

Evaluation sommative de l'initiative OMS pour l'élargissement de l'accès rapide (RAcE)

Volume 3 : Résumés de pays (République Démocratique du Congo et Niger)

Evaluation institutionnelle
commandée par le Bureau
OMS de l'évaluation

Mai 2018



Global Affairs Affaires mondiales
Canada Canada



**World Health
Organization**

Cette évaluation indépendante a été financée par Affaires mondiales Canada dans le cadre de sa subvention à l'OMS pour la mise en œuvre du Programme pour l'élargissement de l'accès rapide 2011/2012-2017/2018 et a été appuyée par un groupe de gestion de l'évaluation composé de représentants des bureaux d'évaluation d'Affaires mondiales Canada, de l'UNICEF et de l'OMS.

Groupe de gestion de l'évaluation

Elil Renganathan, Bureau OMS de l'évaluation, Président
Beth Ann Plowman, Bureau UNICEF de l'évaluation
Pierre J. Tremblay, Affaires mondiales Canada, Bureau de l'évaluation et des résultats
Anne-Claire Luzot, Bureau OMS de l'évaluation, Supervision technique
Anand Sivasanakara Kurup, Bureau OMS de l'évaluation, Chargé de l'évaluation

Groupe de référence de l'évaluation

Fred Binka, Université de la santé et des sciences, Ghana
Camille Bouillon Bégin, Affaires mondiales Canada, Bureau de la santé et de la nutrition
Kimberly Connolly, USAID, Washington DC
Ernest Darkoh, BroadReach Health Care, Afrique du Sud
Margaret Gyapong, Université de la santé et des sciences, Ghana
Chinwoke Isiguzo, Society for Family Health, État d'Abia, Nigeria
Gomezgani Jenda, Save the Children, Malawi
Elizabeth Juma, Institut de recherche médicale du Kenya, Kenya
Grace Nganga, World Vision, Niger
Pascal Ngoy, International Rescue Committee, République Démocratique du Congo
Olusola Oresanya, Malaria Consortium, État du Niger, Nigeria
Stefan Peterson, UNICEF, New York
Salim Sadruddin, Programme Mondial de lutte contre le Paludisme, OMS, Genève
Marla Smith, Save the Children and Malaria Consortium, Mozambique
Mark Young, UNICEF, New York



Right to health & development

Equipe d'évaluation : Josef Decosas (Chef d'équipe), Alice Behrendt, Marieke Devillé, Ingeborg Jille-Traas, Leo Devillé (assurance qualité)

Spécialistes des pays de l'équipe d'évaluation : Abdon Mukalay (République Démocratique du Congo), John Phuka (Malawi), Sandra Manuel (Mozambique), Mahamane Karki (Niger) et Vivian Shaahu (Nigeria)

Laarstraat 43
B-2840 Reet
Belgique
Tél : +32 2 844 59 30
Site web : www.hera.eu
Email : hera@hera.eu

L'analyse et les recommandations du présent rapport sont celles de l'équipe d'évaluation indépendante et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Organisation mondiale de la Santé. Il s'agit d'une publication indépendante du Bureau OMS de l'évaluation.

Toute demande de renseignements au sujet de cette évaluation doit être adressée à :

Bureau OMS de l'évaluation, Organisation mondiale de la Santé
Email: evaluation@who.int

TABLE DES MATIERES

République Démocratique du Congo	1
Contexte	1
Le programme RAcE en RDC	2
La mission d'évaluation au niveau pays.....	3
Principaux constats	5
Constatations de l'analyse de la contribution	5
Egalité entre les sexes	8
Équité sociale et populations vulnérables	10
Planification de la durabilité	10
Résultats collatéraux non planifiés	11
Conclusions.....	12
Théorie du changement	14
Analyse de la contribution et examen des processus.....	15
Annexe : Résumé de pays - RDC	26
Références.....	26
Personnes rencontrés	27
Outils développés par le programme RAcE RDC	29
NIGER	30
Contexte	30
Le programme RAcE au Niger.....	31
La mission d'évaluation au niveau pays.....	32
Principaux constats	33
Constatations de l'analyse de la contribution	33
Égalité entre les sexes	37
Équité sociale et populations vulnérables	39
Planification de la durabilité	39
Résultats collatéraux non planifiés	40
Conclusions.....	42
Théorie du changement	44
Analyse de la contribution et examen des processus.....	45
AnnexE : Résumé de pays - Niger	58
Références.....	58
Personnes rencontrés	59
Stratégie d'échantillonnage pour le travail sur le terrain au Niger	60

