forte capacité d'adaptation locale**. Dans des contextes très variables, allant des communautés pastorales de l'EGPAA aux zones touchées par des conflits comme Tombouctou, les équipes de projet ont adapté leurs modèles de services afin de tenir compte des mouvements de population, des contraintes d'accès et des normes communautaires. Ces adaptations, bien qu'impressionnantes, n'étaient pas guidées par une vision stratégique commune ni examinées de manière systématique au sein de MSF-OCB. Cela renforce la nécessité d'un point de référence commun pour appuyer l'alignement stratégique et la planification à long terme.

Les questions relatives à l'évolutivité et à la durabilité ont été soulevées de manière constante dans toutes les entretiens individuels. Alors que des projets tels que ceux de Yei et Kenema avaient pris des mesures en vue d'une transition, grâce au renforcement des capacités du ministère de la Santé et au transfert progressif de la supervision et de la gestion des approvisionnements, d'autres ne disposaient pas de plans de sortie officiels ni d'approches définies pour étendre la prestation de services. Comme l'a

expliqué un coordinateur, « *Le plus grand défi est celui des ressources. Les besoins sont immenses et MSF n'est pas en mesure de déployer des services dans toutes les zones qui en ont besoin.* » L'équipe d'évaluation interprète cela comme un appel à une planification en amont plus solide avec le ministère de la Santé et à des orientations internes plus claires sur les approches efficaces pour étendre l'iCCM et sur ce qui constitue un modèle iCCM « *durable* » dans le contexte de MSF.

Les éléments constitutifs de l'évolutivité et de la durabilité. Plusieurs sites du projet MSF-OCB ont réalisé des progrès significatifs dans l'intégration de l'iCCM dans les systèmes de santé locaux, jetant ainsi les bases d'une mise à l'échelle de l'iCCM et d'une durabilité à long terme. À Yei, au Soudan du Sud, l'intégration de l'iCCM dans l'initiative BHI menée par le gouvernement a permis la mise en place d'outils standardisés, l'harmonisation des structures de supervision et la mise en œuvre conjointe avec les autorités sanitaires locales. De même, à Kenema, en Sierra Leone, le ministère de la Santé a pris de plus en plus en charge la supervision des agents de santé communautaires et la gestion des produits, MSF n'intervenant que lorsque des lacunes apparaissent. Ces exemples montrent que lorsque des cadres nationaux, un engagement communautaire fort et des outils harmonisés sont en place, les services iCCM sont plus susceptibles d'être reproductibles et de perdurer au-delà du soutien de MSF. MSF doit continuer à encourager le co-leadership du gouvernement tout en renforçant l'engagement communautaire, en veillant à ce que les ASC soient soutenus à la fois par le système et par la communauté à tous les niveaux de mise en œuvre des interventions.

RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer la coordination et l'alignement des politiques, MSF devrait d'abord **renforcer et formaliser le processus d'évaluation des besoins** utilisé pour planifier les activités iCCM. Cela comprend l'élaboration d'un outil d'évaluation standard ou d'un questionnaire qui décrit les points de données essentiels (par exemple, la couverture des ASC, les priorités sanitaires de la communauté, l'accès aux installations) et des conseils pour une consultation participative. Cet outil devrait comporter une section permettant de documenter la manière dont les informations sont collectées, analysées et utilisées dans la conception des activités du projet, et les résultats devraient être stockés dans un référentiel central afin de faciliter l'apprentissage entre les différents sites. Cela permettra de garantir que la planification repose à la fois sur des données quantitatives et qualitatives et que les futures activités d'iCCM répondent aux besoins documentés.

Deuxièmement, MSF devrait mettre en place un processus clair pour documenter la manière dont chaque projet iCCM s'aligne ou s'écarte des définitions mondiales de l'iCCM et des directives nationales en matière de santé. Dans les cas où les interventions soutenues par MSF diffèrent des normes nationales (par exemple, élargissement de la tranche d'âge éligible, modèles d'incitation pour les agents de santé communautaires ou protocoles d'orientation), MSF devrait élaborer de brèves justifications documentées qui seraient examinées et approuvées par les parties prenantes du ministère de la Santé. Cela favoriserait

la transparence, faciliterait l'alignement au fil du temps et réduirait la confusion parmi le personnel de première ligne et les partenaires, tout en servant de ressource pour l'apprentissage interne.

Troisièmement, MSF devrait **élaborer une approche formelle de scalabilité et de durabilité de l'iCCM MSF-OCB**, en s'appuyant sur les conclusions de cette évaluation. Une stratégie simple devrait définir comment étendre de manière rentable les activités iCCM de qualité, ainsi que ce que signifie la « durabilité » pour les projets iCCM de MSF, les actions et indicateurs clés, et les orientations pour la planification de la transition. Ce projet devrait être validé par le biais de consultations avec le personnel chargé des activités iCCM, les équipes de projet, les partenaires du ministère de la Santé, les agents de santé communautaires et les représentants des communautés. Leurs commentaires devraient être intégrés dans une version finale, qui pourra ensuite être rapportée à l'aide d'un modèle de suivi ou d'une liste de contrôle simple. Le cadre final devrait être référencé lors du démarrage des activités, de l'examen et de la planification de la sortie.

Sur la base de ces actions fondamentales, **MSF-OCB doit déterminer le niveau de priorité qu'il accorde aux activités iCCM** dans le continuum de soins fournis par les équipes de projet. L'iCCM étant considérée comme une approche prioritaire, MSF-OCB peut s'appuyer sur les mises à jour actuelles de sa stratégie médicale pour intégrer des objectifs clairs concernant le rôle de l'iCCM dans cette stratégie. Ensuite, l'équipe MSF-OCB peut déterminer le niveau de ressources nécessaires et, dès que les ressources (budget, temps consacré par le personnel) sont disponibles, elle doit procéder à l'élaboration d'un cadre stratégique officiel MSF-OCB iCCM qui décrit les programmes de soins standardisés, les normes de qualité technique et les normes opérationnelles. Cette stratégie doit intégrer les principaux enseignements tirés de l'évaluation actuelle, y compris les conclusions relatives à l'intégration, à la supervision et aux partenariats avec les systèmes de santé. Un processus de planification stratégique allégé avant le cycle d'examen annuel des opérations (ARO) 2025 (pour 2026), par exemple, pourrait servir de tremplin à cet effort. La stratégie devrait ensuite servir de base à l'élaboration d'outils techniques et opérationnels standardisés pour la prise en charge intégrée de la santé infantile (iCCM) de MSF-OCB. À l'instar de l'expérience de MSF-OCBA, ces outils pourraient être compilés dans une boîte à outils en ligne accessible à l'ensemble du personnel de MSF-OCB, des projets et de l'iCCM, certains éléments étant partagés avec les ministères de la Santé et les partenaires de mise en œuvre.

Au niveau national, MSF devrait **soutenir et renforcer la coordination dédiée à l'iCCM menée par les ministères de la Santé**. Cela comprend la planification conjointe des activités, la formalisation des systèmes de supervision, l'alignement de la formation des agents de santé communautaires sur les normes nationales et l'intégration des données iCCM dans les systèmes nationaux d'information sanitaire (par exemple, DHIS2). L'institutionnalisation de la représentation de MSF dans les plateformes de coordination nationales et les forums politiques contribuera à garantir que les enseignements tirés au niveau des projets alimentent la stratégie plus large du système de santé.

Les mécanismes d'engagement communautaire devraient également être normalisés dans tous les sites iCCM. Ceux-ci devraient inclure des boucles de rétroaction structurées, des forums de planification participative et des mécanismes de responsabilité partagée. MSF peut également explorer des stratégies harmonisées de fidélisation des ASC, telles que le mentorat, le soutien psychosocial et les systèmes de reconnaissance locaux, alignés sur les plans nationaux de développement de la main-d'œuvre. Afin de

renforcer le leadership du ministère de la Santé et l'intégration au système de santé national, MSF pourrait aller au-delà de la formation et de la supervision en soutenant les systèmes de planification, de coordination et de données dirigés par le ministère de la Santé, en particulier dans les contextes où le personnel iCCM travaille à temps partiel ou sur une base volontaire.

Enfin, **les barrières linguistiques doivent être surmontées** en utilisant une terminologie acceptée localement (par exemple, « Soins de Santé Communautaire ») dans les contextes francophones afin de faciliter l'adoption au niveau national. Le renforcement des capacités du gouvernement grâce à une supervision conjointe et à un transfert progressif des outils et des responsabilités sera essentiel pour garantir une mise à l'échelle efficace et la viabilité à long terme des services iCCM.

BENCHMARK 2 : COÛTS ET FINANCEMENT

Ce critère examine les composantes financières des interventions iCCM, notamment la planification des projets, les processus et outils d'évaluation des coûts et de budgétisation, l'allocation des ressources de MSF-OCB et la planification de la transition des activités iCCM. Il explore également la manière dont les projets soutenus par MSF-OCB coordonnent leurs activités avec les ministères de la Santé et d'autres partenaires sanitaires et communautaires, et planifient les besoins en ressources pour une éventuelle mise à l'échelle afin d'ajouter de nouvelles interventions sanitaires ou de nouveaux sites iCCM, ou pour faciliter le transfert des activités iCCM à la fin des projets MSF-OCB.

Question d'évaluation pertinente	Dimension RE-AIM pertinente
<ul style="list-style-type: none"> • QE2 (approches de planification et de budgétisation utilisées) • QE5 (opportunités de durabilité et d'extension) 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité • Mise en œuvre • Maintenance

RÉSULTATS

Le calcul des coûts et le financement sont apparus comme des facteurs centraux influençant l'ampleur et la portée des activités iCCM, leur continuité à moyen et long terme, ainsi que l'intégration des services iCCM dans les systèmes de santé nationaux et les structures de financement sur l'ensemble des sites du projet MSF-OCB. L'intégration ne concerne pas seulement l'alignement des activités soutenues par MSF sur les directives nationales, mais aussi l'intégration des coûts de l'iCCM (tels que les médicaments, la formation et la rémunération des agents de santé communautaires) dans les budgets du ministère de la Santé, les listes de médicaments essentiels et les mécanismes nationaux de financement de la santé.

Dans l'EGPAA, par exemple, les ASC recevaient leur salaire directement du ministère de la Santé, MSF assurant la formation et la supervision, ce qui démontre une intégration partielle des responsabilités financières. À Masisi, les services iCCM dirigés par MSF ont été mis en œuvre parallèlement au système du ministère de la Santé, mais sans coordination financière claire, ce qui soulève des inquiétudes quant à

la durabilité après le départ de MSF. Les entretiens avec des informateurs clés ont confirmé que **les contributions financières de MSF ont joué un rôle déterminant dans le lancement et le maintien d'interventions iCCM de haute qualité**, couvrant les dépenses de base telles que le personnel chargé des activités iCCM, les incitations aux ASC, la formation, la supervision, les chaînes d'approvisionnement, les rapports et les produits médicaux.

Pour étendre efficacement les activités iCCM au-delà des 2 à 115 sites d'activité iCCM par projet, il faudra disposer d'outils permettant une planification et une estimation des coûts plus complètes et standardisées. Cependant, de nombreuses équipes de projet ont fait remarquer que la planification et la budgétisation de l'iCCM partent souvent du principe que les ressources existantes pour les services en établissement seront disponibles et suffisantes pour étendre les services à quelques sites d'activité iCCM supplémentaires. Bien que les coûts soient généralement intégrés dans des lignes budgétaires plus larges afin de permettre une utilisation efficace des ressources, l'équipe d'évaluation a constaté un manque d'outils de planification dédiés ou détaillés spécifiques à l'iCCM, tels que des estimations de coûts par site, des besoins supplémentaires en véhicules et en personnel pour la formation et la supervision. Il peut donc être difficile d'évaluer, de suivre ou de communiquer de manière systématique l'investissement total requis. Le développement d'outils de calcul des coûts plus structurés dans les cadres budgétaires existants pourrait également contribuer à mieux valoriser les activités iCCM et à éclairer la planification future.

En outre, **aucune planification financière de la transition visant à assurer la continuité des activités de l'iCCM après la fin de l'implication directe de MSF n'a été observée ou mentionnée** lors des entretiens avec les informateurs clés. Lorsque MSF intervient dans une zone géographique à des fins d'intervention d'urgence, il est naturel que l'organisation mette fin à ses opérations une fois l'urgence résolue. Le financement annuel et le processus ARO ne semblent pas non plus encourager le financement à moyen et long terme. En l'absence de stratégies de transfert claires ou de rôles définis pour le ministère de la Santé ou les organisations non gouvernementales (ONG) partenaires, **l'incertitude quant aux responsabilités futures en matière de financement a suscité des inquiétudes**. Comme l'a déclaré l'un des répondants, « *MSF doit vraiment réfléchir à cette question : qui reprendra ce projet après notre départ ?* » L'équipe d'évaluation considère cela comme une opportunité pour MSF d'améliorer sa planification en amont en intégrant des stratégies de transition dans la conception initiale du projet.

De nombreuses équipes chargées des projets et des activités iCCM ont souligné **les difficultés à garantir une rémunération appropriée et cohérente des ASC** dans tous les projets, en particulier dans les contextes où MSF vise à étendre ses services. Des retards ou des lacunes dans le versement des primes ont été signalés dans plusieurs activités iCCM et, dans certains cas, la politique du ministère de la Santé ne soutient pas le paiement des ASC, ce qui peut affecter leur moral et leur fidélisation. Une personne interrogée a fait remarquer : « *La durabilité n'est généralement pas le point fort de MSF... c'est difficile car les ASC sont souvent des bénévoles. Il est donc compliqué de leur en demander davantage sans leur offrir de réelles incitations.* » L'équipe d'évaluation interprète ces défis comme renforçant l'importance de développer des modèles de motivation des ASC structurés et adaptés au contexte, qui s'alignent sur les cadres nationaux relatifs aux ASC tout en tenant compte des contraintes budgétaires et des exigences du ministère de la Santé. Au Mali, des retards périodiques dans le versement des primes ont entraîné des frictions avec les autorités sanitaires locales et ont perturbé la motivation des ASC. À Cibitoke, certains

ASC travaillaient sans rémunération, dépendant uniquement du matériel fourni par MSF et de la reconnaissance de la communauté. L'examen des documents a révélé **des variations dans la manière dont la planification financière et la budgétisation sont mises en œuvre d'un site à l'autre**. Si les plafonds budgétaires sont fixés au niveau du siège, les chefs de projet manquent souvent d'outils spécifiques pour prévoir et planifier les coûts liés à la prise en charge intégrée des maladies infantiles, tels que la formation, la supervision ou la collecte de données. En outre, la visibilité sur les allocations budgétaires nationales consacrées à la santé communautaire reste limitée dans de nombreux contextes. L'équipe d'évaluation considère qu'il s'agit là d'un domaine clé pour renforcer la collaboration de MSF avec les acteurs du ministère de la Santé et explorer les possibilités de partage des coûts ou d'intégration dans les plans nationaux de santé.

Les réalités géographiques et logistiques ont également influencé les besoins financiers, en particulier dans les zones reculées ou instables. Les projets menés dans des endroits comme Yei et Tombouctou ont dû faire face à des coûts opérationnels plus élevés en raison de leur dépendance à des systèmes de livraison aérienne ou à des cliniques mobiles. Ces stratégies adaptatives ont permis de maintenir la prestation de services malgré les difficultés contextuelles et ont mis en évidence l'engagement de MSF à atteindre les populations mal desservies. Toutefois, l'équipe d'évaluation estime que ces mêmes conditions nécessitent des évaluations de faisabilité financière plus solides avant toute planification d'extension ou de transition, afin de garantir l'adéquation entre les modèles opérationnels et les ressources disponibles à moyen et long terme. En revanche, les équipes de projet à Kebbi et Masisi ont fonctionné avec des mécanismes de transport et d'approvisionnement plus prévisibles, ce qui a permis de réduire les coûts et d'offrir des modèles de planification financière moins intensifs dans des contextes plus stables.

Bien qu'aucune analyse coût-efficacité n'ait été réalisée dans le cadre de cette évaluation, l'équipe d'évaluation a signalé des limites quant à la possibilité d'utiliser des données quantitatives pour des analyses financières et programmatiques solides, en raison notamment de problèmes liés à l'exhaustivité des données et à la variabilité des systèmes de suivi entre les différents sites du projet. Le suivi incomplet des résultats des orientations, des indicateurs de malnutrition et du nombre de cas traités par les agents de santé communautaires sur certains sites indique également des occasions manquées d'optimisation financière et programmatique. Le renforcement de la collecte systématique de données et l'harmonisation des définitions des indicateurs permettraient non seulement d'améliorer la qualité des projets, mais aussi de mieux éclairer la planification financière au fil du temps.

Enfin, **l'importance d'aligner le financement de l'iCCM sur les cadres nationaux** a été constamment soulignée. Une personne interrogée a déclaré : *« Il faut lire les politiques nationales et évaluer ce qui est possible... nous devons également travailler davantage avec les économistes de la santé pour évaluer la viabilité financière d'une extension du programme. »* L'équipe d'évaluation considère qu'il s'agit là d'une voie prometteuse pour MSF afin de rechercher des cofinancements avec des bailleurs de fonds externes lorsque cela est acceptable, de tirer parti du soutien multilatéral et d'élaborer des stratégies de financement intégrées qui renforcent l'appropriation des projets à long terme.

RECOMMANDATIONS

Afin de garantir la scalabilité et la durabilité des services iCCM, MSF devrait **donner la priorité à des évaluations précoces de la faisabilité opérationnelle et financière** avant toute activité de démarrage ou d'extension. Ces évaluations permettraient d'adapter la conception des projets aux réalités locales, notamment aux coûts logistiques, à l'implication du ministère de la Santé et aux structures communautaires, afin de garantir que les services puissent être maintenus dans le cadre des systèmes et des budgets existants. À Masisi, par exemple, la prévisibilité de la chaîne d'approvisionnement et les infrastructures sanitaires existantes ont permis de réapprovisionner chaque semaine les agents de santé communautaires à moindre coût, offrant ainsi un modèle qui contraste avec les activités de projet plus coûteuses et éloignées, comme celles menées à Tombouctou, même si ce niveau de régularité n'est pas toujours possible dans d'autres contextes en raison de contraintes sécuritaires. Le cas échéant, il convient de s'efforcer d'intégrer les coûts de l'iCCM dans les budgets du ministère de la Santé ou les régimes nationaux d'assurance maladie, en particulier pour les médicaments essentiels, les allocations des agents de santé communautaires et la formation.

Afin de renforcer la scalabilité et la viabilité financière à long terme des interventions iCCM, MSF et ses partenaires devraient également **donner la priorité à l'élaboration de plans de transition programmatiques et financiers complets** dès le début de toute activité iCCM. Ces plans devraient être élaborés conjointement avec les homologues du ministère de la Santé, les bailleurs de fonds et les ONG concernées afin de garantir le partage des responsabilités et l'alignement sur les structures de financement nationales. Ils devraient inclure des procédures standardisées pour le lancement des activités iCCM et un processus d'examen à plusieurs niveaux avant la fin des activités iCCM. Il est essentiel d'intégrer ces stratégies dès le début de la conception du projet afin d'éviter des déficits de financement soudains pendant les phases de réduction ou de transfert.

Compte tenu du rôle central des ASC dans le succès de l'iCCM, MSF devrait **explorer des modèles d'incitation évolutifs, durables et adaptés au contexte**. Ceux-ci pourraient inclure une combinaison d'incitations financières, d'aides en nature, d'opportunités de développement de carrière et de reconnaissance officielle, alignées sur les cadres nationaux relatifs aux ASC afin d'éviter la création de systèmes parallèles. Dans l'EGPAA, par exemple, les ASC recevaient à la fois un salaire versé par le gouvernement et une formation et une supervision fournies par MSF, illustrant ainsi un modèle d'investissement partagé. À Masisi, les ASC ont reçu de modestes allocations en espèces ainsi que du bétail (par exemple, des chèvres ou des moutons), qui ont constitué des incitations à long terme adaptées à la culture locale. Pour garantir la cohérence entre les différents sites du projet, il faudra mettre en place un cadre d'incitation harmonisé, élaboré en collaboration avec les acteurs nationaux, tout en conservant une certaine souplesse pour s'adapter au contexte.

BENCHMARK 3 : RESSOURCES HUMAINES

Ce critère examine la sélection, la formation, la supervision, la motivation et la fidélisation des ASC sur l'ensemble des sites du projet iCCM. Il évalue la clarté et l'articulation des rôles et des attentes bien définis pour les ASC, les communautés, MSF, le ministère de la Santé et les partenaires ; l'alignement des

pratiques en matière de ressources humaines sur les systèmes du ministère de la Santé ; et l'adaptabilité des approches de renforcement des capacités aux contextes locaux. Il évalue également l'existence de plans complets de formation initiale et continue, les stratégies de fidélisation et de motivation des ASC, ainsi que l'efficacité globale des systèmes de main-d'œuvre dans le soutien à la prestation des services iCCM, en particulier dans les communautés isolées, mobiles et touchées par des crises.

Question d'évaluation pertinente	Dimension RE-AIM pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (modalités de gestion des ressources humaines) ● QE3 (défis et enseignements tirés) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Mise en œuvre ● Maintien

RÉSULTATS

Les ressources humaines se sont révélées être un facteur déterminant de l'efficacité de l'iCCM dans tous les projets MSF-OCB. Les agents de santé communautaires formés, motivés et correctement équipés, sélectionnés et soutenus par leurs communautés, ont été unanimement reconnus comme essentiels pour améliorer l'accès à des soins de santé rapides et de qualité pour les enfants de moins de cinq ans et leurs familles dans les zones mal desservies. Dans presque tous les sites du projet, les conclusions des entretiens avec les informateurs clés ont révélé que **les ASC étaient sélectionnés dans le cadre de processus communautaires**, souvent par les chefs de village ou les comités de santé, ce qui a contribué à renforcer la confiance de la communauté et le sentiment d'appropriation locale. Dans des contextes tels que Yei, Masisi, Kebbi et Kenema, où les critères de sélection étaient alignés sur les cadres du ministère de la Santé et intégraient des normes en matière d'alphabétisation, d'âge et de résidence, les ASC ont été efficacement intégrés dans le système de santé national. À Yei, au Soudan du Sud, chaque agent de santé communautaire est censé desservir 40 ménages, mais dans certains cas, un seul agent communautaire était responsable de plus de 80 ménages, ce qui a nécessité un recrutement supplémentaire. À Masisi, EGPA et Niono, MSF a travaillé en collaboration avec les dirigeants locaux pour identifier les agents communautaires en fonction de leur lieu de résidence, de leur disponibilité et de leur niveau d'alphabétisation, mais l'absence de critères formalisés et d'estimations démographiques a conduit à une couverture inégale des agents communautaires. À Cibitoke, la sous-couverture dans les zones reculées et la surconcentration à proximité des centres de santé ont entraîné des disparités géographiques. **Dans certains cas, les dirigeants communautaires influencent la répartition des agents de santé communautaires en fonction de facteurs subjectifs** plutôt que de besoins objectifs, ce qui soulève des questions quant à l'efficacité et l'équité du système. À Kenema (Sierra Leone), les ASC sont principalement des hommes, en grande partie en raison du taux de scolarisation plus élevé chez les hommes dans l'enseignement secondaire. Des informateurs clés ont également indiqué que 15 % des personnes-ressources communautaires à Kebbi sont des femmes, ce qui présente également un déséquilibre entre

les sexes parmi les ASC. Si le niveau d'éducation est souvent considéré comme une condition préalable pour devenir ASC en raison de leur rôle dans la diffusion de messages de santé, cela n'est pas le cas dans tous les projets. Par exemple, dans le cadre de l'EGPAA, où l'alphabétisation et l'éducation formelle sont rares, ces critères n'étaient pas exigés. En revanche, à Kenema, les critères de sélection basés sur l'éducation ont limité le nombre de candidates éligibles, soulignant la possibilité de renforcer l'égalité des sexes dans le recrutement des ASC. L'équipe d'évaluation considère qu'il s'agit là d'un enseignement qui pourrait permettre une planification plus systématique et fondée sur des données pour la répartition des ASC et favoriser des pratiques de sélection plus inclusives lorsque cela est possible.

La formation et la supervision étaient à la fois des points forts et des domaines en cours de développement. De nombreux projets ont mis en place des stratégies adaptatives en collaboration avec le ministère de la Santé, telles que des tableaux à feuilles mobiles manuscrits pour **rationaliser le manuel de formation de l'OMS, jugé trop complexe pour être utilisé dans la pratique**, ou le recours à des formateurs certifiés par le ministère de la Santé et à des protocoles nationaux. Des sites tels que Yei et Kebbi intègrent des outils de travail tels que des livrets de tableaux iCCM et des cartes de prescription pour aider les ASC, tandis que Masisi et Boma ont introduit des tableaux à feuilles mobiles pour s'adapter aux faibles niveaux d'alphabétisation. Un ASC a déclaré : « *Nous utilisons les protocoles et les directives nationaux... toute la formation est dispensée en collaboration avec la personne chargée de coordonner les efforts des ASC au sein du ministère.* » Ces approches intégrées ont contribué à l'harmonisation et à la légitimité. Dans l'EGPAA, le processus de formation dirigé par le ministère de la Santé comprenait une certification en plusieurs phases et était complété par des cours de suivi et de remise à niveau dispensés par MSF. À Tombouctou, cependant, la récente extension du programme a entraîné un retard ou un raccourcissement de la formation de certains ASC, et il y avait des lacunes dans l'accès aux outils de travail. L'équipe d'évaluation a constaté **une lacune au niveau de MSF-OCB** en ce qui concerne **un ensemble d'outils de formation iCCM harmonisé mais flexible**, pouvant être utilisé sur tous les sites du projet et dans toutes les activités iCCM, y compris des manuels et des exercices d'apprentissage participatif, afin de soutenir une approche standard mais adaptable de la formation, pouvant être étendue tout en maintenant la qualité. Dans l'ensemble, les ASC ont systématiquement exprimé leur souhait de poursuivre leur apprentissage, à l'aide d'outils adaptés aux contextes de conflit et/ou de faible niveau d'alphabétisation, et de bénéficier d'un soutien pour renforcer leur capacité à servir leurs communautés.

Sur l'ensemble des sites du projet, les structures de supervision varient en fréquence et en format, certains projets bénéficiant d'une supervision quotidienne tandis que d'autres sont confrontés à des défis logistiques et sécuritaires qui limitent les visites régulières, comme c'est le cas dans des contextes tels que celui de Yei. Dans certains environnements peu sûrs où les équipes du projet ne peuvent pas se rendre en toute sécurité sur les sites iCCM, les ASC sont invités à se rendre à la base MSF pour la supervision, le réapprovisionnement en médicaments et la formation. Cependant, **l'absence d'outils formalisés tels que des listes de contrôle de supervision et des formulaires d'évaluation du comportement dans certains sites réduit la capacité à suivre systématiquement les performances des ASC au fil du temps.**

L'examen des documents a permis de constater plusieurs **lacunes dans la documentation relative aux rôles des ASC, aux stratégies de déploiement et aux processus de supervision**. Si certains sites conservaient des registres complets, d'autres ne précisaient pas clairement si les ASC étaient

officiellement reconnus au sein des structures du ministère de la Santé ou si la formation et la supervision assurées par MSF étaient conformes aux normes nationales. En particulier, la répartition des responsabilités de supervision entre MSF et les acteurs du ministère de la Santé n'était souvent pas clairement documentée. La supervision était généralement assurée par le personnel du projet MSF, tel que les infirmier·ère·s, les responsables d'activités ou les superviseurs de la promotion de la santé, bien que la coordination avec les points focaux du ministère de la Santé au niveau des districts ou les superviseurs de santé communautaire variait selon les contextes. Ces incohérences dans les termes de référence ont limité l'apprentissage entre les sites et entravé les efforts de normalisation des outils et des approches. Dans l'EGPAA, les agents de santé communautaires recevaient une allocation mensuelle du gouvernement en plus du soutien de MSF. En revanche, les agents de santé communautaires de Cibitoke et de certaines parties de Tombouctou travaillaient sur une base volontaire, souvent sans contrat ni documentation officielle de leurs responsabilités. Ces différences ont eu une incidence sur la planification de la rétention et de la durabilité, en particulier dans les zones où le rôle à long terme de MSF était incertain.

Il est important de noter que **les ASC ont exprimé leur fierté à l'égard de leur rôle et ont décrit le profond respect et le soutien social de leurs communautés** comme un facteur de motivation. Le soutien matériel (sacs, bottes, radios ou bétail), ainsi que les réunions mensuelles et la reconnaissance publique, ont été cités comme des stratégies clés de fidélisation. Un répondant à Yei a expliqué : *« Ils sont très appréciés dans leur communauté, ce qui contribue à les motiver... ils savent qu'ils seront intégrés au système du ministère de la Santé, et cela les motive. »* Dans le même temps, **l'absence d'incitations financières cohérentes ou de reconnaissance officielle** sur l'ensemble des sites du projet restait une préoccupation urgente. À Masisi, les ASC recevaient une modeste allocation en espèces et, dans certains cas, du bétail à titre d'incitation supplémentaire. À Kebbi, le soutien logistique, tel que les indemnités de transport, les séances de retour d'information régulières et les réunions mensuelles de l'équipe, a joué un rôle central dans le maintien de l'engagement. L'équipe d'évaluation estime que l'absence d'un cadre d'incitation normalisé contribue aux disparités en matière de fidélisation et souligne la nécessité d'un alignement plus étroit avec les politiques d'emploi du ministère de la Santé.

Bien que l'ensemble de données quantitatives n'ait pas été utilisé pour analyser directement les performances des ASC, les problèmes liés à des données incomplètes, tels que des dénominateurs de population incohérents et des rapports variables sur les activités de formation ou de supervision ont limité la capacité à évaluer pleinement la couverture et les besoins en ressources humaines. **Le renforcement du suivi régulier et l'harmonisation des définitions des indicateurs entre les sites contribueraient à améliorer la planification** et à garantir que les stratégies de soutien aux ASC soient fondées sur des données et équitables.

L'évaluation a révélé que **malgré ces faiblesses structurelles, les ASC ont fait preuve d'une résilience et d'une adaptabilité remarquables**. Beaucoup ont concilié leur travail dans le domaine de la santé avec l'agriculture, la garde d'enfants ou d'autres responsabilités, soulignant l'importance d'un horaire flexible et de la reconnaissance du double rôle des ASC. À Tombouctou et Cibitoke, par exemple, les ASC ont déclaré devoir parcourir de longues distances à pied pour se rendre dans les foyers, souvent en utilisant leurs propres ressources, ce qui affecte leur moral et la durabilité de leur action. Ces observations

soulignent la nécessité de mettre en place des modèles de soutien adaptés qui reflètent la réalité de la prestation de services sur le terrain.

Enfin, l'équipe d'évaluation a noté que les systèmes de ressources humaines de MSF pour l'iCCM fonctionnaient souvent en parallèle avec les systèmes nationaux plutôt que d'y être intégrés. À EGPA et Niono, des efforts étaient en cours pour aligner la formation et la supervision sur les protocoles du ministère de la Santé, mais le personnel restait préoccupé par la manière dont les ASC seraient soutenus après le départ de MSF. Sans un alignement plus fort sur les politiques nationales en matière de ressources humaines et sans investissement dans les plans de transition du gouvernement, l'impact à long terme de la formation et du soutien des ASC risque d'être de courte durée.

Élargir la portée des services iCCM grâce à des modèles communautaires.

Les interventions iCCM de MSF visent à étendre les soins vitaux aux communautés isolées et mal desservies grâce à des modèles solides d'ASC axés sur la communauté. Dans la plupart des sites du projet, les ASC sont sélectionnés par les dirigeants locaux, ce qui garantit la confiance et la cohésion sociale, tandis que les modèles de formation et de supervision sont adaptés aux différents niveaux d'alphabétisation et d'accès. Sur l'ensemble des sites, la croissance démographique, les migrations et le caractère limité des données de recensement entravent la répartition équitable des ASC, mais les équipes de MSF ont mis en place des solutions innovantes, telles que des flipcharts pour les milieux peu alphabétisés et des exercices de recensement communautaire à Masisi, afin de renforcer la couverture. Ces outils et approches spécifiques au contexte pourraient être centralisés et partagés de manière plus systématique entre les missions, formant ainsi la base d'une boîte à outils pratique pour l'iCCM sur le terrain, hébergée sur une plateforme partagée telle que SharePoint. Bien que des lacunes subsistent en matière de formation de mise à niveau et d'affectation de la main-d'œuvre, le modèle des ASC reste essentiel pour la portée et la résilience de l'iCCM dans des contextes diversifiés et fragiles.

RECOMMANDATIONS

Afin de renforcer les systèmes de ressources humaines pour l'iCCM, une approche harmonisée de la sélection et du déploiement des ASC est nécessaire au sein d'un même projet, une approche qui équilibre les préférences de la communauté avec les besoins en matière de santé et les données démographiques. MSF devrait **investir dans une cartographie systématique de la population afin d'assurer une répartition équitable de la main-d'œuvre** et d'éviter les affectations ad hoc ou politisées. Cela pourrait inclure des micro-recensements communautaires périodiques, comme ceux menés à titre expérimental à Masisi, afin d'ajuster en temps réel le ratio ASC/ménage, tout en reconnaissant les limites de cette approche dans les contextes où la population est très mobile en raison de l'insécurité et où il reste difficile d'obtenir des estimations démographiques précises.

Les programmes de formation et les protocoles de supervision devraient également être normalisés dans chaque pays et suffisamment souples pour s'aligner sur les priorités du ministère de la Santé, avec des modules de base, du matériel adapté au niveau d'alphabétisation et des sessions de remise à niveau institutionnalisées afin de garantir la cohérence des capacités des ASC, tout en reconnaissant que les critères et les exigences peuvent varier d'un pays à l'autre. Le mentorat sur site et l'utilisation d'aides visuelles au travail devraient être développés, en particulier dans les contextes où le niveau d'alphabétisation est faible. Les structures de supervision devraient également être renforcées, en s'appuyant sur des modèles communautaires et en garantissant des interactions fréquentes et constructives entre les ASC et les superviseurs. Dans la mesure du possible, les commentaires des ASC peuvent être intégrés dans les systèmes de supervision afin de favoriser une communication bidirectionnelle.

Pour soutenir cette démarche, MSF devrait élaborer **une boîte à outils pratique en matière de ressources humaines pour l'iCCM**, contenant des documents d'orientation standard mais flexibles, notamment des modèles adaptables, des descriptions de poste, des processus d'intégration, des listes de contrôle pour la supervision et des termes de référence pour la collaboration entre les ASC, le ministère de la Santé et MSF. La boîte à outils devrait refléter les enseignements tirés des ressources existantes de l'OCB et offrir des conseils modulaires pouvant être adaptés à différents environnements opérationnels, notamment les zones de conflit, les contextes de faible niveau d'alphabétisation et les zones à forte fluctuation démographique.

La motivation et la fidélisation des ASC requièrent une attention immédiate. MSF devrait travailler avec le ministère de la Santé et ses partenaires pour élaborer et promouvoir des programmes d'incitation standardisés, combinant des éléments financiers, matériels et de reconnaissance sociale, alignés sur les politiques nationales. Dans la mesure du possible, il convient de rechercher l'emploi formel des ASC par le ministère de la Santé, et le soutien provisoire de MSF devrait être clairement lié aux plans de transition du gouvernement. Les exemples de l'EGPAA, où les ASC recevaient à la fois un salaire du ministère de la Santé et des incitations de MSF, peuvent servir de base à des modèles de financement partagé. À Masisi, les incitations locales basées sur le bétail ont été appréciées, mais manquaient de critères clairs, ce qui souligne la nécessité de transparence dans les systèmes d'incitations non monétaires.

En outre, MSF devrait **envisager de définir des ratios minimaux de supervision et des fréquences de référence** pour les activités des projets des ASC afin de garantir le maintien d'un contrôle de base des performances, même dans les zones reculées ou peu sûres. Dans les contextes où la mobilité est restreinte, il convient d'étudier la possibilité de recourir à des contrôles à distance, à des modèles de coaching par les pairs ou à des comités de supervision basés dans les villages.

Enfin, **le suivi des performances des ASC et les boucles de rétroaction devraient être institutionnalisés**, afin de permettre aux ASC de contribuer à l'amélioration des services grâce à des examens réguliers des données et à des forums d'apprentissage entre pairs. Cela permettrait non seulement de renforcer la responsabilité, mais aussi de renforcer leur sentiment de valeur et leur identité professionnelle au sein du système de santé. À Tombouctou et à Cibitoke, où les ASC ont signalé une supervision limitée et des structures de reconnaissance peu claires, l'évaluation formelle par les pairs et le partage des données pourraient améliorer à la fois la motivation et la qualité des services.

ÉTUDE DE CAS N° 1 : AVANTAGES SOCIAUX ET INDIVIDUELS PERÇUS DE L'INTERVENTION ICCM A KUCHALACOURA PAR AMINATOU (AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE)

Contexte

Les activités iCCM ont débuté au Mali en 2020 afin de renforcer l'accès aux soins de santé dans les zones reculées. À Kuchalacoura, un site situé à 15 km du Centre de santé communautaire de Diabally, les ASC offrent divers services gratuits aux enfants de moins de 15 ans et aux femmes qui ont accouché. Ces services comprennent le dépistage et le traitement du paludisme sans complication, la prise en charge des IRA, le traitement de la diarrhée, le dépistage des cas de malnutrition, l'orientation des cas avérés de paludisme grave et de malnutrition, le suivi des vaccinations, les visites à domicile pour la sensibilisation, la mobilisation communautaire et les consultations postnatales.

Profil de l'agent de santé

Aminatou*, âgée d'environ 32 ans, est agent de santé communautaire depuis 2012. Ayant suivi une scolarité primaire, elle a fait preuve de détermination pour obtenir le diplôme d'infirmière après avoir réussi un examen écrit et suivi une formation de 15 jours à Niono. Animée par le désir de servir sa communauté et de réduire la mortalité infantile et maternelle, Aminatou est devenue un pilier essentiel du système de santé local.¹¹

Le travail d'Aminatou

Aminatou utilise divers outils pour fournir des soins de qualité :

- **Matériel de diagnostic et de traitement** : un thermomètre, une armoire à pharmacie, une balance et un registre de consultation permettent un suivi médical rigoureux.
- **Outils de dépistage** : bien que l'équipement dédié au dépistage de la pneumonie soit en panne depuis deux ans et que les fiches de référence soient insuffisantes, Hawa continue d'assurer le suivi des cas.
- **Outils de reporting** : des fiches récapitulatives hebdomadaires et mensuelles pour rendre compte des activités et des résultats obtenus.

Défis et contraintes

Malgré son engagement et ses compétences, Aminatou est confrontée à de nombreuses difficultés :

- **Équipement insuffisant** : le manque de matériel pour se laver les mains, de poubelles, de chaises et de tables de consultation limite l'efficacité de son intervention.
- **Sécurité** : la présence de djihadistes dans la région impose de sévères contraintes, notamment l'obligation pour les femmes de se voiler entièrement sous peine de violences.

¹¹ Les noms marqués d'un astérisque * dans toutes les études de cas ont été modifiés aux fins du présent rapport d'évaluation. Ils ne peuvent en aucun cas être associés aux acteurs susmentionnés. En outre, l'agent de santé communautaire mentionné dans l'étude de cas n° 1 a donné son consentement éclairé par écrit.

- **Conditions de travail difficiles** : couvrant une population de 19 000 personnes, Aminatou manque de lampes torches, de chaussures et de vêtements adaptés pendant la saison des pluies.
- **Rupture de stock** : un mois avant la visite (novembre 2024), une rupture de stock de tests de diagnostics rapides a duré 15 jours, affectant la continuité de ses services.
- **Supervision** : l'absence de supervision de MSF sur place dans les communautés depuis plus d'un an pour des raisons de sécurité contribue à l'isolement professionnel et à la difficulté d'assurer un suivi optimal. Les équipes des établissements de santé du ministère de la Santé ont assuré la supervision et ont rendu compte à MSF.
- **Rémunération** : La motivation financière reste modeste, ce qui limite la capacité d'Aminatou à investir dans des ressources supplémentaires pour améliorer son service.

Malgré cela, Aminatou voit un réel avantage personnel à être agent de santé communautaire, en raison de la reconnaissance sociale et du renforcement des compétences grâce à l'acquisition continue de nouvelles connaissances : *« Avant le soutien de MSF, je travaillais gratuitement comme relais et maintenant, avec le soutien de MSF, j'ai beaucoup appris grâce aux formations dispensées par MSF sur les maladies qui fatiguent les enfants. Actuellement, quand je vois un enfant malade, je peux facilement l'identifier et orienter les parents vers un service de santé. »*

Points à améliorer

À partir de cet entretien et d'autres visites sur place, l'équipe d'évaluation a identifié trois points à renforcer pour améliorer l'efficacité de l'intervention iCCM à Koutchalacoura, notamment :

- Fournir le matériel de base manquant (lavabo, poubelles, chaises, tables de consultation, lampes torches, chaussures et vêtements adaptés).
- Réparer le matériel de dépistage de la pneumonie et améliorer les outils de référence.
- Rétablir un système de supervision régulier, idéalement avec le soutien d'organisations telles que MSF, afin de garantir la qualité et la continuité des services.

L'expérience d'Aminatou illustre les avantages sociaux et individuels de l'intervention iCCM dans un contexte difficile.

BENCHMARK 4 : GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

Ce critère évalue les systèmes et les processus par lesquels les produits iCCM, y compris les médicaments essentiels, les diagnostics et les équipements adaptés aux enfants, sont achetés, stockés et distribués. Il examine la planification des achats, le contrôle des stocks, la logistique de réapprovisionnement, la gestion logistique et les systèmes d'information, et vérifie si ceux-ci incluent des procédures opérationnelles standard. Le benchmark prend également en compte l'inclusion des produits iCCM dans les listes nationales de médicaments essentiels et la durabilité des pratiques de la chaîne d'approvisionnement afin de maintenir un accès constant à des médicaments de qualité garantie dans tous les sites soutenus par MSF.

Question d'évaluation pertinente	Dimension RE-AIM pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (comment l'iCCM est mise en œuvre) ● QE3 (défis liés au maintien des services) ● QE5 (durabilité) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Mise en œuvre ● Maintien

RÉSULTATS

La gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les activités iCCM s'appuyant sur le système d'approvisionnement plus large de MSF-OCB, elle garantit généralement l'accès à des fournitures de diagnostic et à des médicaments essentiels de qualité. **Des systèmes de réapprovisionnement stables ont été signalés sur plusieurs sites du projet**, soutenus par des livraisons mensuelles, des mécanismes de réapprovisionnement d'urgence et une coordination entre les équipes pharmaceutiques et d'approvisionnement et les autorités sanitaires. À Masisi, les agents de santé communautaires étaient réapprovisionnés chaque semaine, en fonction de la consommation, par l'intermédiaire de la pharmacie de la zone sanitaire, et la pharmacie de MSF maintenait un stock constant au niveau de la zone. À Kebbi, les superviseurs effectuaient des rapprochements mensuels entre les registres des patients et l'utilisation des médicaments, ce qui contribuait à améliorer le suivi de la consommation et à anticiper les besoins de réapprovisionnement. De plus, un responsable de l'approvisionnement à Kenema a déclaré : « *Normalement, ils reçoivent des fournitures chaque mois... en cas de retard ou de rupture de stock, nous communiquons pour voir comment nous pouvons nous assurer que les ASC reçoivent les fournitures dont ils ont besoin.* » Ces exemples soulignent le potentiel des systèmes coordonnés pour renforcer la fiabilité et la confiance de la communauté dans les ASC en tant que prestataires de soins de confiance.

Cependant, ce **niveau de cohérence n'était pas universel**. À Cibitoke, au Burundi, et à Niono, à Tombouctou, au Mali, des ruptures de stock ont été constatées, parfois pendant une période prolongée, en raison d'une combinaison de problèmes d'infrastructure, d'un accès limité aux installations de stockage

et de lacunes dans la coordination entre les bureaux de santé des districts et les établissements de santé. À Cibitoke, le personnel des établissements hésitait parfois à remettre les fournitures aux ASC, et les responsabilités agricoles empêchaient les ASC de venir chercher les stocks lorsqu'ils étaient disponibles. Dans l'EGPAA, la dispersion géographique des ASC rendait difficile la coordination du réapprovisionnement sans moyens de transport fiables ni protocoles d'urgence définis. Ces difficultés suggèrent la nécessité d'une planification logistique plus claire et d'une responsabilité partagée entre MSF, les acteurs du ministère de la Santé et le personnel des établissements de santé.

L'examen des documents a également mis en évidence **des faiblesses dans la planification d'urgence**. Si la plupart des projets utilisaient des calendriers d'approvisionnement structurés et des modèles de prévision, les augmentations soudaines d'activité, telles que l'ouverture de nouveaux sites de traitement ou l'extension de la prophylaxie saisonnière du paludisme, entraînaient souvent des pénuries à court terme. À Tombouctou, la création de nouveaux postes de santé communautaires a mis à rude épreuve les chaînes d'approvisionnement existantes, nécessitant une redistribution d'urgence à partir de sites voisins. Bien que les transferts entre sites et la réaffectation des stocks tampons aient contribué à atténuer les pénuries immédiates, ces approches réactives ont mis en évidence des lacunes dans la prévision proactive des stocks.

Les pratiques de stockage variaient également. Dans la plupart des sites, les agents de santé communautaires stockaient les médicaments dans des sacs à dos à leur domicile, certains utilisant des malles verrouillées ou des entrepôts communautaires gérés par les dirigeants communautaires. Bien que la sécurité et la qualité des médicaments n'aient généralement pas été soulevées comme des préoccupations, des directives de stockage plus claires pour protéger les fournitures des intempéries et garantir un stockage sûr hors de portée des enfants, ainsi qu'un accès plus cohérent à des contenants sécurisés, pourraient améliorer la sécurité des médicaments et les pratiques de manipulation. Dans des endroits comme Kebbi, les superviseurs effectuaient des rapprochements mensuels entre les registres des médicaments et des patients, une approche prometteuse que l'équipe d'évaluation considère comme un exemple de supervision efficace qui pourrait être étendue à d'autres sites.

La scalabilité et la viabilité à long terme des systèmes de chaîne d'approvisionnement ont été une préoccupation constante dans de nombreux contextes. Dans de nombreux projets, MSF est resté le principal acteur de l'approvisionnement et de la distribution, l'engagement du gouvernement dans les prévisions, les commandes ou le suivi des stocks étant limité. À Niono, le personnel du ministère de la Santé a exprimé son incertitude quant à la manière dont les stocks seraient maintenus après le départ de MSF. À Kebbi, le personnel a fait part de ses préoccupations concernant la dépendance à l'égard des financements externes et l'absence de systèmes gouvernementaux de prévision pour les produits iCCM. Comme l'a expliqué un coordinateur au Soudan du Sud, *« l'espoir à long terme réside dans la capacité de l'UNICEF à obtenir un budget plus important... MSF ne peut pas faire cela seule indéfiniment »*. L'équipe d'évaluation interprète cela comme le reflet de la nécessité d'une collaboration plus forte au niveau national et d'une planification de la transition. Dans certains sites, le personnel et les responsables des établissements **ne savaient pas clairement s'il existait un plan pour maintenir les approvisionnements iCCM une fois le soutien de MSF terminé**. Cela pose un défi particulier dans les cas où les sites iCCM actuels sont liés à des cliniques de santé gérées par les équipes MSF-OCB, car lorsque le financement de

MSF prendra fin, les activités de la clinique et de l'iCCM prendront également fin, souvent sans plan de transition viable avec le ministère de la Santé et les partenaires. Ce manque de visibilité risque d'entraîner des interruptions de service et pourrait compromettre les progrès réalisés pendant la mise en œuvre.

Malgré ces difficultés, **les équipes de MSF ont fait preuve d'innovation et de réactivité pour s'adapter aux réalités locales**, que ce soit en ajustant les quantités livrées dans les zones difficiles d'accès, en impliquant les chefs communautaires dans la planification logistique ou en renforçant les contrôles d'inventaire effectués par les superviseurs. À Masisi, les agents de santé communautaires ont participé à la planification participative des quantités de médicaments en fonction de la saisonnalité, tandis qu'à Tombouctou, des transporteurs locaux ont été engagés pour aider à livrer des médicaments aux agents de santé communautaires éloignés pendant la saison des pluies. À l'avenir, une collaboration plus formelle avec le ministère de la Santé et les partenaires internationaux, des investissements ciblés dans le soutien logistique aux agents de santé communautaires et un meilleur partage des données entre les sites seront essentiels pour garantir la cohérence et la réactivité des services de prise en charge intégrée du paludisme et de la tuberculose, en particulier dans les zones fragiles et mal desservies.

RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer la résilience, l'évolutivité et la durabilité de la chaîne d'approvisionnement, les conclusions de l'évaluation identifient plusieurs mesures concrètes. Tout d'abord, **des plans logistiques iCCM spécifiques à chaque site devraient être élaborés afin d'anticiper les goulots d'étranglement et d'assurer un réapprovisionnement rapide dans les zones difficiles d'accès**. Ceux-ci peuvent inclure le pré-positionnement des produits, la mobilisation des réseaux de transport locaux et la garantie de stocks tampons pour les ASC opérant dans des zones reculées. À Yei, par exemple, la livraison de quantités plus importantes aux ASC dans les zones reculées a réduit la charge liée au réapprovisionnement fréquent et pourrait être généralisée dans des contextes similaires.

Deuxièmement, **les rôles et responsabilités officiels en matière de produits pharmaceutiques et d'approvisionnement doivent être établis et coordonnés entre MSF, le ministère de la Santé et les ASC**, avec le soutien de sessions de planification conjointes et de cadres de responsabilité intégrés. Les attentes claires en matière de transfert de médicaments, de libération des stocks des établissements et de calendriers de réapprovisionnement des ASC doivent être définies dans des protocoles d'accord (MOU) avec les équipes sanitaires des districts. La coordination avec le personnel des établissements de santé, comme à Kenema, où les fournitures sont livrées directement aux communautés sur demande, pourrait servir de modèle.

Au niveau national, MSF devrait partager ses expériences avec d'autres partenaires de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, le cas échéant, et plaider en faveur du renforcement des capacités d'approvisionnement du gouvernement. Il sera essentiel de préparer la transition éventuelle de la responsabilité de la gestion des produits iCCM vers les acteurs du ministère de la Santé. Dans la mesure du possible, MSF devrait aider les gouvernements à intégrer les produits iCCM dans les listes nationales de médicaments essentiels, les systèmes d'information sur la gestion des stocks et les cycles de prévision.

Une collaboration précoce avec des acteurs tels que l'UNICEF et le Fonds mondial pourrait faciliter ce processus de transfert.