ABREVIATIONS


DRC

AS	Aire de Santé
ASF	Association de Santé Familiale
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CADMETA	Centrale d'Achat et de Distribution des Médicaments Essentiels dans le Tanganyika
DPS	Division Provinciale de la Santé
ECZS	Équipe Cadre de la Zone de Santé
GIBS	Groupe International de Bailleurs en Santé
IT	Infirmier/ière Titulaire
ITA	Infirmier/ière Titulaire Adjoint
MSP	Ministère de Santé Publique
PECIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PECp	Prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire
PNDP	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMD	Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
ReCo	Relais Communautaire (Community Health Worker)
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSC	Site de Soins Communautaire
ZS	Zone de Santé

Niger

ASC	Agents de Santé Communautaire
CPADS	Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
COGES	Comité de Gestion
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
DGSR	Direction Générale de la Santé de la Reproduction
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	Direction de la Statistique
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	Equipe Cadre de District
GF	Global Fund
HD	Hôpital du District
HN	Hôpitaux Nationaux
MSP	Ministère de Santé Publique
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire (iCCM)
PECADOM	Prise en charge des cas de paludisme à domicile
PSSE	Plan Stratégique National de Survie de l'Enfant au Niger 2016-2020
RCom	Relais Communautaire (Community Health Worker)
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent



République Démocratique du Congo

CONTEXTE

1. Le Rapport sur le développement humain 2016 du PNUD a classé la RDC parmi les pays à très faible développement humain (176^{ième} position sur 188) [10]. Dans le contexte national, la situation sanitaire et de développement de la province du Tanganyika - la région du programme RAcE en RDC - est encore plus critique, comme les données de l'enquête démographique et sanitaire (EDS) 2013/14 le montrent [11,12]. La pauvreté est plus répandue dans la province du Tanganyika que dans l'ensemble du pays, avec 63% de la population de la province se situant dans les deux quintiles de bien-être économique les plus faibles déterminés au niveau national ; 76% des femmes sont sans éducation ou n'ont qu'une éducation primaire incomplète par rapport à une moyenne nationale de 44% ; et la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, telle que déterminée par le test PCR, est de 62% par rapport à une moyenne nationale de 34%. Dans tous les indicateurs de santé et de développement social, la province du Tanganyika se classe régulièrement parmi les cinq dernières des 26 provinces de la RDC.

Sélection d'indicateurs sociaux et de services de santé de la province du Tanganyika en RDC

	Province Tanganyika	du National
Population des deux quintiles de bien-être économique nationaux les plus faibles (%)	63	--
Taux d'alphabétisation des femmes (%)	32	64
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 an (par 1 000 naissances vivantes) *	121	104
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec diarrhée pour lesquels des conseils ou un traitement ont été recherchés	49	39
Traitement SRO pour les enfants de moins de 5 ans avec diarrhée (%) **	64	42
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre pour lesquels des conseils ou un traitement ont été recherchés	32	40
Traitement ACT pour les enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre (%) *	5	6
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec infection respiratoire pour lesquels des conseils ou un traitement ont été recherchés *	53	42

Source : EDS 2013/14 ; * Indicateur pour l'ancienne province du Katanga, y compris la nouvelle province du Tanganyika ; ** SRO ou Solution Maison Recommandée

2. Le Tanganyika est devenu une province en 2015. C'était auparavant un territoire sous l'administration du gouvernement provincial du Katanga. Cette nouvelle province occupe une superficie d'environ 135 000 km² (à peu près la même superficie que la Grèce), et elle est peu peuplée avec seulement 22 habitants par km². Dans la province il y a 268 centres de santé du secteur public pour servir une population d'environ 2,9 millions d'habitants, mais ces centres ne sont pas tous fonctionnels. [5] Il est estimé que 53% de la population vit à plus de 5 km d'un établissement de santé le plus proche et 40% à plus de 10 km. Le réseau routier est en mauvais état et certains villages ne sont accessibles qu'à pied ou en bateau. La province est en proie à une crise humanitaire et sécuritaire prolongée avec les incursions de plusieurs milices Mai Mai qui luttent pour l'accès aux ressources minérales. En 2015, un nouveau conflit armé a éclaté entre les groupes ethniques Twa et Bantu autour des droits fonciers et des taxes locales. Les conflits ont entraîné d'importants déplacements de population et l'abandon

d'établissements de santé et de Sites de Soins Communautaires (SSC). [8] Mi 2017 le nombre estimé de personnes déplacées du Tanganyika était de 500 000, soit environ 17% de la population totale. [9]