MSF peut également **aligner son soutien afin de renforcer les systèmes de suivi des stocks de l'iCCM**, y compris les indicateurs d'alerte précoce pour aider à atténuer les perturbations, en particulier dans les zones fragiles ou instables. Des outils de supervision, tels que ceux utilisés à Kebbi pour vérifier les registres des médicaments et des patients, devraient être intégrés dans les systèmes de suivi et d'évaluation de routine afin d'identifier les divergences et de soutenir la formation.

Afin d'améliorer la qualité et la manipulation des médicaments, MSF devrait **normaliser les directives relatives aux solutions de stockage sûres, résistantes aux intempéries et sans danger pour les enfants**. À Yei et plus largement au Soudan du Sud, les agents de santé communautaires stockaient les fournitures dans des boîtes métalliques verrouillées gérées par des superviseurs ou des chefs locaux. L'élaboration de critères minimaux pour le stockage au niveau des ASC, tels que le fait d'être verrouillable, sec, surélevé par rapport au sol et inaccessible aux enfants, réduira les risques de détérioration, d'utilisation abusive ou de blessure. Lorsque les coffres métalliques ne sont pas envisageables, MSF devrait tester d'autres conteneurs portables et étanches.

La formation sur la sécurité des médicaments et la gestion des stocks devrait être étendue à tous les sites. À Cibitoke, les rapports faisant état de stocks retenus dans les établissements et d'incohérences dans le réapprovisionnement soulignent l'importance d'une formation de mise à niveau pour le personnel des établissements et les ASC sur les rôles, la transparence et la responsabilité partagée.

MSF devrait également **veiller à ce que les formulations adaptées aux enfants**, telles que les comprimés dispersibles, les sels de réhydratation orale aromatisés et les suppléments de zinc correctement dosés, **soient prioritaires dans la planification des achats et de la distribution**. Cela est conforme aux directives de l'OMS/UNICEF et répond aux difficultés signalées en matière d'observance du traitement chez les jeunes enfants.

Enfin, **la planification de l'évolutivité et de la durabilité doit être intégrée dès le début dans la conception du projet**. Comme on l'a vu au Soudan du Sud et à Niono, l'absence de plans de transition clairs a créé de l'incertitude et réduit la confiance du personnel des établissements. Les projets doivent être encouragés à élaborer, dès les premières étapes de la planification, une feuille de route pour l'augmentation des approvisionnements et la transition, détaillant la manière dont l'approvisionnement, le stockage et la communication des informations seront adaptés à l'échelle des sites iCCM et transférés au ministère de la Santé ou à d'autres acteurs au fil du temps.

BENCHMARK 5 : PRESTATION DES SERVICES ET ORIENTATION DES PATIENTS

Ce benchmark évalue l'efficacité de la prestation des services iCCM et la mise en œuvre des systèmes d'orientation dans les sites soutenus par MSF. Il inclut l'exhaustivité de l'ensemble des services, la cohérence des protocoles cliniques et le fonctionnement des voies d'orientation et de contre-orientation

pour les cas nécessitant des soins plus avancés. Il évalue également s'il existe des directives appropriées pour l'évaluation clinique, le diagnostic, la prise en charge et l'utilisation rationnelle des médicaments (y compris les tests de diagnostic rapide (TDR), le cas échéant). Le critère explore en outre l'équité d'accès et la mesure dans laquelle la prestation de services répond aux besoins de populations diverses et mal desservies.

Question d'évaluation pertinente	Dimension RE-AIM pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (composantes et décisions relatives à la prestation de services) ● QE3 (accès, qualité et défis) ● QE4 (recommandations pour l'efficacité et la portée) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Adoption ● Mise en œuvre ● Maintien

RÉSULTATS

Les prestations de services et les systèmes d'orientation ont joué un rôle central dans l'accessibilité et la qualité des interventions iCCM dans l'ensemble des projets MSF-OCB, les agents de santé communautaires jouant un rôle clé dans la prestation de soins en temps opportun et l'orientation des patients vers les services dispensés dans les établissements de santé. Les conclusions des entretiens avec les informateurs clés ont montré que, dans de nombreux contextes, les équipes de MSF ont réussi à adapter les programmes iCCM aux besoins locaux, en intégrant des composantes telles que la nutrition, la santé maternelle ou la vaccination aux programmes de base consacrés au paludisme, à la diarrhée et au diagnostic et à la prise en charge des infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans.

À Kenema et Yei, par exemple, les ASC ont suivi des protocoles structurés, soutenus par des outils de travail visuels, une supervision régulière et du matériel de formation conforme aux directives du ministère de la Santé. Les commentaires de la communauté ont été pris en compte dans la planification annuelle, et les dirigeants locaux ont activement soutenu le suivi de la prestation des services. Ces efforts ont contribué à renforcer la confiance de la communauté envers les ASC et ont facilité le traitement précoce dans les zones reculées.

À Niono, un conseil de gestion communautaire était en cours de création afin de renforcer l'appropriation et la responsabilité de la communauté dans les activités de prestation de services.

Dans l'EGPAA, les ASC ont également été formés pour orienter les cas suspects de malnutrition et de violence basée sur le genre (VBG) vers des partenaires désignés, même si les services n'étaient pas officiellement intégrés. En ce qui concerne les VBG, les ASC ont principalement joué le rôle de points de référence plutôt que de prestataires de services. Ils ont identifié les victimes et les ont orientées vers des établissements de santé soutenus par MSF où des soins cliniques pour les violences sexuelles, y compris

une prophylaxie post-exposition et un soutien psychologique, étaient disponibles. Les ASC n'ont pas participé à la prise en charge directe des cas de VBG, mais ont joué un rôle dans l'identification précoce et l'orientation vers des soins sûrs, en particulier dans les zones reculées où l'accès aux établissements était limité.

Le site du projet à Tombouctou représente un modèle hybride d'iCCM qui diffère considérablement de l'approche nationale « *Stratégie des soins essentiels dans la communauté* » (Stratégie des SEC) et des autres interventions soutenues par MSF. Plutôt que de se concentrer exclusivement sur les enfants de moins de cinq ans ou sur un ensemble restreint de maladies, l'intervention à Tombouctou traite tous les groupes d'âge et un éventail plus large d'environ dix pathologies. Si les relais communautaires (ReCos) jouent un rôle important dans la sensibilisation et l'orientation des patients, ils ne fournissent pas de prise en charge directe des cas. Au contraire, la prestation de services de première ligne est assurée par les sites ASC, un modèle de soins au niveau communautaire qui n'est pas l'iCCM, mais plutôt des postes de santé avancés dotés d'une infirmière et d'une infirmière en chef. Ces sites font office d'avant-postes décentralisés qui fournissent des soins de base et des services de prévention, et orientent les cas plus complexes vers des structures plus spécialisées si nécessaire. Comme l'explique un membre du personnel de MSF, « *Nous sommes les seuls à disposer d'Agents de Santé Communautaires (ASC). Nous voulons fournir des soins décentralisés au niveau le plus bas de la chaîne décentralisée... Cela dit, l'iCCM que nous pratiquons ici n'est pas vraiment de l'iCCM.* » Ce modèle, qui combine les soins dispensés dans des établissements et les actions de proximité au niveau communautaire, souligne l'importance de compléter le dispositif standard de prise en charge intégrée des infections respiratoires aiguës par des stratégies communautaires supplémentaires, telles que les soins dispensés par des infirmières ou d'autres cadres, afin de surmonter les obstacles spécifiques au contexte qui entravent l'accès aux soins. Plutôt que de redéfinir la prise en charge intégrée des infections respiratoires aiguës, ces adaptations doivent être considérées comme des efforts distincts, mais coordonnés, visant à étendre la portée des soins dans des contextes géographiques et sanitaires difficiles.

Cependant, l'évaluation a révélé des incohérences dans la portée et la normalisation des services entre les différents sites. Dans certaines régions, telles que Masisi et Cibitoke, des lacunes subsistaient dans l'intégration du diagnostic et de la prise en charge des infections respiratoires aiguës en raison de préoccupations liées à la complexité du diagnostic, à la disponibilité des ressources ou à l'alignement sur la politique nationale. À Masisi, l'extension proposée des tâches des ASC pour inclure le diagnostic de la pneumonie a été reportée pendant la pandémie de COVID-19, et de nombreux ASC ont signalé ne pas disposer de chronomètres respiratoires pour évaluer de manière fiable la respiration rapide. Cette variabilité dans la portée des services, associée à l'absence d'un cadre technique harmonisé à l'échelle de MSF, a entraîné des normes de soins différentes d'un projet à l'autre. L'équipe d'évaluation interprète cela comme une opportunité pour MSF d'introduire des orientations plus claires pour l'intégration des services tout en conservant la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux réalités locales.

Adapter l'iCCM aux réalités locales : mise en œuvre dans la pratique.

La fidélité de la mise en œuvre a varié considérablement d'un site à l'autre, reflétant à la fois les défis contextuels et les adaptations intentionnelles. La plupart des équipes ont procédé à des évaluations de la situation et à des consultations communautaires afin d'adapter le modèle iCCM, en ajustant la couverture des maladies, les groupes d'âge desservis et les modalités de prestation. Dans des sites comme Tombouctou, les services ont été étendus au-delà du forfait standard pour inclure les soins aux adultes et la santé mentale, et à Masisi, où les accoucheuses traditionnelles peuvent fournir des informations et orienter les personnes victimes de VBG. À Tombouctou, ces adaptations ont permis de combler les lacunes laissées par le retrait d'autres ONG de la région, les agents de santé communautaires s'étant également engagés dans des actions de sensibilisation plus larges lors des campagnes saisonnières de chimioprévention du paludisme. À Masisi, *les relais communautaires* (ReCos) ont collaboré avec les accoucheuses traditionnelles pour renforcer l'orientation des mères, et les chefs communautaires ont soutenu les solutions locales de stockage des médicaments afin d'améliorer leur accessibilité. Cependant, la mise en œuvre s'est heurtée à des obstacles tels que le manque de clarté de l'alignement national, la disponibilité limitée des ressources et les différents niveaux de collaboration avec les autorités sanitaires. Sur tous les sites, une adaptation flexible et adaptée au contexte a été la marque de fabrique de la mise en œuvre de l'iCCM, essentielle pour atteindre les populations mal desservies, tout en soulevant des questions sur la normalisation et la responsabilité dans l'ensemble du portefeuille de MSF.

Les systèmes d'orientation ont été reconnus par les équipes de projet et les communautés comme un pilier essentiel du modèle iCCM. Dans plusieurs contextes, les agents de santé communautaires ont démontré une forte capacité à identifier les cas graves et à initier des soins pré-orientation, tels que l'administration d'artésunate rectal en cas de suspicion de paludisme grave ou de sels de réhydratation orale en cas de diarrhée. À Yeji, les ASC ont utilisé un processus d'orientation structuré avec des formulaires dédiés et des doubles exemplaires partagés entre les établissements de santé et les ASC. À Kenema, les orientations ont également été documentées de manière systématique, mais l'absence de soutien au transport et de boucles de rétroaction entre les établissements a créé des goulots d'étranglement importants dans la boucle d'orientation. À Tombouctou, les orientations étaient souvent découragées par les soignants qui craignaient les longs trajets et les coûts indirects associés aux soins dispensés dans les établissements. Pour aider à relever ce défi, une approche communautaire modifiée a été mise en œuvre, dans laquelle une infirmière plutôt qu'un agent de santé communautaire dispense des soins au niveau communautaire et le traitement est proposé à tous les groupes d'âge. Bien que son champ d'application reste limité, ce modèle pourrait contribuer à réduire le nombre de cas nécessitant une orientation. Il reflète également les efforts visant à adapter la prestation de services aux besoins contextuels, en s'alignant sur une approche plus centrée sur les personnes. Néanmoins, les difficultés pratiques liées à la réalisation des orientations étaient importantes. Dans de nombreux projets, les patients devaient parcourir de longues distances, disposaient de moyens de transport limités, devaient

supporter des frais élevés et étaient exposés à des risques liés à l'insécurité ou au mauvais état des routes. À Yei, les familles vendaient parfois leur bétail pour payer le transport, et à Masisi, les orientations pouvaient nécessiter des heures de marche sur des terrains difficiles. Comme l'a fait remarquer un prestataire du ministère de la Santé, « *le ministère de la Santé ne finance pas le transport ; les agents de santé communautaires accompagnent parfois les patients sur de longues distances, mais ils ne sont pas rémunérés* ».

Ces difficultés étaient aggravées par la faiblesse des systèmes de suivi des orientations. Si des formulaires et des registres d'orientation étaient utilisés dans la plupart des sites, la documentation de suivi et le suivi des résultats étaient souvent incohérents. Les données quantitatives ont en outre confirmé **qu'en moyenne, moins de 50 % des patients orientés atteignaient l'établissement prévu**, un chiffre qui souligne la nécessité de mettre en place des mécanismes de suivi des orientations et de suivi communautaire plus solides. À Yei et Masisi, les dirigeants communautaires ont été mobilisés pour sensibiliser la population à l'orientation, et les équipes du projet ont fait état de progrès dans l'organisation du suivi local. Cependant, ces pratiques n'étaient pas encore systématisées dans tous les projets. À Kebbi, les résultats des orientations n'étaient pas systématiquement enregistrés, et certains agents de santé communautaires ont signalé des difficultés à convaincre les soignants de donner suite aux orientations en raison de la stigmatisation ou de la méfiance à l'égard des établissements de santé.

L'évaluation a également souligné que **la couverture des services était inégale** dans certains contextes, en particulier dans les zones touchées par le retrait des ONG ou les mouvements de population. À Tombouctou et dans certaines régions du Mali, des lacunes persistaient en matière de couverture en raison d'un manque de personnel ou de données démographiques obsolètes. À Kenema, les adolescents et les personnes handicapées ont été identifiés comme sous-représentés dans l'utilisation des services, et la sensibilisation de ces groupes restait ponctuelle. Bien que l'iCCM se concentre principalement sur les enfants de moins de cinq ans, certains membres du personnel de coordination et de projet de l'EGPAA, au Soudan du Sud, ont noté que les activités de santé communautaire plus larges ne tenaient pas suffisamment compte des besoins de certains groupes marginalisés, tels que les personnes handicapées et les personnes LGBTQIA+. Ces groupes n'étaient pas activement inclus dans les stratégies de promotion de la santé ou de sensibilisation, ce qui représentait une occasion manquée en matière d'équité dans l'engagement communautaire et la planification de la prestation de services, en particulier dans des contextes en rapide évolution ou touchés par des conflits.

Malgré ces difficultés, les agents de santé communautaires étaient largement considérés comme des prestataires efficaces et compatissants. Leur capacité à combiner la prestation de services et l'éducation sanitaire, souvent par le biais de discussions informelles à domicile, sur les marchés et dans les églises, a renforcé à la fois les soins individuels et la sensibilisation de la communauté. Cependant, leur efficacité était parfois limitée par le manque d'outils de base (par exemple, des minuteurs respiratoires), les options limitées d'élimination des déchets et les responsabilités personnelles concurrentes. À Cibitoke, les ASC ont déclaré stocker les médicaments et les registres des patients dans des sacs en plastique ou des conteneurs improvisés pendant la saison des pluies, ce qui soulève des inquiétudes quant à la perte de stocks et à la qualité des données. Comme l'a observé un conseiller à Yei, les ASC concilient souvent les

soins aux patients le matin avec l'agriculture ou d'autres travaux l'après-midi, ce qui souligne la nécessité d'un horaire flexible et d'un soutien constant.

Dans l'ensemble, l'approche de MSF en matière de prestation de services et d'orientation dans le cadre de l'iCCM a amélioré l'accès aux soins dans des contextes difficiles (annexe 10, graphiques 11.1, 11.2, 11.3, 11.4 et 11.24). À l'avenir, l'équipe d'évaluation voit une **opportunité précieuse de renforcer ces acquis en introduisant un cadre technique normalisé, en améliorant les voies d'orientation grâce à des partenariats locaux et à un soutien au transport, et en veillant à ce que les stratégies d'expansion des services soient guidées par l'équité et l'inclusion**. Des projets tels que ceux de Masisi et Niono montrent que même des outils de base, tels que des outils de travail plastifiés, des registres de contrôle des stocks et des étapes d'orientation claires, peuvent considérablement améliorer la cohérence des services et la confiance des ASC lorsqu'ils sont adaptés de manière appropriée et renforcés par une supervision.

Améliorer les résultats sanitaires grâce à des approches iCCM adaptées.

Comme le montre l'augmentation du nombre de nouvelles consultations, dont la plus grande partie concerne les enfants âgés de 12 à 59 mois, dans les sites du projet où des activités iCCM ont été menées entre 2022 et 2024 (annexe 10, graphiques 11.1 et 11.2), les interventions iCCM de MSF-OCB ont contribué à améliorer l'accès aux soins pour les enfants dans les zones mal desservies, conformément aux objectifs stratégiques de MSF visant à atteindre les populations ayant un accès limité aux soins de santé. Au Soudan du Sud, l'iCCM a fonctionné comme une stratégie communautaire clé dans les zones où les infrastructures sanitaires sont très limitées, contribuant à garantir la disponibilité d'un ensemble de soins de base au niveau communautaire, où il existe peu d'alternatives. En Sierra Leone et au Mali, les modèles ont été adaptés aux contextes locaux, par exemple les sites ASC de première ligne qui font office de postes de santé avancés dotés d'un(e) infirmier(e) et d'une infirmier(e) en chef.

Les informateurs clés ont indiqué que dans la plupart des sites du projet, les agents de santé communautaires restaient des prestataires de confiance, soutenus par une formation et supervision ciblées, même si des défis tels que les barrières liées à l'alphabétisation, la capacité d'orientation limitée et l'irrégularité des chaînes d'approvisionnement persistaient. Des projets tels que ceux de Kenema et de Yei ont démontré comment la confiance de la communauté, le renforcement des capacités adapté au contexte et les structures de supervision à plusieurs niveaux, telles que le mentorat régulier sur le terrain par des superviseurs, les visites de supervision conjointes avec le personnel du ministère de la Santé et la supervision périodique par le personnel chargé de la coordination, peuvent renforcer la qualité perçue et la portée des services iCCM.

RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer la qualité et la cohérence de la prestation de services, **MSF devrait élaborer une boîte à outils technique iCCM standard spécifique qui permette de s'adapter aux directives nationales iCCM et**

aux besoins contextuels. Cette boîte à outils devrait inclure des directives standardisées spécifiques à MSF-OCB s'appuyant sur les meilleures pratiques et outils au niveau mondial, des algorithmes standardisés de gestion des cas, des outils de diagnostic, des manuels de formation, des listes de contrôle pour la supervision et des outils de travail. L'objectif est de développer des outils adaptés aux contextes opérationnels de MSF et pouvant être adaptés selon les besoins en fonction des directives du ministère de la Santé et des réalités contextuelles. Cela devrait s'appuyer sur des orientations au niveau mondial, telles que les boîtes à outils de l'OMS/UNICEF sur la gestion intégrée des maladies de l'enfant (IMCI) et de l'iCCM, et garantir l'inclusion des principaux protocoles de traitement et d'orientation au niveau communautaire pour le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition, ainsi que l'intégration des tests de diagnostic rapide et des évaluations du périmètre brachial lorsque cela est approprié.

Les systèmes de formation, de supervision et de suivi des performances des ASC doivent être renforcés et rationalisés grâce à des formations de mise à niveau, en particulier avec des outils et une supervision adaptés au niveau d'alphabétisation, et à l'amélioration des infrastructures, telles que des locaux de stockage sécurisés et du matériel de prévention des infections. La flexibilité des horaires et une rémunération adéquate doivent être prioritaires afin de garantir que les ASC puissent concilier leur travail dans le domaine de la santé communautaire avec leurs responsabilités personnelles.

Cette boîte à outils devrait également inclure des directives harmonisées de MSF à l'intention des équipes de projet qui envisagent d'intégrer des services complémentaires, tels que la maternité sans risque, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë ou la prise en charge de la violence basée sur le genre, lorsque cela est possible et conforme à la politique nationale. Étant donné que le taux d'achèvement des orientations, c'est-à-dire le pourcentage d'enfants orientés qui ont été accueillis dans des établissements de santé, était le plus élevé à Kenema (annexe 10, graphique 11.24), cela pourrait suggérer que les programmes dédiés axés sur les liens d'orientation vers le ministère de la Santé ou d'autres établissements de santé primaires et hôpitaux fonctionnels (tableau 2) constituent une voie prometteuse à explorer davantage. Les équipes devraient être encouragées à documenter les adaptations et les modèles d'intégration pilotes lorsque les capacités des ASC et les partenariats locaux le permettent.

Afin de renforcer les systèmes d'orientation, MSF devrait envisager des partenariats pour faciliter le transport des patients et des ASC lorsque cela est possible, l'introduction d'un formulaire standardisé d'orientation et de contre-orientation, et la mise à l'essai d'outils de suivi mobiles ou de mécanismes de suivi en temps réel des orientations. Les formulaires d'orientation et les systèmes de suivi de Yei et Masisi, où deux copies sont partagées entre les ASC et les établissements, peuvent servir de modèle de référence. Des outils mobiles ou des systèmes de suivi par SMS pourraient aider à combler les lacunes en matière de données et à confirmer que les patients atteignent les points d'orientation et reçoivent un traitement. Des initiatives de transport communautaires et la collaboration avec les dirigeants locaux pourraient également améliorer le recours à l'orientation. Dans des endroits comme Niono ou Tombouctou, il pourrait être viable de relier les orientations à des fonds d'urgence gérés par la communauté ou à des moyens de transport coordonnés localement (par exemple, des pools de motos).

Afin de renforcer l'équité, MSF devrait revoir et mettre à jour les évaluations des besoins au niveau des projets afin d'identifier les lacunes en matière de services et de s'assurer que les groupes défavorisés, y compris les populations marginalisées, sont pris en charge. Si le programme standard iCCM reste axé

sur les enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme, de diarrhée et de pneumonie, des activités communautaires supplémentaires peuvent être envisagées pour répondre aux besoins non satisfaits dans des contextes spécifiques. Conformément à l'approche des modèles de soins décentralisés (DMC) de MSF-OCBA, MSF peut compléter l'iCCM par des stratégies flexibles et adaptées au contexte au niveau des projets. Il peut s'agir de services mobiles, de cliniques temporaires ou de soins à domicile ciblant d'autres groupes vulnérables tels que les enfants plus âgés, les adolescents ou les personnes handicapées, lorsque le besoin et la faisabilité sont démontrés. Par exemple, à Tombouctou et à Cibitoke, les stratégies au niveau des projets pourraient inclure l'extension de la couverture par le biais de campagnes saisonnières ou de sites d'intervention temporaires, guidés par les mises à jour des micro-recensements et le suivi des mouvements de population. Ces adaptations doivent être clairement distinguées de l'iCCM et comprises comme faisant partie d'une stratégie communautaire ou de soins de santé primaires plus large, garantissant que le programme iCCM de base reste axé sur son champ d'application fondé sur des données probantes.

Les systèmes de soutien aux ASC peuvent être renforcés par des formations de mise à niveau, en particulier avec des outils et une supervision adaptés à l'alphabetisation, et par l'amélioration des infrastructures, telles que des locaux de stockage sécurisés et du matériel de prévention des infections. Un programme de formation de mise à niveau peut inclure des outils de documentation simplifiés, des formulaires de suivi des stocks et des guides visuels clairs. L'apprentissage entre pairs et le coaching, utilisés avec succès à Masisi et Yei, devraient être étendus dans la mesure du possible. La flexibilité des horaires et une rémunération adéquate peuvent être privilégiées afin de garantir que les ASC puissent concilier de manière durable leur travail dans le domaine de la santé communautaire et leurs responsabilités personnelles. Dans l'EGPAA et à Kebbi, la charge de travail et les tâches agricoles entrent en concurrence avec les rôles des ASC. L'ajustement des horaires et l'augmentation des allocations améliorerait la rétention et les performances à long terme.

Enfin, MSF devrait donner la priorité à la coordination avec le ministère de la Santé et d'autres partenaires afin d'aligner la prestation de services et les pratiques d'orientation sur les plans nationaux et d'assurer l'évolutivité et la durabilité à long terme. Cela comprend la planification conjointe de la formation, l'harmonisation des protocoles d'orientation et le partage des approches de supervision, telles que les modèles de « formation des formateurs » et les pratiques de suivi communautaire observées à Yei et Kenema.

ÉTUDE DE CAS N° 2 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET AUX SERVICES DE SANTE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LES COMMUNAUTES ISOLEES (CAMPES DE BETAIL A MAMBISHA ET NOERS) DANS LA REGION EGPAA - SOUDAN DU SUD

Contexte

Dans les camps de bétail isolés de l'EGPAA, notamment à Mambisha et Noer, l'accès aux soins de santé a toujours été un défi, avec des taux de mortalité infantile élevés dus au paludisme, à la diarrhée et aux infections respiratoires. Ces camps de bétail sont situés à environ 65 km de Maruwa et comptent environ

10 000 habitants pendant la saison sèche. Ils sont accessibles par une route de fortune qui n'est empruntée que par les véhicules de MSF. La plupart des habitants de Lazanch se rendent à pied à Maruwa, la ville la plus proche disposant d'un centre de santé MSF. Le trajet dure deux à trois jours.

Avant 2022, ces communautés ont connu de graves épidémies, notamment une épidémie de diarrhée parmi les éleveurs de bétail, qui a entraîné de nombreux décès d'enfants. En réponse, l'initiative iCCM a été mise en place par MSF afin d'améliorer l'accès aux services de santé essentiels pour les enfants de moins de cinq ans.

Mise en œuvre

Depuis 2022, trois agents de santé communautaires (ASC) fournissent des services de santé essentiels aux enfants de moins de 5 ans dans les camps de bétail (Mambisha et Noer). Leurs rôles et responsabilités comprennent :

- **Tester et traiter les cas de paludisme** (tous âges confondus) à l'aide de tests de diagnostic rapide et de médicaments antipaludiques.
- **Prise en charge des cas de diarrhée** par une thérapie de réhydratation orale et une supplémentation en zinc.
- **Détecter les infections respiratoires** à l'aide d'antibiotiques appropriés.
- **Organisation de séances d'éducation à la santé** afin de sensibiliser la population à la prévention des maladies et aux pratiques d'hygiène.

Effets des interventions iCCM

Selon les témoignages des soignants, l'introduction de l'iCCM dans les camps de bétail a entraîné des améliorations remarquables de la santé des enfants, notamment un meilleur accès aux traitements, une sensibilisation accrue à la santé et à la prévention des maladies, contribuant ainsi à une amélioration durable de la santé.

Les témoignages soulignent l'effet positif de l'intervention dans le village. Beaucoup ont rapporté que l'accès rapide aux médicaments a sauvé la vie de leurs enfants et réduit la gravité des maladies. Sans les ASC, de nombreuses familles auraient dû parcourir de longues distances ou se passer de traitement.

« Lorsque ma fille de quatre ans a eu une diarrhée sévère... je l'ai emmenée chez l'agent de santé communautaire. Il lui a donné des médicaments par voie orale et ma fille a été soulagée. C'est là que j'ai réalisé que ces personnes (les ASC) nous aident vraiment. Sans ce service, nous ne savions pas quoi faire. Maintenant, l'enfant va bien » (Geho*, 23 ans, quatre enfants, dont deux de moins de cinq ans).

« Nous allons généralement voir l'agent de santé communautaire lorsque nos enfants ont de la fièvre, de la diarrhée... et nous sommes satisfaits » (Machimeri*, 21 ans, un enfant de moins de cinq ans)

« Mon enfant avait du mal à respirer et vomissait. Je l'ai emmené chez l'agent de santé communautaire et il s'est rétabli » (Djoubeyro*, 20 ans, un enfant de moins de cinq ans)

« Il y a maintenant un grand changement dans notre communauté par rapport à ce que nous avons avant l'arrivée de MSF. Avant, si un enfant était malade, nous devions l'emmener à Maruwa ou utiliser des herbes médicinales. Certains enfants sont morts. Maintenant, les choses ont changé. Nous avons des médicaments dans la communauté et les enfants ne meurent plus comme avant. » (Pontcho*, 35 ans, six enfants dont trois de moins de cinq ans)

BENCHMARK 6 : PROMOTION DE LA SANTE ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

Ce benchmark examine comment les efforts de promotion de la santé et d'engagement communautaire (HPCE) de l'iCCM incitent les communautés à sensibiliser davantage à la santé, à encourager le recours aux soins et à soutenir la prestation de services par les agents de santé communautaires. Il comprend une évaluation des plans et stratégies HPCE, de la pertinence et de l'accessibilité des supports et messages spécifiques à l'iCCM, de la coordination avec le ministère de la Santé et les dirigeants locaux, ainsi que du degré d'inclusivité, d'adaptation au contexte, d'appropriation par la communauté, d'évolutivité et de durabilité de la communication.

Question d'évaluation pertinente	Dimension RE-AIM pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (participation de la communauté à la conception du projet) ● QE3 (leçons apprises) ● QE5 (appropriation par la communauté et durabilité) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Adoption ● Mise en œuvre ● Maintien

RÉSULTATS

La promotion de la santé et l'engagement communautaire ont été systématiquement mis en avant comme étant à la fois un atout majeur et un domaine à améliorer dans la mise en œuvre de l'iCCM. Dans l'ensemble des entretiens avec les personnes clés impliquées dans les projets MSF-OCB, le personnel a indiqué que **les agents de santé communautaires jouaient un rôle central dans l'engagement et la mobilisation des communautés** grâce à des messages de santé fiables et adaptés au contexte local, diffusés dans les églises, sur les marchés et lors de rassemblements communautaires. Les outils visuels tels que les flipcharts, les affiches et les guides illustrés élaborés par les équipes de promotion de la santé de MSF ont été largement utilisés et appréciés, en particulier dans les milieux où le niveau d'alphabétisation est faible. Dans des sites tels que Kebbi et Cibitoke, l'utilisation de flipcharts et de guides d'instructions simplifiés a rendu les informations sanitaires complexes plus accessibles, tandis qu'à Yei, les réunions communautaires et les émissions de radio locales ont considérablement élargi la portée des

messages. À Cibitoke, les campagnes de sensibilisation de masse axées sur le paludisme, la diarrhée et l'hygiène, utilisant des « boîtes à images » et des flipcharts ont contribué à renforcer les messages clés en matière de santé. À Kebbi, des outils de travail adaptés au contexte local, tels que des instructions pour la préparation de solutions salées-sucrées et des guides de dépistage du périmètre brachial, ont été élaborés conjointement par les personnes ressources orientées vers la communauté (CORP) et les dirigeants communautaires afin d'améliorer la compréhension et la facilité d'utilisation. Ces stratégies ont renforcé la visibilité des agents de santé communautaires en tant que leaders dans le domaine de la santé et ont favorisé l'adoption des services iCCM.

Les projets ont également bénéficié des efforts d'engagement et de mobilisation menés par les communautés, notamment la mise à disposition d'espaces physiques pour l'éducation sanitaire, la diffusion de messages de santé par les dirigeants locaux et l'utilisation de plateformes informelles telles que les funérailles ou les réunions de l'Association de Santé Communautaire (ASACO) pour sensibiliser la population. Par exemple, les funérailles rassemblent des personnes issues de différentes communautés. Lors des veillées funéraires, les équipes d'ASC affirment saisir chaque occasion pour sensibiliser la communauté. Dans certains cas, les communautés ont même fourni des infrastructures ou des moyens de transport pour soutenir le travail des ASC, ce qui témoigne de la confiance profonde et de l'appropriation qui se sont développées grâce à un engagement communautaire efficace. À Niono, les comités ASACO se réunissaient tous les trimestres pour discuter des questions de santé et proposer des solutions communautaires, facilitant ainsi la communication bidirectionnelle entre les ASC et la population. Ces approches collaboratives ont créé un sentiment d'objectif commun et se sont avérées particulièrement efficaces pour sensibiliser la population aux soins préventifs et aux signes de danger.

Cependant, l'évaluation a également mis en évidence d'importantes lacunes, notamment l'absence de plans clairs de promotion de la santé et d'engagement communautaire pour l'iCCM. Dans la plupart des contextes, **les stratégies HPCE étaient plutôt dictées par des adaptations au niveau des projets et manquaient d'un cadre structuré pour guider la planification, la coordination et le suivi**. En conséquence, les activités HPCE étaient souvent opportunistes, menées pendant la supervision ou lorsque le temps le permettait, plutôt que basées sur un calendrier systématique. L'absence d'un plan de communication unifié ou de termes de référence HPCE pour les agents de santé communautaires, les partenaires du ministère de la Santé et les dirigeants communautaires a entraîné une mise en œuvre fragmentée de la HPCE et des incohérences dans la transmission des messages aux communautés et aux soignants. Un superviseur de la promotion de la santé sur un site du projet a fait remarquer : *« La stratégie est un défi dès le départ. Tout commence par l'exploration et une bonne compréhension du contexte. »* Bien que les ReCos de Masisi aient été formés pour sensibiliser aux trois pathologies clés de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (paludisme, diarrhée, infections respiratoires aiguës) et à la nutrition sous-jacente, les efforts de promotion de la santé dépendaient fortement de l'initiative individuelle des ReCos, avec peu d'outils ou de calendriers standardisés en place. L'équipe d'évaluation interprète cela comme un appel à une orientation stratégique plus claire afin de renforcer l'évolutivité, la durabilité et la standardisation sur l'ensemble des sites.

Les conclusions de l'examen des documents ont mis en évidence **une plus grande variabilité dans les rôles des structures communautaires, des collaborateurs du ministère de la Santé et des équipes de**

promotion de la santé. Alors que certains contextes ont fait état d'une forte participation des institutions religieuses et des groupes de femmes, d'autres ont été confrontés à un engagement irrégulier des dirigeants locaux ou à un manque de ressources de communication dédiées. Dans plusieurs contextes, la sensibilisation a été limitée par la géographie, l'insécurité ou le manque de matériel adapté à la culture locale. Les populations vulnérables, telles que les groupes nomades, les personnes vivant dans l'extrême pauvreté ou les identités marginalisées, étaient souvent moins susceptibles d'être touchées par les approches de communication standard ou par une sensibilisation limitée aux structures de leadership communautaire existantes, qui peuvent ne pas reconnaître les personnes pauvres ou marginalisées. Cela renforce l'importance de comprendre le contexte de ces groupes dans le paysage plus large des communautés présentes et d'adapter l'approche de MSF aux obstacles identifiés. La fragmentation des stratégies HPCE a réduit la portée et l'efficacité globales des efforts d'éducation sanitaire, et l'équipe d'évaluation estime qu'une attention plus délibérée à l'inclusion et à l'adaptabilité contribuerait à combler ces lacunes. Dans l'EGPAA et à Tombouctou, les agents de santé communautaires ont signalé des difficultés à atteindre les populations mobiles et ont exprimé le besoin de méthodes de communication audio ou orale, telles que la diffusion de messages par les radios des véhicules, qui pourraient s'adapter à des groupes peu alphabétisés et linguistiquement diversifiés.

Malgré ces difficultés, **la solide base de confiance communautaire, les outils de sensibilisation innovants (par exemple, les haut-parleurs mobiles, les forums participatifs) et l'utilisation croissante des médias locaux offrent des points d'entrée prometteurs pour l'expansion.** L'utilisation par les agents de santé communautaires de téléphones mobiles pour la communication en temps réel et le partage de données a encore renforcé la coordination, tandis que l'implication croissante des jeunes et des femmes leaders dans certaines régions a signalé une nouvelle opportunité de diversifier les voix de la promotion de la santé. À Yei, les affiches ont été citées comme un outil efficace pour atteindre les populations sans radio, tandis que les haut-parleurs mobiles et les discussions radiophoniques adaptées par les dirigeants locaux ont contribué à accroître la demande de services iCCM. À Kenema, cependant, les lacunes dans la formation initiale du personnel des établissements de santé ont créé des frictions dans l'orientation des patients et l'harmonisation des services, soulignant la nécessité de relier les stratégies de communication aux acteurs communautaires et aux établissements. Dans des régions comme Yei, où la demande d'éducation sanitaire structurée était en augmentation, il existe une volonté claire d'étendre et d'institutionnaliser la communication en tant que composante essentielle de l'iCCM.

À l'avenir, MSF pourra **s'appuyer sur ces succès pour élaborer une stratégie formelle et adaptable de promotion de la santé et d'engagement communautaire** qui mette l'accent sur les voix locales, s'aligne sur les plans nationaux de promotion de la santé et favorise l'évolutivité et la durabilité grâce à une intégration plus forte du ministère de la Santé et à des mécanismes de responsabilité partagée.

Assurer les liens entre l'iCCM et les établissements de santé.

Le soutien à l'approche iCCM parmi le personnel des établissements de santé varie en fonction de la couverture de la formation et de l'alignement avec les programmes de santé existants. À

Kenema, en Sierra Leone, par exemple, les lacunes initiales en matière de formation ont fait que certains membres du personnel des établissements ne connaissaient pas bien les protocoles de l'iCCM, ce qui a entraîné des malentendus sur les rôles des agents de santé communautaires, les responsabilités en matière de traitement et les processus d'orientation entre les agents de santé communautaires et le personnel des unités de santé publique. Au fil du temps, les efforts de formation se sont améliorés, et plus de 80 % du personnel des établissements connaît désormais bien les services de l'iCCM.

RECOMMANDATIONS

Afin de renforcer la promotion de la santé et l'engagement communautaire en faveur de l'iCCM, MSF-OCB devrait **élaborer un cadre stratégique normalisé mais flexible et des outils fondés sur des données probantes** qui permettent une adaptation locale tout en définissant les attentes des parties prenantes de l'iCCM en matière de messages de santé. Cette stratégie devrait inclure des conseils sur la manière d'impliquer les membres de la communauté (y compris les populations marginalisées) dès le début de la planification de l'iCCM, afin d'intégrer leurs contributions et de co-crée des stratégies et des activités HPCE qui répondent à leurs besoins prioritaires et abordent les déterminants clés des comportements sains. La stratégie peut également inclure des conseils et des exemples de supports destinés aux personnes peu alphabétisées, de développement de contenus participatifs et de canaux de communication inclusifs qui permettent d'atteindre les groupes éloignés, mobiles ou marginalisés. Les supports tels que les flipcharts illustrés, les guides de traitement simplifiés et les scripts audio, qui ont été utilisés avec succès à Cibitoke et Kebbi, peuvent être regroupés dans une bibliothèque de ressources partagée et adaptés en fonction des besoins du projet.

La formation des agents de santé communautaires et des leaders communautaires devrait être élargie afin de leur permettre d'acquérir des compétences en matière de communication et de promotion de la santé adaptées à leurs rôles spécifiques. Des mécanismes de supervision et de retour d'information réguliers devraient être mis en place afin d'améliorer la transmission des messages et d'évaluer leur efficacité au fil du temps. À Masisi, où les efforts de promotion de la santé sont souvent improvisés, une planification plus structurée des activités de sensibilisation peut renforcer le programme HPCE des ASC. Les sessions de supervision devraient inclure des occasions d'examiner entre pairs les pratiques de communication, les boucles de rétroaction communautaire et les mises à jour des messages et des approches d'éducation sanitaire en fonction des changements saisonniers ou épidémiologiques.

Une collaboration renforcée avec les structures du ministère de la Santé est essentielle pour assurer la continuité et l'institutionnalisation des efforts de promotion de la santé au-delà du soutien de MSF. La sensibilisation conjointe et l'harmonisation des messages avec les équipes du ministère de la Santé, comme cela a été testé à Kenema et Niono, devraient être formalisées par des protocoles de coordination, en particulier lorsque les liens d'orientation ou la confiance de la communauté dans les établissements de santé restent fragiles. L'élaboration et la diffusion d'un mandat clair définissant les rôles des agents de santé communautaires, des collaborateurs du ministère de la Santé et des leaders communautaires dans la promotion de la santé favoriseraient également l'harmonisation et la responsabilisation.

Dans la mesure du possible, **MSF devrait investir dans des outils numériques, des systèmes de sensibilisation mobiles et tirer parti des plateformes de coordination interinstitutionnelles** pour étendre et harmoniser les messages d'éducation sanitaire. Des projets tels que celui de Yei, qui ont expérimenté des spots radio et des haut-parleurs mobiles, soulignent l'importance d'une sensibilisation multimodale, en particulier dans les contextes où la population est dispersée et où l'accès à Internet ou à la téléphonie mobile est limité. Un petit investissement dans des équipements tels que des radios communautaires pourrait permettre de diffuser des messages en continu, même dans des contextes fragiles et hors réseau.

La promotion d'initiatives communautaires en matière de santé et leur intégration dans des cadres plus larges de prestation de services renforceront encore davantage leur évolutivité, leur durabilité et leur impact. À Niono, le rôle actif des comités ASACO dans l'organisation de dialogues sur la santé montre l'importance de la gouvernance communautaire dans la planification de la communication. MSF devrait envisager de formaliser des mécanismes de retour d'information similaires sur tous les sites, afin de garantir que les communautés aient leur mot à dire non seulement sur le contenu, mais aussi sur le format, la langue et les méthodes de diffusion. Pour obtenir un impact évolutif et durable, il faudra ancrer l'appropriation communautaire dans les fondements de l'iCCM, grâce à des champions locaux, une planification intégrée et un suivi communautaire régulier.

ÉTUDE DE CAS N° 3 : APPORTER L'ESPOIR EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LA COMMUNAUTE DIFFICILE D'ACCES DE NAOYOPWE – L'EXPERIENCE DE NAMOR (ASC)

Contexte

Naoyopwe est un village isolé situé à 21 km du centre de Boma, au Soudan du Sud. La seule voie d'accès est extrêmement périlleuse et nécessite deux heures de route en voiture. Dans cette région reculée où l'accès aux établissements de santé est limité, l'iCCM a été introduite pour relever les défis locaux en matière de santé. Il y a quelques années, avant les interventions iCCM de MSF, de nombreuses personnes souffraient et des enfants mouraient du paludisme, de malnutrition et d'autres maladies sur le chemin de Boma.

Profil de l'agent de santé communautaire

En juillet 2023, Namor*, une femme de 35 ans, a été choisie par le chef de son village pour devenir agent de santé communautaire chargé du dépistage et du traitement du paludisme. En juin 2024, MSF a mis en place des programmes iCCM complets dans les villages de Koradep/Naoyape et Kosidria. Bien qu'analphabète, Namor a reçu une formation spécialisée de MSF. Grâce à cette formation, elle a acquis les compétences essentielles nécessaires pour fournir des soins de santé vitaux aux enfants de moins de cinq ans.

Le travail de Namor en tant qu'ASC

Dans le cadre de l'initiative iCCM, Namor* a été formée à l'ensemble des mesures iCCM, la formation étant davantage axée sur la partie pratique en raison de son analphabétisme. Elle gère les cas de morbidité les plus graves, notamment le dépistage de la malnutrition dans le village de Naoyape/Koradep, et oriente les patients présentant des symptômes graves vers le centre de soins de santé primaires (SSP) de MSF. Elle est chargée de :

- Dépister et traiter le paludisme sans complication
- Traiter la diarrhée
- Le suivi des vaccinations des enfants

Namor est disponible 24 heures sur 24 pour répondre aux besoins urgents de sa communauté en matière de soins de santé. Pour l'aider dans son travail, elle utilise des outils pédagogiques tels que des boîtes d'images pour les séances d'éducation à la santé et un collier (un outil utilisé localement pour la communication ou le suivi). Cependant, elle est confrontée à des difficultés en raison de l'absence de thermomètre pour mesurer avec précision la température des enfants lors des consultations. Pour se réapprovisionner en fournitures et recevoir sa prime mensuelle, Namor doit parcourir jusqu'à 21 km à pied depuis son village jusqu'aux bureaux de MSF à Boma, en transportant sur sa tête des boîtes de médicaments pesant jusqu'à 10 kg, ce qui lui prend au moins trois heures.

Résultats

Les efforts de Namor ont donné lieu à plusieurs résultats positifs :

- **Amélioration des connaissances en matière de santé** : les membres de la communauté adoptent de plus en plus de bonnes pratiques d'hygiène, ce qui contribue à prévenir les maladies.
- **Renforcement de la confiance de la communauté** : les soins rapides et efficaces prodigués par Namor ont considérablement renforcé la confiance de la communauté dans le système de santé local.

Ces résultats démontrent clairement les avantages tangibles du modèle iCCM pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones reculées.

Défis et perspectives

Malgré ces succès, plusieurs défis subsistent :

- **Rémunération insuffisante** : Namor ne reçoit que 50 dollars par mois de MSF. Cependant, le temps qu'elle consacre aux activités communautaires l'empêche de se livrer à d'autres activités génératrices de revenus et de subvenir aux besoins de sa famille.
- **Charge de travail élevée** : son engagement à être disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 lui laisse peu de temps pour exercer un autre travail.
- **Manque d'équipement de base** : l'absence de thermomètre empêche une évaluation précise lors des consultations, en particulier lorsque les enfants ont de la fièvre.

Néanmoins, la forte motivation de Namor, renforcée par le soutien de la communauté et les avantages qu'elle observe dans sa communauté, la pousse à rester dévouée à son rôle. De plus, elle a tiré de précieux avantages personnels de la formation dispensée par MSF.

L'expérience de Namor à Naoyopwe illustre l'impact important qu'un projet iCCM peut avoir dans les zones reculées où l'accès aux soins de santé est limité. Malgré des défis tels que la rémunération insuffisante et le manque de ressources, les témoignages de la communauté soulignent l'importance d'investir dans les ASC¹², en mettant en avant les améliorations en matière de santé infantile et la meilleure connaissance de la communauté en matière de santé.

¹² Les noms marqués d'un astérisque (*) dans les études de cas ci-dessus ont été modifiés aux fins du présent rapport d'évaluation. Ils ne peuvent en aucun cas être associés aux acteurs susmentionnés.

BENCHMARK 7 : SUPERVISION ET AMELIORATION DE LA QUALITE DES PERFORMANCES

Ce benchmark porte sur les systèmes et les pratiques mis en place pour superviser les ASC, garantir la qualité des services fournis et soutenir l'amélioration continue des performances. Il inclut l'existence d'un plan de supervision, la structure et la fréquence des visites de supervision, l'utilisation d'outils standardisés, les approches de mentorat et de coaching des compétences, ainsi que l'intégration avec les systèmes de contrôle du ministère de la Santé. Le benchmark examine également si les superviseurs sont formés et disposent des ressources (par exemple, transport, carburant) nécessaires pour exercer une supervision efficace, et examine comment les données sont utilisées pour suivre et améliorer les performances des ASC et identifier les lacunes dans la couverture de la supervision.

Question d'évaluation pertinente	Dimension RE-AIM pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (approches de supervision utilisées) ● QE3 (succès et défis en matière d'assurance qualité) ● QE5 (évolutivité et durabilité) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Efficacité ● Maintien

RÉSULTATS

La supervision et l'amélioration de la qualité des performances sont apparues comme des **éléments fondamentaux pour garantir l'efficacité, la cohérence et la fiabilité des services iCCM** sur l'ensemble des sites MSF-OCB. Dans des contextes tels que ceux de Yei et Kebbi, les conclusions des **entretiens individuels** ont montré que les structures de supervision étaient particulièrement bien établies, combinant des listes de contrôle standardisées, des visites régulières sur site et une collaboration avec les homologues du ministère de la Santé. Ces **systèmes ont permis un retour d'information en temps réel, un mentorat sur le terrain et une vérification des données, renforçant ainsi la confiance des ASC et leur adhésion aux protocoles**. Les superviseurs de ces sites ont utilisé des grilles d'observation structurées et des formulaires d'examen des données pour évaluer les activités des ASC, l'utilisation des médicaments et le respect des orientations vers des spécialistes, des modèles qui ont démontré le lien entre la supervision et la qualité des services. Les participants ont par exemple expliqué comment l'examen des données les aidait à identifier les cas où ils omettaient des orientations, utilisaient des médicaments de manière incorrecte ou à repérer les lacunes dans la manière dont les ASC géraient les cas de fièvre lors des visites à domicile. À Yei, la supervision quotidienne des travailleurs de la santé communautaire était assurée par des conseillers sous contrat avec MSF (généralement des infirmières ou des agents cliniques ayant une expérience en santé communautaire), tandis que les superviseurs des agents de service communautaire effectuaient au moins deux visites par mois pour corriger les erreurs des ASC et leur fournir un retour d'information. Les consultations avec les dirigeants communautaires ont également permis d'identifier

les lacunes dans les services, renforçant ainsi la responsabilité tant au niveau de la communauté qu'au niveau du système de santé. À Kebbi, les superviseurs de MSF et du ministère de la Santé ont collaboré pour évaluer la gestion des cas, le respect des orientations et les niveaux de stocks dans les différents campements, les résultats étant consolidés dans des rapports mensuels qui ont permis d'ajuster le projet en temps réel.

En revanche, d'autres contextes, tels que celui de Cibitoke, fonctionnaient avec **une supervision moins structurée, s'appuyant davantage sur des observations informelles et les commentaires de la communauté**. Si cette approche favorisait la flexibilité, elle manquait toutefois de documentation cohérente et **ne permettait pas d'identifier et de combler systématiquement les écarts de performance**. À Cibitoke, les visites de supervision mensuelles se déroulaient sans liste de contrôle formelle et les commentaires étaient transmis oralement, ce qui limitait la capacité à suivre les performances au fil du temps. Cependant, ces efforts étaient parfois complétés par des enquêtes de satisfaction des patients qui offraient un aperçu au niveau communautaire des performances des ASC. L'équipe d'évaluation interprète ces différences comme une indication claire de l'intérêt d'investir dans des protocoles de supervision standardisés et de veiller à leur application cohérente sur tous les sites.

Les conclusions de l'examen des documents ont confirmé ces observations. Si les grilles de supervision et les réunions de réapprovisionnement constituaient des points de contact courants, **de nombreux sites ne disposaient pas d'un cadre de supervision global définissant clairement les rôles, la fréquence des visites et les indicateurs de qualité**. Dans plusieurs projets, la supervision était davantage axée sur le volume d'activité que sur le mentorat clinique. La formation limitée des superviseurs et la charge de travail élevée ont encore restreint la capacité à fournir un retour d'information qualitatif et un suivi. Ces problèmes ont été aggravés dans les zones difficiles d'accès comme Tombouctou ou l'EGPAA, où l'insécurité et le mauvais état des routes rendaient les visites en personne difficiles. À Masisi, par exemple, la supervision était harmonisée avec les protocoles nationaux et assurée conjointement par MSF et le ministère de la Santé, mais l'insécurité dans des zones telles que Muheto et les longues distances à parcourir limitaient la fréquence des visites. Les superviseurs étaient confrontés à des contraintes de transport et à des défis liés à la charge de travail, ce qui limitait leur capacité à offrir un mentorat ou à examiner les cas en profondeur. Dans de tels cas, les agents de santé communautaires travaillaient souvent pendant de longues périodes sans soutien, ce qui soulevait des inquiétudes quant au respect des protocoles et à l'exactitude de la gestion des cas.