3. En RDC, l'administration et la gouvernance des services de santé sont décentralisées vers les provinces, bien que les dépenses de santé du gouvernement national soient largement contrôlées par le gouvernement central. Le budget provincial de la santé consolidé pour 2017, préparé par la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Tanganyika, comprenait des dépenses prévues de 18 millions de dollars américains à financer à 61% par les partenaires internationaux, 28% par le gouvernement central, 8% par les ménages et à seulement 3% par le gouvernement provincial. [19] Selon certains informateurs clés, cependant, les fonds budgétisés n'ont pas tous été exécutés. Souvent, le personnel des établissements de santé publique ne reçoit pas un salaire régulier, équitable ou suffisant et tire ses revenus des frais de fonctionnement et des primes versées par les programmes de santé financés par des bailleurs internationaux. Selon des estimations publiées par l'OMS, 37% des dépenses de santé actuelles en RDC sont financées par des paiements directs des ménages. [Error! Reference source not found.]

4. La prise en charge communautaire intégrée (iCCM) est institutionnalisée dans le système de santé de la République Démocratique du Congo (RDC) depuis 2005. [18] Le premier guide de mise en œuvre pour les SSC a été publié par le Ministère de la Santé Publique (MSP) en 2007, et mis à jour en 2015. [1,2] Le guide identifie deux questions à aborder par la création de sites gérés par des relais communautaires (ReCo): [2]

- Accès géographique : Les SSC doivent être établis dans des villages ou des communautés qui se situent à plus de 5 kilomètres d'un établissement de santé, ou qui sont coupés d'un établissement de santé par une barrière naturelle.
- Médicaments de qualité : Les SSC doivent mettre à la disposition des enfants de la communauté des médicaments génériques essentiels de qualité contrôlée afin d'éliminer la circulation de médicaments de mauvaise qualité et/ou d'origine douteuse.

5. Selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), un total de 3 828 SSC étaient opérationnels en mars 2015 et fournissaient un paquet complet de traitement du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans. L'expansion des SSC est un des objectifs du plan national dans le cadre de l'axe stratégique de développement des districts sanitaires. [3]

6. Au niveau national, l'iCCM est coordonnée par le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD) qui a développé une stratégie nationale iCCM en 2017, mais qui n'est pas encore validée par le MSP. [6] Il existe des intérêts stratégiques concurrents entre la Direction de Développement des Soins de Santé Primaires qui est actuellement en train de développer une stratégie de participation communautaire [7], d'une part, et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) qui coordonne un réseau plus large de sites communautaires de traitement du paludisme (Prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire / PECp), d'autre part.

LE PROGRAMME RACE EN RDC

Objectif principal	Augmenter la couverture et la qualité de l'iCCM afin de réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants de 2 à 59 mois.
Agence contractuelle	International Rescue Committee (IRC)
Partenaire gouvernemental	Ministère de la Santé Publique, Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques au niveau national et Direction Provinciale de la Santé dans la province du Tanganyika

Période contractuelle	01/09/2013 – 28/02/2018
Budget	3 tranches d'un montant total de 10 988 770 dollars américains
Couverture géographique	7/11 zones de santé dans la première année mise à l'échelle par étapes pour couvrir les 11 zones de santé de la province dans la troisième année
Couverture de la population	Population provinciale de 3 millions d'habitants en 2017, dont environ 960 000 (dont 154 000 enfants de moins de cinq ans) étaient couverts par le programme en septembre 2017
Cible iCCM	Un million (153 000 enfants de moins de 5 ans)

7. En août 2013, l'OMS a signé le premier de trois accords de subvention et deux amendements avec l'IRC qui, ensemble, couvrent la période de subvention totale de septembre 2013 à février 2018 (54 mois). [4] L'IRC a été l'une des premières organisations à appuyer l'iCCM en RDC dans le cadre de plusieurs programmes financés au niveau international qui ont débuté au Sud-Kivu et au Kasai Occidental en 2006. Le programme RAcE incluait le financement d'un projet de recherche opérationnelle visant à tester l'utilisation d'un programme de formation révisé et d'outils de rapportage simplifiés et illustrés pour améliorer la qualité et réduire le coût des services iCCM en utilisant étude quasi-expérimentale avec un groupe de contrôle non-équivalent.

8. Le programme RAcE a commencé la mise en œuvre dans sept zones de santé, dont deux zones où l'IRC mettait déjà en œuvre un programme de renforcement des systèmes de santé financé par Sida (l'agence suédoise de coopération internationale au développement). En 2015, trois zones de santé ont été ajoutées, et en 2016, la onzième zone de santé. En 2017, la couverture de la population variait d'un minimum de 13% à Kalemie, qui a la plus grande population urbaine, à un maximum de 47% à Mbulula.

LA MISSION D'ÉVALUATION AU NIVEAU PAYS

9. Le résumé de pays du programme RAcE en RDC a été préparé dans le cadre de l'évaluation sommative globale de l'initiative RAcE. L'approche et la méthodologie de chacune des missions de pays ont été standardisées et sont décrites dans le volume 1 du rapport de synthèse. Les questions d'évaluation ont été adaptées au contexte du programme RAcE en RDC. Un premier plan de travail a été établi, comprenant une liste préliminaire des informateurs clés aux niveaux national et provincial, ainsi qu'un échantillon de districts et de sites communautaires à visiter. La mission en RDC s'est déroulée du 27 novembre au 9 décembre 2017.

10. Le cadre de la théorie du changement (ToC) post hoc, préparé sur la base des documents de programme disponibles, a été validé et révisé lors d'un atelier participatif avec le personnel des programmes de l'IRC et de la DPS avant la collecte de données sur le terrain. Le plan de travail initial pour la collecte de données a dû être abandonné en grande partie parce que les vols intra-provinciaux vers la zone de santé de Manono n'étaient pas disponibles. La zone avait été sélectionnée pour inclure une des zones ajoutées à la mise à l'échelle en 2015. Le seul vol disponible était à destination de Moba, ce qui a permis d'inclure les zones de santé de Moba et Kansimba. Les déplacements par route étaient limités à un rayon de 20 km autour des villes de Kalemie et de Moba et durant les heures de clarté selon les conseils de sécurité de l'ONU. Cela a considérablement limité la base de sondage pour la collecte de données au niveau communautaire. Les plans initiaux d'interviewer des membres de la communauté Twa ont été abandonnés en raison d'une tension interethnique accrue.

11. L'échantillon final de l'évaluation incluait quatre zones de santé, Kalemie et Nyemba avec des bureaux de zone basés à Kalemie, et Moba et Kansimba avec des bureaux de zone basés à Kalemie. Dans les zones de santé de Kalemie, Moba et Kansimba, des discussions de groupe avec les ReCo ont eu lieu dans un établissement de santé dans un rayon de 20 km du siège de la zone, et dans chaque zone une

communauté a été visitée pour une discussion de groupe avec les mamans ou les gardiens des enfants. Le plan de répéter ces activités dans la zone de santé de Nyemba a dû être annulé parce que le vol de retour de Moba à Kalemie a été retardé d'un jour. En raison des restrictions de voyage et des conditions routières difficiles, l'échantillonnage des établissements de santé et des communautés était entièrement opportuniste et basé sur la faisabilité de l'accès et du retour dans les heures de clarté. Au total, 16 entretiens avec des informateurs clés ont été menés dans la province du Tanganyika, huit avec les directeurs provinciaux et de zone, et les points focaux iCCM du MSP, trois avec des infirmières superviseurs ou ReCo, deux avec des ReCo, un avec le chef de projet IRC et le responsable du S&E, et trois avec des partenaires externes, à savoir CADMETA, ASF & ICF (programme financé par le PMI), et la Fondation Damien. Au début de la mission sur le terrain, l'équipe d'évaluation a informé le Ministre Provincial de la Santé du Tanganyika et, à la fin, l'équipe a fait le compte rendu lors d'une réunion des principaux partenaires présidée par le directeur de la DPS.

12. Les entretiens avec des informateurs clés au niveau national ont été menés avant de se rendre dans la province du Tanganyika et au retour à Kinshasa. Il n'a pas été possible de mener tous les entretiens prévus parce que des fonctionnaires clés avaient quitté le pays ou étaient occupés par d'autres réunions. Deux entretiens téléphoniques ont été menés après la mission. Les sept entretiens avec des informateurs clés au niveau national incluaient des entretiens avec l'OMS, les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, la diarrhée et les soins de santé primaires du MSP, l'UNICEF, le MCHP (USAID) et l'Ambassade du Canada. Le représentant résident de l'OMS a été informé et débriefé au début et à la fin de la mission.