Il est encourageant de constater que **les modèles de supervision conjoints du ministère de la Santé et de MSF se sont révélés prometteurs pour combler ces lacunes**. À Yei, les superviseurs des agents de santé communautaires effectuaient des visites bimensuelles. Les activités iCCM faisaient souvent l'objet de visites de supervision conjointes des équipes de MSF et du ministère de la Santé, et les agents de santé communautaires rendaient généralement compte aux responsables des établissements de santé du ministère de la Santé. Un responsable du ministère de la Santé à Masisi a par exemple observé : *« Rien ne peut être fait sans le système de santé... Les sites de soins communautaires doivent être soutenus par les centres de santé. »* À Kenema, un programme de supervision structuré a été mis en place, comprenant des visites individuelles bimensuelles et des réunions de groupe mensuelles, ce qui a contribué à renforcer la formation, à identifier les lacunes en matière de compétences et à résoudre les problèmes liés à la

qualité des données. L'équipe d'évaluation estime qu'investir dans les établissements de santé et les autorités sanitaires de district offre une voie évolutive et durable pour l'avenir.

Les données quantitatives **ont également mis en évidence les défis liés à l'exhaustivité et à la cohérence interne des données, soulignant ainsi le rôle de la supervision dans la garantie de la qualité des données.** Dans les sites dotés de systèmes de supervision solides, les registres des patients étaient régulièrement comparés aux registres de consommation de médicaments, ce qui permettait de corriger les divergences et de renforcer les compétences des agents de santé communautaires en matière de données. En revanche, l'incohérence de la documentation et du suivi des stocks dans les zones moins supervisées a entravé les efforts visant à surveiller l'impact du projet ou à identifier les lacunes dans les services en temps réel. À Niono et Tombouctou, les visites de supervision ont parfois été retardées en raison de l'insécurité ou du manque de ressources, et les ASC des zones reculées ont déclaré passer des semaines sans suivi ni accompagnement. Malgré cela, les modèles de supervision mobile et l'utilisation de groupes WhatsApp ont permis à certains projets de maintenir une communication périodique et des discussions de cas.

Malgré ces difficultés, **de nombreux superviseurs ont fait preuve d'adaptabilité**, utilisant la communication mobile, des réunions d'équipe périodiques et même la supervision à distance (par téléphone) pour **maintenir le contact avec les ASC**. Des sessions de groupe mensuelles ont offert un forum d'apprentissage entre pairs, tandis que des visites de supervision conjointes avec les équipes du ministère de la Santé ont contribué à aligner les protocoles nationaux et à améliorer l'adhésion aux politiques. Dans l'EGPAA, des visites mobiles ont été utilisées pour assurer le suivi des ASC, en particulier dans les zones où les routes étaient inaccessibles pendant la saison des pluies. Les superviseurs ont indiqué que même avec des ressources limitées, une intervention une ou deux fois par semaine a permis de maintenir l'engagement et d'identifier les besoins en formation. Ces exemples montrent le potentiel d'un modèle hybride combinant des outils structurés, une adaptation locale et des solutions numériques pour renforcer la supervision dans différents contextes.

À l'avenir, **MSF pourra s'appuyer sur ses atouts existants en généralisant les meilleures pratiques des sites les plus performants, en soutenant la supervision communautaire et en officialisant un ensemble de mesures de supervision standardisées pouvant être adaptées à tous les environnements opérationnels.** L'intégration du mentorat et du coaching dans la supervision de routine, la garantie d'un soutien logistique aux superviseurs et le renforcement des boucles de rétroaction entre les ASC, les communautés et les chefs de projet seront essentiels pour maintenir des soins de haute qualité centrés sur les personnes.

RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer la cohérence et la qualité de la supervision, **les meilleures pratiques des sites dotés de systèmes structurés devraient être étendues à l'ensemble de MSF-OCB.** Des outils standardisés tels que des listes de contrôle de supervision, des tableaux de bord et des outils de travail devraient être déployés pour guider les évaluations et agréger les données de performance. L'intégration du mentorat et du coaching dans les visites de supervision de routine permettrait de mettre l'accent sur l'amélioration de la

qualité plutôt que sur la conformité, favorisant ainsi la croissance et la confiance des ASC. À Yei et Kenema, par exemple, les participants ont noté que l'utilisation de plans de supervision structurés combinant des visites individuelles bimensuelles et des sessions de groupe mensuelles était un format efficace pour renforcer les compétences cliniques et améliorer la qualité de la collecte de données. Par exemple, un membre du personnel du projet à Yei a déclaré que « *la supervision de groupe mensuelle a aidé les ASC à mieux comprendre comment utiliser les registres et leur a donné l'occasion de poser des questions dans un espace favorable* ». À Kenema, un superviseur a noté que « *les visites individuelles toutes les deux semaines ont aidé [l'équipe] à détecter les erreurs à un stade précoce et à les corriger avant qu'elles n'affectent les rapports* ». L'adaptation de calendriers de supervision similaires sur d'autres sites, en particulier pendant les périodes post-formation, peut contribuer à normaliser les attentes et à signaler rapidement les problèmes de performance.

Pour surmonter les obstacles liés à l'accès dans les zones instables ou reculées, **il convient de développer les stratégies de supervision mobile et l'assistance à distance par téléphone**. Les outils d'auto-évaluation des ASC et les grilles de supervision simplifiées peuvent renforcer davantage la responsabilisation dans les zones difficiles d'accès.

Enfin, **des efforts devraient être faits pour systématiser la supervision dans les cadres de mise en œuvre de l'iCCM**. Cela comprend l'élaboration d'un ensemble commun de mesures de supervision technique, la définition de normes minimales en matière de fréquence et la garantie que les conclusions de la supervision sont documentées et liées aux ajustements programmatiques. Les visites de supervision conjointes avec des représentants du ministère de la Santé, telles qu'elles sont pratiquées à Kebbi et à Niono, ont également démontré leur valeur ajoutée en renforçant l'alignement sur les protocoles nationaux et en améliorant la confiance entre les ASC et les autorités sanitaires locales. Ces approches collaboratives devraient être formalisées dans la planification et les budgets au niveau des sites afin d'assurer leur continuité. Ces efforts seront essentiels pour garantir la qualité et la résilience continues des interventions iCCM dans divers contextes opérationnels.

BENCHMARK 8 : SUIVI ET EVALUATION ET SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE

Ce benchmark évalue la manière dont les données relatives à l'iCCM sont collectées, analysées et utilisées pour améliorer la prestation des services et la redevabilité des projets. Il se concentre sur l'efficacité des cadres de suivi et d'évaluation, l'intégration des systèmes de données de MSF aux systèmes nationaux d'information sanitaire et au plan national plus large du secteur de la santé, le rôle des agents de santé communautaires et des communautés dans les processus de traitement des données, et la mesure dans laquelle les conclusions éclairent la prise de décision en temps réel et la planification à long terme. Le critère examine également s'il existe un programme de recherche opérationnelle pour soutenir l'intensification et l'amélioration continue des interventions iCCM.

Question d'évaluation pertinente	Dimension RE-AIM pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ● QE1 (données utilisées pour la prise de décision) ● QE3 (suivi des résultats et des défis) ● QE5 (alignement futur avec le système national d'information sanitaire) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Portée ● Efficacité ● Mise en œuvre ● Maintenance

RÉSULTATS

Le suivi et l'évaluation ainsi que le système d'information sanitaire se sont révélés être des piliers fondamentaux pour l'apprentissage et l'amélioration au sein des interventions iCCM de MSF-OCB. Les entretiens (KII) menés sur plusieurs sites du projet ont mis en évidence le **fort engagement des équipes du projet en faveur d'une collecte structurée des données, comme en témoignent l'utilisation de registres standardisés, d'outils compatibles avec DHIS2 et de calendriers de reporting cohérents**. Sur tous les sites du projet, les superviseurs et les gestionnaires de données ont recoupé les registres des patients avec les registres d'utilisation des médicaments, fournissant ainsi une image intégrée de la prestation des services et renforçant le suivi de la chaîne d'approvisionnement. À Yei, un système de reporting à plusieurs niveaux, allant des agents de santé communautaires aux superviseurs des données, a permis d'assurer une surveillance régulière, tandis qu'à Masisi, des réunions d'analyse trimestrielles ont permis d'ajuster en temps réel les activités du projet. À Kebbi, les superviseurs ont procédé à des audits des stocks de médicaments parallèlement à la collecte de données auprès des personnes ressources orientées vers la communauté (CORP), dont les résultats ont été communiqués via des voies structurées dans DHIS2 et partagés avec la coordination MSF et les autorités de santé publique. À Niono, les visites de supervision conjointes du personnel de MSF et du ministère de la Santé ont donné lieu à des discussions sur place concernant les tendances en matière de performances et les lacunes dans la prestation des services, ce qui a favorisé un meilleur alignement sur les pratiques de reporting du gouvernement et encouragé une culture de responsabilité partagée. Ces exemples montrent à quel point des systèmes de suivi et d'évaluation bien structurés peuvent contribuer activement à la qualité des données et à la réactivité.

Cependant, l'évaluation a également **mis en évidence une fragmentation persistante entre les sites**. De nombreux projets fonctionnaient avec **des structures de reporting parallèles**, équilibrant les cadres logiques spécifiques à MSF, les registres nationaux et les outils informels, ce qui a donné lieu à des ensembles de données cloisonnés qui limitent la comparabilité croisée. **Le recours continu à des systèmes papier** dans plusieurs endroits a ralenti le flux de données, introduit un risque d'erreurs de reporting et créé des obstacles à la prise de décision en temps réel. Bien que DHIS2 soit largement utilisé, sa personnalisation au niveau des projets et sa mise en œuvre inégale ont réduit son efficacité en tant que plateforme de reporting unifiée. Dans des endroits comme Cibitoke ou Tombouctou, l'incohérence des délais de soumission des données et les lacunes en matière de documentation liées à l'alphabétisation ont encore davantage compromis la fiabilité des données. À Kenema, bien que des outils numériques aient été introduits, les agents de santé communautaires continuent de collecter les données sur papier

et de les transférer manuellement pour les télécharger, ce qui retarde la disponibilité des données et alourdit la charge de travail des superviseurs chargés de la validation. Le personnel a également signalé que les systèmes parallèles de saisie des données compliquaient leur capacité à consolider les indicateurs iCCM dans tous les domaines programmatiques. Dans l'EGPAA, les difficultés liées au personnel et à la capacité de supervision limitée ont ralenti l'examen des données iCCM et réduit la fréquence des ajustements basés sur l'analyse.

L'équipe d'évaluation note que **des progrès prometteurs ont été réalisés en matière de numérisation**. Des projets tels que Kenema et Kebbi testent actuellement la saisie de données par téléphone et des outils hors ligne pour les agents de santé communautaires travaillant à distance. Ces systèmes améliorent la rapidité, réduisent les erreurs de transcription et permettent aux superviseurs de fournir un retour d'information plus rapide. Cependant, leur déploiement est incomplet et les agents de santé communautaires sont rarement impliqués dans les processus d'examen et d'utilisation des données. Un conseiller technique a observé : « *Les agents de santé communautaires collectent les données, mais celles-ci sont transmises sans être discutées. Elles sont communiquées, mais pas vraiment utilisées localement.* » Ce décalage réduit les possibilités pour les agents de santé communautaires d'utiliser les données pour adapter leurs services ou impliquer les communautés dans la recherche de solutions. À Masisi, certains ReCo ont été formés pour produire des résumés visuels des cas traités, mais ceux-ci n'ont pas toujours été intégrés dans les réunions officielles de planification des établissements de santé. À Yei, bien que les superviseurs analysent les données chaque mois et les résumés pour les équipes de coordination, ces informations sont rarement transmises aux agents de santé communautaires ou utilisées dans les discussions communautaires. Comme l'a fait remarquer un point focal, « *les données sont transmises vers le haut, mais elles ne sont pas renvoyées d'une manière que les agents de santé communautaires ou les communautés puissent comprendre ou utiliser* ». Cela met en évidence une occasion manquée de boucler la boucle des données au niveau de la première ligne.

Les résultats quantitatifs confirment cette préoccupation, en soulignant **des problèmes liés à l'exhaustivité des données, à la ventilation par âge et à la documentation du suivi des orientations**. Dans de nombreux sites, les estimations du dénominateur étaient obsolètes ou indisponibles, en particulier dans les zones à forte population déplacée ou mobile, ce qui compliquait les efforts d'évaluation de la couverture et de l'équité de la prise en charge intégrée des maladies infantiles. De plus, **des indicateurs tels que l'achèvement des orientations, l'identification des signes de danger et les tendances en matière de malnutrition étaient souvent suivis de manière incohérente** dans les registres et les résumés de données. L'équipe d'évaluation interprète ces tendances comme des symptômes d'une capacité limitée et d'un sous-investissement dans l'utilisation des données pour l'apprentissage du projet. Dans l'EGPAA, la transition vers le modèle BHI a perturbé les routines existantes de suivi et d'évaluation, nécessitant l'adaptation des registres et des indicateurs en cours de mise en œuvre. Bien que le personnel se soit déclaré disposé à réviser les outils, le soutien technique limité disponible pendant cette transition a contribué à la confusion et à l'incohérence des rapports sur les activités spécifiques à l'iCCM.

Néanmoins, sur l'ensemble des sites MSF-OCB, **les équipes ont fait preuve d'innovation et de résilience**. Les superviseurs de Masisi ont développé des outils visuels informels pour fournir un retour d'information aux agents de santé communautaires. Les agents de santé communautaires de Yei ont utilisé des résumés

dessinés à la main pour suivre les tendances de l'incidence du paludisme ou de la diarrhée. À Niono et Kebbi, les partenaires de MSF et du ministère de la Santé ont procédé à des examens périodiques des tableaux de bord afin d'orienter les ajustements des services. À Tombouctou, les superviseurs des ASC ont noté que les feuilles de comptage étaient parfois adaptées pour améliorer l'enregistrement des orientations, même si les données de suivi restaient incomplètes dans de nombreux cas. À Cibitoke, les superviseurs ont testé la fourniture de résumés hebdomadaires simples des cas courants aux ASC à l'aide de cartes plastifiées, dans le but de renforcer la reconnaissance précoce des signes de danger. Bien que cette pratique n'ait pas été officiellement institutionnalisée, elle a démontré le potentiel des stratégies de retour d'information à faible technologie qui améliorent la prise de décision en première ligne. Ces adaptations suggèrent un fort potentiel pour des solutions de suivi et évaluation évolutives et à faibles ressources si elles sont officiellement reconnues et soutenues.

L'un des principaux défis communs à tous les sites est le manque de boucles de rétroaction vers les ASC et les communautés. Si les données sont régulièrement transmises à la hiérarchie, elles ne sont pas toujours partagées sous des formats accessibles ou exploitables par les travailleurs de première ligne ou le public. Cela limite la transparence et réduit la capacité des acteurs locaux à s'approprier les améliorations apportées aux activités du projet. L'équipe d'évaluation estime que l'amélioration des systèmes de rétroaction, même sous la forme de simples tableaux de bord visuels ou de réunions communautaires, renforcerait la responsabilité et améliorerait la confiance de la communauté dans l'iCCM.

Libérer le potentiel des données au niveau communautaire.

« Les agents de santé communautaires collectent les données, mais celles-ci sont transmises sans être discutées. Elles sont rapportées, mais pas vraiment utilisées au niveau local. » – Conseiller technique de MSF.

Sur tous les sites du projet, les agents de santé communautaires jouent un rôle essentiel dans la collecte de données riches et de première ligne. En s'appuyant sur cette base solide, il existe une opportunité évidente d'impliquer davantage les ASC dans l'examen et l'interprétation des données qu'ils collectent. En renforçant les boucles de rétroaction et en fournissant des outils conviviaux, MSF peut transformer les rapports de routine en un processus dynamique qui stimule l'action locale, soutient l'amélioration des services et renforce la responsabilité à partir de la base.

RECOMMANDATIONS

Afin de renforcer le suivi et l'évaluation et d'assurer une intégration évolutive et durable dans les systèmes de santé nationaux, plusieurs améliorations ciblées sont recommandées. Tout d'abord, **la participation des agents de santé communautaires et des communautés à l'interprétation et à l'utilisation des données devrait être renforcée par le biais de formations, d'outils simplifiés et de leur inclusion dans**

les réunions d'examen régulières. Cela favoriserait l'appropriation des données, renforcerait la responsabilité et permettrait aux agents de santé communautaires d'améliorer les services locaux en fonction des tendances qu'ils observent. Les exemples de Masisi et Kenema montrent que des résumés visuels et des indicateurs simplifiés peuvent aider les ASC à comprendre les tendances en matière de paludisme et de respect des orientations vers des soins spécialisés, même en l'absence de tableaux de bord formels. Ces stratégies devraient être adaptées et déployées dans tous les projets afin de faciliter l'apprentissage des données de base.

Deuxièmement, **les boucles de rétroaction doivent être améliorées afin de garantir que les données collectées au niveau communautaire soient partagées dans des formats accessibles.** Il peut s'agir de tableaux de bord visuels, de rapports au niveau des villages ou de réunions communautaires régulières au cours desquelles les résultats sont présentés et discutés. La transparence et le renforcement de la valeur des données à tous les niveaux peuvent favoriser un engagement communautaire plus fort et une plus grande confiance dans le système iCCM. À Yei, les superviseurs ont signalé que les ASC reçoivent rarement des retours d'information sur les examens mensuels des données effectués au niveau du projet. L'institutionnalisation de mécanismes de retour d'information simples, tels que des résumés de données imprimés ou des tableaux de bord communautaires, pourrait contribuer à boucler cette boucle et à renforcer la motivation des ASC.

Troisièmement, **l'utilisation d'outils numériques pour le suivi et la prise de décision en temps réel devrait être étendue, en accordant une attention particulière aux contextes à faible connectivité.** Des applications mobiles de collecte de données compatibles hors ligne ou de simples alertes sur tableau de bord pourraient améliorer la réactivité et la rapidité des données. Les expériences positives des projets utilisant des mécanismes de supervision mobile et d'examen des données à distance suggèrent qu'il s'agit d'une voie viable pour la mise à l'échelle. À Kebbi, par exemple, l'introduction de la collecte de données par téléphone a permis une supervision plus rapide et une amélioration de la précision des données. Ces systèmes devraient être évalués en termes d'évolutivité et associés à une formation de base en informatique pour les ASC et les superviseurs.

Quatrièmement, **MSF devrait continuer à aligner les systèmes de suivi et d'évaluation et d'information sanitaire sur les plateformes nationales telles que DHIS2** afin de favoriser l'évolutivité, la durabilité et l'appropriation par les pouvoirs publics. Cela implique de travailler en étroite collaboration avec les partenaires du ministère de la Santé afin de garantir l'harmonisation des normes de qualité des données, des indicateurs et des processus de reporting. Les visites conjointes de supervision et de validation des données avec le ministère de la Santé, telles que celles menées à titre expérimental à Niono et Tombouctou, offrent des opportunités d'assurer l'alignement et devraient être incluses dans les protocoles de supervision et de reporting.

En s'appuyant sur les bonnes pratiques identifiées, il est également **recommandé à MSF de formaliser certaines des approches prometteuses déjà utilisées sur le terrain dans les différents sites.** Par exemple, les tableaux de bord communautaires informels, les contrôles des stocks alignés sur les rapports des agents de santé communautaires et les outils visuels de suivi des patients pourraient être standardisés et partagés dans tous les contextes. De même, les visites de supervision de routine qui comprennent l'examen conjoint des données et un accompagnement de soutien devraient être intégrées dans les

protocoles de qualité standard. Ces adaptations peu coûteuses mais efficaces peuvent servir de modèles évolutifs pour améliorer l'utilisation des données dans des contextes difficiles.

Enfin, **MSF devrait explorer les moyens de renforcer la visualisation des données hors ligne et développer des outils simples d'autosurveillance pour les ASC.** Donner aux prestataires de première ligne des outils de performance conviviaux peut contribuer à combler les lacunes des systèmes formels de suivi et d'évaluation tout en améliorant la responsabilité locale et la qualité des services. Les outils prometteurs de Cibitoke et Masisi, tels que les fiches de synthèse laminées et les tableaux de comptage développés par les ASC, suggèrent que ces derniers peuvent innover lorsqu'ils disposent de matériel et de conseils de base. MSF devrait investir dans la rationalisation et la diffusion de ces pratiques dans le cadre d'une boîte à outils standard de suivi et d'évaluation.

DISCUSSION ET PROCHAINES ÉTAPES

Cette évaluation a porté sur la conception, la mise en œuvre, l'évolutivité et la durabilité de l'iCCM sur huit sites de MSF-OCB, en utilisant le cadre RE-AIM et les critères de référence programmatiques iCCM de l'OMS-UNICEF. S'appuyant sur des entretiens avec les parties prenantes, des discussions de groupe, l'examen de documents, des études de cas et l'analyse de données quantitatives, l'évaluation fournit une compréhension multidimensionnelle des adaptations de l'iCCM dans divers contextes humanitaires et systèmes de santé. Cette section synthétise les principales conclusions et recommandations relatives aux principales questions d'évaluation et présente les prochaines étapes stratégiques.

QE1-2 : Conception, mise en œuvre et différenciation de l'iCCM selon les sites

Si l'ensemble des interventions iCCM est globalement cohérent (il comprend généralement la prise en charge des cas de paludisme, de diarrhée et, dans certains contextes, de pneumonie, ainsi que le dépistage de la malnutrition et l'orientation vers des soins spécialisés), les stratégies de mise en œuvre et les modèles opérationnels varient considérablement. Ces différences reflètent la capacité de MSF à s'adapter aux défis géographiques, sécuritaires et infrastructurels, ainsi qu'aux besoins des populations. Dans le même temps, elles soulignent également l'absence d'une stratégie iCCM MSF-OCB guidant une compréhension commune de la conception et de la mise en œuvre des activités iCCM tout au long du continuum de soins, ainsi que l'absence de normes opérationnelles et de standards de qualité spécifiques à MSF-OCB.

À Tombouctou, par exemple, un modèle adapté visant à rapprocher les soins des communautés a été observé. Dans ce modèle, des postes de santé avancés dotés d'infirmières et d'infirmières chefs offraient des soins à tous les groupes d'âge et pour toutes les pathologies, s'écartant ainsi de l'iCCM traditionnelle dirigée par des agents de santé communautaires. Dans l'EGPAA, des équipes mobiles adaptées aux populations pastorales utilisaient des données migratoires en temps réel pour déterminer les points de service. Ces modèles démontrent la capacité de MSF à adapter de nouveaux modèles de soins communautaires ainsi que des approches sur mesure de l'iCCM en fonction du contexte. Afin de garantir la qualité et la cohérence des soins, ces approches différenciées bénéficieraient d'un cadre stratégique harmonisé, de normes opérationnelles cohérentes et d'un apprentissage partagé.

Les variations dans la sélection, la formation et la supervision des ASC soulignent la nécessité de disposer d'un ensemble de manuels et d'outils adaptables de MSF-OCB sur les ressources humaines, la formation et la supervision de l'iCCM, qui puissent être utilisés de manière plus cohérente sur l'ensemble des sites du projet. Alors que certains sites ont mis en œuvre des critères alignés sur ceux du ministère de la Santé et ont co-développé des processus de sélection avec les communautés, d'autres se sont appuyés sur des modèles plus informels ou ad hoc, ce qui a conduit à une couverture inéquitable des ASC. De même, les différences dans la durée de la formation, les calendriers de remise à niveau et l'accès à des outils adaptés au niveau d'alphabétisation ont eu un impact sur la qualité et la fiabilité de la prestation des services. Les processus de planification et de budgétisation ont également varié. À Yei, par exemple, les activités iCCM ont bénéficié de plans opérationnels détaillés, tandis que d'autres projets ont été confrontés à des difficultés liées à des voies d'extension iCCM peu claires, à des prévisions de coûts insuffisantes et à des

modèles d'incitation des ASC incohérents. Le manuel de formation de l'OMS disponible (138 pages) a été jugé trop complexe pour être utilisé dans la pratique. L'absence d'un manuel de formation MSF sur l'iCCM ou de listes de contrôle pour la supervision a été jugée comme réduisant la capacité à former et à suivre systématiquement les performances des ASC. De plus, dans certains endroits, la formation et la supervision sont très intensives, nécessitant par exemple plusieurs jours/semaines de formation en présentiel et de supervision par le personnel MSF pour un seul ASC, ce qui limite l'évolutivité. Dans d'autres cas, les formations de mise à niveau et la supervision étaient informelles ou irrégulières.

Ces lacunes reflètent un besoin plus large d'outils de planification dédiés à l'iCCM et d'intégration précoce de stratégies d'évolutivité et de durabilité. Comme indiqué ci-dessus, lorsque l'iCCM est considérée comme une approche prioritaire, MSF- OCB peut intégrer des objectifs clairs concernant le rôle de l'iCCM dans la stratégie médicale et élaborer un cadre stratégique officiel MSF-OCB iCCM qui définit des programmes de soins standardisés, des normes de qualité technique et des normes opérationnelles, ainsi qu'un ensemble d'outils techniques et opérationnels MSF-OCB iCCM adaptables. À la suite de l'expérience de MSF-OCBA, et avec des ressources humaines suffisantes pour les développer, ces outils pourraient être compilés dans une boîte à outils en ligne commune accessible à tout le personnel de MSF-OCB, des projets et de l'iCCM, certains éléments étant partagés avec les ministères de la Santé et les partenaires de mise en œuvre.

QE3 : Succès, défis et enseignements tirés

Les interventions iCCM de MSF-OCB ont élargi l'accès aux soins, comme le montre l'augmentation du nombre de nouvelles consultations, dont la plus grande partie concerne les enfants âgés de 12 à 59 mois, dans les sites où des activités iCCM sont menées entre 2022 et 2024 (annexe 10, graphiques 11.1, 11.2, 11.3 et 11.4). La confiance de la communauté envers les agents de santé communautaires (ASC) est toujours élevée, ces derniers étant appréciés pour leur proximité, leur compétence culturelle et leur capacité à fournir des soins de première ligne. À Kenema, Yei et EGPA, par exemple, une formation structurée, une supervision favorable et des relations solides avec la communauté ont été des facteurs clés pour l'efficacité des interventions en matière de soins. Cependant, des défis persistants ont été observés. L'ampleur des activités iCCM au sein de MSF-OCB reste relativement modeste, les projets gérant entre 2 et 115 sites iCCM, selon l'examen des documents et les entretiens avec les personnes clés. L'équipe d'évaluation n'a pas observé d'indicateur ou d'objectif MSF-OCB pour l'augmentation du nombre de sites ou du nombre de consultations par an. À Masisi, l'équipe du projet avait discuté de la volonté d'étendre le projet à deux nouveaux sites par an, mais lors de la présente évaluation, il a été noté que ces projets étaient suspendus pour des raisons de sécurité.

Les systèmes d'orientation dans le cadre des activités iCCM existantes restent un défi, avec des obstacles tels que les longues distances, l'insécurité, la stigmatisation et les contraintes financières qui compromettent la continuité des soins. Seuls 20 à 50 % des orientations ont été menées à bien dans certains sites, et la documentation des résultats des orientations était incohérente. À Tombouctou et Niono, les soignants refusaient souvent les orientations par crainte des longs trajets ou des coûts associés.

La fiabilité de la chaîne d'approvisionnement et le stockage des médicaments variaient également. À Masisi et Kebbi, une coordination étroite entre MSF et le ministère de la Santé a permis d'assurer un

réapprovisionnement rapide et un suivi précis de la consommation. En revanche, des sites comme Cibitoke et Tombouctou ont connu des ruptures de stock récurrentes, des retards de réapprovisionnement et un accès limité à des entrepôts résistants aux intempéries, ce qui a suscité des inquiétudes quant à la stabilité de la disponibilité des médicaments. Dans la plupart des sites, les agents de santé communautaires transportaient et stockaient les médicaments dans des sacs à dos ou des sacs en plastique, certains utilisant des entrepôts appartenant à la communauté et gérés par des superviseurs ou des chefs locaux.

La supervision était un autre domaine où la mise en œuvre était inégale. Des sites comme Yei et Kenema ont utilisé des protocoles de supervision structurés, comprenant des listes de contrôle et des évaluations des performances, afin de soutenir la qualité et la motivation des ASC. D'autres sites manquaient de suivi régulier, en particulier dans les zones peu sûres ou difficiles d'accès, ce qui a conduit à des occasions manquées de renforcer les compétences et de contrôler la qualité des données.

Malgré ces contraintes, le personnel de MSF et du ministère de la Santé, les chefs communautaires et les ASC ont fait preuve d'un dévouement remarquable. De nombreux ASC ont concilié leurs fonctions sanitaires avec leurs responsabilités agricoles ou familiales, souvent sans rémunération officielle. Le soutien des pairs, la reconnaissance de la communauté et l'accès aux fournitures de base ont été cités comme facteurs de motivation, mais l'incohérence des systèmes d'incitation, allant du don de bétail au volontariat non rémunéré, a posé des risques importants en matière de rétention.

QE4 : Recommandations stratégiques pour améliorer l'efficacité et la portée

Pour relever les défis de mise en œuvre et déployer à grande échelle des modèles efficaces, parallèlement au cadre stratégique iCCM de MSF-OCB, la boîte à outils proposée, qui comprend des outils techniques et opérationnels adaptables, peut être alignée sur les directives du ministère de la Santé de chaque pays. La stratégie et la boîte à outils doivent fournir des orientations claires sur les ensembles de services, les outils de diagnostic, les approches de formation, les structures de supervision et les protocoles d'orientation, tout en permettant une certaine flexibilité dans des contextes fragiles et en rapide évolution. **Les éléments clés de la stratégie et de la boîte à outils visant à améliorer l'efficacité et la portée peuvent inclure :**

- **Améliorer la qualité de la prise en charge communautaire des cas en :**
 - Renforçant la planification financière, l'évaluation de la faisabilité et la planification de la transition.
 - Élaborant un cadre de promotion de la santé et d'engagement communautaire, ainsi que des programmes de formation adaptables et sensibles à l'alphabétisation et des supports visuels.
 - Veillant à ce que les ASC aient accès à des outils essentiels tels que des minuteurs respiratoires et des bracelets MUAC, ainsi qu'à des algorithmes de prise en charge des cas, des outils de diagnostic, des manuels de formation et des listes de contrôle de supervision adaptés aux directives du ministère de la Santé et aux contextes locaux.

- Offrant régulièrement des formations de mise à niveau et une supervision adaptée aux capacités des ASC, soutenues par des outils de formation et de supervision standardisés, adaptables aux cadres du ministère de la Santé, afin de renforcer les capacités des ASC, par exemple des listes de contrôle, des tableaux de bord, du mentorat et des stratégies mobiles (par exemple, téléphone, WhatsApp).
- Déployer à plus grande échelle les modèles d'apprentissage entre pairs et de mentorat mis en place sur les sites où ces activités sont déjà menées, tels que Masisi et EGPA.
- **Renforcer les systèmes d'orientation** en :
 - Élargissant l'accès aux solutions de transport, telles que les fonds communautaires pour les transports d'urgence ou les programmes de bons pour les motos.
 - Mettant à l'essai des outils mobiles ou numériques de suivi des orientations afin de contrôler leur achèvement et de fermer la boucle des orientations.
 - La standardisation des formulaires d'orientation et de contre-orientation sur tous les sites.
 - Formant les agents de santé communautaires à conseiller efficacement les soignants et à assurer le suivi des orientations.
- **Promouvoir l'utilisation des données locales pour la prise de décision** en :
 - Introduisant des tableaux de bord simplifiés et des outils visuels pour faciliter l'interprétation des données au niveau communautaire.
 - Renforçant le suivi régulier et harmonisant les définitions des indicateurs sur l'ensemble des sites afin d'améliorer la planification.
 - Renforçant l'exhaustivité, la cohérence et la qualité des données, notamment par le suivi cohérent des indicateurs clés dans les registres et les résumés de données, la supervision visant à rapprocher les registres des patients et les registres de consommation de médicaments, et la maîtrise des données par les agents de santé communautaires.
 - Institutionnalisation de réunions participatives d'examen des données avec les agents de santé communautaires et les dirigeants communautaires.
 - Déployant à grande échelle des innovations locales telles que des outils de référence rapide plastifiés et des résumés visuels élaborés par les ASC.
- **Promouvoir l'équité et l'inclusion dans la prestation des services** en :
 - Réalisant régulièrement des évaluations désagrégées des besoins afin d'identifier les lacunes en matière de couverture.
 - Adaptant les services et les stratégies de communication en fonction des mouvements de population, de la marginalisation ou des obstacles saisonniers à l'accès.

Ces efforts seront essentiels pour améliorer à la fois la qualité et l'équité des interventions iCCM dans les divers contextes opérationnels de MSF-OCB.

QE5 : Alignement sur les stratégies nationales de santé et les voies de mise à l'échelle

Les sites qui ont impliqué dès le départ leurs homologues du ministère de la Santé, tels que Yei (Soudan du Sud) et Kenema (Sierra Leone), ont montré de meilleures perspectives de continuité à long terme. La supervision conjointe, le partage des outils et l'intégration dans les systèmes d'information sanitaire ont contribué à garantir l'appropriation par le gouvernement et la préparation à la transition.

À l'inverse, dans des contextes tels que Tombouctou et Niono, l'absence de collaboration claire avec le ministère de la Santé ou de planification de la transition soulève des questions quant à la viabilité à long terme des services. Sans reconnaissance officielle des ASC par le ministère de la Santé ni intégration des produits iCCM dans les systèmes nationaux d'approvisionnement, les services soutenus par MSF risquent de s'effondrer à la fin des projets.

Pour remédier à cela, MSF devrait institutionnaliser la planification conjointe de la transition dès le lancement du projet. La conclusion de protocoles d'accord spécifiques, l'intégration des coûts de l'iCCM dans les budgets du ministère de la Santé et la formalisation des rôles des ASC au sein des structures nationales de ressources humaines sont autant d'étapes essentielles. Toutefois, l'absence ou le retard de ces plans de transition ne devrait pas empêcher la mise en œuvre de l'iCCM ou de soins communautaires similaires dans les contextes où il existe un besoin médico-humanitaire de soins plus proches du domicile en raison de perturbations ou de difficultés d'accès aux soins de santé primaires en temps opportun. Dans certains cas, cette perturbation peut être temporaire et pourrait également servir de justification au retrait éventuel de MSF. MSF devrait également intensifier son engagement auprès d'acteurs mondiaux, tels que l'UNICEF et le Fonds mondial, afin de promouvoir des mécanismes de cofinancement et l'harmonisation des politiques.

Conclusion et prochaines étapes

Le modèle iCCM de MSF a permis d'augmenter la demande de soins de santé et le recours aux soins, comme le montrent les nouvelles consultations (annexe 10, graphiques 11.1, 11.2, 11.3 et 11.4) dans les zones fragiles et difficiles d'accès où MSF-OCB mène ses initiatives. Afin de maintenir et d'amplifier cet impact, MSF-OCB devra clarifier ses priorités institutionnelles et soutenir leur réalisation. Pour mettre en œuvre ces recommandations, parallèlement aux prochaines étapes présentées dans le résumé, l'équipe d'évaluation propose **sept actions stratégiques** :

1. **Déterminer le niveau de priorité accordé par MSF-OCB aux activités iCCM dans le cadre des soins de qualité centrés sur la personne fournis par les équipes de projet.** L'iCCM étant considérée comme une approche prioritaire basée sur les besoins médicaux humanitaires des groupes les plus vulnérables et marginalisés, les lacunes dans les services et les obstacles à l'accès, MSF-OCB peut s'appuyer sur les mises à jour actuelles de sa stratégie pour y intégrer des objectifs clairs concernant le rôle de l'iCCM.
2. **Identifier les ressources nécessaires à MSF-OCB pour poursuivre l'élaboration d'un cadre stratégique iCCM, y compris un aperçu des principaux défis, des programmes de soins standard et une boîte à outils technique et opérationnelle.** Sur la base de l'expérience d'autres centres

opérationnels (notamment MSF-OCBA), dont MSF-OCB pourrait tirer parti, la feuille de route et la boîte à outils nécessiteraient des ressources dédiées (environ deux ans avec du personnel senior dédié à la conception et au développement de la boîte à outils) et pourraient inclure des orientations harmonisées et des outils adaptables pour soutenir la mise en œuvre cohérente de chaque benchmark sur tous les sites. Par exemple, des orientations et outils de MSF-OCB pour :

- a. Planification financière, évaluation de la faisabilité et transition.
 - b. Évaluation, sélection des sites, planification des ressources et co-conception de l'intervention avec la participation de la communauté.
 - c. Algorithmes de gestion des cas, outils de diagnostic, manuels de formation et listes de contrôle de supervision adaptés aux directives du ministère de la Santé et aux contextes locaux.
 - d. Des outils de formation et de supervision standardisés, adaptables pour s'aligner sur les cadres du ministère de la Santé, afin de renforcer les capacités des agents de santé communautaires, par exemple des listes de contrôle, des tableaux de bord, du mentorat et des stratégies mobiles (par exemple, téléphone, WhatsApp).
 - e. Un cadre de promotion de la santé et d'engagement communautaire, ainsi que des outils adaptables et accessibles en matière d'alphabétisation et des stratégies inclusives, notamment des outils numériques, des médias locaux et des initiatives communautaires visant à renforcer les messages et à atteindre les groupes vulnérables.
 - f. Aide au transport, formulaires standardisés d'orientation/de contre-orientation et mécanismes de suivi en temps réel ou de surveillance mobile.
3. **Tester, documenter et déployer à grande échelle les outils et innovations adaptables inclus dans la boîte à outils avec les équipes MSF-OCB** à travers les huit benchmarks. Cela peut inclure des sessions dédiées lors des réunions de l'ARO, des webinaires, des formations et/ou des cours en ligne pour le personnel du projet afin de partager le cadre stratégique, de solliciter des contributions et l'adhésion à la stratégie, et de faciliter la formation continue et les mises à jour afin de renforcer une compréhension commune de la stratégie et une utilisation harmonisées des informations et des outils. Il sera important de maintenir un engagement continu et de planifier des mises à jour techniques afin de continuer à renforcer et à affiner la boîte à outils.
 4. **Poursuivre l'engagement du ministère de la Santé et la planification de la transition** : continuer à renforcer la participation du ministère de la Santé dans les sites iCCM existants et nouveaux, avec une supervision, une formation et une planification des produits partagées dès le premier jour.
 5. **Renforcer la qualité de la prestation des services iCCM**, grâce à une formation, une supervision et un mentorat renforcés, ainsi qu'à un suivi étroit des données de gestion des cas et d'orientation des patients, afin de soutenir l'amélioration continue.
 6. **Améliorer le retour d'informations sur les données et l'appropriation par la communauté** : déployer des outils de données conviviaux et des forums de planification participative qui permettent aux agents de santé communautaires et aux communautés de stimuler l'amélioration

des services. Renforcer le suivi régulier et l'harmonisation des définitions des indicateurs entre les sites afin d'améliorer la planification. Renforcer l'exhaustivité, la cohérence et la qualité des données, notamment le suivi cohérent des indicateurs clés dans les registres et les résumés de données ; la supervision afin de rapprocher les registres des patients avec les registres de consommation de médicaments, et la maîtrise des données par les agents de santé communautaires.

7. Renforcer les conseils et les outils relatifs à la chaîne d'approvisionnement et au stockage de l'iCCM pour les PMR afin d'aider les équipes de projet à :

- a. Maintenir un approvisionnement continu en médicaments essentiels et en outils de diagnostic pour l'iCCM, et mettre en place des stratégies de réapprovisionnement adaptées aux zones reculées ou difficiles d'accès, afin de réduire les déplacements des ASC.
- b. Renforcer la communication entre MSF, le ministère de la Santé et les ASC, notamment par la planification et la quantification conjointes des fournitures nécessaires ; la clarté des canaux d'approvisionnement pour les stocks stockés au niveau des établissements de santé ; les systèmes d'alerte en cas de stocks insuffisants et de demande de nouvelles fournitures ; la formation et les mesures de protection en matière de stockage de qualité, de sécurité des médicaments et de gestion des déchets médicaux.

En intégrant ces priorités dans les futurs programmes d'iCCM, MSF peut continuer à développer l'accès à des soins efficaces, adaptés et performants, centrés sur le patient, tout en se positionnant comme un leader du mouvement mondial pour une santé communautaire équitable.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONS D'ÉVALUATION TIRÉES DU CAHIER DES CHARGES INITIAL POUR L'ÉVALUATION THÉMATIQUE DES ACTIVITÉS ICCM DANS LES CONTEXTES MSF-OCB

- 1) Décrire le portefeuille actuel de l'ICCM de MSF-OCB (par exemple, types de sites, package, modalités de gestion et de supervision des ressources humaines).
- 2) Explorer les raisons qui ont motivé le choix des sites ainsi que les écarts par rapport au programme standard, le cas échéant, et les raisons qui les ont motivés.
- 3) Évaluer la valeur globale du portefeuille, ses tendances et ses modèles, en soulignant les défis et les obstacles, les bonnes pratiques et les réussites.
- 4) Identifier des recommandations stratégiques pour améliorer et mettre en œuvre les activités ICCM dans les projets OCB existants et futurs.

ANNEXE 2 : MATRICE D'ÉVALUATION

Notre matrice d'évaluation est conçue pour évaluer de manière exhaustive les interventions iCCM du portefeuille MSF-OCB par rapport aux benchmarks iCCM de l'OMS à l'aide du cadre RE-AIM. Le cadre RE-AIM évalue les interventions à travers cinq dimensions : la portée, l'efficacité, l'adoption, la mise en œuvre et le maintien. En alignant ces dimensions sur les domaines programmatiques, nous pouvons évaluer systématiquement les performances de chaque projet, identifier les points forts et repérer les possibilités d'amélioration. Cette approche structurée garantit une évaluation approfondie et multidimensionnelle, facilitant la formulation d'idées concrètes et de recommandations solides pour améliorer les initiatives iCCM.

La matrice d'évaluation a été élaborée suite à une revue documentaire complète et des contributions des équipes de projet, des membres du groupe de consultation et d'autres parties prenantes de MSF.

PORTÉE				
Domaine programmatique	Question	Critères d'évaluation	Indicateur	Sources de données
Ressources humaines	<p>Combien d'agents de santé communautaires sont actuellement disponibles pour un site donné ? Ce nombre est-il suffisant pour atteindre la population cible ?</p> <p>Quelles sont les ressources humaines disponibles pour assurer la formation, la supervision et le soutien à l'établissement de rapports pour la mise en œuvre et l'amélioration de la qualité de la prise en charge iCCM ?</p> <p>Quels sont les profils démographiques et professionnels des ASC ? Quel est l'équilibre entre les sexes parmi les ASC ? Quelles sont les différences d'âge et les tranches d'âge parmi les ASC ? La formation est-elle suffisante pour fournir l'ensemble des services prévus à la population cible ?</p>	<p>Nombre et diversité des ASC pour atteindre la population cible</p>	<p>Nombre d'ASC par population desservie</p> <p>Répartition géographique des ASC</p>	<p>Dossier RH</p> <p>Rapports de projet</p> <p>Dossiers DHIS2</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet, personnel des établissements de santé)</p>
Gestion de la chaîne d'approvisionnement	<p>Les fournitures essentielles pour l'iCCM et les produits de santé parviennent-ils à toutes les zones et populations cibles comme prévu ?</p> <p>Quels sont les obstacles à la distribution des fournitures iCCM dans les zones difficiles d'accès ?</p>	<p>Nombre de jours sans rupture de stock de fournitures iCCM, telles que des médicaments adaptés aux enfants, dans toutes les zones cibles</p>	<p>Preuves que les zones cibles reçoivent des fournitures iCCM adéquates</p> <p>Répartition géographique des livraisons de fournitures</p>	<p>Registres d'inventaire</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet)</p>
Prestation de services et orientation	<p>Quelles sont les spécificités géographiques, démographiques et contextuelles de chaque site du projet, et comment ces facteurs influencent-ils la prestation et</p>	<p>Portée des services iCCM auprès des populations prioritaires</p>	<p>Proportion de la population cible utilisant les services iCCM</p> <p>Répartition géographique des points de prestation de</p>	<p>Registres de prestation de services</p> <p>Entretiens avec les parties</p>

	<p>l'efficacité des services iCCM ?</p> <p>Quelle proportion de la population cible bénéficie des services iCCM ?</p> <p>Y a-t-il des groupes ou des régions spécifiques au sein de la population cible qui sont mal desservis ?</p>		services	<p>prenantes (personnel des établissements de santé, agents de santé communautaires)</p>
Communication et mobilisation sociale	<p>Dans quelle mesure les efforts de communication et de mobilisation sociale atteignent-ils la population cible ?</p> <p>Les groupes spécifiques au sein de la population cible sont-ils efficacement impliqués ?</p>	Portée des efforts de communication et de mobilisation sociale auprès des populations prioritaires	Nombre et types de canaux de communication utilisés (par exemple, radio, affiches, réunions communautaires)	<p>Rapports sur les campagnes de communication.</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (membres de la communauté, bénéficiaires)</p>
Suivi et évaluation et systèmes de santé	<p>Les systèmes de suivi et d'évaluation et les systèmes d'information sanitaire couvrent-ils toutes les régions géographiques et toutes les populations ciblées par l'iCCM comme prévu ?</p> <p>Les outils et méthodes de collecte de données sont-ils accessibles à tous les agents de santé communautaires et à tous les établissements de santé ?</p>	Portée du suivi et de l'évaluation et des systèmes d'information sanitaire dans toutes les régions et populations ciblées	<p>Preuves de la couverture des régions et des populations par les activités de S&E et de SIS</p> <p>Accessibilité des outils et méthodes de collecte de données à tous les agents de santé communautaires et établissements de santé</p> <p>Pourcentage d'ASC et d'établissements soumettant des rapports réguliers</p>	<p>Journaux d'accès au système</p> <p>Rapport sur les enregistrements de soumissions</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (ASC)</p>

EFFICACITÉ				
Domaine programmatique	Question	Critères d'évaluation	Indicateur	Sources de données
Coordination et élaboration des politiques	<p>Dans quelle mesure la coordination est-elle mise en œuvre ?</p> <p>Quelles sont les raisons qui expliquent la réussite ou l'échec de la coordination ?</p> <p>Dans quelle mesure les activités de l'iCCM s'alignent-elles sur les objectifs généraux et stratégiques de MSF en matière de santé dans les pays où elles sont mises en œuvre, et dans quelle mesure les soutiennent-elles ?</p>	<p>Mesure dans laquelle les activités ont atteint les objectifs du projet à ce jour</p>	<p>Preuves démontrant que les résultats de l'initiative à ce jour contribuent aux objectifs du projet ou sont conformes à ceux-ci</p> <p>Perceptions des parties prenantes quant aux résultats obtenus ou non obtenus à ce jour</p>	<p>Rapports du projet, autres rapports pertinents</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (PMR)</p>
Coûts et financement	<p>Les ressources financières sont-elles correctement planifiées et allouées pour atteindre les objectifs du projet ?</p>	<p>Allocation efficace des ressources financières</p>	<p>Part du budget allouée aux éléments clés (par exemple, formation, fournitures)</p>	<p>Plans budgétaires, rapports de dépenses</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet)</p>
Ressources humaines	<p>Dans quelle mesure les agents de santé communautaires sont-ils efficaces dans la prestation des services de prise en charge intégrée du paludisme et de la diarrhée ?</p> <p>Quelles approches sont mises en place dans le cadre du projet pour renforcer les capacités des ASC ?</p> <p>Comment les ASC perçoivent-ils leur rôle et leur efficacité dans le contexte de l'intervention iCCM ?</p>	<p>Compétence et efficacité dans la prestation des services par les ASC</p> <p>Satisfaction et perception des ASC par l'équipe du projet</p>	<p>Taux d'achèvement des programmes de formation iCCM</p> <p>Retour d'information des membres de la communauté sur les performances des ASC</p> <p>Preuves de la satisfaction et de la perception des ASC</p>	<p>Dossiers de formation des ASC</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (membres de la communauté, chefs de projet, ASC)</p>
Gestion de la chaîne d'approvisionnement	<p>Dans quelle mesure la chaîne d'approvisionnement est-elle efficace pour garantir la livraison en temps opportun de produits et fournitures de santé iCCM de haute qualité ?</p>	<p>Livraison des fournitures iCCM</p>	<p>Données sur les délais de livraison des fournitures iCCM</p> <p>Fréquence des ruptures de stock et leur durée</p>	<p>Registres d'inventaire</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet)</p>

	Quel est l'impact des problèmes de la chaîne d'approvisionnement sur la qualité et l'évolutivité des services iCCM ?			
Prestation de services et orientation	<p>Quels sont les domaines de santé ciblés par les interventions iCCM, et la communauté demande-t-elle des services de santé supplémentaires ? Comment l'iCCM répond-il à ces demandes ?</p> <p>Dans quelle mesure les services iCCM sont-ils efficaces pour améliorer les résultats en matière de santé ?</p> <p>Comment les orientations sont-elles effectuées et comment les soins pour les maladies complexes sont-ils assurés par le système iCCM ?</p>	Efficacité des services iCCM et orientations appropriées et rapides	<p>Résultats sanitaires obtenus grâce à l'iCCM (par exemple, réduction de la mortalité infantile)</p> <p>Pourcentage de renvois qui ont fait l'objet d'un suivi et ont abouti</p> <p>Preuves de la satisfaction des bénéficiaires</p>	<p>Données sanitaires, registres d'orientation, rapports de suivi</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (personnel des établissements de santé, bénéficiaires)</p>
Communication et mobilisation sociale	Dans quelle mesure les stratégies de communication et de mobilisation sociale sont-elles efficaces pour sensibiliser et modifier les comportements liés à l'iCCM ?	Efficacité des stratégies de communication et de mobilisation sociale pour atteindre les groupes prioritaires de l'iCCM	<p>Changements dans les comportements en matière de recours aux soins et d'utilisation des services</p> <p>Résultats sanitaires liés à l'utilisation des services iCCM (par exemple, réduction de la mortalité infantile, augmentation des taux de traitement)</p>	<p>Données sur les résultats sanitaires, registres d'utilisation des services (DHIS2)</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (membres de la communauté, bénéficiaires)</p>
Supervision et amélioration de la qualité des performances	<p>Dans quelle mesure les activités de supervision et d'amélioration de la qualité sont-elles efficaces pour améliorer les performances des ASC et la qualité des services ?</p> <p>Quel est l'impact des activités de supervision et d'amélioration de la qualité sur les résultats sanitaires ?</p>	Efficacité de la supervision et de l'amélioration de la qualité dans l'amélioration des performances de l'iCCM et de la qualité des services	<p>Évolution des indicateurs de performance des ASC (par exemple, respect des protocoles, qualité de la prestation des services)</p> <p>Retour d'information des ASC et des bénéficiaires sur la qualité de la supervision</p>	<p>Registres de supervision</p> <p>Dossiers des ASC</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (agents de santé communautaires, personnel de santé, bénéficiaires)</p>
Suivi et évaluation et systèmes de santé	Dans quelle mesure le suivi et l'évaluation et les systèmes d'information sanitaire sont-ils	Efficacité du suivi et de l'évaluation et des systèmes	Rapidité de la soumission et de la communication des données	Registres de soumission des données