PRINCIPAUX CONSTATS

CONSTATATIONS DE L'ANALYSE DE LA CONTRIBUTION

13. La prise en charge au niveau communautaire fait partie de la prestation des services de santé en RDC depuis plus de 10 ans. Des directives nationales détaillées pour la mise en œuvre existent depuis 2007. [1,2] En 2016, l'iCCM a été explicitement incluse dans la stratégie nationale de santé. [3,13] Au niveau national, l'OMS a largement utilisé l'expérience du programme RAcE dans le dialogue politique avec le gouvernement et les partenaires pour promouvoir l'iCCM et soutenir l'élaboration de stratégies en vue d'une couverture universelle.

14. Au niveau provincial, l'IRC et l'OMS ont travaillé en étroite collaboration avec la DPS et ont réussi à ancrer fermement l'iCCM dans le système provincial de prestation de services de santé. Dans cette province très défavorisée de la RDC, le programme RAcE s'est approché de plus près de la réalisation de la couverture universelle de la prestation de services aux communautés, ceci avec un accès plus difficile aux services de santé que dans les autres provinces du pays. [6]

15. Au niveau national, le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques du MSP, qui a la responsabilité déléguée pour l'iCCM, s'est largement appuyé sur l'appui technique et stratégique de l'OMS. La situation nationale est complexe parce que d'autres unités du MSP (principalement les programmes nationaux de paludisme et des soins de santé primaires) se disputent l'influence et l'appui international dans ce domaine. L'OMS a été en mesure de réunir ces acteurs, bien qu'il y ait encore des signes de tension et de compétition. Les directions provinciales de la santé jouissent d'une autonomie considérable. La province du Tanganyika est une nouvelle province créée pendant la période de mise en œuvre du RAcE. La nouvelle DPS a eu besoin de l'appui opérationnel de l'IRC pour traduire les politiques nationales de l'iCCM en mise en œuvre sur le terrain. Les informateurs clés du MSP aux niveaux national et provincial ont confirmé que la répartition fonctionnelle des tâches établie dans le cadre du modèle de sous-traitants du programme RAcE, entre l'appui politique national par l'OMS et l'appui provincial à la mise en œuvre par l'IRC, a contribué au succès du programme en RDC.

16. Le programme RAcE a largement adhéré aux directives nationales pour l'établissement de sites de soins communautaires. Il a obtenu une plus grande couverture démographique et géographique en ne soutenant qu'un seul ReCo par site, au lieu de deux comme prescrit par la directive nationale. Il a mis au point de nouveaux registres, du matériel de formation et des modèles de rapports, les a testés dans le cadre d'un projet de recherche opérationnelle qui a confirmé des améliorations majeures dans la qualité des services et des données, et a appuyé l'introduction de ces améliorations dans toute la province du Tanganyika. Les autorités sanitaires provinciales ont adopté ces outils comme normes provinciales. D'autres provinces et certains partenaires internationaux ont manifesté de l'intérêt pour l'adoption de tels outils. Les partenaires travaillant dans le domaine du paludisme craignent cependant que les nouveaux outils ne saisissent pas toutes les données dans la base de données nationale sur le paludisme et, par conséquent, montrent une certaine résistance à leur adoption. ASF, l'agence d'exécution du PMI dans 187 SSC du Tanganyika, n'a pas introduit les nouveaux outils.

17. Au niveau national, l'OMS a utilisé l'expérience et les résultats du RAcE pour promouvoir l'iCCM avec d'autres programmes du MSP et avec des partenaires internationaux clés tels que le PMI, le Fonds Mondial et l'UNICEF. Un informateur clé a estimé que l'engagement de l'OMS avec le groupe des partenaires internationaux de la santé (GIPS) n'était pas suffisamment fort. Au niveau provincial, peu de partenaires majeurs étaient impliqués dans le traitement communautaire des maladies des enfants. Un consortium réunissant ASF et ICF a mis en œuvre un programme de lutte contre le paludisme financé par le PMI, y compris l'appui de 187 sites de traitement communautaires associés à des centres de santé

sélectionnés. L'IRC a collaboré avec ces organismes (ASF et ICF) pour surmonter les goulots d'étranglement dans l'approvisionnement en médicaments et ils se sont généralement tenus mutuellement informés, notamment en participant aux réunions d'évaluation du RAcE. Selon les informateurs clés, le PMI a accepté d'inclure le traitement de la diarrhée et de la pneumonie dans les sites futurs sur la base de l'expérience du programme RAcE. Dans deux zones de santé, le programme RAcE travaille en étroite collaboration avec un projet de soins de santé primaires intégrés de la Fondation Damien, en effectuant des missions de supervision conjointes et en fournissant l'appui logistique, y compris pour l'équipe d'évaluation du RAcE.

18. La réduction estimée de la mortalité infantile de 14,5% dans les régions du programme RAcE dérivée de la modélisation mathématique appliquée par l'ICF [14] n'a pas pu être confirmée avec les données disponibles. La dernière enquête démographique a été menée en 2013/14, et ne comprend que des données provinciales limitées parce que la province du Tanganyika n'a été créée qu'au moment de l'enquête. L'application des données de l'ancienne province du Katanga est problématique car par rapport aux trois autres nouvelles provinces qui faisaient partie de la province du Katanga, le Tanganyika a un profil social, économique et sanitaire très différent et beaucoup plus défavorisé. Le système national d'information sur la santé (SNIS) a été remplacé par la plateforme DHIS2 qui n'a pas encore été remplie dans la province. Tous les informateurs clés interrogés, de la communauté à la province, étaient convaincus d'une réduction de la mortalité infantile. Certains ont été en mesure d'étayer cette information par des données sur la réduction du nombre d'enfants nécessitant une transfusion sanguine en raison d'une anémie grave. Ceci est également confirmé par les données SNIS de 2015. Avec les données de l'enquête RAcE sur l'amélioration de l'accès aux traitements, l'équipe d'évaluation interprète cela comme une preuve suffisante pour appuyer la constatation d'une diminution de la mortalité infantile qui, cependant, ne peut pas être quantifiée.

19. Tous les apports prévus du programme RAcE ont été fournis et les résultats ont été largement atteints. Dans l'ensemble, les preuves de la contribution du programme à la réalisation des changements prévus, tels que décrits dans le cadre de la théorie du changement post-hoc, sont solides. De nombreuses contraintes dans l'atteinte des résultats et la contribution identifiée par l'équipe d'évaluation sont liées à d'autres facteurs d'influence :

- Tous les ReCo interrogés étaient très motivés et la reconnaissance de ReCo par les membres des communautés interrogés était très élevée. Cependant, en RDC le terme "motivation" est utilisé pour désigner les biens matériels ou financiers reçus pour la prestation de services. En ce sens, une certaine insatisfaction a été exprimée par les ReCo. Il s'agissait principalement d'un manque d'appui de la part des communautés, qui souvent ne comprennent pas pleinement la nature bénévole de la position de ReCo, et ne les soutiennent donc pas avec des intrants tels que des piles de lampe de poche pour examiner les enfants la nuit, des pièces détachées de bicyclettes ou des stylos pour compléter les registres. Il met en évidence une faiblesse du travail du programme avec les comités communautaires (COGESITE) dont les fonctions et les rôles sont définis dans les directives du MSP, mais qui ont reçu relativement peu d'attention dans l'établissement et la gestion des SSC par le programme RAcE.
- Un approvisionnement continu et ininterrompu de tous les médicaments à tous les SSC n'a pas été atteint par le programme RAcE. La pénurie principale concernait les suppositoires d'Artesunate. Il s'agit d'un médicament essentiel pour le traitement pré-transfert des enfants atteints de paludisme grave, et il n'a donc pas affecté un très grand nombre de traitements. Avant juin 2017, aucun fournisseur de suppositoires d'Artesunate pré-qualifié par l'OMS n'existait, et le médicament était donc difficile à acquérir par CADMETA qui ne s'approvisionne qu'auprès de sources pré-qualifiées.

En 2014, plus de 50% des SSC ont connu des ruptures de stock d'amoxicilline sur une période de sept mois, puis de nouveau sur cinq mois en 2016. En excluant les suppositoires d'Artesunate, la disponibilité moyenne de tous les médicaments était de 79% (86% pour les médicaments contre la diarrhée, 85% pour les médicaments contre le paludisme et 64% pour l'amoxicilline). Ce résultat n'est pas idéal, mais il se compare favorablement à d'autres programmes d'iCCM dans le pays. [18] Les ruptures de stock de médicaments ne sont pas propres aux SSC, mais affectent aussi fréquemment les établissements de santé. Les médecins chefs de district interrogés par l'équipe d'évaluation ont déclaré que l'approvisionnement en médicaments des SSC appuyés par le programme RAcE était considérablement meilleur que l'approvisionnement des sites appuyés par d'autres programmes actuels ou passés.