	<p>efficaces pour suivre et rendre compte des résultats de l'iCCM ?</p> <p>Dans quelle mesure les données collectées par les systèmes de suivi et d'évaluation et les systèmes d'information sanitaire sont-elles opportunes et précises ?</p>	<p>d'information sanitaire pour le suivi et la communication de données précises</p> <p>Efficacité du suivi et de l'évaluation et des systèmes d'information sanitaire pour le suivi et la communication de données en temps opportun</p>	<p>Exactitude et exhaustivité des données collectées</p> <p>Utilisation des données pour la prise de décision et l'amélioration des projets</p>	<p>Rapports de projet</p> <p>Données sur les résultats en matière de santé</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (conseiller en suivi et évaluation, chef de projet)</p>
--	--	---	---	---

ADOPTION				
Domaine programmatique	Question	Critères d'évaluation	Indicateur	
Coordination et élaboration des politiques	<p>Dans quelle mesure les politiques relatives aux activités iCCM ont-elles été adoptées par le ministère de la Santé, les prestataires, les agents de santé communautaires et les communautés ?</p> <p>Quels sont les facteurs qui facilitent ou entravent l'adoption des politiques iCCM par le ministère de la Santé, les prestataires, les agents de santé communautaires et les communautés ?</p> <p>Comment les activités iCCM sont-elles conçues et décidées, y compris la sélection des ensembles d'interventions et des groupes prioritaires ? Quel est le rôle de la participation communautaire dans ces processus décisionnels ?</p>	<p>Adaptation et intégration</p> <p>Acceptation et utilisation par la communauté</p> <p>Défis et obstacles</p>	<p>Mesure dans laquelle les protocoles iCCM ont été intégrés dans les systèmes de santé existants et adaptés aux contextes locaux</p> <p>Identification des défis et des obstacles à l'adoption et stratégies utilisées pour les surmonter</p>	<p>Rapports de mise en œuvre, documents politiques</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (agents de santé communautaires, prestataires de soins de santé et dirigeants communautaires)</p>

<p>Prestation de services et orientation</p>	<p>Dans quelle mesure les agents de santé et les membres de la communauté ont-ils adopté les pratiques de prestation de services et d'orientation iCCM comme prévu ?</p> <p>Quels sont les facteurs qui influencent l'adoption des protocoles de prestation de services et d'orientation iCCM ?</p>	<p>Adoption des pratiques de prestation de services et d'orientation iCCM</p>	<p>Nombre d'agents de santé formés aux protocoles de prestation de services et d'orientation iCCM</p> <p>Obstacles et facilitateurs à l'adoption identifiés par les agents de santé et les membres de la communauté</p>	<p>Dossiers de formation</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (agents de santé communautaires, dirigeants communautaires, membres de la communauté)</p>
<p>Communication et mobilisation sociale de l'iCCM</p>	<p>Dans quelle mesure les dirigeants communautaires, les agents de santé et la population en général ont-ils adopté les messages et les pratiques de communication promus par les efforts de communication et de mobilisation sociale de l'iCCM ?</p> <p>Quels sont les facteurs qui influencent l'adoption de ces messages et pratiques ?</p>	<p>Adoption des messages et des pratiques de l'iCCM par les principaux acteurs</p>	<p>Nombre de responsables communautaires et de professionnels de santé participant activement à la mobilisation en promouvant les messages relatifs à l'iCCM</p> <p>Obstacles et facilitateurs à l'adoption identifiés par les membres de la communauté et les parties prenantes</p>	<p>Entretiens avec les parties prenantes (dirigeants communautaires, membres de la communauté, agents de santé communautaires)</p>

MISE EN ŒUVRE				
Domaine programmatique	Question	Critères d'évaluation	Indicateur	
<p>Coordination et élaboration des politiques</p>	<p>Dans quelle mesure les interventions iCCM existantes de MSF-OCB mettent-elles en œuvre l'iCCM au niveau communautaire comme prévu, conformément aux directives iCCM standardisées et aux politiques et directives nationales ?</p> <p>Quels sont les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre de l'intervention iCCM conformément aux directives iCCM standardisées et aux politiques et directives</p>	<p>Respect des directives standardisées et nationales de l'iCCM</p>	<p>Mesure dans laquelle l'intervention est mise en œuvre comme prévu, conformément aux directives iCCM standardisées et nationales.</p>	<p>Entretiens avec les parties prenantes (agents de santé communautaires, superviseurs, membres de la communauté)</p>

	<p>nationales, de la coordination au niveau communautaire ?</p> <p>Comment les évaluations des besoins et les analyses de situation sont-elles menées pour éclairer la mise en œuvre de l'iCCM, et quels sont les éléments clés de ces évaluations ?</p> <p>Comment le modèle mondial de l'iCCM a-t-il été adapté dans différents sites du projet afin de répondre aux besoins et aux conditions sanitaires locaux, et quelles sont les raisons sous-jacentes de ces adaptations ?</p> <p>Quels sont les rôles et les contributions des bailleurs de fonds externes, des organismes normatifs, des conseillers techniques et des partenaires de mise en œuvre dans le soutien aux interventions iCCM, et comment ces rôles influencent-ils la mise en œuvre des activités du projet ?</p>			
Coûts et financement	<p>Dans le processus de mise en œuvre, comment le budget est-il décidé, comment les besoins en ressources sont-ils quantifiés et comment sont-ils alloués/répartis pour chaque projet ? (EQ1)</p> <p>Quels sont les facteurs qui influencent la décision de financer les activités iCCM en général et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre efficacement l'iCCM ?</p>	<p>Dans quelle mesure le processus de budgétisation des activités répond-il aux normes de la prise en charge intégrée du paludisme et de la malnutrition (iCCM) ?</p>	<p>Preuves relatives au processus d'allocation budgétaire</p> <p>Perceptions du processus de financement et d'allocation de l'iCCM</p>	<p>Plans budgétaires, rapports de dépenses</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (donateurs, chefs de projet)</p>
Ressources humaines	<p>Quels sont les mécanismes de formation, de soutien et de supervision mis en place pour les ASC ? Quelles sont les structures et les mécanismes de soutien fournis par le ministère de la Santé, les établissements de santé et les organisations communautaires aux ASC, et comment ces structures sont-elles conçues pour améliorer</p>	<p>Mise en œuvre des protocoles</p>	<p>Mécanismes de soutien (par exemple, formation de mise à niveau, supervision)</p>	<p>Rapports de supervision, listes de contrôle d'observation</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (agents de santé communautaires)</p>

	<p>l'efficacité et l'intégration des ASC dans les activités de l'iCCM?</p> <p>Existe-t-il des termes de référence clairement définis pour les ASC qui décrivent leurs rôles et responsabilités au sein du projet, et comment ces rôles s'alignent-ils sur les objectifs et les stratégies du projet ?</p>			
Gestion de la chaîne d'approvisionnement	<p>Dans quelle mesure les sites du projet ont-ils adopté les protocoles de chaîne d'approvisionnement iCCM de MSF comme prévu ?</p> <p>Quels sont les facteurs qui influencent l'adoption des pratiques de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour l'iCCM ?</p>	Adoption des protocoles de chaîne d'approvisionnement iCCM	<p>Nombre d'établissements de santé et d'agents de santé communautaires formés aux protocoles de la chaîne d'approvisionnement</p> <p>Obstacles et facilitateurs à l'adoption des protocoles de gestion de la chaîne d'approvisionnement de l'iCCM</p>	<p>Dossiers de formation</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (personnel des établissements de santé, agents de santé communautaires chargés de l'iCCM)</p>
Prestation de services et orientation	<p>Dans quelle mesure les protocoles de prestation de services et d'orientation iCCM sont-ils mis en œuvre de manière cohérente et fidèle ?</p> <p>Quelles sont les approches de soutien et de supervision mises en place pour la prestation de services et l'orientation dans le cadre de l'iCCM ?</p> <p>Quels sont les éléments essentiels des activités iCCM dans différents contextes, et quelles justifications sont fournies pour le choix de ces éléments ?</p> <p>Quelles sont les directives et les protocoles établis pour l'évaluation clinique, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation dans le cadre des activités iCCM, et comment ces directives garantissent-elles l'utilisation rationnelle des médicaments et l'efficacité des systèmes d'orientation ?</p>	Mise en œuvre des directives relatives à la prestation des services et à l'orientation dans le cadre de l'iCCM	<p>Respect des directives relatives à la prestation de services et à l'orientation par les agents de santé</p> <p>Disponibilité des ressources et des outils nécessaires à la mise en œuvre de la prestation de services et des orientations</p>	<p>Rapports de mise en œuvre</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet)</p>

Communication et mobilisation sociale	Dans quelle mesure les stratégies de communication et de mobilisation sociale sont-elles mises en œuvre de manière cohérente et efficace ?	Mise en œuvre des stratégies de communication et de mobilisation sociale	Disponibilité des ressources et des outils nécessaires à la mise en œuvre des stratégies de communication et de mobilisation sociale	Rapports de mise en œuvre, registres de supervision Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet, personnel des établissements de santé)
--	--	--	--	---

MAINTENANCE				
Domaine programmatique	Question	Critères d'évaluation	Indicateur	
Coordination et élaboration des politiques	Quelles approches ont été mises en œuvre pour soutenir la durabilité des résultats des interventions iCCM ?	Durabilité et engagement à long terme	Preuve d'un engagement à long terme en faveur de l'iCCM de la part du ministère de la Santé et des autorités locales, et pérennité du financement et des ressources	Déclarations politiques, rapports de financement Entretiens avec les parties prenantes (responsables de la santé, PMR)
Coûts et financement	Quelles approches ont été mises en place pour garantir la durabilité et l'évolutivité du projet ? Comment le projet garantit-il la viabilité financière de ses interventions ?	Diversité des sources de financement	Preuve de l'engagement à long terme des autorités sanitaires locales en faveur de l'iCCM et de la viabilité du financement et des ressources Niveau d'engagement financier des gouvernements locaux et nationaux	Déclarations politiques, rapports de financement Entretiens avec les parties prenantes (responsables de la santé aux niveaux local et national, chefs de projet)
Ressources	Quelles stratégies sont mises en place pour fidéliser les agents de	Engagement et performances durables	Niveaux de satisfaction	Rapports, registres

humaines	santé communautaires et maintenir leur motivation ?	des ASC	et de motivation des ASC	de formation, Entretiens avec les parties prenantes (agents de santé communautaires)
Gestion de la chaîne d'approvisionnement	Dans quelle mesure les pratiques de la chaîne d'approvisionnement pour l'iCCM sont-elles durables à long terme ? Quelles stratégies sont mises en place pour garantir la disponibilité et la qualité continues des fournitures iCCM ?	Pratiques durables de la chaîne d'approvisionnement pour l'iCCM	Plans de financement et de ressources à long terme pour la chaîne d'approvisionnement Stratégies visant à atténuer les risques et à remédier aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement	Plans stratégiques, rapports budgétaires Entretiens avec les parties prenantes (responsables de l'iCCM, responsables de projet)
Prestation de services et orientation	Dans quelle mesure les pratiques de prestation de services et d'orientation iCCM sont-elles durables à long terme ? Quelles stratégies sont en place pour garantir la qualité et la disponibilité continues des services et des orientations iCCM ?	Pratiques durables en matière de prestation de services et d'orientation dans le cadre de l'iCCM Pratiques de qualité en matière de prestation de services et d'orientation dans le cadre de l'iCCM	Plans de financement et de ressources à long terme pour la prestation de services et l'orientation dans le cadre de l'iCCM Stratégies pour l'amélioration continue de la qualité et la résolution des problèmes liés à la prestation de services et à l'orientation	Plans stratégiques Rapports de financement Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet, PMR)
Communication et mobilisation sociale	Dans quelle mesure les efforts de communication et de mobilisation sociale en faveur de l'iCCM sont-ils durables à long terme ?	Efforts durables de communication et de mobilisation sociale Efforts efficaces de communication et de mobilisation sociale	Plans à long terme et financement des activités de communication et de mobilisation sociale	Plans stratégiques, rapports de financement Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet, responsable du financement)
Supervision et amélioration de la qualité des performances	Dans quelle mesure les pratiques de supervision et d'amélioration de la qualité pour l'iCCM sont-elles durables à long terme ? Quelles stratégies sont mises en place pour garantir la qualité et	Pratiques durables de supervision et d'amélioration de la qualité Pratiques efficaces de supervision et	Plans à long terme et financement des activités de supervision et d'amélioration de la qualité Stratégies d'amélioration	Plans stratégiques Rapports de financement Entretiens avec les parties prenantes

	l'efficacité continues de la supervision et de l'assurance qualité ?	d'amélioration de la qualité	continue et de résolution des problèmes liés à la supervision et à l'amélioration de la qualité	(chefs de projet, responsable du financement)
Suivi et évaluation et systèmes de santé	<p>Dans quelle mesure les pratiques de S&E et de SIS pour l'iCCM sont-elles durables à long terme ?</p> <p>Quelles stratégies sont en place pour garantir la qualité et l'efficacité continues des activités de S&E et de SIS ?</p>	<p>Pratiques durables en matière de S&E et de SIS</p> <p>Pratiques efficaces de S&E et de SSI</p>	<p>Plans à long terme et financement des activités de S&E et de SSI.</p> <p>Stratégies d'amélioration continue et de résolution des défis liés au S&E et au SSI dans le cadre de l'</p>	<p>Plans stratégiques</p> <p>Rapports de financement</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes (chefs de projet, gestionnaire du financement)</p>

ANNEXE 3 : DESCRIPTIONS COMPLETES DES SITES ICCM EN FEVRIER 2025

Site du projet	Informations clés					
	Date de début du projet	Date de début des activités iCCM	Nombre de sites iCCM (villages) par projet	Tranche d'âge couverte par le projet	Population cible estimée couverte par l'iCCM	Directives nationales pour l'iCCM disponibles (O/N)
Cibitoke (Burundi)	janv-24	2024	12	Thème : Enfants de moins de 5 ans	43 815 enfants de moins de 5 ans	Y
EGPAA (Soudan du Sud)	Avril 2022			Cible : enfants de moins de 5 ans Supplémentaire : Diagnostic et traitement du paludisme pour tous les âges	200 000 personnes (priorité aux populations semi-nomades vivant dans des villages isolés)	Y
Kebbi (Nigéria)	Mars 2022	Avril 2023	4 zones de gouvernement local (Maiyama, Bagudo, Jega, Koko) ; 23 circonscriptions (à confirmer) et 115 localités	Cible : enfants âgés de 6 à 59 mois	La population cible du volet nutrition et ICCM du projet est constituée d'enfants âgés de 6 à 59 mois (moins de 5 ans) particulièrement exposés au risque de malnutrition et aux maladies infantiles courantes. Selon les projections du recensement de la population nigériane, les 4 zones de gouvernement local comptent au total 230 869 enfants âgés de 6 à 59 mois.	Y
Kenema (Sierra Leone)	2018	Février 2022	9 PHU	Cible : enfants de moins de 5 ans		Y

Masisi (RDC)	2007	Mars 2022	2 sites : 1) Village de Kibugu/Bushenge, zone sanitaire de Muheto et 2) Village de Kashunga, zone sanitaire de Ngomashi	Cible : enfants de moins de 5 ans Supplémentaire : diagnostic et traitement du paludisme pour tous les âges		Y
Niono (Mali)	2020	Août 2020	22	Thème : Enfants de moins de 15 ans Autres : femmes enceintes ; personnes ayant subi un traumatisme	276059	Y
Tombouctou (Mali)	2021	Février 2022	14	Cible : enfants de moins de 15 ans Autres : femmes enceintes, personnes âgées, autres groupes vulnérables	2000	Y
Yei (Soudan du Sud)	2016	2022 (avril)		Priorité : enfants de moins de 5 ans	~630 000 personnes (priorité aux communautés touchées par le conflit et semi-nomades)	Y

Composantes du programme		
Site du projet	Activités principales de l'iCCM	Activités supplémentaires liées au projet
Cibitoke (Burundi)	1) Diagnostic et traitement du paludisme 2) Promotion de la santé	1) Dépistage et orientation des cas de malnutrition (prévu) 2) Évaluation du statut vaccinal (vaccination contre le paludisme pour les enfants à 6 mois ; rattrapage des vaccinations de routine)
EGPAA (Soudan du Sud)	1) Diagnostic et traitement du paludisme 2) Diagnostic et traitement de la pneumonie 3) Diagnostic et traitement de la diarrhée 4) Reconnaissance et orientation des signes de danger 5) Promotion de la santé	1) Services liés à la violence sexiste
Kebbi (Nigéria)	1) Diagnostic et traitement du paludisme 2) Diagnostic et traitement de la pneumonie 3) Diagnostic et traitement de la diarrhée 4) Reconnaissance et orientation des signes de danger 5) Promotion de la santé	1) Dépistage et orientation en cas de malnutrition 2) Amélioration de la santé environnementale 3) Activités nutritionnelles gratuites pour les populations prioritaires
Kenema (Sierra Leone)	1) Diagnostic et traitement du paludisme 2) Diagnostic et traitement de la pneumonie 3) Diagnostic et traitement de la diarrhée 4) Reconnaissance et orientation des signes de danger 5) Promotion de la santé	1) Dépistage de la malnutrition et orientation vers les services spécialisés 2) Évaluation du statut vaccinal 3) Orientation vers les centres de santé publique et l'hôpital public de Kenema
Masisi (RDC)	1) Diagnostic et traitement du paludisme 2) Diagnostic et traitement de la diarrhée 3) Reconnaissance et orientation des signes de danger 4) Promotion de la santé	1) Dépistage et orientation en cas de malnutrition 2) Évaluation du statut vaccinal 3) Orientation des cas de violence sexuelle et sexiste 4) Services de santé mentale

<p>Niono (Mali)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Diagnostic et traitement du paludisme 2) Diagnostic et traitement de la pneumonie 3) Diagnostic et traitement de la diarrhée 4) Reconnaissance et orientation des signes de danger 5) Promotion de la santé 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dépistage de la malnutrition et orientation 2) Évaluation du statut vaccinal 3) Visites à domicile après l'accouchement 4) Services de santé mentale
<p>Tombouctou (Mali)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Diagnostic et traitement du paludisme 2) Diagnostic et traitement de la pneumonie 3) Diagnostic et traitement de la diarrhée 4) Reconnaissance et orientation des signes de danger 5) Promotion de la santé 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dépistage de la malnutrition et orientation 2) Évaluation du statut vaccinal 3) Services des postes de santé pour d'autres maladies 4) Services de santé mentale 5) Dépistage nutritionnel 6) Services liés à la violence sexiste
<p>Yei (Soudan du Sud)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Diagnostic et traitement du paludisme 2) Diagnostic et traitement de la pneumonie 3) Diagnostic et traitement de la diarrhée 4) Reconnaissance et orientation des signes de danger 5) Promotion de la santé 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dépistage de la malnutrition et orientation 2) Évaluation du statut vaccinal 3) Dépistage et orientation en cas de malnutrition aiguë sévère et de signes de danger nutritionnel

Informations sur les professionnels de santé et le processus d'orientation					
Site du projet	Nombre de professionnels de santé	Données démographiques (sexe, niveau d'éducation, etc.) / Critères de sélection	Nombre estimé de ménages couverts par les HCW	Type d'incitations/stratégies de fidélisation (mentorat, soutien psychosocial, etc.)	Description du processus d'orientation
Cibitoke (Burundi)	63	Plus grande proportion de femmes (75 %) ; moins éduquées (enseignement secondaire ; enseignement moyen (premier cycle de l'enseignement secondaire) ; sélectionnées par le gouvernement	Couverture géographique : rayon autour de l'établissement de santé, à partir de 5 km	1) Mentorat/supervision 2) Soutien financier (montant fixe par mois)	Les agents de santé communautaires orientent les enfants présentant des signes de danger vers l'établissement de santé régional
EGPAA (Soudan du Sud)		Taux de femmes plus élevé que d'hommes en raison des populations nomades ; sélectionnés par la communauté ; axés sur les aidants		1) Mentorat/supervision/soutien du personnel des établissements de santé 2) Reconnaissance par la communauté 3) Accès à des ressources et à une formation continue 4) Salaires versés par le gouvernement (confirmé)	
Kebbi (Nigéria)	115 CORP (5 par quartier)	Environ 15 % des CORP sont des femmes	La population totale estimée des 4 zones de gouvernement local (LGA) où sont menées des activités iCCM est de 1,3 million d'habitants. La taille moyenne estimée des ménages à Kebbi est de 5,5 personnes	MSF établit un protocole d'accord avec le ministère de la Santé, avec 3 considérations clés : 1) Pour les CORP qui ont des contrats avec le ministère de la Santé, MSF suit les directives du ministère et les rémunère en fonction des heures travaillées. Si les CORP travaillent 208 heures par mois, ils reçoivent une	En cas de signes de danger, les CORP les identifient et orientent rapidement les personnes vers l'hôpital. Ils mesurent également le périmètre brachial et orientent les personnes vers l'ATFC. Le chef

			<p>(Source : https://opendataforafrica.org/atlas/Nigeria/Kebbi/Household-Size) Nombre estimé de ménages : 236 363</p>	<p>rémunération complète ; sinon, la rémunération est calculée au prorata du nombre d'heures travaillées. 2) Les CORP qui n'ont pas de contrat avec le ministère de la Santé sont considérés comme des bénévoles par ce dernier. Dans ce cas, MSF et les autorités locales d' 3) Les CORP peuvent également travailler avec d'autres agences/initiatives.</p>	<p>de la communauté a indiqué qu'il encourageait les membres de la communauté à assurer le suivi des orientations. Considérations : - La distance est un problème pour les orientations et l'iCCM, car même si les soignants se rendent dans les établissements, ils peuvent ne pas trouver de personnel ou de personnel compétent. - L'année dernière, MSF-Kebbi souhaitait former des personnes référentes dans les établissements de référence et/ou renforcer les orientations vers les établissements MSF, mais la formation n'a pas pu avoir lieu.</p>
<p>Kenema (Sierra Leone)</p>				<p>1) Allocations 2) Supervision régulière</p>	<p>Les agents de santé communautaire s orientent les enfants présentant des signes de danger vers le centre de santé le plus proche</p>

Masisi (RDC)	2 ASC	<p>Critères de sélection des ASC et des sites :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Choisis par la communauté sur une base volontaire. 2. Doivent savoir lire et écrire. 3. Distance du centre de santé > 5 km, avec des difficultés d'accès (par exemple, collines, rivières/ruisseaux, ponts en mauvais état). 4. Population > 100 ménages 	<p>~50 ménages par ASC -2 ASC actuellement -100 ménages</p>	<p>- 15 \$ par mois - Activité génératrice de revenus : selon leurs préférences, les bénéficiaires reçoivent une fois par an une chèvre, un mouton ou un cochon qui leur rapporte 40 \$.</p>	<p>Les ASC reconnaissent les signes de maladie grave</p> <p>Orientation vers le centre de santé, le poste de santé ou le centre de santé de référence le plus proche</p>
Niono (Mali)	14	<p>Les RECO ont été identifiés selon un quota fixé par MSF : 273 relais pour les cinq zones de santé et 22 agents de santé communautaires.</p> <p>Les ASC sont recrutés sur la base de leurs qualifications, puis formés par l'État pour devenir aides-soignants et placés dans les communautés.</p>	<p>Couverture géographique : rayon de 15 km/ASC et population difficile à atteindre</p>	<p>1) Mentorat/supervision</p> <p>2) Soutien financier (montant fixe par mois)</p>	<p>Les ASC reconnaissent les signes de maladie grave</p> <p>Orientation vers le centre de santé le plus proche (CSCOM) ou l'hôpital de district en fonction de la gravité des signes</p>
Tombouctou (Mali)	22	<p>Les RECO ont été identifiés selon un quota fixé par MSF : 273 relais pour les cinq zones de santé et 22 agents de santé</p>	<p>Couverture géographique : rayon de 15 km/agent de santé communautaire et population</p>	<p>1) Mentorat/supervision</p> <p>2) Soutien financier (montant fixe par mois)</p>	<p>Les ASC reconnaissent les signes de maladie grave</p> <p>Orientation vers le centre de santé (CSCOM)</p>

		<p>communautaire s. Les ASC sont recrutés sur la base de leurs qualifications scolaires, puis formés par l'État pour devenir aides-soignants et placés dans les communautés.</p>	<p>difficile à atteindre</p>		<p>ou l'hôpital de district le plus proche, en fonction de la gravité des signes</p>
<p>Yei (Soudan du Sud)</p>	<p>107 agents de santé</p>	<p>ASC sélectionnés par la communauté ; ayant pour la plupart suivi des études secondaires ; hommes et femmes ; critères d'âge : 25 à 45 ans</p>	<p>La couverture dépend du nombre de ménages dans un village ; les agents de santé communautaires sont responsables d'environ 40 ménages dans la région</p>	<p>1) En fournissant des équipements (tels que des sacs à dos) pour améliorer les méthodes de travail 2) Grâce à une formation continue, axée sur la reconnaissance des agents de santé 3) En les motivant par la perspective d'être finalement intégrés au ministère de la Santé (Aucune incitation financière n'est mentionnée) Tous les ASC reçoivent une incitation financière mensuelle de 50 dollars et les superviseurs de 100 dollars</p>	<p>Les ASC sont formées pour identifier les signes de danger et orienter les patients vers les établissements de santé</p>

Informations sur la supervision			
Site du projet	Nombre de superviseurs iCCM	Mode de supervision (sur place, à distance, etc.)	Description du processus de supervision
Cibitoke (Burundi)	Non disponible	Sur place : supervision hebdomadaire. Chaque agent de santé communautaire est supervisé une fois par mois	Il existe un planning de supervision régulier
EGPAA (Soudan du Sud)		Sur place : les superviseurs planifient des visites quotidiennes sur le terrain ; celles-ci peuvent être limitées en raison de l'insécurité et de l'éloignement	Le superviseur planifie les itinéraires à l'avance en raison des défis logistiques
Kebbi (Nigéria)	1 superviseur par groupe de 5 CORP	Sur place	Le ministère de la Santé et MSF effectuent des supervisions conjointes et individuelles sur place ; rapport sur l'utilisation d'une liste de contrôle pour la supervision
Kenema (Sierra Leone)		Supervision sur site/mensuelle	Les agents de santé communautaires bénéficient d'un suivi individuel mensuel par leurs superviseurs
Masisi (RDC)		Sur place et au centre de santé	Après la formation : MSF assure une supervision intensive pendant 2 mois (3 à 4 jours par semaine si le contexte le permet, y compris en dormant au centre de santé le plus proche). Étapes de mise en œuvre conjointes MSF/MS - Supervision conjointe mensuelle (hebdomadaire selon les KII) : infirmière/HP - MSF & zone de santé (superviseur de la zone de santé ou infirmière en chef du centre de santé soutenue) Utilisation d'une liste de contrôle de supervision comprenant 10 indicateurs. L'équipe se déplacera à moto ou à pied, en fonction des précipitations.
Niono (Mali)	3	Éloigné pour des raisons de sécurité	Avant que la situation sécuritaire ne devienne préoccupante, les équipes du DTC et de MSF assuraient conjointement la supervision, en

			effectuant des évaluations mensuelles sur la base d'une grille de supervision et d'évaluation de la qualité. Actuellement, cette supervision s'arrête au niveau du CSCOM.
Tombouctou (Mali)	3	À distance pour des raisons de sécurité	Avant que la situation sécuritaire ne devienne préoccupante, les équipes du DTC et de MSF assuraient conjointement la supervision, en réalisant des évaluations mensuelles d' s sur la base d'une grille de supervision et d'évaluation de la qualité. Actuellement, cette supervision s'arrête au niveau du CSCOM.
Yei (Soudan du Sud)	Superviseur BHI responsable d'un maximum de 15 ASC	Sur place (si possible) ; mensuellement (peut également être hebdomadaire, en fonction de l'accessibilité et du besoin d'une supervision ciblée)	Les ASC soumettent chaque mois les données relatives à la prestation de services (consultations, traitements, orientations) aux superviseurs BHW ; ceux-ci examinent les données et les présentent aux superviseurs BHI qui les examinent, les compilent et les transmettent au superviseur des données MSF pour qu'il les soumette au ministère de la Santé

INTERVENTIONS ICCM A CIBITOKÉ, AU BURUNDI

- a) **Aperçu et objectifs** : Les interventions iCCM visent à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme dans le district sanitaire de Cibitoke chez les enfants de moins de cinq ans. Elles étaient initialement appelées « projet paludisme » en raison de la prédominance des activités liées au paludisme. Cependant, comme le pays a mis en place une stratégie appelée « PECADOM », qui consiste à traiter les cas de paludisme à domicile, le projet s'est élargi pour inclure la détection et le traitement d'autres maladies infantiles, telles que la diarrhée et la toux/respiration rapide, ainsi que le dépistage de la malnutrition, le tout au niveau communautaire. Par conséquent, certaines interventions, telles que la vaccination contre le paludisme, sont menées dans des établissements de santé, tandis que d'autres sont gérées au niveau communautaire. Les principaux objectifs consistent à garantir aux enfants de moins de cinq ans l'accès à un ensemble complet de services de prévention du paludisme et de prise en charge intégrée des cas, ainsi qu'à sensibiliser la communauté aux mesures de prévention des maladies.
- b) **Populations desservies** : Les enfants de moins de 5 ans sont la population prioritaire pour l'iCCM dans le district sanitaire de Cibitoke.
- c) **Domaines d'intervention et ensemble de services** :
- **Prévention** : vaccination contre le paludisme (pour les enfants de six mois), rattrapage des vaccinations de routine, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée

(MILD) et dépistage de la malnutrition, promotion de la santé, campagnes de sensibilisation et chimioprévention pérenne du paludisme.

- **Services curatifs** : prise en charge précoce et de qualité des cas de paludisme au niveau communautaire grâce à l'iCCM, transfert en ambulance pour les cas graves, diarrhée, toux/respiration rapide et prise en charge des cas de paludisme grave et des comorbidités au niveau hospitalier (service pédiatrique).

d) Principaux repères abordés :

- **Coordination et politique** : collaboration avec le ministère de la Santé, l'UNICEF, l'OMS, l'USAID et d'autres partenaires dans le domaine de la santé.
- **Ressources humaines** : formation et supervision des agents de santé communautaires et des prestataires de soins de santé en matière de prévention et de traitement du paludisme.
- **Prestation de services et orientation** : renforcement des voies d'orientation pour les cas graves de paludisme et garantie d'un traitement gratuit dans les établissements de santé du district.
- **Gestion de la chaîne d'approvisionnement** : garantir la disponibilité des vaccins contre le paludisme, des tests de diagnostic rapide et des antipaludiques dans tous les sites soutenus.
- **Suivi et évaluation et systèmes d'information sanitaire** : le projet est spécifiquement appelé « projet paludisme » et, comme il a débuté en 2024, les données disponibles dans le système DHIS2 ne sont agrégées que sur la seule année du projet. Le cadre logique fourni à l'équipe d'évaluation ne présente pas d'indicateurs spécifiques à l'iCCM ; toutefois, des données médicales sont collectées sur le paludisme (tests et traitements), la diarrhée, la toux/respiration rapide, la vaccination, l'orientation et la malnutrition. Les données d'orientation émises dans les communautés sont disponibles, mais celles reçues dans les établissements de santé ne font l'objet d'aucun suivi.

e) Réalisations

- Renforcement de l'engagement communautaire grâce à des campagnes éducatives, des initiatives scolaires de prévention du paludisme et des événements de mobilisation de masse.
- Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme au niveau des communautés et des établissements de santé, avec un dépistage précoce et une orientation rapide des cas graves.

f) Défis

- Adhésion limitée des communautés aux stratégies de prévention du paludisme, nécessitant une éducation sanitaire continue.
- Variations saisonnières de l'incidence du paludisme, y compris des épidémies au Burundi, entraînant des pics de demande de services.
- Problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement pour garantir la disponibilité constante des vaccins contre le paludisme et des médicaments chimioprophylactiques.

- Pénuries de carburant.

g) Perspectives : Le projet vise à améliorer la santé communautaire et à renforcer les systèmes de collecte de données afin de mieux suivre les résultats des interventions.

INTERVENTIONS ICCM DANS L'EGPAA, SOUDAN DU SUD

a) Aperçu et objectifs : L'iCCM dans l'EGPAA, au Soudan du Sud, fait partie du portefeuille plus large de MSF visant à améliorer l'accès aux soins vitaux dans les zones touchées par des conflits et difficiles d'accès. MSF vise à réduire la mortalité infantile en rapprochant les communautés des services essentiels de diagnostic et de prise en charge du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée grâce à des agents de santé communautaires (ASC) formés. Ces activités iCCM ont été officiellement lancées en avril 2022 et se concentrent sur la fourniture de soins en temps opportun aux populations vulnérables vivant dans des zones reculées.

b) Populations desservies : Les interventions iCCM ciblent environ 200 000 personnes vivant dans des villages reculés du Grand Pibor. Bon nombre de ces communautés sont semi-nomades, leurs déplacements étant principalement déterminés par la disponibilité saisonnière de l'eau et leurs besoins en matière de subsistance. À Maruwa, une zone aride située dans la zone du projet EGPAA, les communautés, principalement composées d'éleveurs de bétail et de leurs familles, restent en ville pendant la saison des pluies, lorsque l'eau est suffisante, mais migrent vers des camps de bétail connus pendant la saison sèche, à la recherche de sources d'eau pour leur bétail. En général, seules les personnes âgées, les malades et les soignants restent en ville. L'insécurité influence également les schémas de déplacement, affectant la manière dont les gens migrent (par exemple, en petits ou grands groupes), bien que ce soit la saison des pluies qui détermine leur destination. Cette dynamique limite l'accès aux établissements de santé fixes et pose des défis pour la continuité des soins. Les principaux bénéficiaires de l'iCCM dans l'EGPAA sont les enfants de moins de cinq ans, qui sont les plus exposés aux maladies et aux décès évitables dus au paludisme, à la pneumonie et à la diarrhée.

c) Domaines d'intervention et ensemble de services : Les interventions iCCM dans le cadre de l'EGPAA se concentrent sur le diagnostic, la prise en charge des cas et l'orientation des maladies infantiles courantes au niveau communautaire. Les ASC sont formés et équipés pour fournir :

- Des services iCCM pour le paludisme (diagnostic et traitement pour tous les âges), la pneumonie et la diarrhée
- Messages de promotion de la santé et de prévention des maladies au sein des communautés
- Un soutien à l'orientation des cas graves nécessitant des soins en établissement
- Sensibilisation de la communauté afin d'améliorer le comportement en matière de recours aux soins et de mieux faire connaître les services iCCM disponibles
- Services liés à la violence sexiste

d) Principaux repères abordés :

- **Coordination et élaboration des politiques** : intégration de l'iCCM dans le BHI du Soudan du Sud, les ASC étant reconnues comme membres à part entière du système de santé national.
 - **Ressources humaines** : recrutement et renforcement des capacités des ASC dans le cadre du programme BHI, avec des plans de formation continue en raison du faible taux d'alphabétisation des agents de santé.
 - **Gestion de la chaîne d'approvisionnement** : coordination avec les autorités sanitaires pour la livraison en temps opportun des médicaments et fournitures essentiels, y compris la planification d'urgence pour la saison des pluies.
 - **Prestation de services et orientation** : fourniture de services de diagnostic, de traitement et d'orientation au niveau communautaire, avec une supervision régulière et une collecte de données pour garantir la qualité.
 - **Suivi, évaluation et systèmes d'information sanitaire** : la collecte régulière de données sur les consultations iCCM, les résultats des traitements et les taux d'orientation est soutenue par des analyses et des rapports réguliers. Les données médicales provenant de ce site d'intervention au Sud-Soudan ont été analysées sur la période 2022-2024. Les données sont collectées pour les mêmes pathologies que celles présentées pour les autres sites. Les données pour les trois années consécutives utilisées pour l'analyse quantitative ont été entièrement téléchargées à partir du DHIS2. Il convient de noter que la formulation des indicateurs a changé au fil des ans, bien que les interventions soient restées les mêmes. Les données montrent un niveau d'incomplétude assez élevé, en particulier en 2024 pour le site. En outre, les données sur les orientations efficaces sont rarement disponibles.
- e) **Réalisations** : formation et déploiement réussis de 18 agents de santé communautaires pour fournir des services d'iCCM, sensibilisation accrue de la communauté grâce à des campagnes d'information, et renforcement des systèmes de supervision et de chaîne d'approvisionnement pour aider les agents de santé communautaires à fournir des soins rapides contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée.
- f) **Défis** : Les obstacles comprennent l'accès limité aux zones reculées pendant la saison des pluies, bien que cette période soit paradoxalement moins problématique pour atteindre les groupes semi-nomades, car la plupart de la population, y compris les ASC, retourne à Maruwa et dans les villages environnants. Pendant la saison sèche, les ASC migrent avec leurs communautés vers des camps de bétail, car leur recrutement a été intentionnellement conçu pour assurer la proximité et la continuité des soins pour les populations mobiles. Parmi les autres obstacles, citons le faible niveau d'alphabétisation des BHW, qui nécessite un accompagnement continu, et l'insécurité qui perturbe la supervision et la livraison des fournitures essentielles.
- g) **Orientations futures** : À l'avenir, les activités de l'iCCM dans l'EGPAA se concentreront sur le renforcement de l'intégration avec le système de santé officiel grâce à une meilleure coordination avec les autorités sanitaires. Un engagement accru de la communauté, en particulier avec les accoucheuses traditionnelles et les dirigeants locaux, permettra de promouvoir davantage les services de l'iCCM et d'encourager les comportements de recherche précoce de soins. Des investissements continus dans la supervision, la formation et des outils de données adaptés viseront à améliorer la

qualité des données et la performance globale de l'iCCM. En outre, des stratégies flexibles pour atteindre les populations mobiles et celles vivant dans des camps de bétail isolés seront développées afin de renforcer la couverture et l'impact durables.

INTERVENTIONS ICCM A KEBBI, AU NIGERIA

- a) **Aperçu et objectifs** : Afin de répondre à une crise nutritionnelle persistante et à des taux de mortalité infantile élevés, dans un contexte de conflit et de violence où aucun autre acteur n'est actif, MSF a lancé des activités dans l'État de Kebbi, au Nigeria. Pour replacer les indicateurs de santé dans leur contexte, si Kebbi était un pays, sa mortalité des moins de cinq ans serait deux fois plus élevée que celle de la Somalie, le paludisme, la pneumonie et la diarrhée représentant 45 % des décès chez les moins de cinq ans.¹³ Les principaux objectifs de MSF pour les interventions iCCM à Kebbi sont les suivants :
- Réduire la mortalité et la morbidité chez les enfants âgés de 6 à 59 mois dans l'État de Kebbi, en particulier celles liées à la pneumonie, au paludisme, à la diarrhée aqueuse aiguë et à la malnutrition.
 - Fournir des soins préventifs et une prise en charge communautaire de ces pathologies grâce aux activités iCCM.
- b) **Populations desservies** : Sur la base des besoins identifiés, le projet de MSF à Kebbi a été lancé en mars 2022 en tant qu'intervention d'urgence et, compte tenu de l'augmentation rapide et inattendue des besoins nutritionnels, il a continué à fonctionner en mode d'urgence jusqu'à la fin octobre 2022. En réponse, en novembre 2022 (pendant la période de planification de l'ARO 2023), une évaluation nutritionnelle de routine (RNA) a été menée dans les zones de gouvernement local de Jega, Koko et Suru. À la suite de l'RNA, des activités iCCM ont été lancées en avril 2023 dans deux zones de gouvernement local (LGA), Maiyama et Bagudo, puis étendues aux LGA de Jega et Koko en 2024.
- c) **Domaines d'intervention et ensemble de services** : Le projet assure la prise en charge des principales causes de morbidité infantile (paludisme, diarrhée aqueuse aiguë et malnutrition) par le biais de l'iCCM, du soutien au Programme élargi de vaccination et à la chimioprévention saisonnière du paludisme, la promotion de la santé (y compris les messages clés pour la prévention de la pneumonie), l'amélioration de la santé environnementale /la prévention et le contrôle des infections afin de réduire le risque d'infection dans les milieux cliniques, et des soins curatifs qualitatifs grâce à des activités nutritionnelles gratuites (hospitalisation et consultations externes) pour les populations prioritaires .

¹³ Présentation d'initiation au projet MSF-OCB Kebbi, SharePoint

d) Principaux benchmarks pris en compte : La conception et la mise en œuvre des interventions iCCM à Kebbi ont intégré des critères opérationnels clés. Ceux-ci comprennent :

- **Coordination et élaboration des politiques :** MSF a élaboré et signé des protocoles d'accord avec le ministère de la Santé de l'État de Kebbi afin de refléter et de confirmer les approches convenues pour les activités iCCM. La mise en œuvre des activités de planification, de formation, de supervision, de suivi et de reporting iCCM est menée conjointement par MSF et les équipes des LGA.
- **Ressources humaines :** les activités iCCM sont mises en œuvre par les CORP. Les CORP reçoivent des primes mensuelles qui sont traitées par les RH après qu'ils ont soumis leurs données. MSF a organisé une formation afin de permettre aux CORP de mettre en œuvre les activités. Les superviseurs NAM et iCCM, avec le soutien des responsables de la promotion de la santé (HP) et des superviseurs des activités préventives dans la communauté, dirigent les activités de mise en œuvre et de suivi, en collaboration avec le ministère de la Santé (personne de référence iCCM pour chaque LGA).
- **Prestation de services et orientation :** les orientations vers les centres de soins de santé primaires (PHC) sont en place, mais doivent être renforcées.
- **Communication et mobilisation sociale :** collaboration avec les éducateurs de santé communautaires (CHE).
- **Supervision et assurance qualité des performances :** suivi et supervision assurés par le NAM et le superviseur iCCM.
- **Suivi et évaluation et systèmes d'information sanitaire :** les données médicales issues de l'intervention iCCM à Kebbi, au Nigeria, ont été évaluées au cours des deux dernières années de mise en œuvre (2023 et 2024). Ces données, presque totalement absentes du DHIS2, ont été reçues au format Excel et ajoutées à la base de données créée pour l'analyse globale, sans autre traitement. Non seulement les données sont complètes, mais elles peuvent également être utilisées pour calculer des indicateurs relatifs aux types de traitement reçus pour les cas de diarrhée, de paludisme confirmé et d'infections respiratoires. Le résultat attendu 1 du cadre logique pour l'année 2024 rend compte de trois indicateurs iCCM. Le rapport annuel 2023 a été utilisé pour cette évaluation.

e) Réalisations : MSF a lancé des interventions iCCM dans quatre zones de gouvernement local (LGA), formé des CORP, amélioré la gestion des stocks et renforcé la collaboration avec d'autres projets.

f) Défis : contraintes budgétaires et retards dans le lancement de l'iCCM, atteinte des personnes déplacées, présentation tardive des cas et accès à certaines communautés.

g) Orientations futures : Parmi les autres initiatives prévues, citons le renforcement du soutien à l'orientation et des capacités en matière de soins de santé primaires, l'extension des mesures préventives dans la communauté et la résolution des problèmes liés à la présentation tardive des cas et à l'accès aux communautés.

INTERVENTIONS ICCM À KENEMA, EN SIERRA LEONE

- a) **Aperçu et objectifs** : Les interventions iCCM de MSF à Kenema, en Sierra Leone, qui ont débuté en 2022 (le projet a commencé en 2021) et s'étendent sur neuf PHU, visent à réduire la morbidité et la mortalité infantiles dans les communautés mal desservies et difficiles d'accès en élargissant l'accès aux traitements vitaux contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée. L'intervention s'aligne sur les priorités nationales et soutient l'initiative de soins de santé gratuits (FHCI) de la Sierra Leone en renforçant les soins communautaires et en comblant le fossé entre les communautés et les services de santé formels. Les interventions iCCM s'inscrivent dans le cadre du soutien plus large apporté par MSF au système de santé du district de Kenema, notamment par le biais de services de santé communautaires et de proximité dispensés par des agents de santé communautaires formés, qui fournissent des services au niveau communautaire, et par des agents de santé communautaires, basés dans les PHU et qui font le lien entre les soins communautaires et les soins dispensés dans les établissements.
- b) **Populations desservies** : Les interventions iCCM donnent la priorité aux enfants de moins de cinq ans vivant dans les zones reculées du district de Kenema qui rencontrent des obstacles pour accéder à des soins en temps opportun. Les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que les familles des communautés touchées par les inondations, les déplacements et l'insécurité alimentaire saisonnière, bénéficient indirectement des interventions iCCM grâce à l'amélioration des voies d'orientation vers les PHU, au renforcement de l'engagement communautaire et aux activités intégrées de promotion de la santé. Ces efforts permettent d'identifier rapidement les signes de danger, d'encourager la recherche de soins en temps opportun et de soutenir des résultats plus larges en matière de santé maternelle et infantile, au-delà de l'objectif de l'iCCM qui se concentre sur les enfants de moins de cinq ans.
- c) **Domaines d'intervention et ensemble de services** : L'ensemble de services iCCM se concentre sur la prise en charge intégrée des maladies infantiles, en particulier :
- Diagnostic et traitement du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée.
 - Identification précoce et orientation des enfants atteints de maladies graves ou présentant des signes de danger.
 - Promotion de la santé communautaire et éducation sur les principales mesures de prévention sanitaire.
 - Liaisons d'orientation entre les communautés, les unités de santé publique soutenues et l'hôpital public de Kenema (KGH).
 - Le suivi et la communication d'informations grâce à l'utilisation systématique des registres de santé et des systèmes de données.
- d) **Principaux critères pris en compte** : Les interventions iCCM intègrent plusieurs critères clés, notamment

- **Coordination et élaboration des politiques** : intégration dans les stratégies nationales de santé communautaire et coordination avec l'équipe de gestion sanitaire du district (DHMT) et le ministère de la Santé et de l'Assainissement (MoHS).
- **Ressources humaines** : sélection, formation et supervision des agents de santé communautaires (ASC) et des assistants de santé communautaires (CHA) afin de fournir des services iCCM et de promouvoir la santé communautaire.
- **Prestation de services et orientation** : fourniture d'une prise en charge communautaire de qualité pour le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, avec des voies d'orientation vers les PHU et le KGH.
- **Gestion de la chaîne d'approvisionnement** : garantie de la disponibilité et du réapprovisionnement en temps opportun des médicaments et fournitures essentiels à l'iCCM au niveau communautaire.
- **Communication et mobilisation sociale** : activités d'engagement communautaire et de sensibilisation visant à promouvoir l'utilisation des services iCCM et à améliorer les comportements favorables à la santé.
- **Supervision et assurance qualité des performances** : visites de supervision de routine auprès des agents de santé communautaires afin de renforcer leurs compétences et de garantir la qualité des services fournis.
- **Suivi, évaluation et systèmes d'information sanitaire** : collecte, examen et utilisation des données issues des registres communautaires afin de suivre la prestation des services, d'identifier les lacunes et d'orienter les ajustements du projet. Le projet Kenema est l'un des sites dont les données médicales liées aux interventions iCCM sur les pathologies (paludisme (test et traitement), diarrhée, toux/respiration rapide, vaccination, orientation vers des spécialistes et malnutrition) surveillées sont à jour dans les bases de données Excel et DHIS2 de décembre 2022 à décembre 2024. Les données d'orientation vers des spécialistes reçues dans les établissements de santé sont les plus cohérentes.

Les indicateurs spécifiques aux interventions iCCM aux niveaux des résultats 4 et 6 du cadre logique sont antérieurs à la période de mise en œuvre des activités iCCM. Les rapports annuels suivants n'ont pas été mis à disposition.

- e) **Réalisations** : Les activités iCCM à Kenema ont renforcé l'accès des communautés aux services de santé essentiels pour les enfants, améliorant le diagnostic précoce et le traitement du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée. Une collaboration étroite avec le DHMT a permis une meilleure harmonisation avec les politiques nationales, tandis que la supervision et les formations de mise à niveau ont renforcé les compétences des agents de santé communautaires.
- f) **Défis** : Parmi les défis persistants figurent les ruptures régulières de stock de médicaments essentiels, en particulier dans les PHU, et les lacunes dans le fonctionnement des systèmes d'orientation et de contre-orientation. Les barrières géographiques, les options de transport limitées et le faible niveau

de sensibilisation de la communauté dans certaines régions continuent d'entraver l'accès rapide aux soins.

- g) Orientations futures :** les interventions iCCM de Kenema continueront à s'aligner sur les efforts plus larges de renforcement du système de santé du district, notamment l'amélioration de la fiabilité de la chaîne d'approvisionnement et le renforcement des stratégies d'engagement communautaire. Dans le cadre de la planification de la transition de MSF, les efforts se concentreront sur le renforcement des capacités du personnel du ministère de la Santé à gérer et à pérenniser les activités iCCM, ainsi que sur l'élargissement de la promotion de la santé communautaire afin de combler les lacunes persistantes en matière de comportements favorables à la santé.

INTERVENTIONS ICCM À MASISI, RDC

- a) Aperçu et objectifs :** en raison de la guerre et de l'insécurité, presque tous les acteurs humanitaires ont quitté Masisi pour Goma. MSF est le seul partenaire à soutenir les efforts du gouvernement en matière de mobilisation pour répondre aux besoins sanitaires de base. MSF a dû renforcer la sécurité et limiter les déplacements de son personnel. La situation sécuritaire a également un impact sur les activités dans la zone de santé de Muheto, notamment le transfert des activités vers un poste de santé à Busihe, suite à la fermeture du centre de santé de Muheto. Les activités iCCM, qui ont débuté en mars 2022 et sont actuellement mises en œuvre dans deux zones de santé, s'inscrivent dans le cadre d'une politique de relais communautaire (ReCo)/village situé à plus de cinq kilomètres d'une structure de santé et en coordination avec l'unité d'animation communautaire. À Masisi, les accoucheuses traditionnelles fournissent également des informations et des orientations aux femmes victimes de violences sexuelles pour les soins prénatals et postnatals et les orientations. Les principaux objectifs des activités iCCM sont les suivants :

- Réduire la mortalité infantile dans les zones reculées de la zone sanitaire de Masisi, en RDC, en améliorant l'accès aux soins de santé.
- Prévenir, identifier et traiter les trois principales causes de décès dans la communauté : le paludisme, la diarrhée et, à l'avenir, envisager la prise en charge des cas de pneumonie.
- Renforcer la capacité des agents de santé communautaires à fournir des soins et à orienter les cas présentant des signes de danger.
- Améliorer les conditions sanitaires environnementales, grâce à la promotion de la santé et à l'information.
- Revitaliser, renforcer et soutenir le système de sensibilisation communautaire du ministère de la Santé.

- b) Populations desservies :** L'ensemble des interventions est destiné aux enfants de moins de cinq ans dans deux villages situés à plus de cinq kilomètres d'un centre de santé de la zone sanitaire de Masisi. Bien que la taille de la population cible ne soit pas clairement indiquée dans le document, chaque agent de santé communautaire est responsable d'environ 50 foyers. Les deux sites de santé communautaire actuels se trouvent dans le :

- village de Kibugu/Bushenge, zone sanitaire de Muheto.
- village de Kashunga, zone sanitaire de Ngomashi.

Les interventions iCCM sont élaborées et déployées six mois après le début du soutien de MSF à l'établissement de santé où des soins stables sont disponibles dans l'établissement de référence. Une évaluation des autres besoins en matière de santé environnementale est également réalisée et un soutien technique est apporté pour le traitement des sources d'eau, la réhabilitation des pompes à eau existantes et la réhabilitation ou la construction de latrines.

- c) **Domaines d'intervention et ensemble de services** : les interventions iCCM à Masisi comprennent la prise en charge des cas et l'orientation vers des services spécialisés pour le paludisme (tous âges) et la diarrhée (moins de 5 ans). L'ensemble comprend le dépistage et l'orientation en cas de malnutrition, ainsi que la reconnaissance et l'orientation en cas de signes de danger. Les activités préventives comprennent la promotion de la santé et l'éducation à l'hygiène. Au niveau communautaire, les accoucheuses traditionnelles fournissent également des informations et des orientations aux personnes touchées par la violence sexuelle, ainsi que des informations aux femmes sur les soins prénatals et postnatals et les orientations.
- d) **Principaux critères pris en compte** : La conception et la mise en œuvre des interventions iCCM à Masisi ont intégré des critères opérationnels clés. Ceux-ci comprennent :
- **Coordination et élaboration des politiques** : MSF s'aligne sur la politique nationale de santé communautaire de la RDC et travaille en collaboration avec le ministère de la Santé pour sa mise en œuvre.
 - **Ressources humaines** : les agents de santé communautaires et accoucheuses traditionnelles sont recrutés avec l'aide des chefs communautaires et du CAC, et bénéficient d'une formation et d'un soutien du ministère de la Santé et de MSF.
 - **Prestation de services et orientation** : le ministère de la Santé et MSF mettent en place des voies d'orientation des ReCos vers les centres de santé, mais des difficultés subsistent pour garantir que les patients orientés se rendent effectivement dans les établissements de santé.
 - **Communication et mobilisation sociale** : MSF collabore avec les accoucheuses traditionnelles et les agents de santé communautaires pour promouvoir les services iCCM et diffuser des informations sur la santé.
 - **Supervision et assurance qualité des performances** : les superviseurs de MSF et du ministère de la Santé assurent le suivi et la supervision, avec des plans visant à renforcer davantage l'appropriation par la communauté.
 - **Suivi & Evaluation et Système d'information Santé** : MSF et le ministère de la Santé collectent des données à partir des registres des patients, des dossiers médicaux et des rapports d'activité hebdomadaires, mais le SIG spécifique n'est pas mentionné. Les données médicales quantitatives examinées dans le cadre de cette évaluation sont celles d'octobre 2022 à décembre 2024 sur les

pathologies couvertes par l'intervention iCCM, déjà mentionnées ci-dessus. Ces données, principalement téléchargées à partir du DHIS2, présentent des lacunes importantes sur les trois années. Par exemple, pendant la période d'évaluation, les données relatives à la vaccination n'étaient disponibles que pour deux mois. Le cadre logique ne fait aucune référence aux données relatives à l'intervention iCCM, qui devraient contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité.

- e) Parmi **les réalisations**, on peut citer la mise en place d'une collaboration avec le ministère de la Santé, le lancement d'interventions iCCM dans deux zones sanitaires et la formation d'agents de santé communautaires.
- f) **Les défis à relever** comprennent les contraintes budgétaires, la motivation des ReCos, les retards dans le lancement de certaines interventions (par exemple, la pneumonie) et les difficultés à atteindre certaines communautés.
- g) **Orientations futures** : MSF a revu ses plans visant à étendre l'iCCM à 10 villages dans les zones de santé de Muheto, Ngomashi et Mahanga ou Lukweti (à définir après évaluation), mais ces plans ont été suspendus en raison de contraintes sécuritaires. Dans tous les sites de santé communautaire, MSF continuera à renforcer le soutien à l'orientation et les capacités des centres de santé, à améliorer les conditions sanitaires environnementales et les interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), à clarifier le rôle du traitement de la pneumonie dans le cadre du programme iCCM avec le ministère de la Santé et à garantir la cohérence des supports de formation et des approches.

INTERVENTIONS ICCM A NIONO, MALI

- a) **Aperçu et objectifs** : Le projet de MSF à Niono est une initiative sanitaire visant à améliorer l'accès aux soins et leur qualité dans le district sanitaire de Niono, au Mali. Le projet adopte une approche communautaire et vise à réduire la morbidité et la mortalité, en particulier parmi les populations vulnérables, notamment les enfants de moins de 15 ans et les femmes enceintes. Le projet s'inscrit dans un contexte humanitaire complexe, marqué par l'insécurité, les déplacements de population et le manque de prestataires de soins de santé. MSF cherche à fournir des soins gratuits et de qualité, et à renforcer le système de santé local.
- b) **Populations desservies** : Les principaux bénéficiaires du projet sont :
 - Les enfants de moins de 15 ans.
 - Les femmes enceintes.
 - Les personnes ayant subi un traumatisme.
 - Les personnes déplacées à l'intérieur du pays.

Le projet vise également à bénéficier à l'ensemble de la population des zones d'intervention, en particulier à Nampala.

c) Les zones d'intervention et l'ensemble des services proposés comprennent :

- **iCCM** : Le projet met en œuvre l'iCCM pour la prise en charge des maladies infantiles courantes telles que le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et la santé mentale au niveau communautaire.
- **Sites communautaires** : Les ASC et les ReCo fournissent également des conseils et des soins à domicile ou au sein de la communauté. Ils participent à des campagnes de masse, surveillent les carnets de vaccination et identifient les signes de danger. Les ReCo effectuent également des visites à domicile après l'accouchement. Les sites communautaires offrent des soins gratuits aux enfants âgés de 0 à 14 ans.
- **Nutrition** : Le projet soutient le dépistage nutritionnel au niveau des communautés et des centres de santé. Les cas de malnutrition aiguë sévère identifiés dans la communauté sont orientés vers les structures appropriées. MSF collabore également avec d'autres organisations afin de garantir la disponibilité de compléments nutritionnels et de traitements pour les enfants souffrant de malnutrition.

d) Principaux critères pris en compte : Le projet s'aligne sur plusieurs critères clés :

- **Politique** : le projet soutient la politique nationale de santé du Mali et la stratégie nationale « *Soins Essentiels dans la Communauté* », en particulier la fourniture de soins de santé gratuits aux enfants de moins de cinq ans, même si des défis restent à relever.
- **Ressources humaines** : MSF forme et soutient les ASC et les ReCo afin qu'ils puissent fournir des services iCCM, garantissant ainsi aux communautés l'accès aux soins de santé de base. L'équipe renforce également les capacités du personnel de santé par le biais de formations et de supervisions, et aide les établissements à respecter les normes de l'OMS en matière de ratios de personnel.
- **Gestion de la chaîne d'approvisionnement** : MSF renforce la disponibilité des médicaments et des fournitures médicales essentiels dans les établissements de santé soutenus, comblant ainsi les lacunes de la chaîne d'approvisionnement nationale.
- **Prestation de services** : le projet se concentre sur l'amélioration de la qualité des soins, avec une formation et une supervision régulière des prestataires de soins de santé afin de garantir le respect des protocoles et des normes, ainsi que l'accessibilité, la continuité et l'iCCM. Les activités de promotion de la santé sont également essentielles. Les activités de surveillance épidémiologique sont renforcées avec l'aide des agents de santé communautaires. Les données sont collectées à l'aide du système DHIS2.
- **Engagement communautaire** : le projet implique activement les chefs communautaires, les guérisseurs traditionnels et d'autres parties prenantes dans la promotion de la santé et la prestation de services, favorisant ainsi l'appropriation et l'acceptation au niveau local.
- **Suivi et évaluation et systèmes de santé** : Les données quantitatives relatives à l'intervention iCCM à Niono sont évaluées sur la période allant de 2021 (année de lancement de l'iCCM) à 2024.

Au cours de cette période, les données médicales ont été suivies. Certains des indicateurs d'intervention sont inclus dans le cadre logique sous le résultat 2. Les rapports annuels pour les quatre années d'intervention ont été mis à disposition et présentent chaque mesure de performance année par année. Cependant, les données sont stockées à la fois sur DHIS2 et dans des fichiers Excel. Les données sont reçues du système de santé, au niveau des centres de santé, avec peu de possibilités de vérification.

e) Réalisations :

- **Amélioration de l'accès aux soins de santé** : MSF a considérablement amélioré l'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables, en particulier dans les zones reculées et touchées par des conflits.
- **Réduction de la morbidité** : grâce à l'iCCM et aux interventions de santé communautaire, le projet a contribué à réduire la morbidité due au paludisme, à la diarrhée et aux infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans.
- **Renforcement des systèmes de santé** : le soutien de MSF a amélioré la capacité des établissements de santé locaux, notamment les centres de santé et les centres de référence, à fournir des soins de qualité et à obtenir des résultats en matière de santé.

f) Défis :

- **Insécurité** : l'instabilité de la situation sécuritaire limite l'accès humanitaire pour la mise en œuvre et la supervision des activités.
- **Désert sanitaire** : La pénurie de personnel de santé qualifié et d'infrastructures adéquates persiste. En outre, il existe des restrictions à l'embauche de personnel n'appartenant pas à certaines ethnies.
- **Difficultés logistiques et budgétaires** : Les contraintes financières et logistiques, notamment les ruptures de stock de médicaments essentiels, peuvent entraver les opérations.
- **Qualité des soins** : l'amélioration de la qualité des soins et le respect des protocoles restent un défi constant.
- **Collecte de données** : le projet a rencontré des difficultés dans la collecte de données en raison du contexte et des grèves.
- **Soins de santé gratuits** : certains membres du personnel de santé sont réticents à adhérer aux politiques de soins de santé gratuits dans la communauté et même dans les centres de santé.
- **Durabilité** : la durabilité des services de santé après le retrait éventuel de MSF reste une préoccupation, en particulier compte tenu de la dépendance à l'égard d'un soutien extérieur pour les services essentiels.

- o **Résistance de la communauté** : certaines communautés hésitent encore à solliciter des soins rapides ou à recourir aux services de santé officiels, préférant les guérisseurs traditionnels ou reportant les soins jusqu'à ce que leur état s'aggrave.
 - o **Faiblesse des infrastructures sanitaires** : les ressources limitées et la médiocrité des infrastructures dans le district de Niono posent des défis pour la prestation de services, le suivi régulier et la supervision mensuelle.
- g) Orientations futures** : le projet de Niono vise à continuer d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables tout en relevant les défis actuels. Les principales priorités pour l'avenir sont les suivantes :
- **Durabilité** : le projet vise à renforcer les capacités des communautés et du système de santé local afin de garantir la durabilité des actions après le départ de MSF. Le projet prévoit également un dialogue avec le ministère de la Santé et les bailleurs de fonds pour une mise en œuvre efficace des politiques de soins de santé gratuits.
 - **Améliorations** : le projet procède généralement à une évaluation à mi-parcours chaque année afin d'évaluer l'impact des activités et d'apporter les ajustements nécessaires. L'amélioration de la qualité des soins, l'extension du projet dans des zones difficiles d'accès comme Nampala et une meilleure intégration des services sont des préoccupations centrales pour les années à venir.

INTERVENTIONS ICCM A TOMBOUCTOU, AU MALI

- a) Aperçu et objectifs** : L'intervention iCCM vise à réduire la morbidité et la mortalité infantiles et maternelles dans la région de Tombouctou en améliorant l'accès à des soins de santé gratuits et de haute qualité. Elle se concentre sur le renforcement des services de santé communautaires. À Tombouctou, l'iCCM se concentre plus généralement sur les soins communautaires de base, les sites ASC servant de points de contact et fournissant des soins de santé à l'ensemble de la communauté, indépendamment de l'âge ou de la maladie. L'initiative couvre les districts de Tombouctou, Niafunké et Goundam, et soutient les sites de santé communautaires et les établissements de référence afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé.
- b) Populations desservies** : Les populations prioritaires incluses dans les interventions iCCM desservent des groupes d'âge plus larges en réponse aux besoins sanitaires identifiés, en particulier dans les zones touchées par des conflits et difficiles d'accès, en mettant également l'accent sur les enfants de 0 à 14 ans, les femmes enceintes et les groupes vulnérables dans les communautés semi-nomades.
- c) Domaines d'intervention et ensemble de services** : L'ensemble des interventions comprend la prise en charge du paludisme, des infections respiratoires aiguës, de la diarrhée et de la malnutrition, ainsi que la vaccination systématique, les soins maternels et néonataux et l'engagement communautaire par le biais d'activités de promotion de la santé. Les services sont fournis dans les centres de santé communautaires.

d) Principaux benchmarks pris en compte :

- **Coordination et politique** : intégration avec les stratégies du ministère de la Santé, en accord avec les politiques nationales de santé et le cadre du programme de base de services de santé et de nutrition.
- **Ressources humaines** : renforcement des capacités par la formation des agents de santé communautaires, des infirmières et des accoucheuses traditionnelles.
- **Prestation de services et orientation** : renforcement des centres de santé communautaires et amélioration des voies d'orientation des patients vers des établissements de santé de niveau supérieur.
- **Gestion de la chaîne d'approvisionnement** : garantie de la disponibilité des médicaments essentiels, des tests de diagnostic rapide du paludisme et des compléments nutritionnels dans les centres de santé.
- **Suivi et évaluation et systèmes de santé** : le site d'intervention iCCM à Tombouctou est similaire à celui de Niono, à l'exception du fait que les rapports annuels n'ont pas été rendus publics et que certains indicateurs iCCM se situent au niveau du résultat attendu 1. Les données médicales sont à jour dans DHIS2 pour les années 2023 et 2024. Pour les autres années d'intervention, les données sont stockées dans des fichiers Excel.

e) Réalisations :

- Amélioration de l'accès aux soins de santé dans les communautés isolées et mal desservies, notamment grâce à l'expansion de l'iCCM et à la sensibilisation mobile.
- Renforcement de la collaboration avec les autorités sanitaires régionales, améliorant la coordination dans la prestation des services.
- Amélioration des systèmes de collecte et de suivi des données, notamment grâce à l'intégration de DHIS2 pour les rapports de routine.

f) Défis

- Risques sécuritaires liés au conflit en cours, limitant l'accès à certaines zones et affectant la prestation des services.
- Perturbations de la chaîne d'approvisionnement, notamment pour garantir la disponibilité continue des médicaments essentiels.
- Difficultés logistiques pour atteindre les populations très mobiles et semi-nomades, nécessitant des modèles de services adaptables.

g) Orientations futures : Le projet vise à étendre la couverture à d'autres communautés isolées, à renforcer la formation des agents de santé et à améliorer la durabilité des services iCCM grâce à une appropriation accrue par le gouvernement et les communautés.

INTERVENTIONS ICCM A YEI, AU SOUDAN DU SUD

a) Aperçu et objectifs : Depuis 2016, les activités iCCM à Yei, au Soudan du Sud, s'inscrivent dans le cadre de la réponse de MSF visant à réduire la mortalité et la morbidité dans les comtés de Yei River et Morobo en garantissant l'accès à des soins de santé gratuits et de haute qualité au niveau communautaire. Les activités iCCM se concentrent sur la fourniture de diagnostics, de traitements et d'orientations rapides pour les maladies infantiles courantes aux populations touchées par les conflits, les déplacements et l'accès limité aux établissements de santé. Les objectifs spécifiques comprennent l'amélioration de l'accès aux soins pour les enfants de moins de cinq ans et l'amélioration de la prise en charge des cas au niveau communautaire grâce à des agents de santé communautaires formés opérant dans des zones reculées et difficiles d'accès.

b) Populations desservies : L'intervention iCCM cible environ 630 000 personnes vivant dans les comtés de Yei et Morobo. Cette population comprend les personnes déplacées à l'intérieur du pays, les communautés touchées par les conflits et les éleveurs de bétail saisonniers semi-nomades. Le groupe prioritaire pour les services iCCM comprend les enfants de moins de cinq ans, qui sont les plus exposés au risque de décès évitables dus au paludisme, à la diarrhée et à la pneumonie.

c) Domaines d'intervention et ensemble de services :

L'intervention iCCM de Yei assure la prise en charge communautaire des maladies infantiles et soutient le processus d'orientation des cas graves. Les principaux services comprennent :

- **La prise en charge communautaire des cas** de paludisme, de pneumonie et de diarrhée dans des sites iCCM désignés et par des agents de santé communautaires.
- **Dépistage et orientation** des cas de malnutrition aiguë sévère et des signes de danger nécessitant des soins en établissement.
- **La promotion de la santé et l'engagement communautaire** afin de sensibiliser la population et de l'inciter à recourir aux soins en temps opportun.
- **Collecte et communication régulières de données** afin de renforcer les systèmes d'information sanitaire et de contrôler la prestation des services.
- **La supervision et le renforcement des capacités** des agents de santé communautaires afin de garantir le respect des protocoles de traitement, l'utilisation appropriée des outils de diagnostic et des soins de haute qualité.

d) Principaux critères de référence pris en compte : L'intervention iCCM de Yei s'aligne sur les principaux benchmarks iCCM et les prend en compte, notamment :

- **Coordination et élaboration des politiques :** collaboration avec le ministère de la Santé pour aligner les services iCCM sur les directives nationales et coordination par le biais de groupes de travail techniques.

- **Ressources humaines** : recrutement, formation et supervision continue des agents de santé communautaires afin de garantir une prestation de services efficace.
 - **Gestion de la chaîne d'approvisionnement** : achat et distribution de médicaments essentiels, de diagnostics et de fournitures thérapeutiques pour les sites iCCM, en mettant l'accent sur la prévention des ruptures de stock.
 - **Prestation de services et orientation** : fourniture de traitements communautaires pour les maladies infantiles et mise en place d'un système d'orientation structuré pour les enfants nécessitant des soins plus poussés.
 - **Communication et mobilisation sociale** : engagement communautaire et sensibilisation par le biais de discussions sur la santé et de collaborations avec les dirigeants communautaires afin de promouvoir les services iCCM.
 - **Supervision et assurance qualité des performances** : visites de supervision régulières, utilisation de listes de contrôle de supervision et mentorat sur le terrain afin de renforcer les performances des ASC et le respect des directives thérapeutiques.
 - **Suivi & évaluation et systèmes de santé** : collecte régulière de données sur les sites iCCM alimentant DHIS2 et les systèmes de suivi internes de MSF afin de suivre la prestation des services, les performances et les résultats. Les données médicales provenant de Yei ont été analysées sur la période 2022-2024. Les données sont collectées pour les mêmes pathologies que celles présentées pour les autres sites. Les données des trois années consécutives pour l'analyse quantitative ont été entièrement téléchargées à partir de DHIS2. Il convient de noter que la formulation des indicateurs a changé au fil des ans, bien que les interventions soient restées les mêmes. Les données montrent un niveau d'incomplétude assez élevé, en particulier en 2024 pour le site. En outre, les données sur les orientations efficaces sont rarement disponibles.
- e) **Réalisations** : MSF a étendu la couverture de l'iCCM de deux à neuf sites, amélioré les services iCCM pour répondre aux normes BHI, amélioré la gestion des stocks et introduit un soutien par moto et quad pour renforcer les systèmes d'orientation et de chaîne d'approvisionnement. Le projet a également vu une augmentation des consultations externes, des visites de soins prénatals et des campagnes de vaccination réussies.
- f) **Défis** : les problèmes de sécurité persistants limitent la mobilité des agents de santé communautaires, tout comme les difficultés à cogérer les interventions avec le ministère de la Santé et à définir les rôles des agents de santé communautaires. Fluctuation des prix, obstacles logistiques et problèmes de communication.
- g) **Perspectives** : Les interventions iCCM à Yei visent à renforcer davantage la chaîne d'approvisionnement en améliorant la coordination et la réactivité afin d'éviter les ruptures de stock, conformément aux politiques d'approvisionnement de MSF et à la réglementation nationale. Parmi les autres priorités figurent l'amélioration de la coordination avec le ministère de la Santé afin de clarifier les rôles et les responsabilités des ASC, et le renforcement de la supervision et de la gestion des performances des ASC. Les efforts futurs se concentreront également sur la sensibilisation de la

communauté et la demande de services iCCM, l'intégration de mécanismes de retour d'information de la communauté et l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données pour la prise de décision.

ANNEXE 4 : LISTE DES INDICATEURS MEDICAUX STANDARD DE L'ICCM

Composante	Indicateur	Numérateur	Dénominateur
Général	Nombre de consultations effectuées (pour l'iCCM, compter les consultations chez les moins de 5 ans)	Ventilation : Minimum : tranche d'âge 0-4 ans ; 5-14 ans ; 15 ans et plus. Pour l'iCCM : 2-11 mois, 12-59 mois, 5 ans et plus Par défaut : Nouveau/Suivi Contextuel : par ASC ou sites iCCM	Nombre total de consultations effectuées
Général	Morbidités proportionnelles (pour l'iCCM, compter les morbidités chez les moins de 5 ans)	Nombre total de consultations effectuées pour une certaine maladie	Nombre total de consultations effectuées (nouvelles et suivis)
Général	Taux d'orientation vers un autre service (pour l'iCCM, compter parmi les consultations des moins de 5 ans)	Nombre total d'enfants malades présentant des signes de danger qui sont orientés par les agents de santé communautaires	Nombre total de consultations effectuées (nouvelles et suivis)
Général	Moyenne de consultations par consultant et par jour (pour l'iCCM, compter parmi les consultations des moins de 5 ans)	Nombre total de consultations effectuées	Nombre de consultants x nombre de jours de consultation
iCCM	Proportion d'enfants de moins de 5 ans recommandés pour un transfert et pris en charge dans l'établissement de transfert	Nombre de cas de moins de 5 ans recommandés pour une orientation et pris en charge dans l'établissement de référence	Nombre de cas d'enfants de moins de 5 ans recommandés pour une orientation
iCCM	Proportion d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels une orientation a	Nombre de cas d'enfants de moins de 5 ans recommandés	Nombre de cas chez les moins de 5 ans qui devraient être orientés vers un établissement de référence conformément au

	été correctement recommandée	pour une orientation conformément au protocole	protocole, tel qu'évalué par un nouvel examen (par un clinicien de référence)
iCCM	Proportion d'agents de santé communautaires ayant reçu au moins un contact administratif de supervision au cours des trois derniers mois pendant lesquels les registres et/ou les rapports ont été examinés	Nombre d'ASC ayant bénéficié d'au moins un contact administratif de supervision au cours des trois derniers mois, pendant lesquels les registres et/ou les rapports ont été examinés	Nombre d'agents de santé communautaires formés et déployés pour l'iCCM
iCCM	Proportion d'agents de santé communautaires ayant bénéficié d'au moins un contact de supervision clinique au cours des trois derniers mois, au cours duquel une visite ou un scénario concernant un enfant malade a été évalué et un accompagnement a été fourni	Nombre d'agents de santé communautaires ayant bénéficié d'au moins un contact de supervision clinique au cours des trois derniers mois, au cours duquel une consultation d'un enfant malade a été observée, ou un scénario a été évalué et un accompagnement a été fourni	Nombre d'agents de santé communautaires formés et déployés pour l'iCCM
iCCM	Proportion d'agents de santé communautaires qui comptent correctement la fréquence respiratoire	Nombre d'ASC qui comptent correctement la fréquence respiratoire d'un cas réel, d'un superviseur, d'un nourrisson de la communauté ou d'une vidéo	Nombre d'agents de santé communautaires évalués
iCCM	Proportion d'agents de santé communautaires qui démontrent une connaissance correcte de la prise en charge des cas d'enfants malades	Nombre d'agents de santé communautaires qui démontrent une prise en charge correcte des scénarios de cas d'enfants malades	Nombre d'agents de santé communautaires évalués
iCCM	Des pratiques de prescription appropriées sont utilisées lorsque les résultats des TDR sont	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant de la fièvre et un TDR positif qui reçoivent un ACT	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant de la fièvre et un test de diagnostic rapide positif

	positifs chez les enfants de moins de 5 ans		
iCCM	Des pratiques de prescription appropriées sont utilisées lorsque les résultats des TDR sont négatifs chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant de la fièvre et un TDR négatif qui NE reçoivent PAS d'ACT	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant de la fièvre et un test de diagnostic rapide négatif
iCCM	Proportion de dépistages nutritionnels effectués (< 5 ans)	Nombre de patients (< 5 ans) dépistés pour malnutrition	Nombre total de consultations (< 5 ans)
iCCM	Proportion de malnutrition aiguë modérée (<5 ans)	Jaune (≥ 115 mm - < 125 mm) MUAC PLUS W/H ou IMC Z score $-3SD$ et $-2SD$ chez les enfants < 5 ans	Total des enfants < 5 ans dépistés pour la malnutrition
iCCM	Proportion de SAM (<5 ans)	Tout œdème PLUS MUAC rouge (< 115 mm) PLUS W/H ou IMC Z score < -3 SD chez les enfants de moins de 5 ans	Total < 5 soumis à un dépistage de la malnutrition
iCCM	Proportion d'enfants de moins de 5 ans à jour dans leur calendrier vaccinal	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dépistés dont le statut vaccinal est à jour	Nombre total d'enfants de moins de 5 ans dépistés pour leur statut vaccinal
iCCM	Proportion de sites iCCM n'ayant pas connu de rupture de stock de médicaments et de diagnostics iCCM essentiels au cours du mois dernier	Nombre de sites iCCM n'ayant pas connu de rupture de stock de médicaments ou de diagnostics iCCM essentiels au cours du mois dernier	Nombre de sites iCCM évalués
iCCM	Proportion de personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans qui reçoivent des conseils sur la manière d'administrer le(s) traitement(s)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des médicaments dont les soignants ont reçu des conseils appropriés pour l'administration des traitements (dose, durée, fréquence et suivi)	Nombre de cas d'enfants de moins de 5 ans à qui des médicaments ont été prescrits

iCCM	Proportion d'enfants de moins de 5 ans consultant un agent de santé communautaire formé qui bénéficie d'une prise en charge correcte de la part de cet agent (observée)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans correctement traités/orientés pour toutes les pathologies	Nombre d'enfants de moins de 5 ans évalués comme nécessitant un traitement et/ou une orientation (observé)
Général	Taux de positivité des tests de dépistage du paludisme	Tests positifs	Nombre total de tests effectués

ANNEXE 5 : DOCUMENTATION

Le tableau ci-dessous comprend une liste des documents prioritaires consultés lors de la revue documentaire pour le rapport de démarrage. D'autres documents ont été recueillis lors des entretiens avec les personnes clés.

Date	Description ou titre du document	Type(s) de document
Documents fondamentaux		
2012	<u>Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF sur la prise en charge intégrée des maladies par la communauté (iCCM)</u> , intitulée « <i>Une stratégie axée sur l'équité pour améliorer l'accès des enfants aux services de traitement essentiels</i> ».	Document sur les données probantes et les politiques
2015	Supports de l'atelier MSF sur l'iCCM	Présentations PowerPoint et notes de réunion (Word)
14.08.2018	Gestion intégrée des cas au niveau communautaire, dix points clés - OCB	Document stratégique (Word)
Inconnu	<u>Outils iCCM de World Vision</u> pour la planification et la conception, et l'amélioration de la qualité de la mise en œuvre	Outils
Inconnu	iCCM à Bili. Leçons apprises : mise en œuvre et obstacles	Retour d'information issu du débriefing HP (PowerPoint)
Inconnu	Enseignements tirés de l'iCCM : <i>Analyse communautaire projet Bili</i>	Analyse de la mobilisation communautaire pour le projet Bili (Word, français)
En cours	Site SharePoint du groupe de travail pédiatrique - Guide national sur la gestion intégrée des	Divers

Date	Description ou titre du document	Type(s) de document
	<p>maladies communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guide des indicateurs iCCM et outil d'enquête rapide - Planification des activités du projet - Matériel de formation sur l'iCCM spécifique à l'OMS et à chaque pays 	
2018-2024	Aides à l'emploi de MSF Belgique, partagées avec tous les sites iCCM de MSF-OCB	Outils iCCM
2019	Rapport de la réunion technique de l'OMS et de l'UNICEF, intitulé « <i>Institutionnaliser la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (iCCM) pour mettre fin aux décès évitables d'enfants</i> ».	Rapport
2021	Politique nutritionnelle clinique de MSF, document intersectionnel, faisant partie de la série des politiques médicales de MSF.	Politique
2021	<p>Politique nutritionnelle clinique de MSF, document intersectionnel, faisant partie de la série des politiques médicales de MSF</p> <p>UNICEF, Traitement de la cachexie à l'aide d'approches simplifiées, examen rapide des données probantes</p> <p>USAID et Action contre la faim, État des preuves pour les modifications visant à optimiser la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de cinq ans</p> <p>Boîte à outils de formation dirigée par le Bureau d'aide humanitaire de l'USAID sur les approches simplifiées pour la détection et le traitement de la cachexie infantile</p>	Preuves et outils nutritionnels de MSF
	Les 10 piliers du modèles de soins décentralisés (DMC), qui fournissent des principes directeurs et	MSF-Centre opérationnel de

Date	Description ou titre du document	Type(s) de document
	<p>des liens vers des documents stratégiques, techniques et opérationnels clés pour l'ensemble de ses 27 sites de projet où des activités iCCM sont menées</p> <p>Algorithme de prise en charge des cas de paludisme du DMC</p> <p>Directives techniques du DMC sur les soins communautaires pour la prise en charge du paludisme</p> <p>Guide succinct Évaluation rapide des besoins pour les activités communautaires dans le cadre de la DMC</p> <p>Gestion du paludisme dans la communauté : module de consultation et d'évaluation</p> <p>Stratégies de supervision recommandées pour les activités communautaires, DMC</p> <p>Modèle logique du programme DMC, indicateurs, document d'information et aide-mémoire sur le paludisme</p> <p>Évaluations des programmes DMC en RDC, en RCA et au Soudan du Sud</p>	<p>Barcelone et Athènes (OCBA) Documents et outils relatifs aux modèles de soins décentralisés (DMC)</p>
Burundi		
2023	Rapport de suivi du deuxième trimestre	Performance du projet par rapport aux indicateurs clés
2023	Cadre logique de Cibitoke	Excel, Liste des indicateurs
2022	RAPPORT DE SUIVI - Projet Paludisme Burundi	Document Word - Description analytique du projet pour 2022
2022	Rapport annuel 2022 - Narratif Projet Palu Burundi	Fichier Excel pour le suivi des activités et des résultats

Date	Description ou titre du document	Type(s) de document
2023	2020 - 2023 Note conceptuelle projet palu Burundi	Document Word - Résumé du projet
2023	RAPPORT DE SUIVI - Projet Paludisme Burundi - Semestre 2023	Document Word - Description du projet
2024	Note conceptuelle opérationnelle	Document Word, description du projet
2024	Document de stratégie de la promotion de la santé dans le District de santé de Cibitoke	Description du projet et de la stratégie
RDC		
2024	Cadre logique Masisi	Excel, liste d'indicateurs et diagramme de Gantt
2022	Projet MSF-OCB Masisi Feuille de route 2022-24	PDF, Plan
2023	<i>Projet Masisi Rapport annuel</i>	Word, Rapport annuel
Mali		
2021	<i>Plan stratégique national de soins essentiels dans la communauté</i>	Plan stratégique national
2021	<i>Stratégie HP communautaire projet Niono</i>	Document de projet
2024	ARO Mali Niono 2024	PDF, document de projet
En cours	Base de données iCCM du Mali 2020-2024	Excel Données individuelles et indicateurs
2023	<i>Cadre logique Niono</i>	Fichier Excel avec

Date	Description ou titre du document	Type(s) de document
		indicateurs clés
2022	Rapport médical annuel Tombouctou	Rapport
2023	Rapport du projet iCCM Tombouctou	Word, rapport annuel
2023	<i>Stratégie médicale TBT</i>	Document de projet
2023	<i>Cadre logique Tombouctou</i>	Excel, indicateurs clés
2023	<i>Rapport annuel Tombouctou</i>	Rapport
Nigeria		
2024	Transfert de l'OMI Farayi Harume	Word, rapport de transfert
2024	Renouvellement du protocole d'accord du projet Kebbi 2024	PDF, protocole d'accord signé avec le ministère de la Santé de l'État
2023	Présentation ARO 2024	Diaporama PowerPoint, présentation de la planification
2023	Stratégie de MSF en matière d'activités préventives et communautaires pour 2024	Word, rapport
N/A	Briefing Kebbi	PDF, présentation PowerPoint
Sierra Leone		
21.02.2024	Compilation 2024 des documents de projet pour le processus d'évaluation	Document Word - Comprend un tableau répertoriant les

Date	Description ou titre du document	Type(s) de document
	Sierra Leone - Projet Kenema	documents disponibles pour le processus d'évaluation et les personnes à contacter.
15.12.2023	Présentation MYARO 2024 Projet Sierra Leone-Kenema	Présentation PowerPoint - Fournit une description du site du projet, le contexte sanitaire et humanitaire, les réalisations et les défis, les priorités et les délais.
En cours	Rapports trimestriels Projet Sierra Leone-Kenema	Documents Word et Excel - Fournir des mises à jour trimestrielles sur les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés et les activités du projet pour le site. Inclure également des mises à jour sur la démographie de la population pour le site.
Soudan du Sud		
20.08.2022	Rapport de capitalisation iCCM Projet EGPA - Soudan du Sud	Document d'accompagnement pour la mise à jour de la stratégie iCCM pour 2022-2023. Une ébauche de cette stratégie a été rédigée, mais n'a pas été mise à jour depuis fin 2021.

Date	Description ou titre du document	Type(s) de document
06.2019	Le système de santé communautaire au Soudan du Sud : l'initiative Boma Health - « <i>Un système de santé ancré dans la communauté pour un développement durable du secteur de la santé</i> ». Projet EGPAА - Soudan du Sud	Document technique présentant les objectifs de la BHI, les directives de mise en œuvre, les rôles institutionnels, la couverture géographique et les ensembles de services proposés dans le cadre de l'initiative.
10.2023	Soudan du Sud ARO 2024	Présentation PowerPoint - Fournit une description du site du projet, le contexte sanitaire et humanitaire, les réalisations et les défis, les priorités et les délais.
En cours 2024	Cadres logiques Projets EGPAА et Yei - Soudan du Sud	Feuilles Excel - Fournit une ventilation des activités et des calendriers pour chaque résultat attendu (pour EGPAА - ER 1 comprend les activités de sensibilisation pour l'iCCM ; pour Yei - ER 4 comprend les activités iCCM et la couverture vaccinale)
2024	Organigramme rouge Projet EGPAА - Soudan du Sud	Feuille Excel - Présente un aperçu des postes et des départements du personnel pour le projet EGPAА
En cours	Rapports de visite sur le terrain au Soudan du Sud	Documents Word -

Date	Description ou titre du document	Type(s) de document
	Projets EGPAА et Yei - Soudan du Sud	Divers rapports rédigés par le personnel de MSF qui documentent les conclusions du projet, les recommandations et les activités en cours

ANNEXE 6 : ENTRETIENS AVEC DES INFORMATEURS CLES ET DISCUSSIONS DE GROUPE PAR GROUPE ET TYPE D'INTERVENANTS

En collaboration avec le SEU et selon les conseils du groupe de consultation, l'équipe d'évaluation a élaboré une liste détaillée des groupes et types d'informateurs clés par projet et par niveau (de la communauté au niveau global) afin de garantir un échantillonnage et une représentation complets en termes de sexe, d'âge, de démographie et de parcours professionnels. Pour chaque catégorie au niveau national, nous avons précisé comment les informateurs clés ont été sélectionnés dans le cadre des différents projets, à travers des entretiens à distance et en personne menés dans le cadre des huit interventions iCCM de MSF-OCB, afin de répondre aux cinq questions d'évaluation prioritaires. Ci-dessous, nous signalons également les cas dans lesquels les groupes de participants ont été sous-échantillonnés ou suréchantillonnés.

Affiliation	Groupe/type de parties prenantes	Taille prévue de l'échantillon	Taille finale de l'échantillon
<p>*Membre de la communauté/parent ou tuteur</p> <p>Des entretiens au niveau communautaire ont été menés sur plusieurs sites, en personne ou à distance, en fonction de la disponibilité et de la faisabilité. Ce groupe a finalement été surreprésenté en raison du fort engagement de la communauté et du soutien actif des équipes du projet MSF dans la facilitation des entretiens et groupes de discussions.</p>			
Communauté	Leaders communautaires	4	13
Communauté	ASC	4	10
Communauté, ministère de la Santé, MSF	Parent, aidant	4	9
Total		12	32
<p>Personnel du projet MSF</p> <p>Au total, 45 entretiens ont été menés avec le personnel du projet MSF dans le cadre des huit projets iCCM de MSF-OCB. Les personnes interrogées occupaient divers postes, tels que</p>			

<p>responsables ou superviseurs des activités iCCM, PMR ou adjoints PMR, personnel chargé de la promotion de la santé et du plaidoyer, coordinateurs de projet et personnel de soutien dans les domaines des données, de la pharmacie, de l'approvisionnement, des ressources humaines et des finances. Ce groupe a finalement été surreprésenté en raison du fort engagement et de la collaboration active du personnel MSF, qui a facilité les entretiens.</p>			
Projet MSF	Responsable ou superviseur des activités de promotion de la santé et de plaidoyer	4	11
Projet MSF	Infirmier (établissement)	2	1
Projet MSF	Responsable des activités iCCM (infirmière) ou superviseur	8	12
Projet MSF	Responsable ou gestionnaire des données	3	5
Projet MSF	Responsable RH/Administration/Finances	2	1
Projet MSF	Responsable des approvisionnements	1	4
Projet MSF	Responsable pharmacie	2	2
Projet MSF	PMR ou adjoint PMR	8	5
Projet MSF	Coordinateur de projet	3	4
Total		33	45
<p>Représentants du ministère de la Santé</p> <p>Au cours de visites en personne sur certains sites iCCM MSF-OCB, l'équipe d'évaluation a organisé des visites de courtoisie et mené des entretiens avec des informateurs clés, notamment des représentants du ministère de la Santé au niveau communautaire, régional et central. Parmi les personnes interrogées figuraient des prestataires de soins de santé de référence, des membres de l'équipe de gestion sanitaire régionale et des représentants du Programme national de lutte contre le paludisme et du Département de la santé maternelle et infantile. Aucun entretien n'a été mené au niveau régional en raison de contraintes de disponibilité. Au total, 15 entretiens ont été réalisés pour ce groupe, qui était légèrement</p>			

surreprésenté.			
Ministère de la Santé - Niveau communautaire	Responsable de l'établissement de santé de référence, prestataire (dans les établissements où les agents de santé communautaires orientent les patients présentant des signes de danger)	4	7
Ministère de la Santé - Niveau district	Membre de l'équipe de gestion sanitaire du district	2	5
Ministère de la Santé - Niveau régional	Membre de l'équipe régionale de gestion de la santé	2	0
Ministère de la Santé - Niveau central	Programme national de lutte contre le paludisme, point focal pour la prise en charge des cas ou autre membre de l'équipe	3	2
Ministère de la Santé - Niveau central	Département de la santé maternelle et infantile	2	1
Total		13	15
Équipe de coordination MSF			
<p>Au niveau de la coordination, l'équipe d'évaluation avait pour objectif d'interroger environ 1 à 2 informateurs clés pour chacun des huit projets MSF-OCB comportant des interventions iCCM. Il s'agissait notamment des coordinateurs médicaux, des chefs de mission, des coordinateurs pharmacie et plaidoyer, ainsi que des coordinateurs RH, finances et approvisionnement/logistique. Cependant, ce groupe était sous-représenté, avec seulement 7 entretiens réalisés sur les 14 prévus. Les difficultés rencontrées comprenaient une disponibilité limitée, des refus de participation et la préférence de certains répondants pour que nous nous entretenions avec le personnel au niveau du projet, plus directement impliqué dans la mise en œuvre de l'iCCM.</p>			
Coordination MSF	Coordinateurs médicaux	6	4

Coordination MSF	Chefs de mission	2	1
Coordination MSF	Coordinateurs pharmacie	2	1
Coordination MSF	Coordinateurs plaidoyer	2	0
Coordination MSF	Coordonnateur des ressources humaines/administration ou des finances	1	1
Coordination MSF	Coordonnateur de la chaîne d'approvisionnement/logistique	1	0
Total		14	7

RST/Cell

Pour le niveau de RST/cellule, l'équipe d'évaluation avait pour objectif de mener sept entrevues, y compris des coordonnateurs de cellule (ou leurs représentants), des responsables médicaux, adjoints, RH ou Finances, épi. Cependant, ce groupe était **sous-représenté**, puisque seulement trois entrevues ont été réalisées. À l'instar de l'équipe de coordination, certaines personnes n'étaient pas disponibles ou ont choisi de ne pas y participer, et plusieurs nous ont orientés vers des collègues au niveau du pays ou du projet qui étaient plus directement impliqués dans la mise en œuvre de l'iCCM et pouvaient fournir des informations plus détaillées.

RST/Cellule	Coordonnateur de cellule (ou son représentant)	1	1
RST/Cell	Médecin /Adjoint /Chef de l'équipe médicale régionale	3	2
RST/Cell	Responsable des ressources humaines ou des finances	1	0
RST/Cell	Conseillers en épidémiologie	2	0
Total		7	3

L'équipe d'évaluation avait pour objectif d'interroger huit membres du département médical de MSF-OCB, au niveau managérial et technique. Au total, 11 entrevues ont été réalisées, ce qui rend ce groupe **légèrement surreprésenté**. Le suréchantillonnage s'est produit en partie en raison de l'engagement ferme de l'équipe de promotion de la santé et de l'inclusion de profils

techniques pertinents supplémentaires qui ont fourni des informations précieuses sur l'ensemble des points de référence.			
MSF-OCB	Directeur médical adjoint	1	1
MSF-OCB	Conseiller pédiatrique	1	1
MSF-OCB	Conseiller technique - Paludisme	1	1
MSF-OCB	Conseiller technique - Promotion de la santé	1	3
MSF-OCB	Conseiller technique - Nutrition	1	1
MSF-OCB	Conseiller technique - Santé sexuelle et reproductive	1	0
MSF-OCB	Conseiller technique - Vaccination	1	1
MSF-OCB	Conseiller technique - Épidémiologie, Unité E-Santé	1	1
MSF-OCB	Autre	2	2
Total		8	11
Parties prenantes mondiales de l'iCCM			
L'équipe d'évaluation avait pour objectif de mener deux entretiens avec des parties prenantes mondiales engagées dans l'iCCM, notamment des représentants d'organisations telles que l'UNICEF, CRS, World Vision et d'autres. Cet objectif a été pleinement atteint , deux entretiens ayant été réalisés. Ces parties prenantes ont fourni des perspectives de haut niveau sur la politique mondiale, les orientations techniques et les priorités de financement liées à l'iCCM.			
Parties prenantes mondiales de l'iCCM	UNICEF, CRS, World Vision et/ou autres	2	2
Total :		2	2
Taille finale de l'échantillon		90	115

ANNEXE 7 : QUESTIONS D'ENTRETIEN

À la suite d'une analyse documentaire et d'une consultation avec des experts mondiaux de la mise en œuvre de l'iCCM, l'équipe d'évaluation a élaboré une série complète de questions ci-dessous, alignées sur les huit critères interinstitutionnels établis pour la mise en œuvre de l'iCCM (appelés domaines programmatiques). Les critères utilisés sont ceux présentés dans *la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'iCCM : Une stratégie axée sur l'équité pour améliorer l'accès aux services de traitement essentiels pour les enfants*,¹⁴ et *le guide des indicateurs* du programme de santé maternelle et infantile de l'USAID : *Suivi et évaluation de la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire*,¹⁵ reconnu comme la source la plus récente d'informations et de ressources mondiales sur l'iCCM. L'équipe d'évaluation posera à chaque informateur clé ou groupe d'informateurs clés (dans le cadre de discussions de groupe) une partie des questions ci-dessous.

Domaine programmatique	Question d'entretien
1. Coordination et élaboration des politiques	<p>1.1 Des politiques et des directives nationales sont-elles en place pour soutenir le traitement au niveau communautaire, y compris iCCM ? Pourriez-vous fournir une cartographie des interventions actuelles de l'iCCM, des partenaires impliqués et des mécanismes nationaux de coordination de l'iCCM ?</p> <p>1.2 Votre pays dispose-t-il d'une stratégie nationale de santé communautaire, et comment votre intervention iCCM s'y inscrit-elle ? Y a-t-il des domaines où votre intervention va au-delà des directives nationales, comme l'offre de services de planification familiale ou la prise en charge de cas de malnutrition simples, ou y a-t-il des lacunes où la stratégie nationale pourrait être élargie ?</p> <p>1.3 Quels sont la vision et les objectifs de MSF et/ou de MSF-OCB en matière de santé dans les pays où vous travaillez et à travers les activités de projet que vous mettez en œuvre ? Quel est le rôle d'iCCM dans le soutien de cette vision ? Comment iCCM s'inscrit-il dans les objectifs globaux de MSF ?</p> <p>1.4 Comment les activités de l'iCCM sont-elles conçues et qui prend les décisions concernant le paquet d'intervention, les groupes prioritaires et l'harmonisation avec les autres activités ? Dans quelle mesure et de quelle manière les membres de la communauté participent-ils à l'évaluation des besoins et au processus décisionnel pour ces activités ?</p>

¹⁴ OMS/UNICEF (2012).

¹⁵ Groupe de travail sur la santé infantile, site web Integrated Community Case Management (iCCM) <https://www.childhealthtaskforce.org/hubs/iccm>

	<p>1.5 Avez-vous effectué une évaluation des besoins et/ou une analyse de la situation avant ou pendant la mise en œuvre de l'iCCM ? Si oui, pouvez-vous décrire l'évaluation des besoins ? Pouvons-nous partager une copie du rapport d'évaluation et des résultats ? (Enquête selon l'OMS/UNICEF) : Inclait-il une cartographie géographique des communautés appropriées pour la iCCM ; les politiques et directives nationales en place pour permettre le traitement au niveau communautaire ; cartographie des activités et des partenaires actuels; et un mécanisme national de coordination pour l'iCCM ? Comment la communauté a-t-elle participé à l'évaluation des besoins en matière d'ICM ?</p> <p>1.6 Avez-vous un plan de projet décrivant l'approche pour chaque domaine de référence clé ? Votre plan de projet a-t-il été élaboré en consultation avec le ministère de la Santé ? Avec des partenaires ?</p> <p>1.7 Quels composants d'iCCM sont inclus dans votre projet ? Pourquoi?</p> <p>1.8 Quelles adaptations ont été apportées au modèle standard mondial iCCM (cf., https://www.childhealthtaskforce.org/hubs/iccm) en réponse aux besoins et aux conditions locales ? Pouvez-vous décrire ces adaptations et les raisons qui les sous-tendent ?</p> <p>1.9 Qui sont les principales parties prenantes de l'iCCM au niveau national, régional et communautaire et comment coordonnez-vous avec elles ? Comment les différentes parties prenantes (par exemple, le ministère de la Santé, les autorités sanitaires de district, les dirigeants communautaires, les agents de santé, les autorités locales) sont-elles impliquées dans la planification et l'exécution des activités iCCM ?</p> <p>1.10 Quelles sont les méthodes utilisées pour impliquer la communauté dans les activités de l'iCCM ? Quelles méthodes ont été les plus efficaces et pourquoi ? Comment la communauté a-t-elle participé à la détermination des besoins en matière de santé et à la conception des interventions iCCM ?</p> <p>1.11 Comment MSF et les autorités sanitaires locales collaborent-elles aux interventions iCCM ? Quels sont les principaux défis, leçons et réussites de ces efforts de collaboration ?</p> <p>1.12 Quels rôles les donateurs externes, les partenaires normatifs, techniques et de mise en œuvre jouent-ils dans les interventions de l'iCCM ?</p> <p>1.13 Avec quels groupes de travail techniques du ministère de la Santé et de la santé l'équipe MSF se coordonne-t-elle ? À quelle fréquence l'équipe iCCM de MSF participe-t-elle aux réunions du groupe de travail et de coordination ?</p>
--	---

	<p>1.14 Y a-t-il d'autres contextes au sein de votre projet, pays ou région où vous pensez que l'iCCM pourrait être une stratégie utile mais n'est pas actuellement mise en œuvre ? Dans l'affirmative, pourriez-vous expliquer pourquoi il n'a pas été mis en œuvre dans ces régions ? Y a-t-il des défis de faisabilité spécifiques ou d'autres obstacles qui peuvent empêcher sa mise en œuvre ?</p> <p>1.15 Quels facteurs ont influencé l'efficacité de la coordination entre les différentes parties prenantes impliquées dans l'iCCM ?</p> <p>1.16 Comment les politiques et les directives relatives à la gestion intégrée des maladies transmises par les différentes parties prenantes, notamment le ministère de la Santé, les prestataires de soins de santé, les agents de santé communautaires et les communautés ? Quels sont les défis ou les facilitateurs spécifiques qui ont eu un impact sur leur adoption ?</p> <p>1.17 Comment les interventions de l'iCCM sont-elles alignées et mises en œuvre conformément aux directives standardisées et aux politiques nationales au niveau communautaire, et quels sont les défis ou les facilitateurs qui influencent ce processus ?</p> <p>1.18 Comment les résultats de l'intervention iCCM ont-ils été maintenus au sein du projet ou de la région, et quelles approches spécifiques ont été efficaces pour y parvenir ? Comment les interventions de l'iCCM peuvent-elles être maintenues en cas ou après la fin du soutien aux projets de MSF ?</p>
<p>2. Coûts et financement</p>	<p>2.1 Pouvez-vous décrire l'approche utilisée pour chiffrer les activités d'iCCM afin de s'assurer que le financement nécessaire est obtenu ? (JS) Pouvez-vous partager le budget du projet et la répartition des coûts (par poste pour calculer le pourcentage des dépenses par catégorie de coûts) ?</p> <p>2.2 Comment MSF peut-elle améliorer le soutien à la durabilité et à l'évolutivité des initiatives iCCM ?</p> <p>2.3 Financement - Comment les activités de MSF iCCM sont-elles financées et existe-t-il des sources de financement futures ? Quelles stratégies sont en place pour assurer un approvisionnement constant en ressources et en médicaments nécessaires ?</p> <p>2.4 Comment les décisions budgétaires sont-elles prises et quels sont les principaux défis et facilitateurs qui influencent ces décisions financières pour iCCM ?</p> <p>2.5 Quels modèles ou stratégies financiers ont été/pourraient être mis en œuvre à l'avenir pour assurer la viabilité à long terme des projets iCCM ?</p>

<p>3. Ressources humaines</p>	<p>3.0 Comment les ASC sont-ils sélectionnés par les communautés et quels sont les critères de sélection ? Les ASC sont-ils reconnus comme faisant partie du personnel du ministère de la Santé et quelles tâches sont-ils officiellement autorisés à effectuer ? De plus, les activités de l'iCCM se sont-elles appuyées sur des initiatives de santé communautaire existantes, ou MSF a-t-elle dû mettre en place ces activités à partir de zéro ?</p> <p>3.1 Avez-vous un mandat écrit décrivant clairement et bien articulé les rôles et responsabilités des ASC ?</p> <p>3.2 Comment les ASC sont-ils formés, au début de l'intervention et au fil du temps ? Comment les ASC sont-ils supervisés ? Quelles ressources et quels outils (p. ex., outils de travail, listes de contrôle de la supervision) sont disponibles pour soutenir la formation et la supervision ?</p> <p>3.3 Le ministère de la Santé, les établissements de santé et/ou les structures ou mécanismes communautaires sont-ils en place pour soutenir les ASC ? Si oui, pouvez-vous décrire les structures et les mécanismes, et y a-t-il des termes de référence pour leurs rôles et responsabilités ?</p> <p>3.4 Avez-vous un mandat écrit pour le personnel d'intervention de l'iCCM ? Pour les collaborateurs du ministère de la Santé ? Pour les structures communautaires qui soutiennent les ASC ?</p> <p>3.5 Quel est le pourcentage d'agents de santé communautaires masculins/féminins ? Quelle est la tranche d'âge des ASC ? Quelle est la représentation géographique et culturelle des ASC dans vos interventions en iCCM ? Quel est le niveau d'éducation et le parcours professionnel des ASC participant à vos interventions iCCM ?</p> <p>3.6 Avez-vous mis en place des stratégies pour la rétention et la motivation du personnel de l'iCCM et des ASC ? Si oui, veuillez décrire.</p> <p>3.7 Comment le nombre et la répartition géographique des agents de santé communautaires sont-ils corrélés avec les besoins de la population cible, et quels efforts sont déployés pour assurer une couverture adéquate et équitable ?</p> <p>3.8 Comment les ASC évaluent-ils leur efficacité dans la prestation des services iCCM et quels sont les défis auxquels ils sont confrontés ?</p>
<p>4. Gestion de la chaîne d'approvisionnement</p>	<p>4.0 Les médicaments et les fournitures adaptés aux enfants pour l'iCCM sont-ils inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels ; et le plan d'approvisionnement, le contrôle des stocks, le système logistique de réapprovisionnement et le LMIS pour iCCM avec des procédures opérationnelles standard ? Sont-ils disponibles pour les ASC ?</p>

	<p>4.1 Pouvez-vous décrire l'approvisionnement et la chaîne d'approvisionnement pour les principaux produits iCCM ?</p> <p>4.2 Quels sont les produits iCCM actuellement en stock ou en rupture de stock ? Quelles sont les matières premières iCCM qui ont connu des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois ? Quelle a été la durée de la rupture de stock ? Comment la rupture de stock a-t-elle été résolue ?</p> <p>4.3 Comment les outils de diagnostic et les médicaments iCCM sont-ils stockés dans les domiciles/lieux de travail des ASC ? Les ASC ont-ils accès à une zone de stockage sécurisée/verrouillée pour les produits iCCM ?</p> <p>4.4 Comment les ASC réapprovisionnent-ils les fournitures essentielles, et quelle est la fréquence et le processus de réapprovisionnement ? Quels sont les outils ou les systèmes en place pour faciliter ce processus ? Les ASC sont-ils liés aux établissements de santé pour le réapprovisionnement, et comment cela soutient-il la durabilité des activités iCCM au-delà de la fin du projet ?</p> <p>4.5 Comment les problèmes d'approvisionnement et de distribution en général et dans les zones difficiles d'accès sont-ils résolus pour garantir une disponibilité adéquate des approvisionnements en iCCM ?</p> <p>4.6 Comment les défis de la chaîne d'approvisionnement ont-ils affecté l'efficacité et l'évolutivité des interventions d'iCCM ?</p> <p>4.7 Quelles stratégies à long terme ont été établies pour maintenir et améliorer la chaîne d'approvisionnement des produits iCCM ?</p>
<p>5. Prestation de services et orientation</p>	<p>5.0 Des lignes directrices appropriées sont-elles en place pour l'évaluation clinique, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation, y compris des plans d'utilisation rationnelle des médicaments (et des TDR le cas échéant) ? et système d'orientation et de contre-référence pour l'iCCM ? Si oui, pouvez-vous partager une copie pour nos dossiers.</p> <p>5.1 Veuillez confirmer les détails géographiques, démographiques et contextuels du site du projet. De plus, comment les décisions clés concernant la mise en œuvre de l'iCCM ont-elles été prises, y compris la sélection du site, la gestion des ressources humaines, la supervision et les colis de soins ? Comment les communautés ont-elles participé à ces décisions, et quelles données et quels intervenants ont éclairé le processus ?</p> <p>5.2 Quelles composantes de l'activité iCCM sont incluses dans votre intervention iCCM (paludisme, pneumonie, diarrhée) ? La population ciblée demande-t-elle d'autres services ? Si oui, lequel ?</p> <p>5.3 Comment les ASC organisent-ils concrètement leur travail ? Où voient-ils les patients ? Où stockent-ils les médicaments ? Comment assurent-ils</p>

	<p>le suivi et la communication de la gestion des cas ? Avec quoi ont-ils du mal ?</p> <p>5.4 D'autres services sont-ils intégrés à votre portefeuille d'activités iCCM ? Si oui, quels services ? Comment sont-ils constitués en société ?</p> <p>5.5 Quels groupes d'âge sont inclus dans les activités et autres services de l'iCCM ? Quels ensembles de soins sont fournis pour quels domaines de santé/maladie, y compris l'ensemble standard iCCM comme indiqué ci-dessus et/ou des interventions de santé communautaire supplémentaires (par exemple, la nutrition) ?</p> <p>5.6 Comment les ASC gèrent-ils les résultats négatifs du TDR du paludisme ?</p> <p>5.7 Comment les ASC gèrent-ils les signes de danger d'une maladie grave ? Où sont les services d'aiguillage les plus proches ? Veuillez décrire l'établissement d'aiguillage et les services disponibles. Quels sont les défis à relever pour renvoyer des affaires ? Des mesures d'atténuation sont-elles en place pour le transport et/ou le suivi des patients référés ?</p> <p>5.8 Quel est le pourcentage de cas qui se présentent aux ASC et qui sont orientés vers un traitement ? Quel est le pourcentage de personnes qui terminent la recommandation ? Comment les résultats sont-ils suivis après l'aiguillage ?</p> <p>5.9 À quel établissement/prestataire les ASC orientent-ils les patients nécessitant des soins pour une maladie grave ou des soins spécialisés ? Quels sont les obstacles à l'aiguillage ? Comment les renvois sont-ils suivis de la communauté à l'établissement ?</p> <p>5.10 D'autres activités du projet ont-elles inclus l'utilisation de l'artésunate rectal pour le traitement avant l'aiguillage ? Si oui, veuillez décrire.</p> <p>5.11 Les ASC disposent-ils d'outils pour faciliter le comptage des respirations des enfants suspectés de pneumonie ? Si oui, veuillez décrire.</p> <p>5.12 Quelle proportion de la population cible a accès aux services d'iCCM, et quelles zones ou quels groupes restent mal desservis et pourquoi ?</p> <p>5.13 Dans quelle mesure les agents de santé et les membres de la communauté ont-ils été intégrés efficacement dans les pratiques de prestation de services et d'orientation ? Quels obstacles ou soutiens ont influencé leur adoption ?</p> <p>5.14 Comment la durabilité et la qualité à long terme de la prestation de services et des pratiques d'aiguillage sont-elles assurées ?</p>
<p>6. Communication et mobilisation sociale</p>	<p>6.1 Avez-vous mis en place un plan et une stratégie de communication et de mobilisation sociale pour iCCM ? Avez-vous du matériel et des messages pour iCCM ? Si oui, partagez-le.</p>

	<p>6.2 Comment les influenceurs communautaires sont-ils impliqués dans la promotion de la santé et le soutien de l'iCCM ?</p> <p>6.3 Dans quelle mesure les efforts de communication et de mobilisation sociale atteignent-ils et mobilisent-ils divers groupes au sein de la population cible ?</p> <p>6.4 Dans quelle mesure les efforts de communication et de mobilisation sociale de l'iCCM ont-ils été adoptés par les dirigeants communautaires, les agents de santé et le public ? Quels sont les principaux facteurs qui ont facilité ou entravé leur adoption généralisée ?</p> <p>6.5 Quelles stratégies à long terme sont en place pour assurer la durabilité des efforts de communication et de mobilisation sociale pour l'iCCM ?</p>
<p>7. Supervision et amélioration de la qualité des performances</p>	<p>7.1 Le projet dispose-t-il d'un plan et d'outils appropriés pour soutenir une supervision efficace, de superviseurs formés et de ressources (p. ex., véhicules, carburant) pour assurer la supervision et fournir un encadrement des compétences aux ASC ? Si oui, partagez-le.</p> <p>7.2 Disposez-vous d'un plan complet de formation de base et de recyclage pour les ASC ? Si oui, veuillez décrire.</p> <p>7.3 Comment les équipes du ministère de la Santé au niveau central, des districts et des établissements sont-elles impliquées dans la formation des agents de santé communautaires ?</p> <p>7.4 Quels sont les programmes et outils de formation utilisés pour former les ASC ?</p> <p>7.5 Pouvez-vous décrire le processus de formation des ASC impliqués dans l'iCCM ? Quelles sont les forces et les faiblesses du modèle de formation actuel ? Comment le soutien continu et le renforcement des capacités sont-ils assurés pour le personnel impliqué dans l'iCCM ?</p> <p>7.6 Pouvez-vous décrire l'approche et la fréquence des visites de supervision ? (Approfondissement pour : supervision intégrée avec des médecins de district ou de zone ; supervision dirigée par le projet ; fréquence ; contenu/outils de supervision ; contenu de la supervision)</p> <p>7.7 Quelles sont les listes de contrôle et les outils utilisés lors des visites de surveillance ?</p> <p>7.8 Comment les lacunes dans les capacités des ASC sont-elles gérées après les visites de supervision ? (Sondage pour le mentorat, la formation en cours d'emploi, d'autres approches pour le renforcement continu des capacités.)</p> <p>7.9 Comment l'accessibilité de la supervision et des mesures d'amélioration de la qualité est-elle assurée pour les ASC, en particulier dans les zones reculées et mal desservies ?</p>

	<p>7.10 Quelles sont les stratégies à long terme pour maintenir et améliorer l'efficacité des pratiques de supervision et d'amélioration de la qualité de l'iCCM ?</p>
<p>8. Suivi et évaluation et systèmes de santé</p>	<p>8.1 Disposez-vous d'un cadre et d'un système de suivi complets pour toutes les composantes de l'iCCM, intégrés dans le plan sectoriel national de santé et le système d'information sanitaire, ainsi que dans les systèmes de suivi interne de MSF ? Dans l'affirmative, veuillez décrire comment ces systèmes sont harmonisés et partager tout document pertinent.</p> <p>8.2 Pouvez-vous nous donner un exemple du registre de santé utilisé pour enregistrer chaque visite de patient ? Comment ce registre est-il utilisé à la fois au niveau communautaire et dans les processus internes de suivi des données de MSF ?</p> <p>8.3 Comment les données mensuelles du registre de santé sont-elles partagées avec l'établissement de santé pour être enregistrées dans le SIGS de district/national ? De plus, comment ces données sont-elles utilisées au sein de MSF pour surveiller et ajuster les activités du projet ?</p> <p>8.4 Quels mécanismes sont en place pour suivre et évaluer les résultats des activités de l'iCCM ? (Sonde pour la surveillance de routine, les évaluations, la rétroaction des patients et d'autres approches)</p> <p>8.5 Comment les données sont-elles collectées, suivies, analysées et discutées en interne au sein de MSF ? Qui est impliqué dans ce processus et quels outils ou systèmes sont utilisés pour le faciliter ? Les ASC ou d'autres membres de la communauté sont-ils impliqués dans ce processus d'examen et d'analyse des données ? Si oui, comment ?</p> <p>8.7 Comment les systèmes de S&E et de SIH sont-ils adaptés pour assurer une couverture complète et une accessibilité dans toutes les régions ciblées et pour tous les ASC ?</p> <p>8.8 Quels sont les principaux défis et réussites de l'utilisation du S&E et du SIH pour suivre et rendre compte des résultats de l'iCCM ?</p>
<p>9. Questions transversales générales</p>	<p>Défis et obstacles</p> <p>9.1 Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés dans la mise en œuvre des activités d'iCCM ?</p> <p>9.2 Quelles sont vos structures et ressources de soutien en place pour les atténuer ?</p> <p>9.3 Y a-t-il des obstacles culturels, logistiques ou liés aux ressources qui entravent l'efficacité des activités iCCM ? Comment sont-ils abordés ?</p> <p>9.4 Pouvez-vous nous parler d'une leçon particulière tirée des activités de l'iCCM ?</p>

9.5 Quel est votre contexte de sécurité et comment cela affecte-t-il les interventions d'iCCM dans votre projet ?

Facteurs de succès

9.6 Quels sont les éléments des activités de l'iCCM que vous considérez comme les plus réussis et quel impact ont-ils eu sur la communauté ?

9.7 Pouvez-vous partager une histoire de réussite particulière ou un résultat positif significatif des activités de l'iCCM ?

Recommandations d'amélioration

9.8 D'après votre expérience, quels changements ou améliorations recommanderiez-vous pour les activités de l'iCCM ?

9.9 Y a-t-il de nouvelles stratégies ou de nouveaux outils qui, selon vous, devraient être intégrés aux activités de l'iCCM pour améliorer l'efficacité ?

Orientations futures

9.10 À l'avenir, quels sont les besoins ou les opportunités les plus pressants pour étendre ou adapter les activités d'iCCM ?

9.11 Quels types d'informations tirées de cette évaluation pourraient vous être les plus utiles pour gérer l'intervention actuelle (et future) de l'ICM ? (Approfondir : leçons et/ou innovations d'autres projets ; outils de meilleures pratiques élaborés/partagés ; nouvelles possibilités de financement pour développer/élargir/étendre le projet ou en développer de nouveaux)

ANNEXE 8 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE (ENTRETIENS INDIVIDUELS APPROFONDIS)

Titre de l'évaluation : Évaluation thématique des projets de gestion de cas communautaire intégrée (iCCM) de MSF

Équipe d'évaluation : Mary Kante, Laure Moukam, Malia Skjefte

Description des principales parties prenantes : Parties prenantes impliquées dans les activités iCCM ou concernées par celles-ci, notamment les agents de santé communautaires, les membres de la communauté, les patients, les PMR, les commissaires et les membres du groupe de coordination

Date de la version : 1.0

Ce formulaire fournit des informations importantes sur la participation à cette évaluation. Vous avez le droit de prendre votre temps pour décider de participer ou non à cette évaluation.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez envoyer un courriel à Linda Ohman à l'adresse Linda.ohman@stockholm.msf.org.

Qui compose l'équipe d'évaluation ?

Nous sommes une équipe d'évaluation d'Eau Claire Consulting, travaillant sous la direction de l'unité d'évaluation de Stockholm. Nous menons une évaluation intitulée « Évaluation thématique des projets de gestion de cas communautaire intégrée (iCCM) de MSF ».

Objectif de l'évaluation

Cette évaluation nous aidera, ainsi que les futures équipes d'évaluation de MSF, à mieux comprendre les difficultés ou les défis actuels auxquels sont confrontés les agents de santé communautaires, les prestataires de soins de santé, les autorités et les membres de la communauté dans la mise en œuvre et les résultats des activités iCCM. Les résultats de cette évaluation permettront aux équipes d'élaborer des stratégies plus efficaces pour la gestion et l'intervention en matière de santé communautaire.

Pourquoi suis-je invité à participer à cette évaluation ?

Nous souhaitons en savoir plus sur les expériences des parties prenantes impliquées dans les activités iCCM ou concernées par celles-ci. Vous pouvez participer à cette évaluation si vous :

- Vous êtes impliqué dans les activités iCCM ou êtes concerné par celles-ci
- Vous avez au moins 18 ans
- acceptez d'être interviewé

Que dois-je savoir à propos de cette évaluation ?

- Quelqu'un vous expliquera en quoi consiste cette évaluation.
- C'est à vous de décider si vous souhaitez y participer ou non.
- Vous pouvez choisir de ne pas y participer.
- Vous pouvez accepter d'y participer et changer d'avis par la suite.
- Votre décision ne sera pas retenue contre vous.
- Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez avant de prendre votre décision.
- Vous pouvez choisir de vous retirer de l'évaluation à tout moment pendant la période d'évaluation.

Combien de temps vais-je participer à cette évaluation ?

Vous passerez un entretien au total. L'entretien durera environ 45 à 60 minutes et sera enregistré. Vous pouvez passer certaines questions pendant l'entretien. N'hésitez pas à demander des précisions ou à poser des questions complémentaires.

Nous recueillerons les informations suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques
- Expérience globale des activités iCCM
- Difficultés liées aux activités iCCM (sociales, sanitaires, opérationnelles)
- Recommandations pour améliorer les futures activités iCCM

Serai-je rémunéré ?

Vous ne serez pas rémunéré pour cet entretien.

Quels sont les avantages ?

Il n'y a aucun avantage direct à participer à cet entretien. Vous aiderez votre communauté et MSF en améliorant les connaissances sur les activités iCCM, ce qui facilitera les futures interventions iCCM dans l'ensemble du portefeuille MSF-OCB.

Cette évaluation pourrait-elle avoir des conséquences négatives pour moi ?

Vous pouvez vous sentir mal à l'aise à l'idée de partager des informations privées et sensibles concernant vos expériences avec les activités iCCM. Nous prévoyons de minimiser tout risque ou inconfort potentiel en posant des questions avec tact et en formant tous les évaluateurs avant la réalisation des entretiens. Vous pouvez sans conséquence passer certaines questions ou interrompre l'entretien à tout moment. L'intervieweur se trouvera dans un espace confidentiel et sécurisé pendant l'appel afin de garantir la confidentialité. Nous vous recommandons également de participer depuis un endroit sûr, sécurisé et privé. Les entretiens en personne auront également lieu dans un endroit sûr, sécurisé et privé.

Toutes les informations, y compris l'enregistrement de l'entretien, seront protégés par mot de passe. Les transcriptions codées peuvent être partagées avec Eau Claire Consulting et l'unité d'évaluation de Stockholm à des fins d'analyse. Afin de protéger votre vie privée, votre nom ne sera pas mentionné et vous ne serez pas identifié dans les rapports ou publications partagés ou publics résultant de cette évaluation. Toutes les données seront anonymisées afin de garantir leur confidentialité.

Que se passe-t-il si je ne souhaite pas participer à cette évaluation ?

La participation à cette évaluation est entièrement volontaire. Vous pouvez décider de participer ou non. Le fait de vous retirer ou de refuser votre consentement à l'évaluation n'a aucune incidence sur les services que vous recevez de MSF ou du ministère de la Santé.

Déclaration de consentement

On m'a demandé si je consentais à participer à cette évaluation. Un membre de l'équipe m'a expliqué les informations contenues dans ce formulaire de consentement, y compris les risques et les avantages possibles. Toutes mes questions concernant l'évaluation ont reçu une réponse satisfaisante. Je sais que je peux interrompre et quitter l'évaluation à tout moment sans que cela n'ait d'incidence sur les services ou les ressources mis à ma disposition par MSF.

[Le consentement verbal est ensuite enregistré sur Zoom ; le consentement écrit est fourni pour les entretiens en personne.

ANNEXE 9 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE (DISCUSSION DE GROUPE)

Titre de l'évaluation : Évaluation thématique des projets de gestion de cas communautaire intégrée (iCCM) de MSF

Équipe d'évaluation : Mary Kante, Laure Moukam, Malia Skjefte

Description des principales parties prenantes : Parties prenantes impliquées dans les activités iCCM ou concernées par celles-ci, notamment les agents de santé communautaires, les membres de la communauté, les patients, les PMR, les commissaires et les membres du groupe de coordination

Date de la version : 1.0

Ce formulaire fournit des informations importantes sur la participation à cette évaluation. Vous avez le droit de prendre votre temps pour décider de participer ou non à cette évaluation.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez envoyer un courriel à Linda Ohman à l'adresse Linda.ohman@stockholm.msf.org.

Qui compose l'équipe d'évaluation ?

Nous sommes une équipe d'évaluation d'Eau Claire Consulting, travaillant sous la direction de l'unité d'évaluation de Stockholm. Nous menons une évaluation intitulée « Évaluation thématique des projets de gestion de cas communautaire intégrée (iCCM) de MSF ».

Objectif de l'évaluation

Cette évaluation nous aidera, ainsi que les futures équipes d'évaluation de Médecins sans Frontières (MSF), à mieux comprendre les difficultés ou les défis actuels auxquels sont confrontés les agents de santé communautaires, les prestataires de soins de santé, les autorités et les membres de la communauté dans la mise en œuvre et les résultats des activités iCCM. Les résultats de cette évaluation permettront aux équipes d'élaborer des stratégies plus efficaces pour la gestion et l'intervention en matière de santé communautaire.

Pourquoi suis-je invité à participer à cette évaluation ?

Nous souhaitons en savoir plus sur les expériences des parties prenantes impliquées dans les activités iCCM ou concernées par celles-ci. Vous pouvez participer à cette évaluation si vous :

- êtes impliqué dans les activités iCCM ou êtes concerné par celles-ci
- avez au moins 18 ans
- acceptez d'être interviewé

Que dois-je savoir à propos de cette évaluation ?

- Quelqu'un vous expliquera en quoi consiste cette évaluation.
- C'est à vous de décider si vous souhaitez y participer ou non.
- Vous pouvez choisir de ne pas y participer.
- Vous pouvez accepter d'y participer et changer d'avis par la suite.
- Votre décision ne sera pas retenue contre vous.
- Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez avant de prendre votre décision.
- Vous pouvez choisir de vous retirer de l'évaluation à tout moment pendant la période d'évaluation.

Combien de temps vais-je participer à cette évaluation ?

Vous participerez à une discussion de groupe avec environ 4 à 6 autres participants. La discussion durera environ 45 à 60 minutes et sera enregistrée. Vous pouvez ignorer certaines questions pendant l'entretien. N'hésitez pas à demander des précisions ou à poser des questions complémentaires tout au long de l'entretien.

Nous recueillerons les informations suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques
- Expérience globale des activités iCCM
- Difficultés liées aux activités iCCM (sociales, sanitaires, opérationnelles)
- Recommandations pour améliorer les futures activités iCCM

Serai-je rémunéré ?

Vous ne serez pas rémunéré pour cet entretien.

Quels sont les avantages ?

Il n'y a aucun avantage direct à participer à cet entretien. Vous aiderez votre communauté et MSF en améliorant les connaissances sur les activités iCCM, ce qui facilitera les futures interventions iCCM de MSF.

Cette évaluation pourrait-elle avoir des conséquences négatives pour moi ?

Vous pourriez vous sentir mal à l'aise à l'idée de partager des informations privées et sensibles sur vos expériences avec les activités iCCM. Nous prévoyons de minimiser les risques ou le malaise potentiels en posant les questions avec tact et en formant tous les évaluateurs avant les entretiens. Vous pouvez à tout moment passer certaines questions ou interrompre l'entretien sans aucune conséquence. La discussion se déroulera dans un espace confidentiel et sécurisé afin de garantir votre vie privée.

Lorsque vous participez à une discussion de groupe, il existe un risque que d'autres participants partagent les détails de ce qui est discuté en dehors du groupe. Pour atténuer ce risque, nous soulignerons l'importance de la confidentialité à tous les participants avant de commencer la discussion et encouragerons chacun à respecter la vie privée des autres en ne partageant aucune information personnelle ou sensible discutée pendant la session. Malgré ces précautions, nous ne pouvons garantir que tous les participants respecteront cet accord de confidentialité.

Toutes les informations, y compris les enregistrements des entretiens et les discussions de groupe, seront protégées par mot de passe. Les transcriptions codées pourront être partagées avec l'unité d'évaluation de Stockholm à des fins d'analyse. Afin de protéger votre vie privée, votre nom ne sera pas mentionné et vous ne serez pas identifié dans les rapports ou publications publics résultant de cette évaluation. Toutes les données seront anonymisées afin de garantir leur confidentialité.

Que se passe-t-il si je ne souhaite pas participer à cette évaluation ?

La participation à cette évaluation est entièrement volontaire. Vous pouvez décider de participer ou non. Le fait de vous retirer ou de refuser votre consentement à l'évaluation n'a aucune incidence sur les services que vous recevez de MSF ou du ministère de la Santé.

Déclaration de consentement

On m'a demandé si je consentais à participer à cette évaluation. Un membre de l'équipe m'a expliqué les informations contenues dans ce formulaire de consentement, y compris les risques et les avantages possibles. Toutes mes questions concernant l'évaluation ont reçu une réponse satisfaisante. Je sais que je peux arrêter et quitter l'évaluation à tout moment sans que cela n'ait d'incidence sur les services ou les ressources mis à ma disposition par MSF.

[Le consentement verbal est ensuite recueilli lors de l'enregistrement ; le consentement écrit est fourni pour les entretiens en personne.

ANNEXE 10 : PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'ANALYSE QUANTITATIVE

Dans cette annexe, les données médicales générées sur chaque site du projet ont été analysées pour la période de l'intervention. Les résultats sont présentés ci-dessous en termes de tendances historiques au cours des années où l'intervention a été mise en œuvre et selon les principaux indicateurs médicaux pour la prise en charge communautaire des pathologies chez les enfants de moins de cinq ans. Des analyses détaillées par site du projet sont présentées après les tendances annuelles de chaque indicateur.

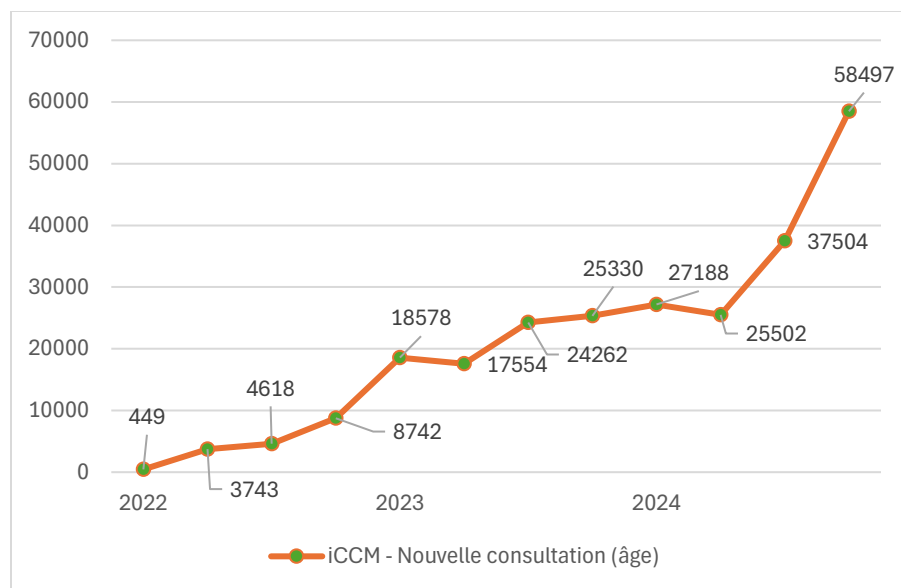
Il convient de noter que les analyses comparatives par site du projet, bien qu'elles couvrent la même période (2022-2024), n'incluent pas les données de Kebbi (Nigéria). En effet, le format des données de Kebbi n'était pas disponible lorsque les données ont été téléchargées à partir de DHIS2. Les valeurs manquantes dans les données sur le nombre de personnes, qu'elles soient isolées ou qu'elles couvrent plusieurs mois sur des sites spécifiques, ont été traitées comme des zéros réels, en supposant qu'aucune personne n'était présente. Si cette approche a simplifié le calcul des indicateurs, elle a peut-être introduit un biais à la baisse dans les résultats, en particulier dans les cas où les données manquantes ne reflétaient pas une absence réelle de personnes. En outre, les incohérences constatées dans les données communiquées dans certains cas produisent des tendances ou des chiffres irréalistes pour certains indicateurs.

Pour chaque indicateur, nous avons analysé les données disponibles afin de montrer les tendances au fil du temps et dans l'ensemble des projets MSF-OCB comportant des activités iCCM.

11.1 Consultations (nouvelles)

Cet indicateur mesure le nombre total de nouvelles consultations pour tous les âges. Le numérateur correspond au nombre de nouvelles consultations enregistrées. Des valeurs manquantes apparaissent pour Tombouctou et Niono en 2022.

Figure1 Nombre (n) de nouvelles consultations iCCM dans l'OCB, 2022-2024

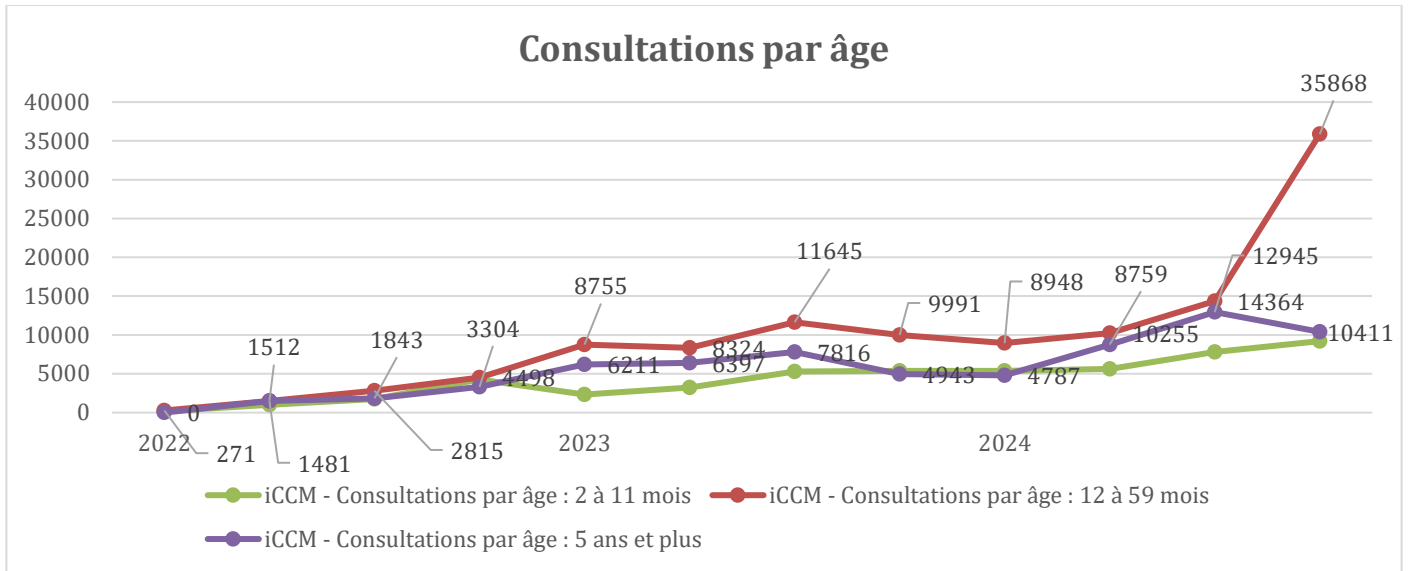


Les données montrent une augmentation substantielle des nouvelles consultations entre 2022 et 2024, ce qui indique une expansion significative de la prestation de services. Le volume des consultations a augmenté de manière spectaculaire au cours de cette période, passant par exemple de 449 nouvelles consultations au début de 2022 à 8 742 à la fin de 2022. Ce volume a poursuivi son ascension rapide, atteignant un pic de 58 497 au dernier point de données en 2024. Cette forte augmentation s'explique par le lancement des activités iCCM sur le nouveau site de Cibitoke et par l'augmentation du nombre de consultations sur le site de Yei, potentiellement due à l'intensification des activités de création de la demande (sensibilisation, éducation et communication).

11.2 Consultations (par tranche d'âge)

Cet indicateur mesure le nombre total de consultations fournies aux enfants par groupe d'âge (2 à 11 mois, 12 à 59 mois et 5 ans ou plus). Le graphique montre le nombre de consultations pour chaque groupe d'âge au cours de la période considérée.

Figure2 Nombre (n) de consultations iCCM dans l'OCB par tranche d'âge, 2022-2024



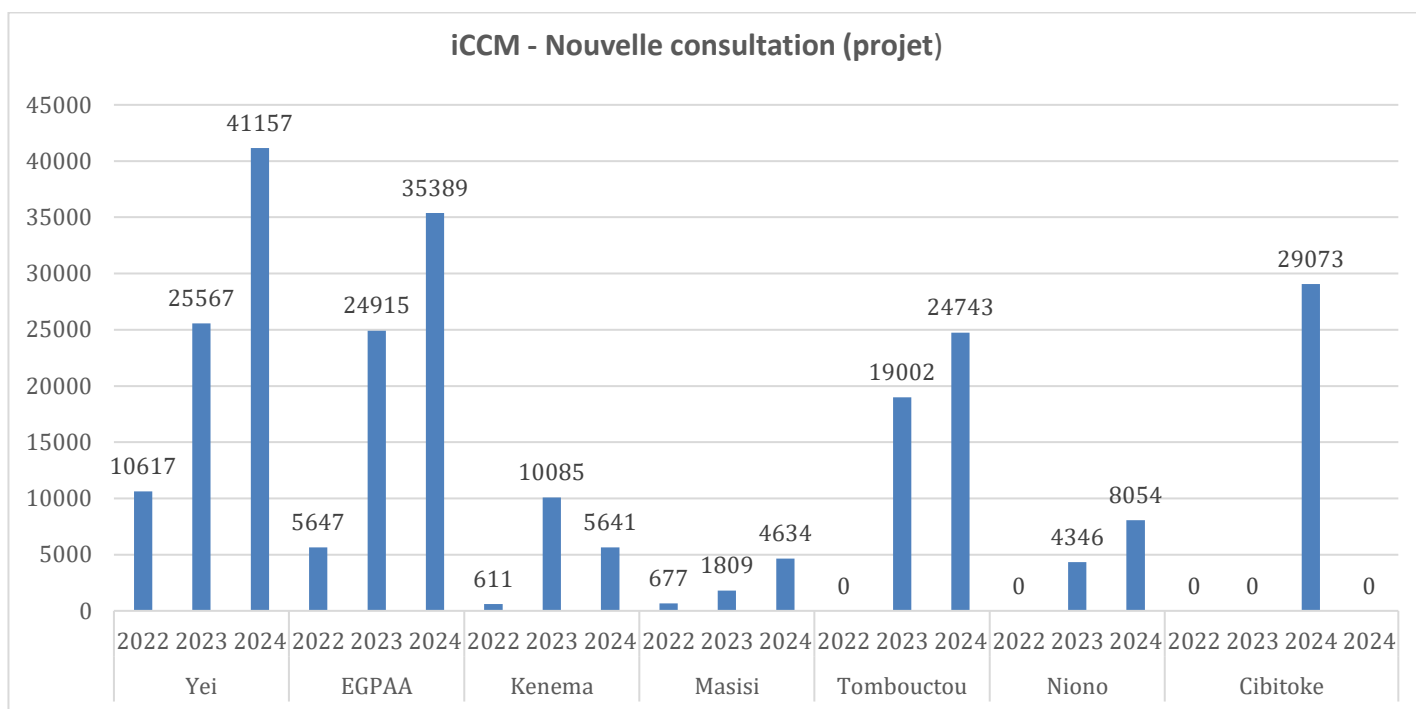
Comme l'illustre le graphique ci-dessus, le groupe d'âge des 12 à 59 mois a représenté la plus grande part des consultations tout au long de la période d'observation. Ce groupe d'âge a connu une forte augmentation des consultations, en particulier au cours de la dernière période observée (2024), avec un pic à 35 868 consultations. Dans l'ensemble, cette augmentation des consultations suggère une amélioration de l'adoption et de la demande de l'iCCM, avec un élargissement progressif de la portée démographique au fil du temps.

Analyse par site du projet

Sur l'ensemble des sites du projet, les consultations de santé communautaire ont augmenté de manière constante entre 2022 et 2024, ce qui indique une tendance positive dans l'adoption et la demande de services iCCM. Cependant, l'intensité et la structure des consultations variaient considérablement d'un site à l'autre.

11.3 Nouvelles consultations iCCM

Figure3 Nombre (n) de nouvelles consultations iCCM par projet, 2022-2024

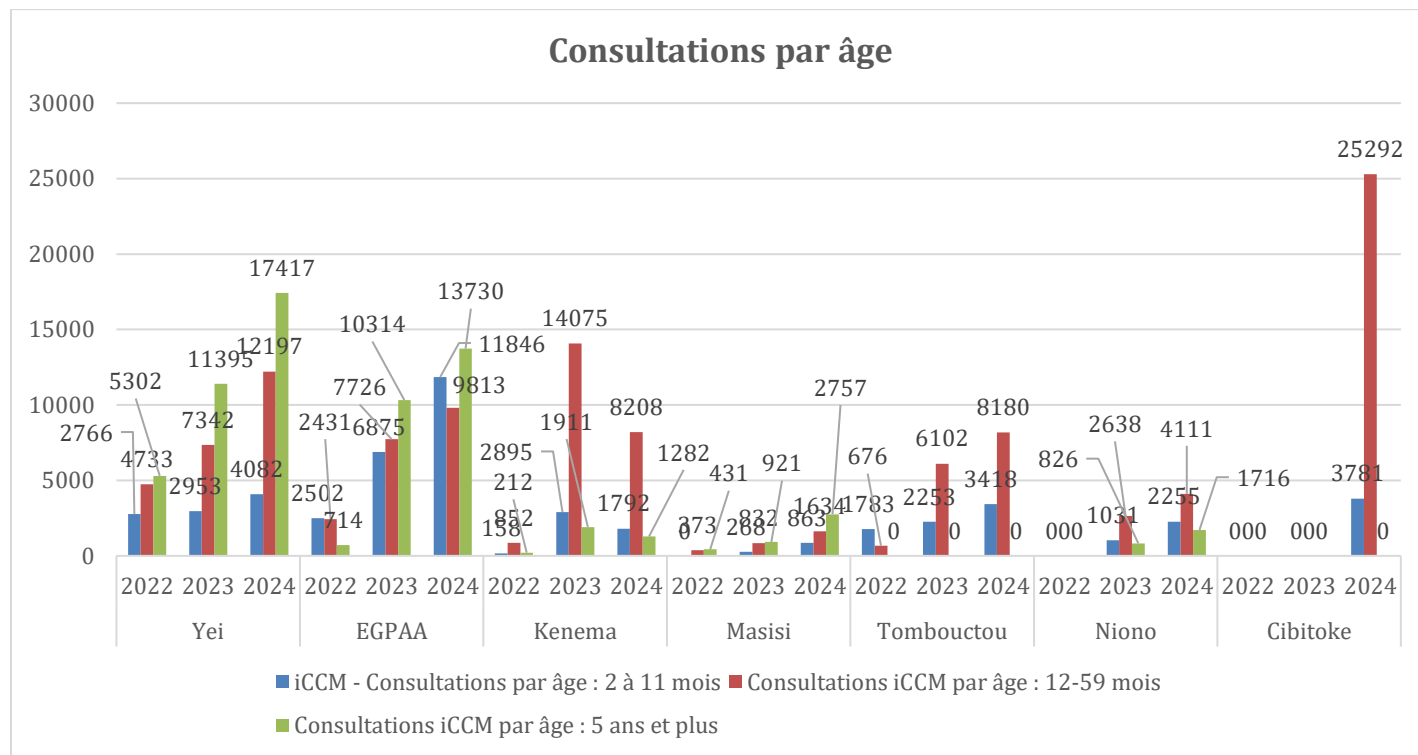


Cet indicateur suit le nombre total de nouvelles consultations menées par les agents de santé communautaires dans le cadre du projet, reflétant la portée du projet et l'engagement de la communauté dans la lutte contre les maladies infantiles telles que le paludisme, la diarrhée et la pneumonie.

La tendance observée pour les nouvelles consultations reflète ces schémas. L'EGPAA a enregistré une forte augmentation du nombre de nouveaux cas, avec des hausses annuelles pouvant atteindre 40 %, tandis que Tombouctou est restée relativement stable, sans fluctuations majeures. L'EGPAA a également enregistré une forte croissance des nouvelles consultations tout au long de la période évaluée (2022-2024). En résumé, l'indicateur des consultations montre que l'EGPAA, Yei (Soudan du Sud) et Cibitoke (Burundi) sont les moteurs de l'augmentation globale de la couverture des services, tandis que Masisi et Niono (RDC et Mali) continuent de refléter une portée limitée ou une sous-utilisation. Yei (Soudan du Sud) a systématiquement enregistré le plus grand nombre de consultations, avec plus de 24 000 nouvelles consultations pour la seule année 2023 et des niveaux élevés maintenus en 2024.

11.4 Consultations (par groupe d'âge et par projet)

Figure4 Nombre (n) de consultations iCCM par groupe d'âge et par projet, 2022-2024



Dans l'ensemble, les données montrent une augmentation constante des consultations iCCM dans la plupart des sites entre 2022 et 2024. Cela peut refléter le renforcement des activités des agents de santé communautaires et l'amélioration de l'accès aux soins. Cette tendance à la hausse était particulièrement évidente à Yei et dans l'EGPAA, où le nombre de consultations a plus que doublé (passant respectivement de 4 736 à 17 417 et de 7 726 à 13 730) chez les enfants de 5 ans et plus. La forte augmentation des consultations dans cette tranche d'âge (17 417 à Yei et 13 730 dans l'EGPAA) suggère une extension des services au-delà des enfants de moins de 5 ans, ou une résurgence des maladies fébriles au niveau communautaire touchant les populations plus âgées.

Kenema suit une trajectoire inverse avec le groupe d'âge intermédiaire (12-59 mois), passant d'une performance élevée (14,075) en 2023 à une performance presque deux fois moins élevée en 2024 (8,208), ce qui suggère un déclin potentiel de la performance des ASC dans leurs activités. En revanche, Tombouctou et Niono partent de presque 0 en 2022 et obtiennent des performances plus élevées au cours des deux années suivantes pour les groupes d'âge les plus jeunes (2 à 11 mois) et intermédiaires (12 à 59 mois). Cela s'explique probablement par une présence accrue des ASC et une couverture géographique plus large.

Cibitoke est un cas exceptionnel : les consultations ont augmenté de manière spectaculaire pour atteindre 25 292 en 2024 (12-59), dont 3 781 dans le groupe d'âge des 2-11 mois.

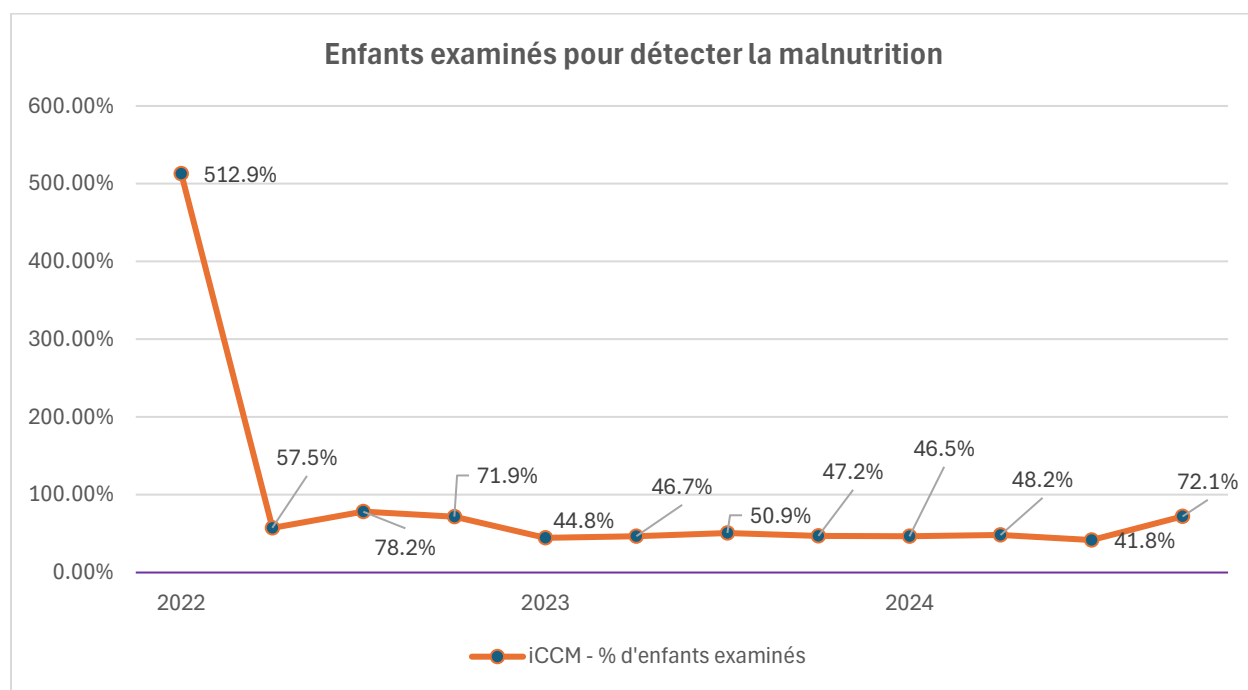
L'année 2024 marque un rebond significatif du nombre de consultations, probablement lié à un meilleur déploiement des ASC et au renforcement du système de supervision, mais surtout au démarrage des

opérations sur le site de Cibitoke, avec des performances particulièrement élevées chez les enfants de 12 à 59 mois. Cependant, les disparités importantes entre les sites (de ~2 000 à plus de 25 000 cas) soulignent le manque d'uniformité dans la maturité des sites et les contextes de mise en œuvre dans les différentes zones opérationnelles.

11.5 Malnutrition (couverture du dépistage MUAC)

Le graphique ci-dessous montre la proportion d'enfants dépistés pour la malnutrition par rapport à l'ensemble des nouvelles consultations. Le numérateur correspond au nombre d'enfants dépistés et le dénominateur au nombre total de nouvelles consultations.

Figure5 Pourcentage (%) d'enfants dépistés pour la malnutrition lors des activités iCCM dans l'OCB, 2022-2024



La proportion d'enfants dépistés pour la malnutrition a connu une volatilité importante au cours de la phase initiale. Elle a enregistré un pic anormal de 512,9 % en 2022 (indiquant probablement une anomalie dans les données ou une période où les efforts de dépistage ont largement dépassé le nombre de consultations), avant de se stabiliser entre environ 60 % et 80 % pendant le reste de l'année.

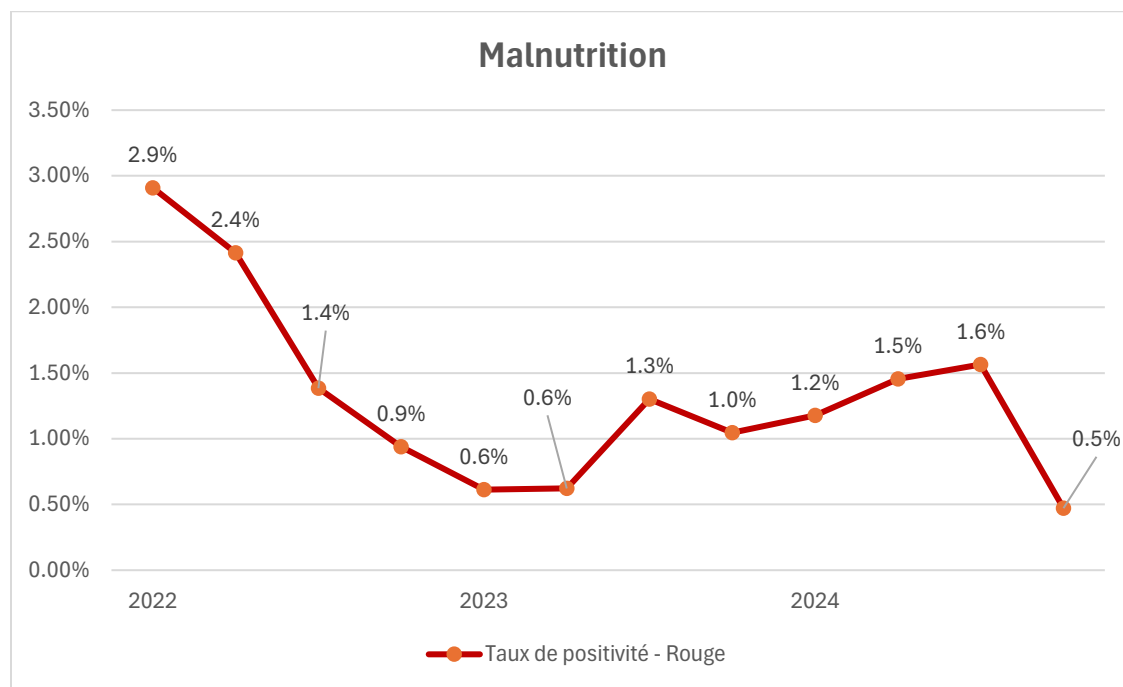
Par la suite, la couverture du dépistage a été intégrée de manière plus cohérente dans les consultations de routine, avec une moyenne proche de 50 % en 2023 (le point le plus bas étant de 44,8 %).

En 2024, la couverture du dépistage est restée relativement stable, oscillant entre 46,54 % et 72,01 %. Bien que la couverture ne soit pas tombée en dessous de 40 % comme suggéré précédemment, cette fluctuation modérée (environ 9 points de pourcentage) met en évidence des incohérences mineures persistantes dans les pratiques de dépistage de routine, qui peuvent être influencées par des lacunes en matière de ressources ou des facteurs programmatiques saisonniers.

11.6 Malnutrition (taux positif : gravité)

Cet indicateur mesure la proportion d'enfants dépistés dont le périmètre brachial (MUAC) se situe dans la catégorie rouge, indiquant une malnutrition aiguë sévère (MAS). Le numérateur correspond au nombre d'enfants présentant un MUAC rouge, et le dénominateur au nombre total d'enfants dépistés.

Figure6 Pourcentage (%) d'enfants identifiés comme souffrant de malnutrition sévère lors des activités iCCM dans l'OCB, 2022-2024

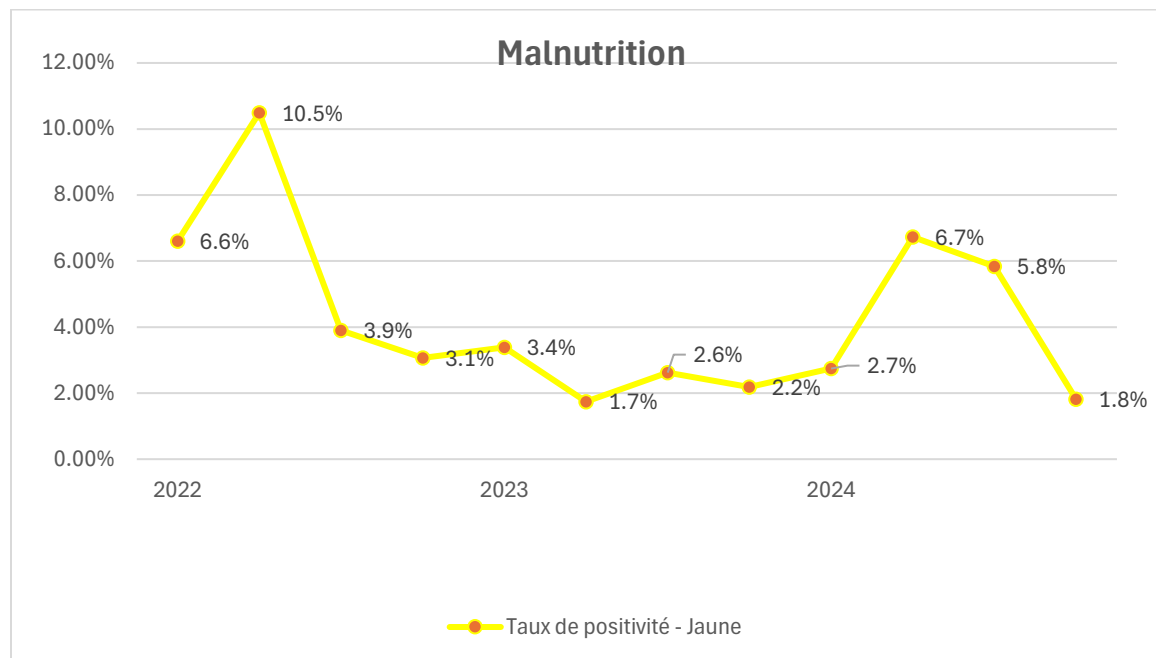


Le taux de positivité (GAM rouge, indiquant une MAS) parmi les enfants examinés est systématiquement très faible pendant la période 2022-2024. Les taux observés se situent dans une fourchette très étroite, allant d'un minimum de 0,5 % à un maximum de 2,9 %. Ce faible rendement du dépistage (inférieur à 3 %) suggère que la prévalence de la MAS est faible dans la population générale ou dans la zone d'intervention.

11.7 Malnutrition (malnutrition aiguë modérée)

Cet indicateur mesure la proportion d'enfants dépistés dont le MUAC se situe dans la catégorie jaune, indiquant une malnutrition aiguë modérée. Le numérateur est le nombre d'enfants ayant un MUAC jaune, et le dénominateur est le nombre total d'enfants dépistés.

Figure7 Pourcentage (%) d'enfants identifiés comme souffrant de malnutrition modérée lors des activités iCCM dans l'OCB, 2022-2024



Contredisant l'hypothèse d'une forte augmentation initiale suivie d'un déclin régulier, le taux de positivité pour la malnutrition modérée (MUAC jaune) a montré une forte volatilité entre 2022 et 2024. Le taux a d'abord atteint un pic de 10,5 % en 2022. Il a ensuite chuté de manière spectaculaire et est resté faible tout au long de l'année 2023, oscillant entre un minimum de 1,7 % et un maximum de 3,9 %. En 2024, cependant, la tendance s'est inversée, atteignant un deuxième pic de 6,7 % avant de retomber à 1,8 % à la fin de la période.

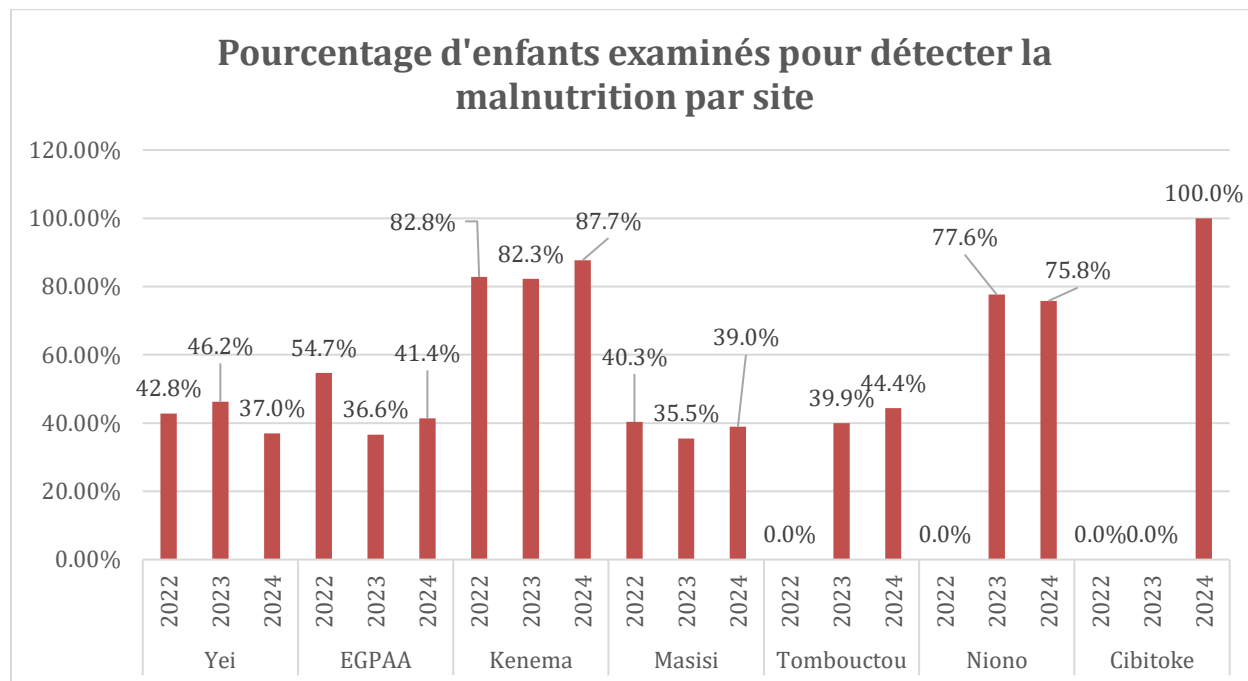
Ces tendances impliquent une instabilité opérationnelle ou épidémiologique dans la détection des cas modérés de malnutrition. Cette variabilité suggère que la proportion d'enfants modérément malnutris identifiés est très sensible aux facteurs environnementaux et aux périodes de dépistage. La baisse finale à 1,8 % peut refléter une amélioration de l'état nutritionnel ou simplement un dépistage élargi des enfants en bonne santé.

Analyse de la malnutrition par projet

Les tendances en matière de malnutrition modérée révèlent des fluctuations importantes des taux de détection. Ces variations, bien qu'elles ne soient pas directement liées à la couverture, confirment une situation préoccupante en ce qui concerne la régularité du dépistage et la nécessité d'une intervention nutritionnelle stable. Les données renforcent la nécessité cruciale d'intégrer durablement la nutrition dans les services de prise en charge intégrée des maladies par la communauté (iCCM).

11.8 Malnutrition (couverture du dépistage MUAC)

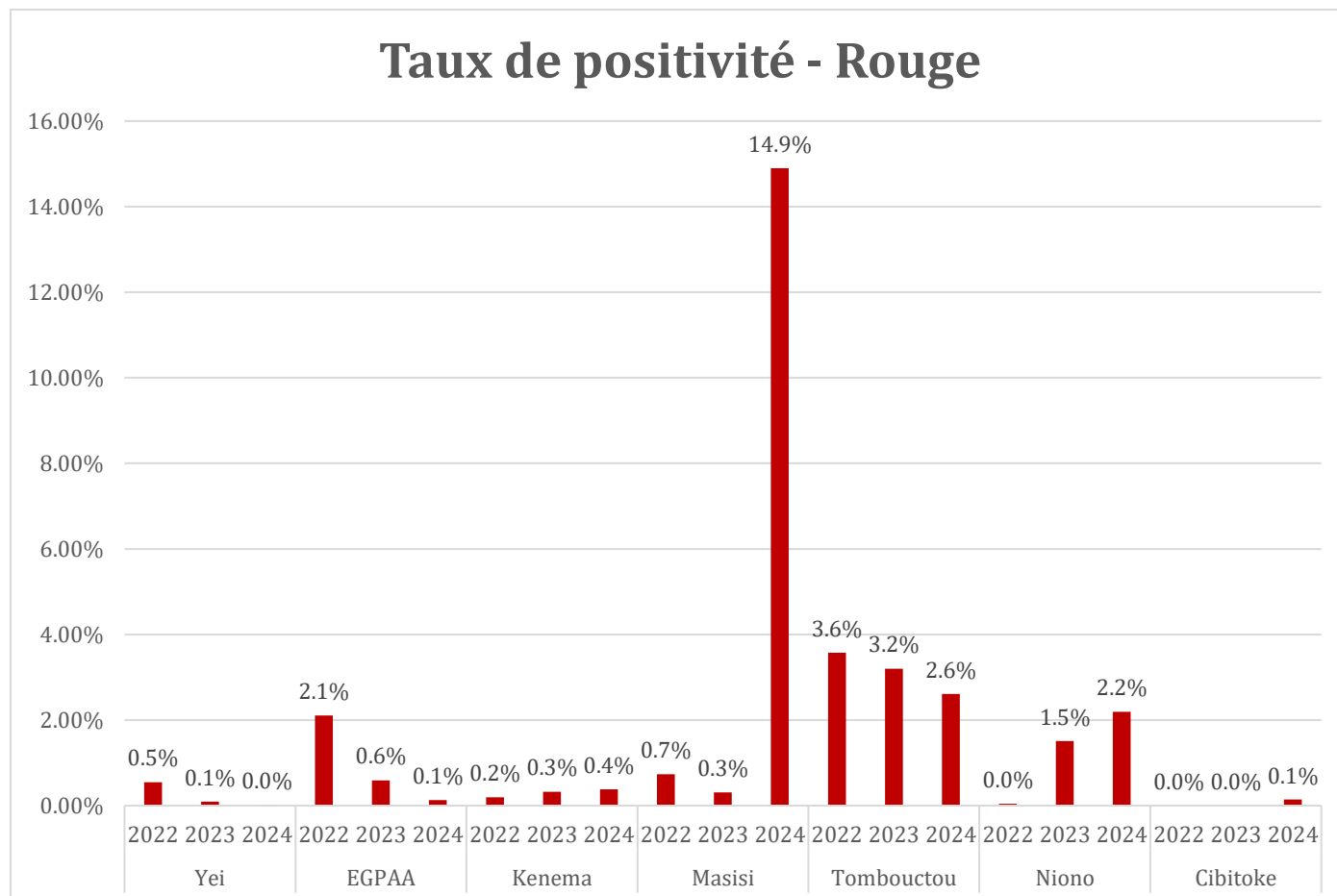
Figure8 Pourcentage (%) d'enfants dépistés pour la malnutrition lors d'activités iCCM par projet, 2022-2024



Sur l'ensemble des sites et des années, la proportion d'enfants dépistés pour la malnutrition dans le cadre des activités iCCM montre à la fois des progrès et des fluctuations. Par exemple, à Yei (Soudan du Sud), le taux de dépistage est passé de 42,8 % en 2022 à 46,2 % en 2023, mais a baissé à 37 % en 2024, ce qui indique d'éventuelles difficultés opérationnelles ou de sensibilisation pour maintenir une couverture élevée. À l'inverse, à Kenema (Sierra Leone), les taux sont restés constamment élevés, supérieurs à 82 %, ce qui reflète une mise en œuvre solide. Il convient de noter que Cibitoke (Burundi) a déclaré une couverture de dépistage de 100 % en 2024, ce qui suggère soit d'excellentes performances, soit une possible surdéclaration. Cette disparité suggère que si certains agents de santé communautaires ont efficacement intégré le dépistage nutritionnel dans leurs consultations, d'autres peuvent manquer d'outils, de formation ou de temps.

11.9 Malnutrition (malnutrition aiguë sévère, MUAC rouge)

Figure9 Pourcentage (%) d'enfants identifiés comme souffrant de malnutrition sévère lors des activités iCCM par projet, 2022-2024



Bien que la plupart des sites affichent des taux relativement faibles (inférieurs à 4 %), Masisi a exceptionnellement enregistré un pic de 14,9 % en 2022.

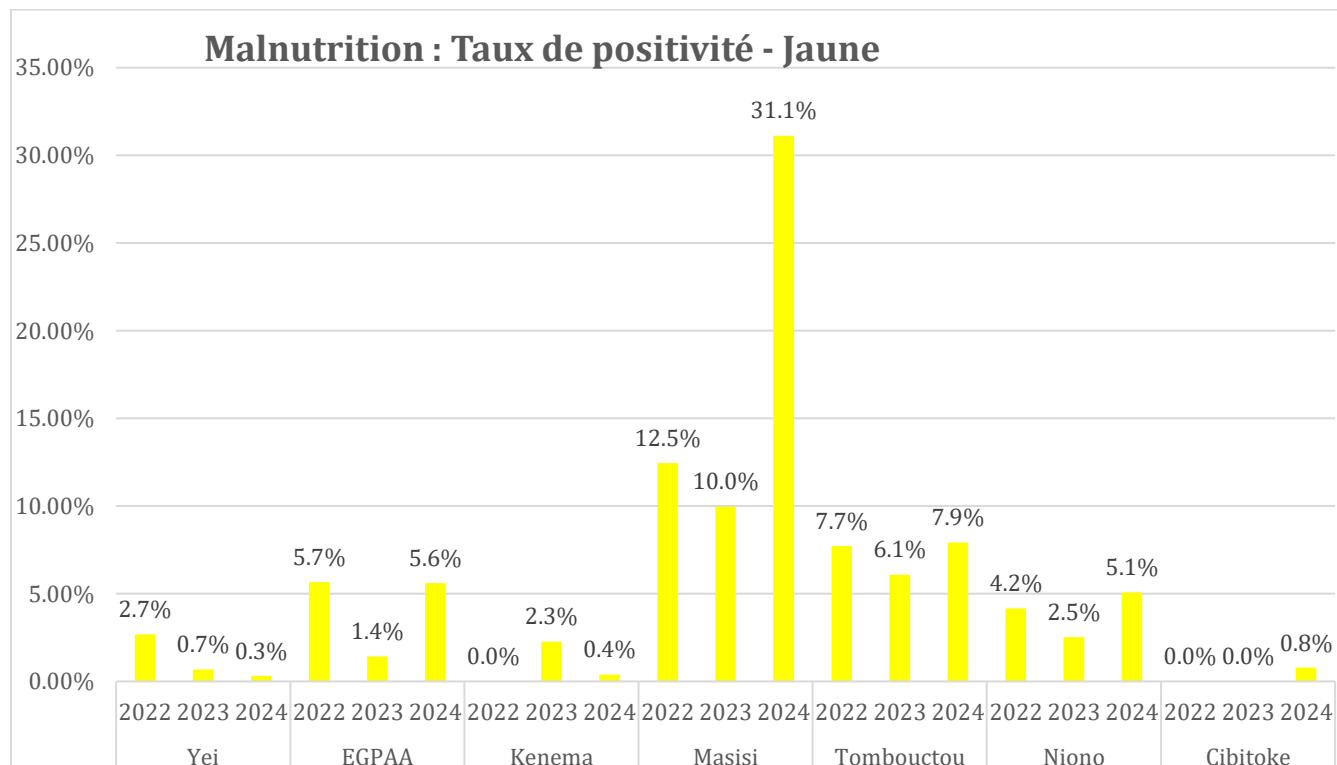
La proportion d'enfants identifiés comme souffrant de malnutrition aiguë sévère (MUAC rouge) est restée faible dans la plupart des sites. Par exemple, Yei (Soudan du Sud) a enregistré un taux de positivité de 0,5 % et 0,1 % respectivement en 2022 et 2023, tombant à 0 % en 2024. L'EGPAA avait un taux de référence plus élevé de 2,1 % en 2022, qui est tombé à 0,1 % en 2024. De même, la malnutrition sévère à Cibitoke est très faible (0,1 %) en 2024. Ces tendances suggèrent soit une véritable réduction de la gravité de la malnutrition, soit des changements dans la détection des cas et la communication des données.

Kenema a maintenu des taux relativement stables et faibles, inférieurs à 0,5 %, tandis que Tombouctou a enregistré une baisse progressive, passant de 3,5 % en 2022 à 2,6 % en 2024, ce qui suggère soit une réduction réelle, soit une sous-détection. Bien que ces chiffres soient encourageants, ils doivent être

interprétés avec prudence compte tenu des limites potentielles de la couverture du dépistage et de la qualité des données.

11.10 Malnutrition (malnutrition aiguë modérée, MUAC jaune)

Figure10 Pourcentage (%) d'enfants identifiés comme souffrant de malnutrition modérée lors des activités iCCM par projet, 2022-2024



Les taux de malnutrition modérée (MUAC jaune) étaient nettement plus élevés que les cas graves sur tous les sites. Masisi a enregistré des taux élevés persistants au cours des trois années : 12,4 % en 2022, 10 % en 2023 et 31 % en 2024, ce qui indique une insécurité alimentaire persistante ou des lacunes du système de santé en matière de prévention et de traitement.

Tombouctou (Mali) a également enregistré des taux élevés de malnutrition modérée, presque stables au fil des ans : environ 8 % en 2022, tandis que le taux à Niono (Mali) est passé de 2,5 % en 2023 à 5,1 % en 2024, ce qui suggère une vulnérabilité croissante ou une meilleure détection.

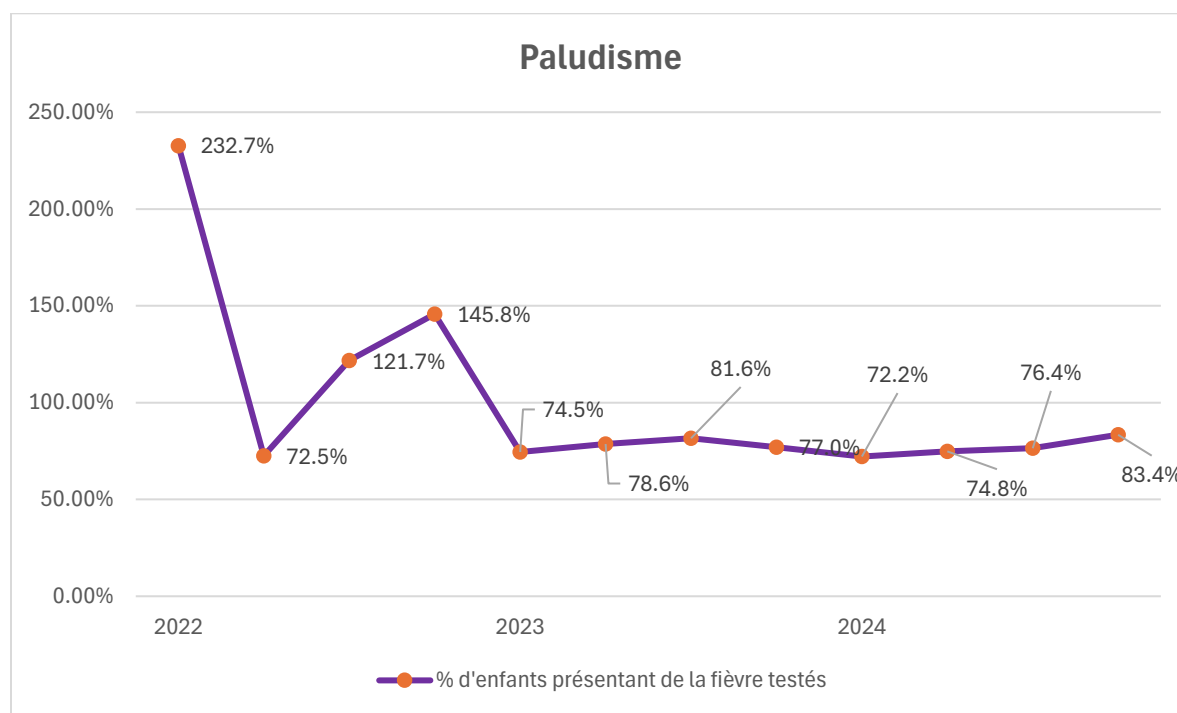
Kenema (Sierra Leone) a affiché des taux modérés et en baisse : de 2,3 % (2023) à 0,4 % (2024), ce qui reflète potentiellement l'impact du renforcement des interventions nutritionnelles. La tendance à Yei a baissé de 2,7 % en 2023 à 0,3 % en 2024, tandis que l'EGPAA a affiché des chiffres fluctuants mais en baisse : 5,7 % en 2022, 1,4 % en 2023, puis 5,6 % en 2024, ce qui suggère une prestation de services ou une qualité des données incohérentes.

Ces tendances soulignent la nécessité de renforcer les stratégies nutritionnelles multisectorielles dans des sites tels que Masisi, Tombouctou et Niono, où la malnutrition modérée reste un problème de santé publique.

11.11 Paludisme (% de cas de fièvre testés)

Cet indicateur correspond à la proportion d'enfants présentant de la fièvre qui ont été testés pour le paludisme. Le numérateur est le nombre de cas de fièvre testés positifs en plus de ceux testés négatifs (TDR effectués), et le dénominateur est le nombre total de nouvelles consultations pour des symptômes de fièvre. Pour l'analyse des sites du projet, les valeurs de Tombouctou et Niono pour l'année 2022 étaient manquantes.

Figure11 Pourcentage (%) d'enfants présentant de la fièvre testés pour le paludisme lors des activités iCCM dans l'OCB, 2022-2024



Une analyse des données trimestrielles de 2022 à 2024 concernant la proportion d'enfants fébriles testés pour le paludisme révèle une forte volatilité initiale, suivie d'une stabilisation à un niveau élevé.

L'année 2022 se caractérise par des anomalies notables dans les rapports. La couverture des tests a atteint un pic exceptionnel de 232,7 % au premier trimestre, suivi d'une forte baisse à 72,5 % au deuxième trimestre. Les taux sont ensuite remontés au-dessus de 100 % (121,7 % et 145,8 %) au troisième et au quatrième trimestre. Ces chiffres dépassant le seuil de 100 % suggèrent des problèmes importants liés à la qualité des données ou à des erreurs de déclaration, ou encore un décalage entre le numérateur (tests effectués) et le dénominateur (nouvelles consultations).

À partir de 2023, les taux se sont stabilisés dans une fourchette plus élevée mais plus réaliste, oscillant entre 74,5 % et 81,6 %. Cette période témoigne d'un renforcement du respect des protocoles de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (iCCM) et d'une capacité opérationnelle constante. Les taux trimestriels sont restés élevés, reflétant l'amélioration des capacités des agents de santé communautaires et une disponibilité acceptable des TDR.

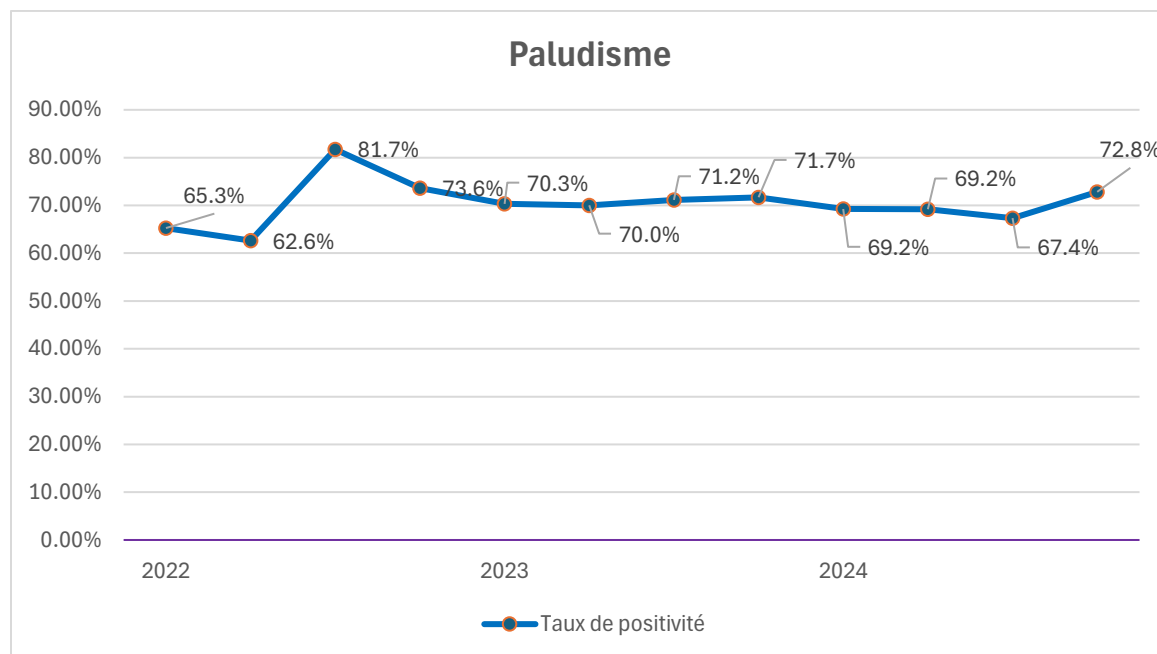
Cette tendance s'est poursuivie en 2024, avec des taux allant de 72,2 % à 83,4 %. Le dernier trimestre a enregistré le taux de dépistage le plus élevé de la période post-anomalie. Bien qu'il existe une variabilité trimestrielle persistante, la couverture reste solidement supérieure à 70 %.

En conclusion, si la période 2023-2024 témoigne d'un niveau élevé et constant de conformité aux protocoles, les extrêmes observés en 2022 nécessitent une enquête immédiate sur la méthodologie de collecte et de notification afin de garantir la fiabilité des indicateurs. Pour consolider ces acquis, il est essentiel de continuer à soutenir la stabilité de la chaîne d'approvisionnement et d'assurer une supervision régulière.

11.12 Paludisme (% de cas positifs)

Cet indicateur mesure le pourcentage de tests de dépistage du paludisme qui ont donné des résultats positifs. Le numérateur correspond au nombre de tests positifs et le dénominateur au nombre total de tests de dépistage du paludisme effectués.

Figure12 Pourcentage (%) de cas positifs au paludisme parmi les personnes testées lors des activités iCCM à OCB, 2022-2024



Le taux de positivité au paludisme est resté extrêmement élevé et persistant tout au long de la période 2022-2024, confirmant que le paludisme reste une cause importante de fièvre au sein de la communauté. Le taux est resté constamment supérieur à 60 %, dépassant souvent 70 %.

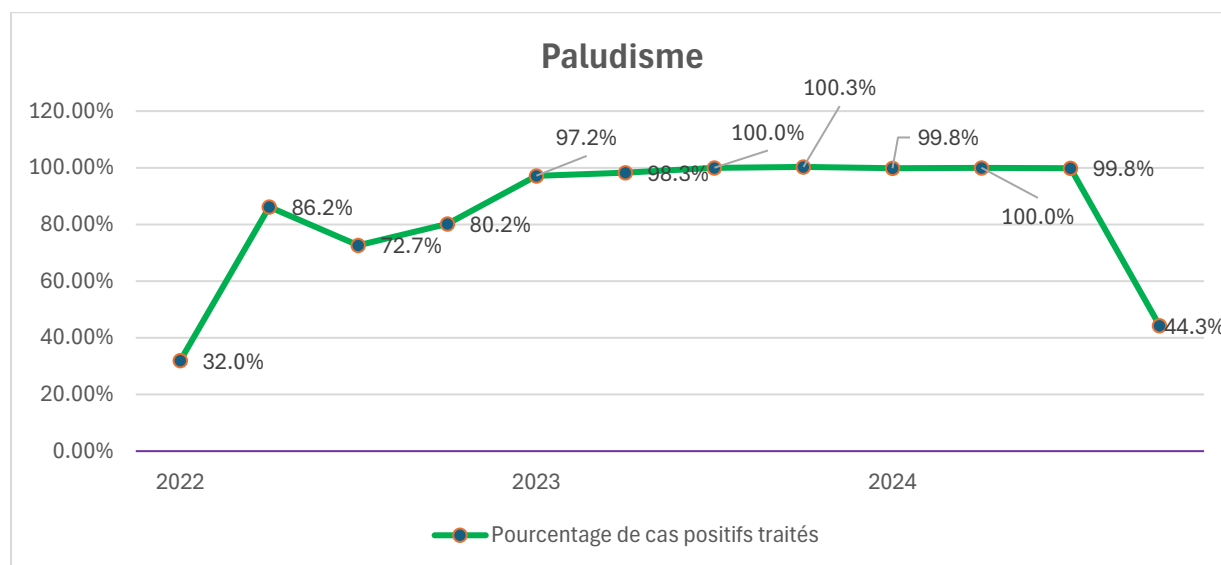
L'année 2022 a été marquée par une forte volatilité. Après avoir débuté à 65,3 %, le taux a brièvement chuté à 62,6 % avant d'atteindre un pic significatif de 81,7 % au troisième trimestre, puis de diminuer vers la fin de l'année. En 2023, le taux de positivité s'est stabilisé à un niveau très élevé, fluctuant légèrement entre 70,3 % et 71,7 %. En 2024, après une légère baisse en milieu d'année à environ 67,4 %, la période s'est terminée par une augmentation notable à 72,8 %.

Cette tendance met en évidence la charge de morbidité soutenue et montre qu'il n'y a pas eu de réduction significative de la prévalence du paludisme au cours de ces trois années.

11.13 Paludisme (% de cas positifs traités)

Cet indicateur correspond à la proportion de cas positifs confirmés de paludisme qui ont reçu un traitement. Le numérateur est le nombre de cas positifs traités et le dénominateur est le nombre total de cas positifs confirmés.

Figure13 Pourcentage (%) d'enfants traités pour le paludisme parmi ceux testés positifs lors des activités iCCM dans l'OCB, 2022-2024



Le pourcentage de cas de paludisme traités avec le traitement approprié a atteint des niveaux quasi optimaux à partir de 2023. À la fin de 2022, plus des deux tiers (72,7 %) des cas positifs étaient traités. Cet indicateur a augmenté régulièrement tout au long de 2023, passant de 80,2 % pour atteindre et se maintenir à des niveaux optimaux (entre 97 % et 100 %). Cela reflète l'excellent accès à la prise en charge des cas et la bonne disponibilité des produits essentiels contre le paludisme pendant cette période.

Plus particulièrement, le projet a réussi à maintenir une couverture thérapeutique quasi parfaite tout au long de l'année 2024, avec des taux de traitement atteignant systématiquement 100 % (par exemple 99,8 %). Cela suggère que les activités du projet ont continué à garantir efficacement l'accès au traitement.

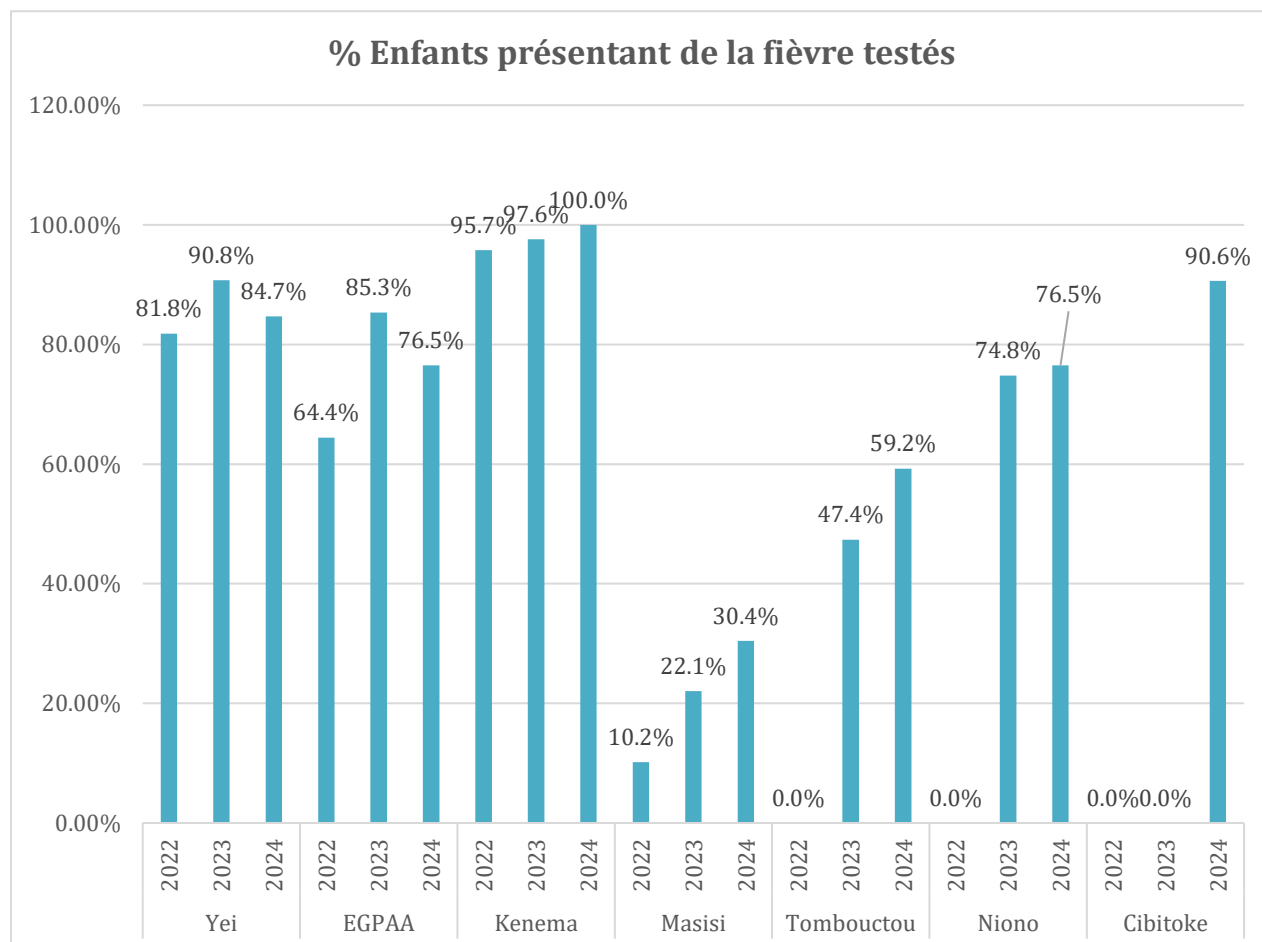
Cependant, la couverture thérapeutique a connu une baisse drastique et soudaine à la fin de la période observée, la proportion de cas positifs traités chutant brutalement à 44,3 %. Cette baisse ne s'est pas produite au milieu de l'année 2024, mais met en évidence des difficultés opérationnelles soudaines, telles que des ruptures de stock de médicaments ou des interruptions de la chaîne d'approvisionnement, qui ont temporairement et gravement entravé la fourniture des traitements à la fin du cycle du projet.

La capacité du projet à tester et à traiter les cas a été exceptionnellement forte en 2023 et 2024. La chute soudaine à 44,3 % à la fin de la période souligne le besoin critique d'un soutien soutenu et de systèmes d'alerte précoce afin de prévenir de futures interruptions de service et de maintenir le niveau élevé de couverture thérapeutique atteint.

Fièvre testée et traitée, analyse des cas par site du projet

11,14 % des cas de fièvre testés

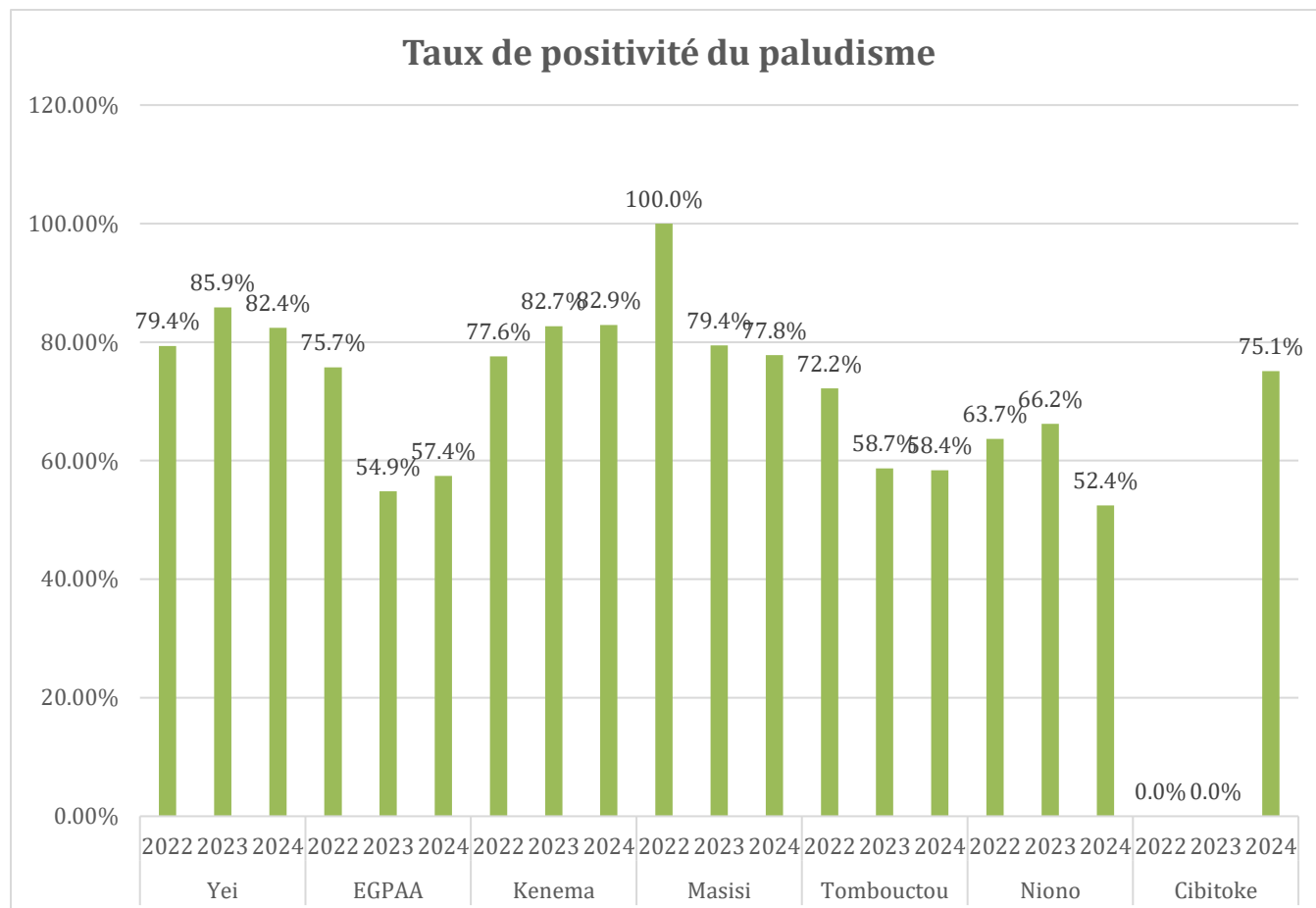
Figure14 Pourcentage (%) d'enfants fébriles testés pour le paludisme dans le cadre des activités iCCM par projet, 2022-2024



Bien que les données sur cet indicateur spécifique soient limitées ou incohérentes, les chiffres disponibles confirment que Kenema (avec des taux constamment supérieurs à 95 % au cours des trois années) et Yei (avec des taux compris entre environ 81 % et 90 %) ont maintenu une forte couverture diagnostique, testant régulièrement plus de 80 % des enfants présentant de la fièvre. En outre, Cibitoke et EGPAA ont également dépassé les 85 % de tests en 2024. Les sites dont les performances en matière de dépistage sont plus faibles, tels que Masisi (constamment inférieur à 30 %) et Tombouctou (jamais supérieur à 60 %), risquent de passer à côté de cas confirmés ou d'administrer à tort un traitement présomptif, ce qui n'est pas recommandé.

11.15 Taux de positivité au paludisme

Figure15 Pourcentage (%) de cas positifs au paludisme parmi les personnes testées lors des activités iCCM par projet, 2022-2024



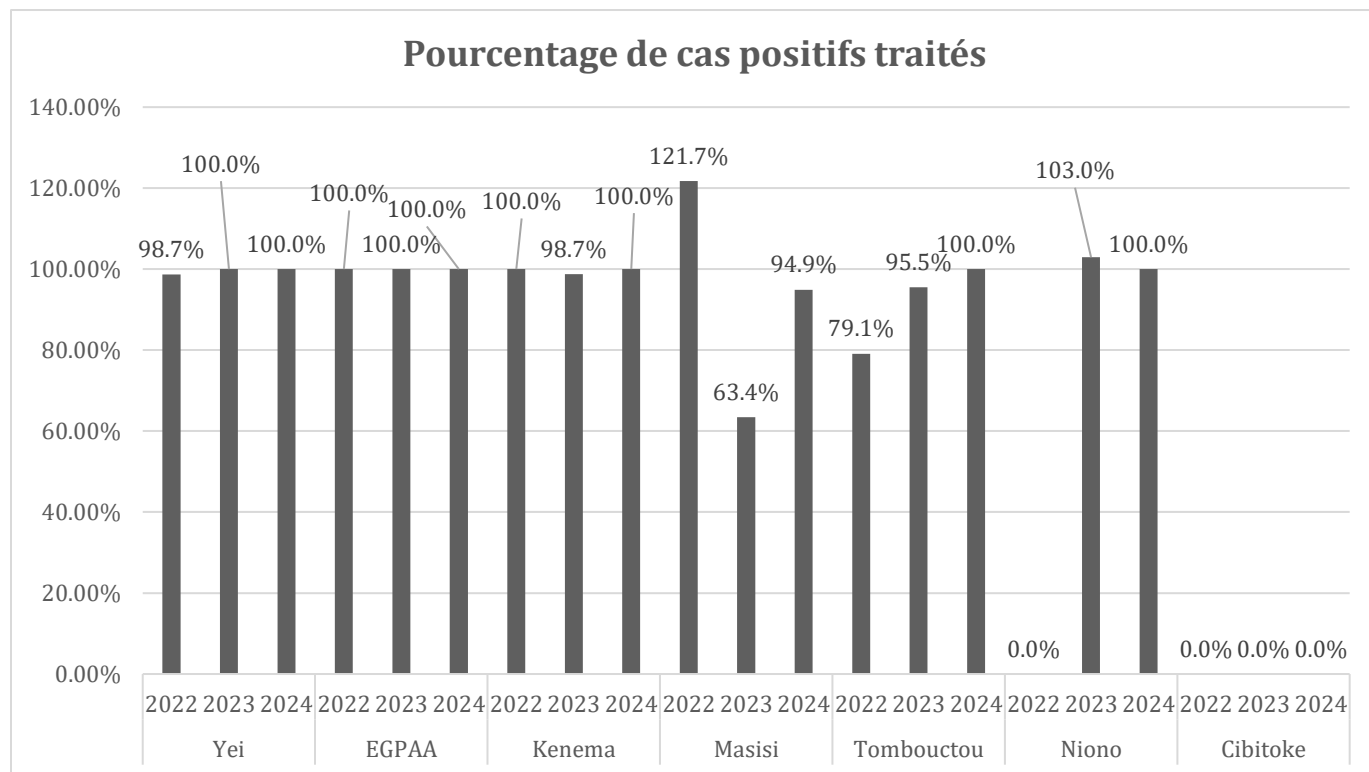
Dans la plupart des sites, la prévalence du paludisme est restée élevée, confirmant que le paludisme est l'une des principales causes de fièvre chez les enfants de moins de cinq ans.

Yeï et Kenema ont signalé des taux de positivité élevés tout au long de la période de trois ans, dépassant souvent 75 %. Cibitoke (2024) et EGPA (2022) suivaient de près, avec des taux de positivité de 75 %. En revanche, l'EGPA et Tombouctou ont enregistré en 2023 et 2024 des taux de positivité au paludisme nettement inférieurs, tombant en dessous de 60 %, ce qui peut refléter soit une transmission plus faible, soit un éventuel sous-dépistage.

La tendance générale montre que certaines régions (Yeï, Kenema, Masisi, Cibitoke) sont restées fortement touchées, tandis que d'autres (Tombouctou, EGPA) ont connu davantage de fluctuations ou une baisse potentielle de la transmission du paludisme.

11,16 % des cas positifs traités

Figure16 Pourcentage (%) d'enfants traités pour le paludisme parmi ceux testés positifs lors des activités iCCM par projet, 2022-2024



La couverture thérapeutique des cas positifs au paludisme a varié considérablement selon les sites et au fil du temps. L'EGPA, Yei et Kenema ont atteint des taux de traitement élevés et constants de 95 à 100 % dans la plupart des trimestres, ce qui reflète la solidité des systèmes de prise en charge des cas et la disponibilité des médicaments.

Toutefois, il est important de noter que les chiffres de couverture déclarés pour Masisi en 2022 et Niono en 2023 ont techniquement dépassé 100 % respectivement en 2022 et 2023. La couverture ne pouvant dépasser 100 %, cela suggère des incohérences dans les données déclarées.

Masisi a toutefois affiché les performances de traitement les plus faibles en 2023, avec moins de 65 %, avant de rebondir en 2024 (95 %). Tombouctou part d'une couverture de 79 % des cas traités en 2022 pour atteindre un niveau de performance où tous les cas de paludisme détectés ont été traités, soit une couverture de 100 % en 2024, ce qui témoigne d'une gestion efficace.

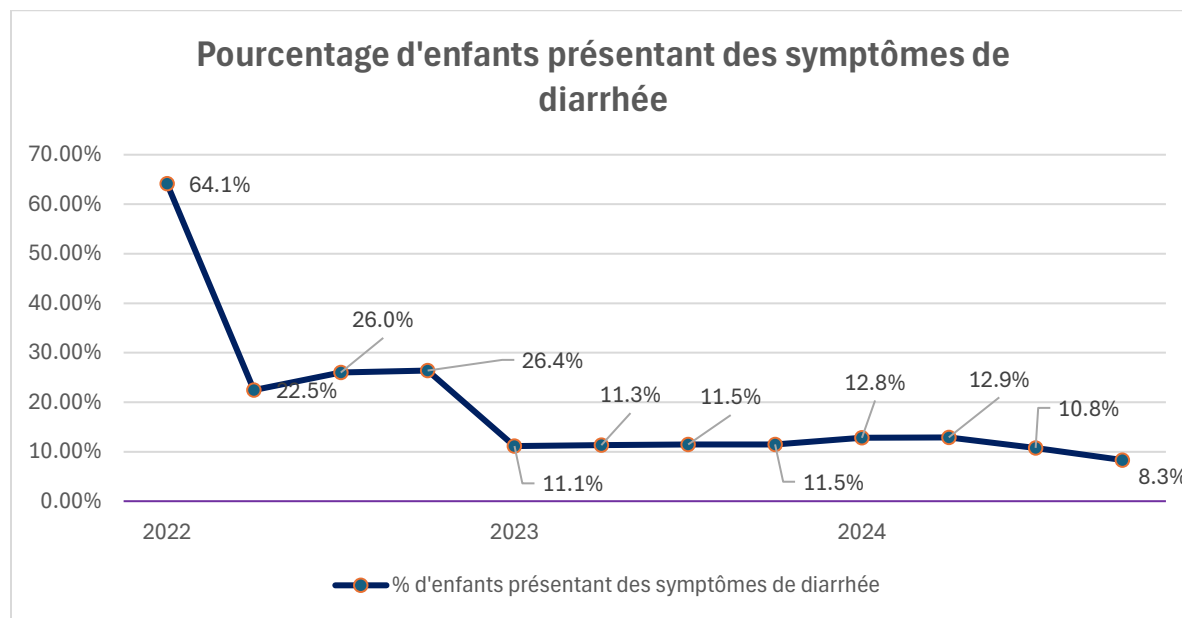
Ces tendances soulignent le succès de Yei, EGPA et Kenema dans la garantie du traitement après le diagnostic, tout en révélant des lacunes persistantes en RDC (Masisi).

En résumé, le paludisme reste un défi majeur dans tous les sites et il existe une cohérence considérable entre les tests et les traitements.

11.17 Cas de diarrhée

Cet indicateur mesure la proportion de nouvelles consultations pour les enfants présentant des symptômes de diarrhée. Le numérateur est le nombre de cas de diarrhée et le dénominateur est le nombre total de nouvelles consultations.

Figure17 Pourcentage (%) d'enfants identifiés comme souffrant de diarrhée lors des activités iCCM à l'OCB, 2022-2024



Entre 2022 et 2024, la proportion d'enfants présentant des symptômes de diarrhée a considérablement diminué, passant d'un pic de 64,1 % au début de 2022 à 8,3 % à la fin de 2024.

Cette tendance s'est manifestée par une baisse massive initiale en 2022 (atteignant 22,5 %), suivie d'une brève période de stabilisation autour de 26 %. Une deuxième baisse significative s'est produite au début de 2023 (environ 11,1 %), suivie d'une longue période de stabilisation avec des fluctuations minimales (entre 11,14 % et 11,5 %). Au début de 2024, on a observé une légère reprise (jusqu'à 12,8 %), avant que le taux ne reprenne sa tendance à la baisse, atteignant un creux de 8,3 %.

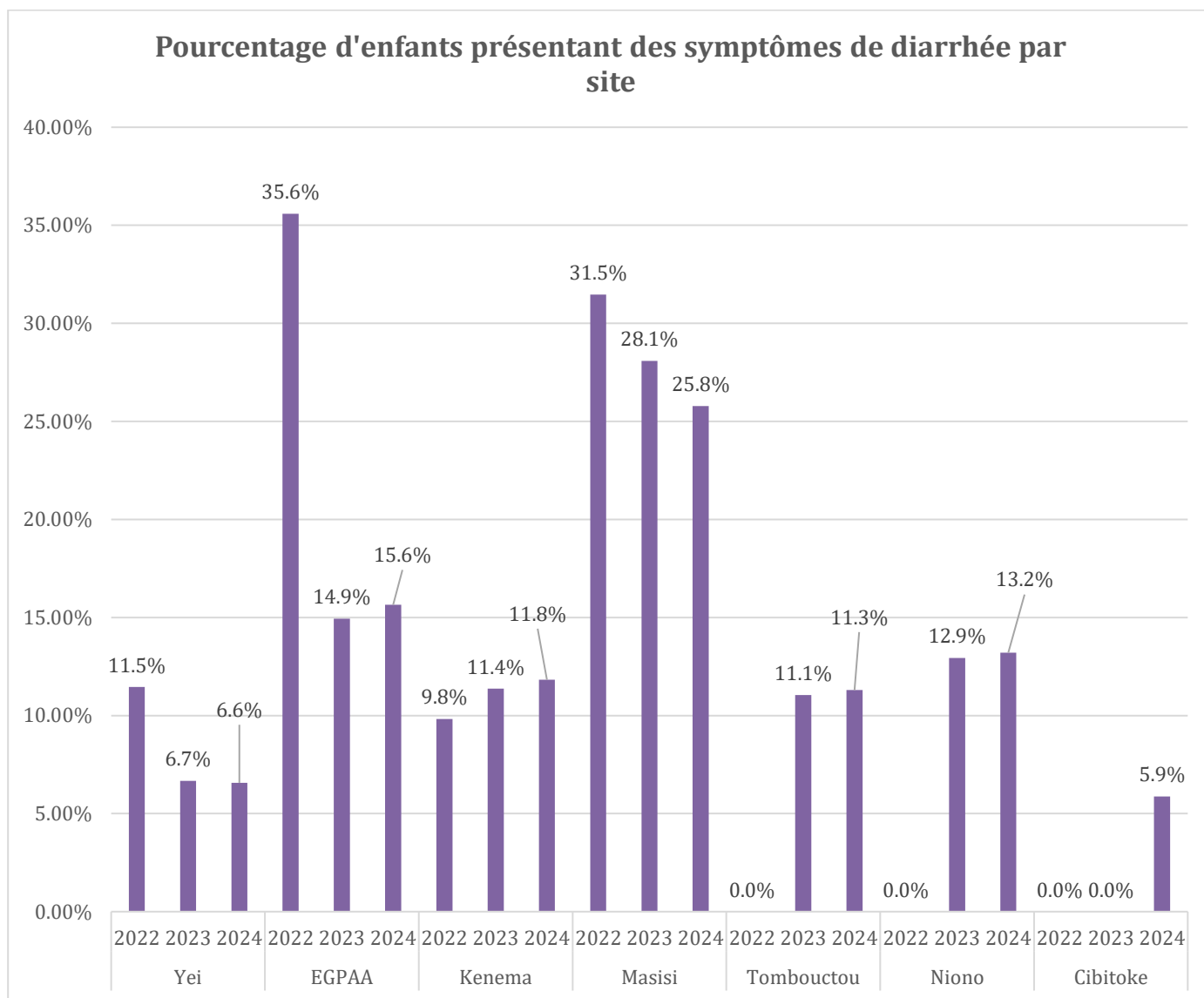
Cette évolution par paliers, caractérisée par des phases de déclin rapide et des plateaux de stabilisation, peut refléter la dynamique saisonnière, l'impact initial et l'efficacité progressive des interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), ou encore des changements dans les comportements en matière de recours aux soins et de signalement.

Une surveillance continue et une analyse plus fine sont nécessaires pour déterminer si ces changements indiquent une réduction réelle et durable de la charge de morbidité liée à la diarrhée, ou s'ils sont influencés par une sous-déclaration potentielle ou par la variabilité des activités du projet.

11.18 Cas de diarrhée sur les sites du projet

L'indicateur qui suit le pourcentage d'enfants présentant des symptômes de diarrhée révèle une charge préoccupante mais inégale entre les sites du projet.

Figure 18 Pourcentage (%) d'enfants identifiés comme souffrant de diarrhée lors des activités iCCM par projet, 2022-2024



L'analyse de la prévalence des symptômes de diarrhée chez les enfants révèle que l'EGPAA et Masisi sont les zones les plus touchées. L'EGPAA a enregistré son pic le plus élevé en 2022, atteignant 35,6 %, avant de connaître une baisse significative d'environ 15 % en 2023 et 2024. Masisi, en revanche, a connu une

prévalence élevée et constante de la diarrhée au cours des trois années, avec des taux allant de 25,8 % à 31,5 %. Cette prévalence élevée persistante est un indicateur clé des défis majeurs liés aux conditions WASH et à l'accès aux soins préventifs.

Kenema (9 % à 12 %) et, dans une moindre mesure, Tombouctou et Niono présentent des niveaux modérés de symptômes de diarrhée. Tombouctou et Niono ont notamment enregistré des pics modérés (jusqu'à 13,2 % à Niono) en 2023 et 2024, ce qui indique une certaine variabilité. Cette variabilité pourrait être le signe d'épidémies saisonnières ou de lacunes temporaires en matière d'infrastructures.

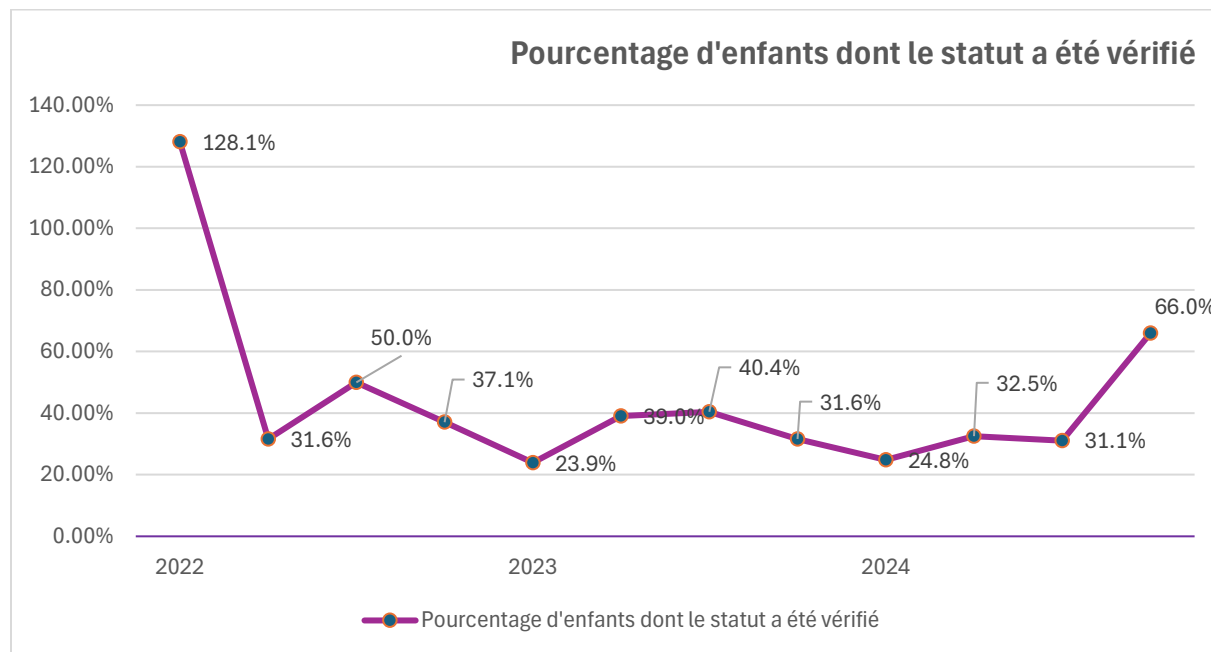
Yei et Cibitoke ont également affiché des taux faibles (inférieurs à une moyenne de 10 %), Yei oscillant entre 6 et 11 % et Cibitoke enregistrant un seul pic de 5,9 % en 2024. Ces résultats suggèrent des conditions sanitaires et d'hygiène de base plus favorables.

En résumé, l'indicateur de diarrhée met en évidence des disparités importantes entre les sites, ce qui renforce la nécessité d'intégrer les interventions WASH, les programmes de nutrition et le renforcement des capacités des agents de santé communautaires. Des efforts spécifiques doivent cibler les sites présentant une prévalence élevée constante, tels que Masisi, et les sites connaissant des pics irréguliers, tels que l'EGPAA et Niono, afin de traiter non seulement la détection des cas, mais aussi les déterminants sous-jacents des maladies diarrhéiques.

11.19 Vaccination (% d'enfants dont le statut a été vérifié)

Il convient de noter que des données manquantes concernent l'EGPAA (2022-2024) et Masisi 2022, ainsi que Kebbi (2022-2024).

Figure19 Pourcentage (%) d'enfants dont le statut vaccinal a été vérifié lors des activités iCCM dans l'OCB, 2022-2024



Le graphique ci-dessus illustre la forte volatilité de la proportion d'enfants dont le statut vaccinal a été vérifié entre 2022 et 2024.

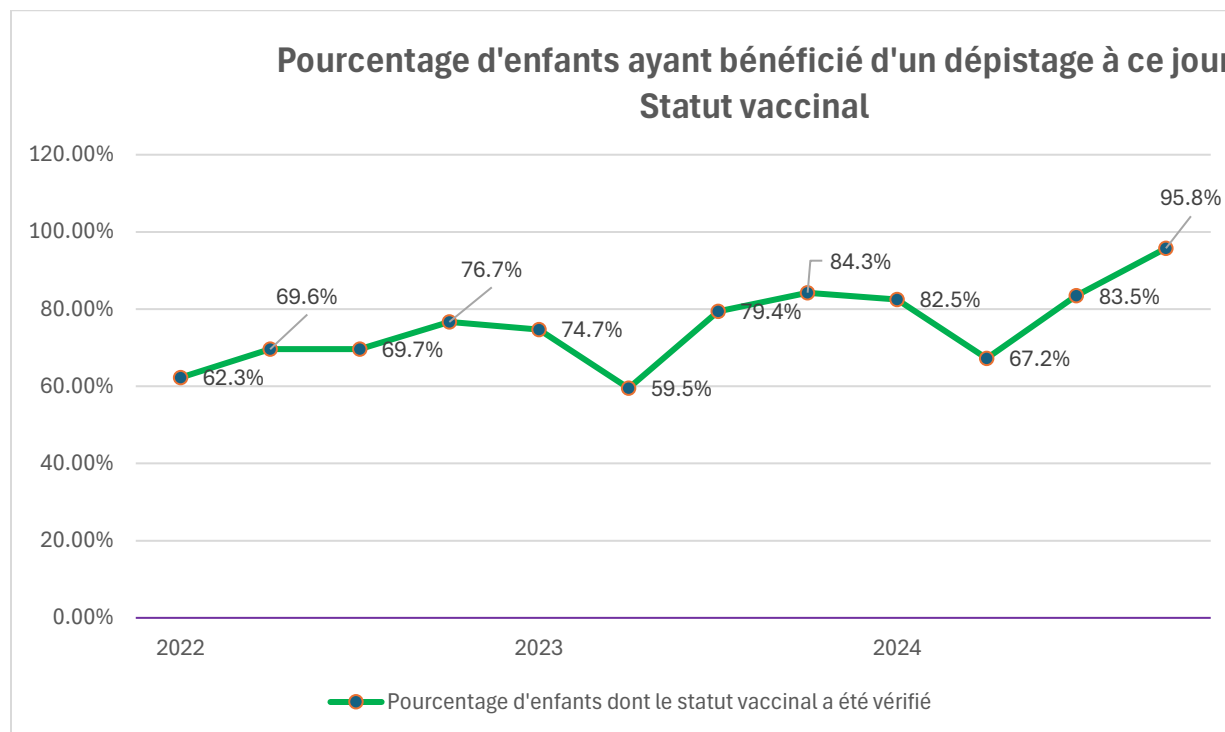
Contrairement à une tendance à la hausse, les données révèlent des fluctuations importantes. On observe un pic initial très élevé (128,1 % en 2022), qui suggère soit un effort de rattrapage, soit une divergence méthodologique, suivi de creux importants, notamment à 23,9 % en 2023 et 24,8 % en 2024.

Malgré cette instabilité, le dernier point de données de la période montre une forte augmentation, atteignant 65,9 % à la fin de 2024. Cette forte performance finale suggère une capacité accrue à intégrer les contrôles de vaccination dans les activités iCCM et signale un regain d'intérêt pour les services de santé préventifs en complément des soins curatifs.

11.20 Vaccination (% de patients examinés à ce jour)

Cet indicateur mesure la proportion de patients dépistés dont la vaccination est à jour. Le numérateur correspond au nombre de patients dépistés dont la vaccination est à jour, et le dénominateur au nombre total de patients dépistés.

Figure20 Pourcentage (%) d'enfants à jour dans leur vaccination parmi ceux dépistés lors des activités iCCM à OCB, 2022-2024



Au cours de la période d'évaluation, la courbe montre une amélioration globale significative du statut vaccinal des enfants examinés, passant de 62,3 % en 2022 à 95,8 % à la fin de 2024. Cela suggère des améliorations significatives dans le suivi et la vérification du statut vaccinal lors des consultations. Cependant, plutôt que de montrer des fluctuations modérées, le graphique révèle une volatilité marquée de l'indicateur, avec deux baisses significatives : une forte baisse de 74,7 % à 59,5 % à la fin de 2023 et une autre de 82,5 % à 67,2 % au milieu de 2024. Ces variations importantes pourraient être attribuées aux facteurs susmentionnés (variations dans les activités de sensibilisation, disponibilité des vaccins et effets des campagnes saisonnières), mais une analyse approfondie est nécessaire pour déterminer les causes spécifiques de ces revers.

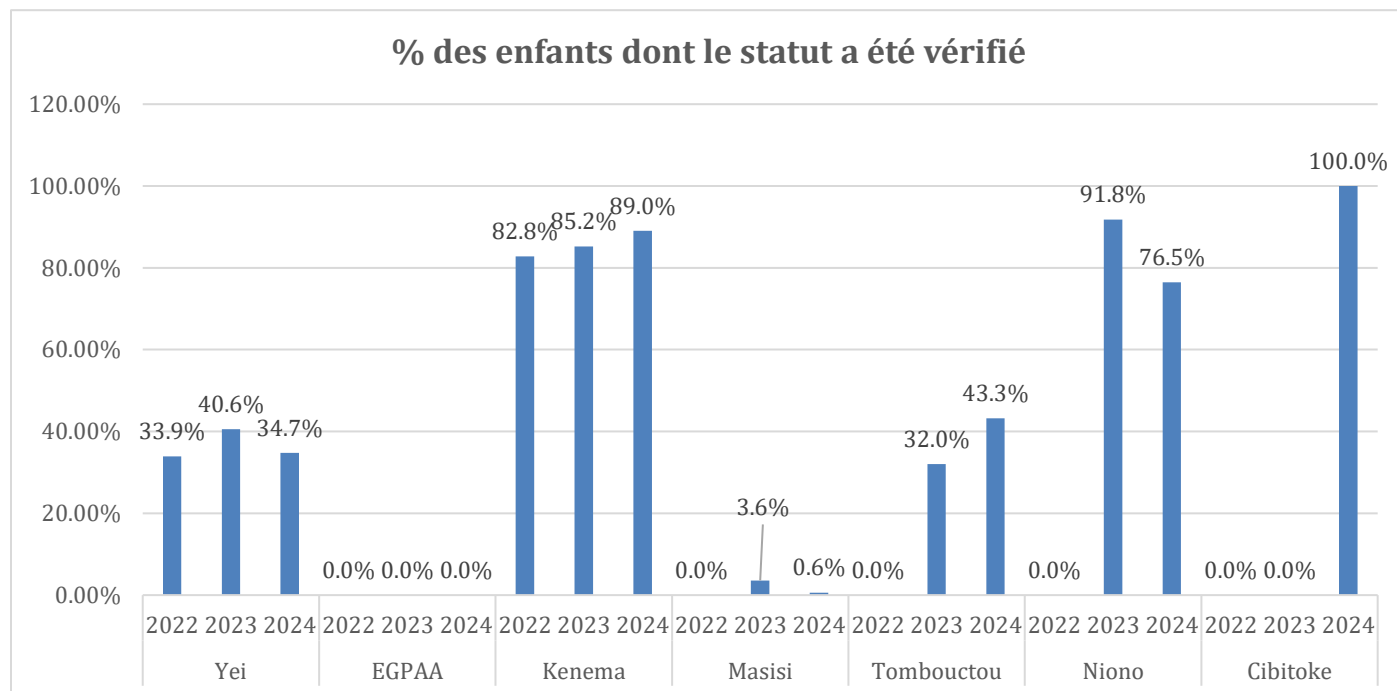
La remarque concernant les données manquantes dans l'EGPAA, Masisi et Kebbi reste pertinente, car ces lacunes dans les rapports doivent être comblées afin de garantir un suivi complet.

Analyse de la vaccination par site du projet

Cet indicateur rend compte de deux dimensions : le pourcentage d'enfants dont le statut vaccinal a été évalué lors des consultations et le pourcentage de ceux qui ont été examinés et qui étaient à jour dans leurs vaccinations.

11. 21 Couverture vaccinale

Figure 21 Pourcentage (%) d'enfants dont le statut vaccinal a été dépisté lors d'activités iCCM par projet, 2022-2024



L'analyse des données relatives au dépistage vaccinal des enfants sur l'ensemble des sites du projet entre 2022 et 2024 révèle à la fois des succès et des lacunes persistantes dans l'intégration de la vaccination dans les consultations au niveau communautaire.

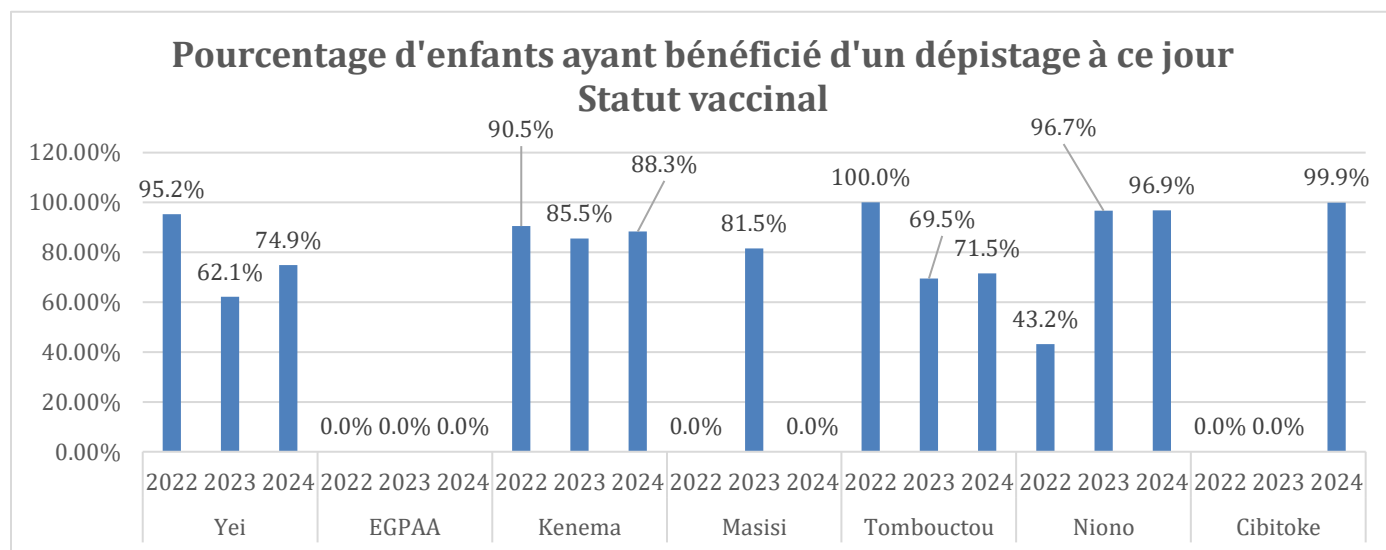
Les données révèlent de bons résultats dans plusieurs endroits. Par exemple, Cibitoke a atteint un taux de couverture impressionnant de 100 % en 2024, tandis que Kenema a atteint 89,0 %. Niono a également obtenu de bons résultats, avec une couverture de 91,81 % en 2023, bien que celle-ci soit tombée à 76,5 % en 2024.

À l'inverse, des lacunes importantes subsistent dans d'autres sites. L'analyse sur trois ans montre que certains sites n'ont fourni aucune donnée de dépistage entre 2022 et 2024, comme l'EGPAA, où cela représente une absence totale d'activité de dépistage de la vaccination. Masisi a également affiché une couverture très faible, avec une baisse marquée de 3,6 % en 2023 à 0,6 % en 2024.

D'autres sites ont affiché des tendances variables. À Yei, la couverture a légèrement diminué, passant de 40,6 % en 2023 à 34,7 % en 2024. Tombouctou a connu une augmentation, passant de 32 % en 2023 à 43,3 % en 2024.

Ces variations importantes de la couverture vaccinale entre les sites peuvent être attribuées à des différences dans la mise en œuvre des projets et aux contextes locaux spécifiques.

Figure22 Pourcentage (%) d'enfants à jour dans leur statut vaccinal parmi ceux dépistés lors des activités iCCM par projet, 2022-2024



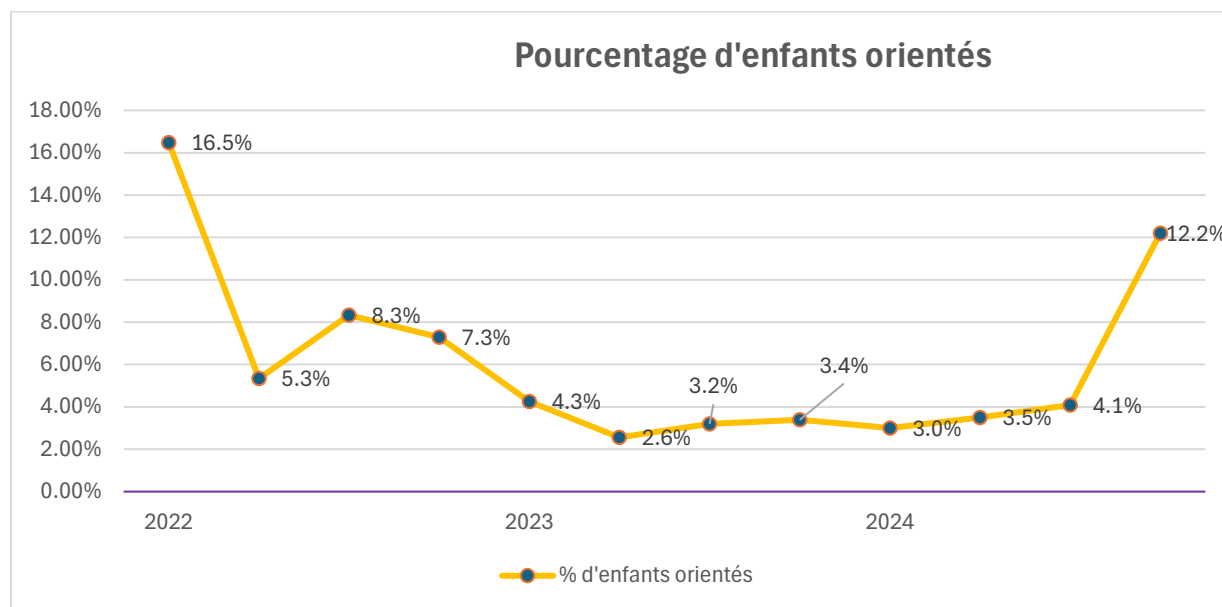
Le graphique ci-dessus illustre les fluctuations annuelles de la proportion de patients dépistés dont le statut vaccinal est à jour dans huit sites iCCM entre 2022 et 2024. Dans l'ensemble, les progrès ont été très irréguliers, avec des succès significatifs et des revers spectaculaires en 2024.

Alors que Cibitoke a obtenu un résultat impressionnant de près de 100 % au cours de sa seule année d'intervention (2024), Kenema a maintenu des performances élevées et constantes pendant trois ans, et Yei a commencé à se redresser. Masisi a connu un effondrement spectaculaire, passant de près de 82 % en 2023 à 0 % en 2024. Tombouctou a enregistré une baisse continue, passant de 100 % à 10 %. Niono, cependant, a commencé avec un résultat modeste de 43 % en 2022, pour atteindre un pic de 97 % à la fin de la période d'observation.

11.22 Orientations (% orientés et % reçus)

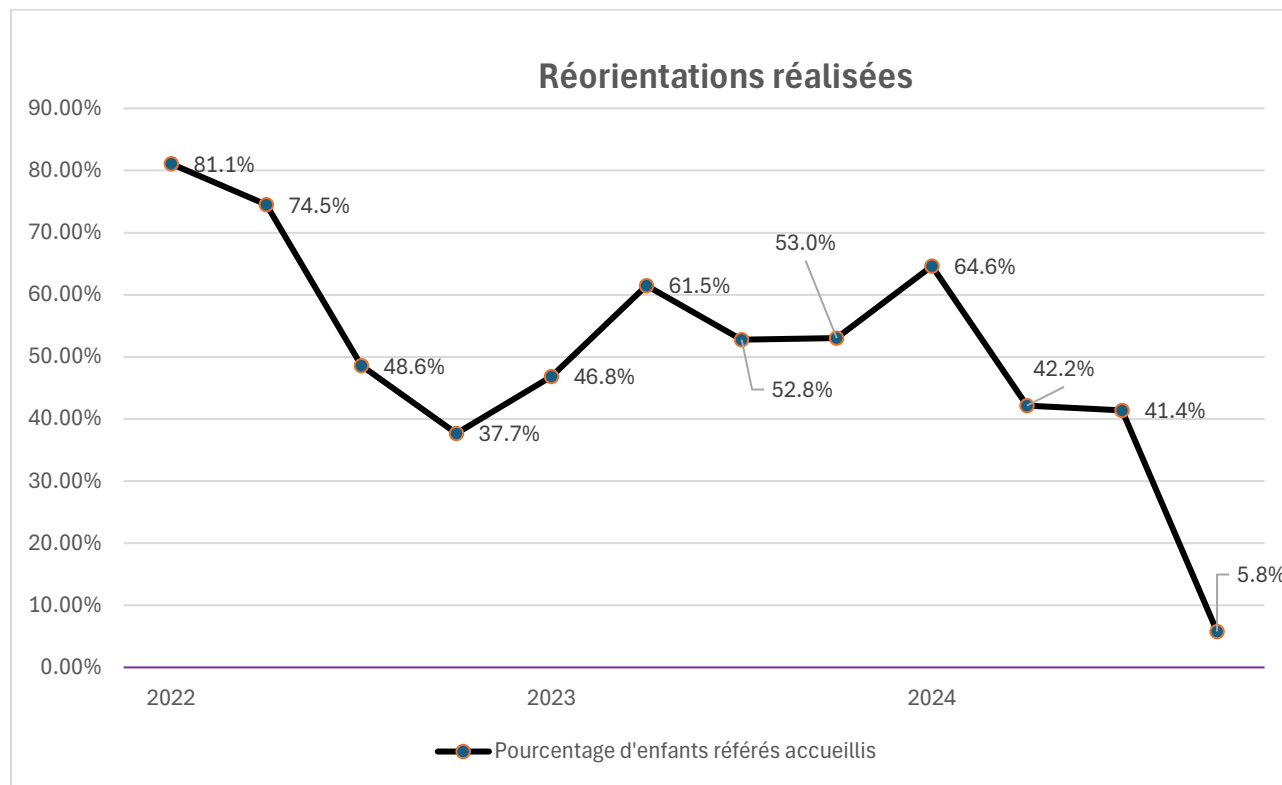
Cet indicateur mesure le pourcentage de nouvelles consultations ayant donné lieu à une orientation. Le numérateur correspond au nombre d'enfants orientés vers un établissement de santé et le dénominateur au nombre total de nouvelles consultations.

Figure23 Pourcentage (%) d'enfants orientés vers des services de santé pendant les activités iCCM dans l'OCB, 2022-2024



Le pourcentage de consultations ayant donné lieu à une orientation vers des soins de niveau supérieur a connu une forte volatilité au cours de la période, sans suivre une augmentation régulière. L'année 2022 a commencé avec un taux très élevé de 16,5 %, suivi d'une chute spectaculaire à 5,3 % avant de se stabiliser temporairement autour de 8,3 % et 7,3 %. En 2023, le taux a continué à baisser, atteignant un creux de 2,6 %, puis s'est généralement maintenu entre 3 % et 4 % au début de 2024. Cette période de faible orientation pourrait indiquer un strict respect de la gestion locale des cas. Cependant, une augmentation marquée et soudaine est observée à la fin de 2024, où le taux atteint un pic de 12,2 %. Cette tendance erratique suggère que les agents de santé communautaires ont été confrontés à des variations importantes de la charge de morbidité nécessitant une orientation, ou que la rigueur de l'application du protocole a fluctué au fil des mois.

Figure24 Pourcentage (%) d'enfants recevant des soins dans un établissement de santé, après avoir été orientés vers celui-ci dans le cadre des activités iCCM dans l'OCB, 2022-2024



Le taux d'achèvement des orientations, défini comme la proportion d'enfants orientés qui se sont présentés dans un établissement de santé et ont reçu des soins, a suivi une trajectoire extrêmement volatile et a connu une baisse globale significative au cours de cette période.

En 2022, le taux a commencé à un niveau élevé de 81,1 %. Cependant, ce taux — indiquant que la majorité des cas orientés — a connu une baisse marquée dans l'obtention de soins au niveau des établissements tout au long de l'année, chutant de manière significative pour atteindre un point bas de 37,7 % à la fin de la période. Cette baisse soulève des inquiétudes quant aux obstacles potentiels à l'accès aux soins, tels que les difficultés de transport ou l'inefficacité des systèmes de suivi.

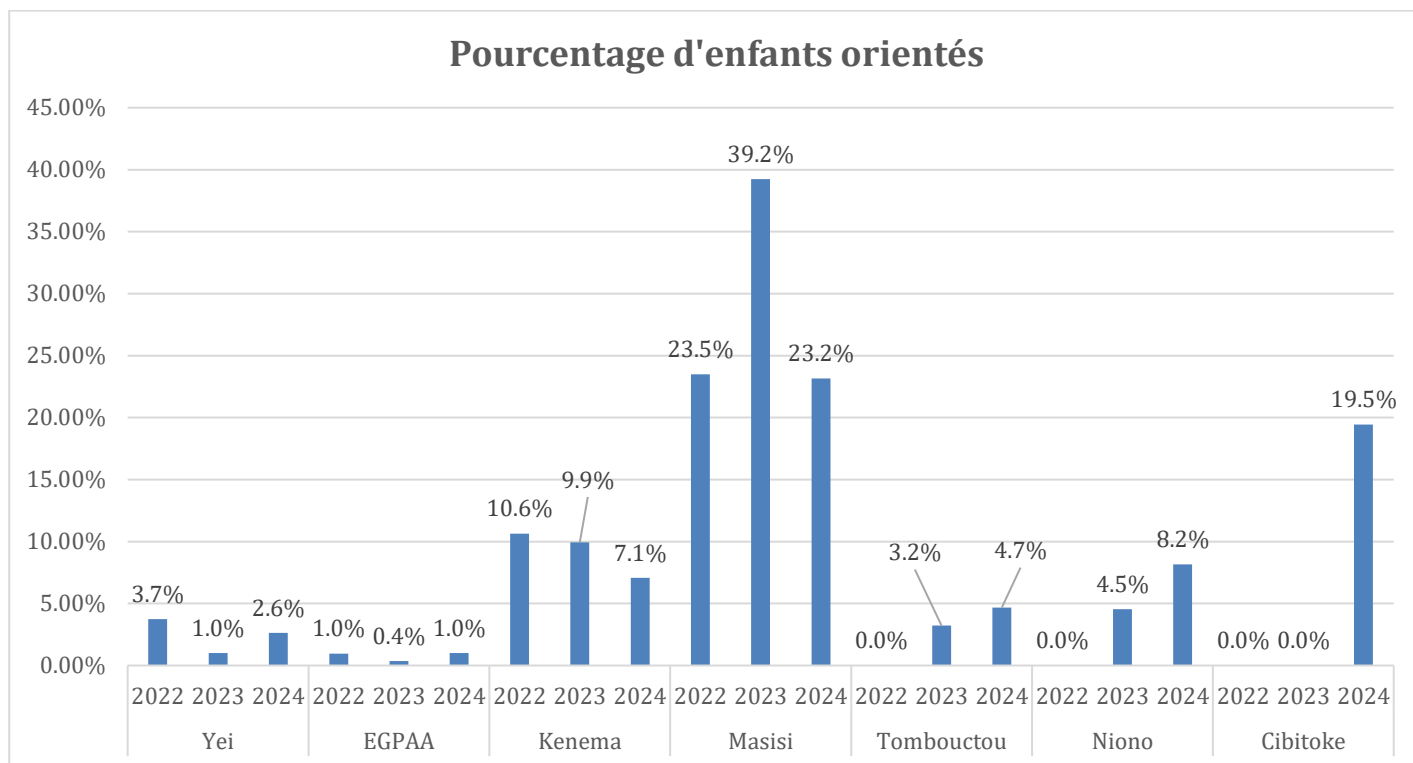
L'année 2023 a été marquée par une légère reprise et une stabilisation. Le taux a rebondi pour atteindre un pic de 61,5 % en milieu d'année, avant de se stabiliser autour de 53 % à la fin de 2023. Cela représente une amélioration significative par rapport au creux atteint à la fin de 2022, ce qui suggère que des mesures de soutien aux aidants ont été mises en œuvre.

Le début de l'année 2024 a été marqué par la phase la plus encourageante de la période de reprise, avec un taux atteignant 64,6 %. Malheureusement, cette amélioration a été de très courte durée. Le taux a chuté de manière spectaculaire pour atteindre environ 42 % au milieu de l'année, puis s'est effondré de manière catastrophique pour atteindre un niveau alarmant de seulement 5,8 % à la fin de l'année.

Si les efforts de reprise déployés en 2023 et au début de 2024 suggèrent une tentative de renforcement des liens d'orientation, la volatilité persistante et l'effondrement à 5,8 % à la fin de 2024 soulignent la nécessité urgente d'une action soutenue pour éliminer les obstacles à la transition réussie des patients orientés vers des soins en établissement.

11.23 Analyse des orientations par site du projet

Figure 25 Pourcentage (%) d'enfants orientés vers des services de santé dans le cadre des activités iCCM par projet, 2022-2024



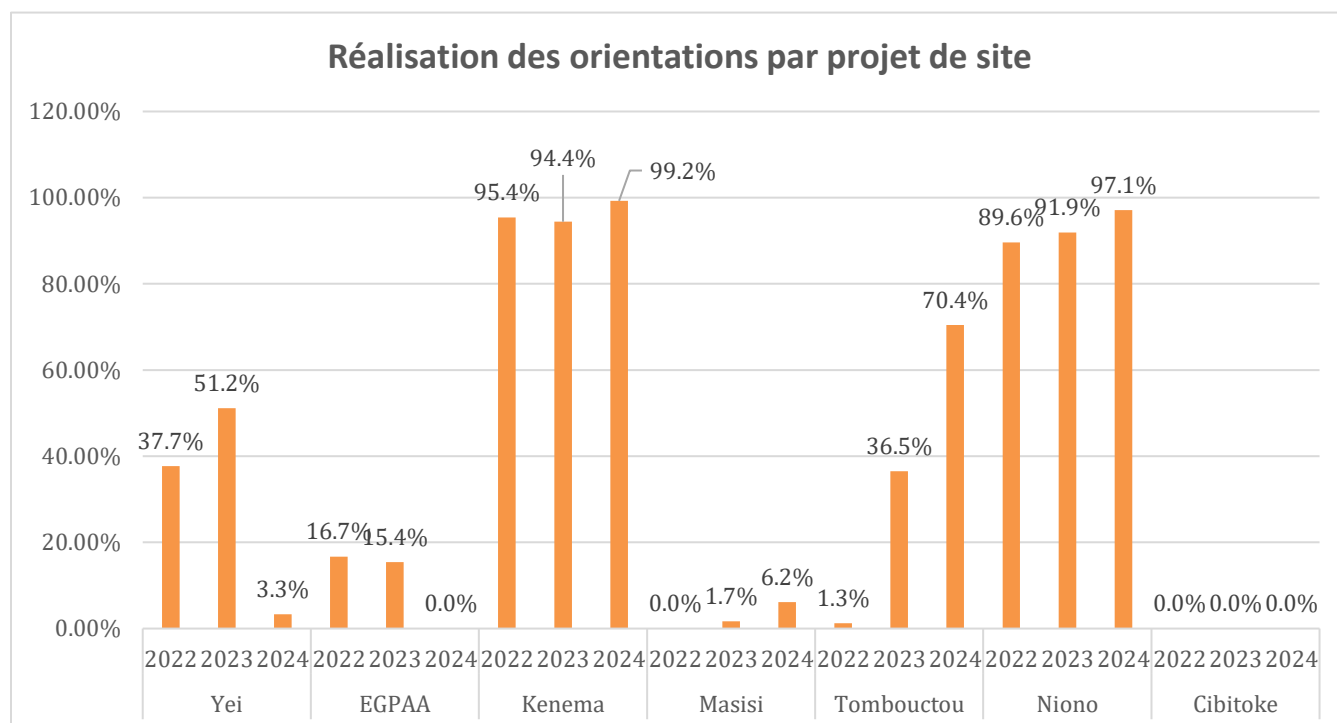
Le taux d'orientation, qui représente le pourcentage d'enfants identifiés par les ASC comme devant être orientés vers des soins de niveau supérieur, variait considérablement d'un site à l'autre. Masisi a enregistré le taux d'orientation le plus élevé et le plus stable, allant de 23,5 % à 39,2 % du total des consultations. Cela suggère que les ASC ont une forte capacité à identifier les signes de danger et à agir conformément au protocole. Cibitoke a également obtenu de bons résultats, avec des taux d'orientation supérieurs à 15 % au cours de l'année de l'intervention (2024). Cependant, le taux d'orientation de Kenema est passé de près de 11 % en 2022 à 7 % en 2024.

À l'inverse, l'EGPA et Yei ont enregistré certains des taux d'orientation les plus bas, souvent inférieurs à 2 %, ce qui pourrait indiquer une sous-détection des cas graves ou une volonté ou une capacité d'orientation limitée.

Ces chiffres peuvent refléter les capacités techniques et la confiance opérationnelle des agents de santé communautaires, les sites les plus performants faisant preuve d'une approche plus proactive dans l'identification des maladies graves.

11,24 % des enfants orientés ayant été pris en charge dans un établissement

Figure26 Pourcentage (%) d'enfants pris en charge dans un établissement de santé après avoir été orientés dans le cadre des activités iCCM par projet, 2022-2024



Le taux d'achèvement des orientations, défini comme le pourcentage d'enfants orientés accueillis dans les établissements de santé, fournit des informations essentielles sur la connectivité du système et le suivi des soignants.

Kenema a une fois de plus été en tête en termes de performances, avec plus de 85 % des enfants référés ayant été accueillis par les établissements.

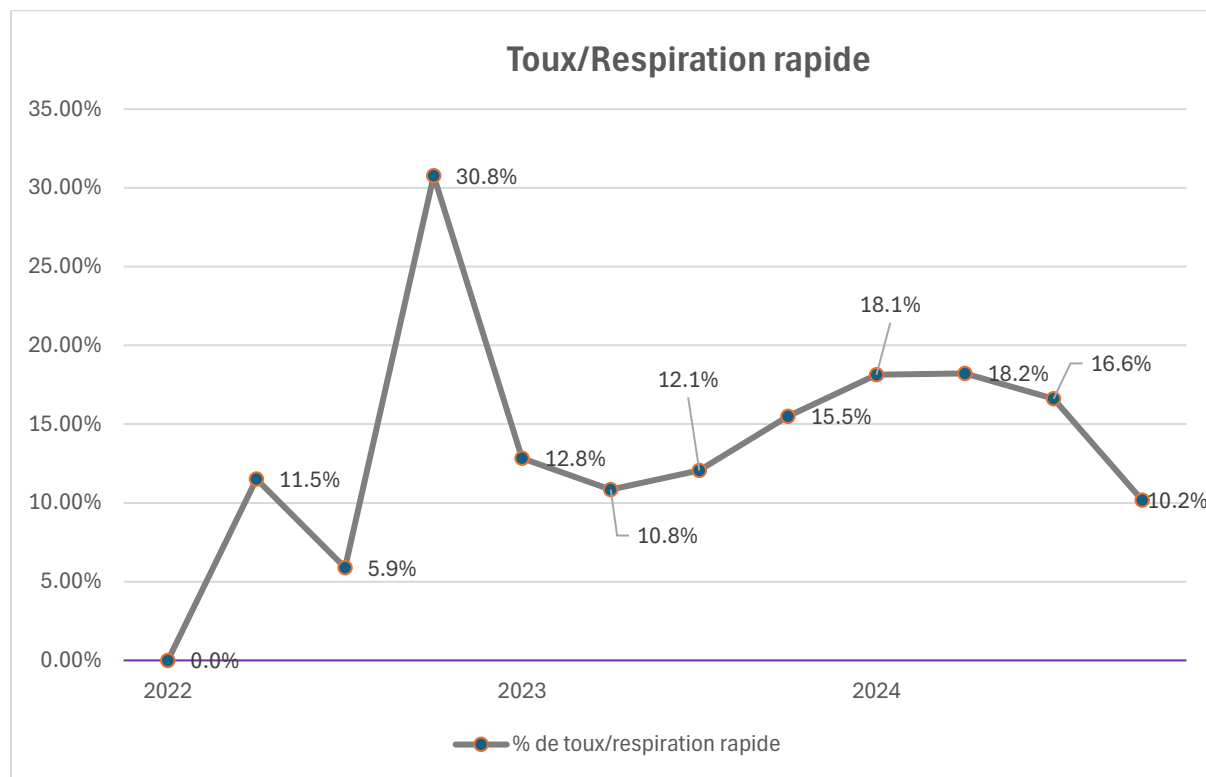
À l'opposé, les sites de Masisi et EGPA ont affiché des performances nettement inférieures, avec des taux d'achèvement tombant à 0 % en 2024 et à moins de 3 % en 2023. Ces chiffres reflètent probablement des obstacles physiques à l'accès, des coûts de transport élevés ou la réticence des soignants.

Les données indiquent que Kenema et Niono disposent de solides systèmes d'orientation pour l'identification et le suivi. En revanche, les sites de Masisi, Cibitoke et EGPA ont des systèmes d'orientation plus fragiles et auraient intérêt à améliorer la continuité des soins grâce à l'éducation communautaire, à un soutien logistique accru et à de meilleurs mécanismes de retour d'information.

11.25 Toux/respiration rapide

Cet indicateur mesure la proportion de nouvelles consultations pour des enfants présentant des symptômes de toux ou de respiration rapide (un indicateur des cas de pneumonie). Le numérateur est le nombre de ces cas et le dénominateur est le nombre total de nouvelles consultations.

Figure27 Pourcentage (%) d'enfants présentant des symptômes de toux ou de respiration rapide identifiés lors des activités iCCM à l'OCB, 2022-2024



L'analyse des données a révélé que la proportion de cas de toux/respiration rapide parmi les consultations des agents de santé communautaires a connu une forte volatilité au cours de la période étudiée, plutôt qu'une réduction soutenue.

L'année 2022 a été marquée par une volatilité extrême et un pic important. Partant de 0,00 %, elle est passée à 11,5 % avant de redescendre à 5,9 %. Contrairement aux prévisions qui tablaient sur une proportion élevée constante (16-25 %), le dernier trimestre a connu un pic exceptionnel de 30,8 %, le niveau le plus élevé enregistré pendant toute la période d'évaluation. Ce pic suggère un événement ponctuel ou saisonnier majeur.

Contrairement aux prévisions, l'année 2023 a été marquée par une stabilité modérée. Après ce pic, la prévalence a baissé, mais s'est stabilisée autour de 11-13 % (12,8 %, 10,8 % et 12,1 %).

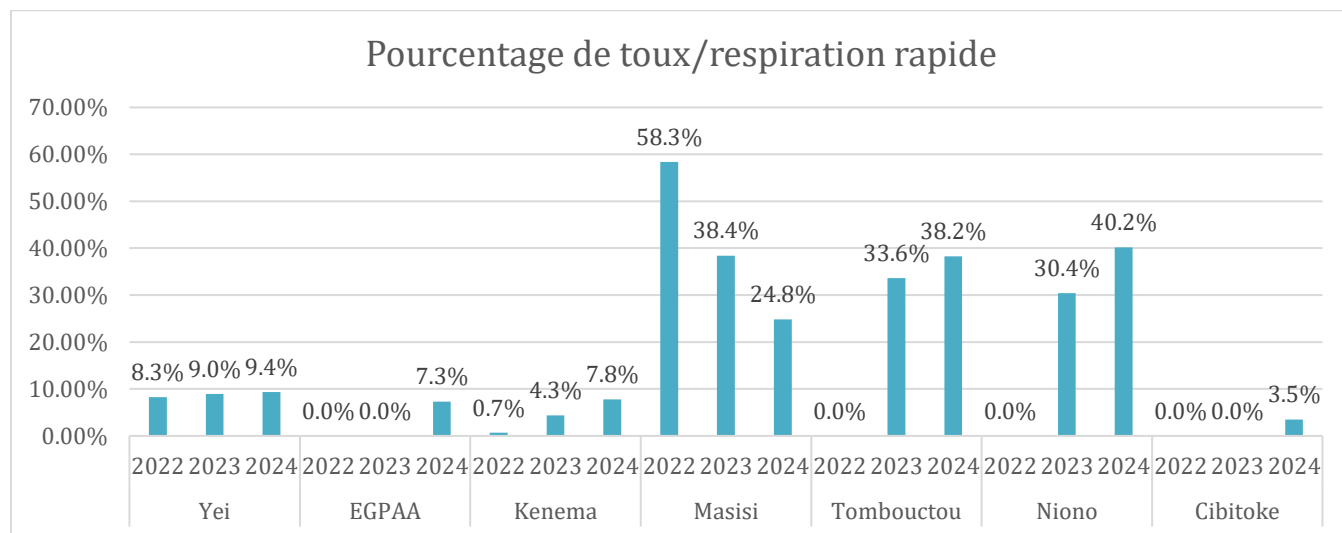
Les données de 2024 ne confirment pas le maintien à un niveau bas (6-9 %). En fait, l'année a connu une augmentation constante, les taux atteignant 18,1 % et 16,6 % au milieu de l'année, avant de redescendre à 10,2 % au dernier point enregistré.

Conclusion : l'évolution observée ne suggère pas une réduction durable de l'incidence des infections respiratoires prises en charge par l'intervention, mais plutôt une dynamique cyclique ou fluctuante, avec une résurgence en 2024.

11.26 Analyse de la toux/respiration rapide par site du projet

L'indicateur représentant la proportion d'enfants présentant des symptômes de toux ou de respiration rapide, un indicateur indirect des infections respiratoires telles que la pneumonie, a montré des variations considérables d'un site à l'autre.

Figure 28 Pourcentage (%) d'enfants identifiés comme présentant des symptômes de toux ou de respiration rapide pendant les activités iCCM par projet, 2022-2024



Masi, Niono et Tombouctou ont systématiquement enregistré les proportions les plus élevées, avec 24 % à 58 % des enfants présentant des symptômes respiratoires tout au long de la période 2022-2024. Cela suggère à la fois un fardeau élevé de maladies respiratoires et une forte capacité des agents de santé communautaires à identifier les symptômes. L'EGPA et Yei ont également enregistré des taux stables compris entre 7 % et 9 %, reflétant une détection efficace, tandis que Cibitoke a enregistré une prévalence beaucoup plus faible (3,5 %).

Si les taux élevés de détection des cas d'infections respiratoires aiguës, comme ceux enregistrés à Masi (RDC) et à Tombouctou et Niono (Mali), sont encourageants, les chiffres constamment bas enregistrés dans l'EGPA et à Cibitoké soulignent la nécessité d'une formation de mise à niveau, d'outils de travail et d'une supervision axée sur l'évaluation des maladies respiratoires.

En conclusion, l'indicateur des infections respiratoires aiguës montre que certains sites détectent efficacement les symptômes respiratoires, tandis que d'autres passent peut-être à côté d'opportunités de diagnostiquer et de traiter précocement la pneumonie. Les efforts visant à améliorer la qualité du projet devraient donner la priorité au mentorat clinique et au renforcement des protocoles dans les zones sous-performantes.

Conclusion

L'analyse quantitative de l'iCCM (2022-2024) révèle des progrès substantiels dans l'élargissement de l'accès aux soins de santé communautaires, en particulier en ce qui concerne les nouvelles consultations, le dépistage et le traitement du paludisme et la vérification du statut vaccinal. Les données montrent une augmentation significative de l'utilisation des services, le nombre de nouvelles consultations passant de moins de 500 au début de 2022 à plus de 58 000 à la fin de 2024. Cette augmentation est largement due à des sites très performants tels que Yei et EGPAA au Soudan du Sud et Cibitoke au Burundi.

Le dépistage nutritionnel a atteint un niveau d'intégration modéré, malgré des fluctuations et des incohérences. La malnutrition aiguë sévère est restée faible dans la plupart des sites (moins de 4 %), tandis que la malnutrition modérée a persisté à des taux plus élevés, en particulier à Masisi (12-31 %) et à Tombouctou (environ 7 %), soulignant les vulnérabilités persistantes.

Les indicateurs relatifs au paludisme confirment que cette maladie reste un fardeau sanitaire majeur, avec des taux de positivité constamment supérieurs à 60-70 %. Après des anomalies initiales, la couverture des tests s'est stabilisée au-dessus de 70 % et la couverture des traitements a atteint des niveaux quasi optimaux en 2023-2024, avant de baisser soudainement à la fin de 2024, ce qui suggère une fragilité de la chaîne d'approvisionnement.

La diarrhée et les infections respiratoires ont montré une variabilité marquée d'un site à l'autre : Masisi et EGPAA ont enregistré une prévalence élevée de la diarrhée (> 25 %), tandis que les cas respiratoires étaient particulièrement fréquents au Mali et en RDC (24 à 58 %). Cela met en évidence les lacunes en matière d'hygiène et de gestion des cas respiratoires.

Les systèmes d'orientation restent une faiblesse critique. Bien que les cas graves aient été bien identifiés dans des sites tels que Masisi et Kenema, le taux d'orientation a chuté à moins de 6 % dans plusieurs projets à la fin de 2024, reflétant les obstacles systémiques à la continuité des soins.

En conclusion, bien que l'iCCM ait réussi à améliorer l'accès et la couverture des services, il subsiste des défis majeurs en termes de qualité des données, de dépistage nutritionnel, de stabilité des systèmes d'orientation et d'efficacité des chaînes d'approvisionnement pour le traitement du paludisme. Il est essentiel de combler ces lacunes pour pérenniser les progrès significatifs réalisés et garantir l'équité dans tous les sites du projet.