- Les faiblesses du système national d'information sanitaire ont constitué une contrainte majeure dans l'intégration et la gestion de l'iCCM par le secteur public. Le programme a bien fonctionné grâce à une base de données gérée par l'IRC qui a été partagée avec la DPS. Dans les sites et districts visités, les données ont été soumises de manière cohérente au personnel du SNIS au niveau des districts. Cependant, aucune donnée fiable n'a été générée par le système national DHIS2 depuis 2016. Le PNLP tient à jour une base de données séparée qui, depuis 2017, saisit également les données sur le traitement communautaire du paludisme. Aucune de ces sources de données n'a pu être réconciliée avec la base de données RAcE de l'IRC pour un certain nombre de raisons (calendriers différents, inclusion et exclusion de différents sites de rapportage, incohérences internes, erreurs de saisie des données).
- Les matériels de formation et outils d'enregistrement et de rapportage pour les SSC testés dans le cadre du projet de recherche opérationnelle ont été acceptés par la DPS en tant que normes provinciales, mais certains partenaires internationaux ne les ont pas acceptés et certains ont exprimé leur réticence à changer. Une ou plusieurs séries de revues, de consultations et de révisions éventuelles sont nécessaires avant que le MSP puisse éventuellement valider ces matériels et outils en tant que standards nationaux. La publication prochaine dans une revue scientifique avec comité de lecture pourrait accélérer le processus.
- Le personnel du MSP interrogé au niveau de la province, de la zone et des établissements de santé a confirmé que les ReCo fournissaient un traitement efficace et référaient les enfants correctement, mais moins de la moitié de tous les parents ont suivi les conseils de référence. Les raisons, dans tous les cas, étaient les difficultés d'accès aux centres de santé et les frais de consultation au niveau des centres de santé. Cette question dépasse le cadre du programme RAcE.
- Également au-delà du cadre du programme, la réalisation de la couverture universelle pose problème dans une province où la densité des établissements de santé est trop faible et où le réseau routier est sous-développé. Même si la province du Tanganyika n'avait pas connu de conflit et de déplacement de population, une proportion considérable de cette dernière serait hors de portée pour la couverture des soins communautaires parce qu'elle vit dans des communautés trop dispersées et trop inaccessibles en raison de la distance et des barrières géographiques.
- L'iCCM a pour objectif de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, tandis que le traitement communautaire du paludisme a pour objectif la lutte contre le paludisme. Ces deux objectifs se recoupent largement et il est souhaitable de les combiner. Cela fait l'objet de discussions en RDC, mais la tâche semble trop complexe à accomplir car la suppression des limites d'âge pour les patients traités par le ReCo (telle que pratiquée par les sites de traitement du

paludisme) élargit considérablement la portée, le volume et la complexité de leurs services, ainsi que la complexité de la gestion et du suivi des médicaments et autres intrants.

- Des plans et des stratégies pour une mise à l'échelle nationale de l'iCCM existent, mais en RDC, tout comme dans la province du Tanganyika, la réalisation de ces plans dépend entièrement de la disponibilité d'un appui financier international. Jusqu'à présent, il n'y a jamais eu d'efforts - même minimales - pour allouer des fonds publics nationaux à l'iCCM. La réalisation de l'objectif stratégique continuera donc de dépendre a) de la disponibilité du financement des partenaires internationaux et b) de la capacité du MSP à coordonner les partenaires internationaux pour qu'ils adhèrent à un modèle national utilisant des systèmes nationaux de mise en œuvre.

20. Certaines constatations de l'évaluation n'ont pas été prises en compte dans l'évaluation de la Théorie de Changement. Elles sont présentées sous les quatre rubriques suivantes.

ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES

21. Les résultats en matière d'égalité entre les sexes ne sont pas inclus dans le cadre de la théorie de changement du programme RAcE en RDC. Lors des entretiens et de l'atelier de démarrage de la théorie de changement, le personnel de l'IRC a souligné que les termes de référence des accords de subvention négociés avec l'OMS n'incluaient pas d'analyse comparative entre les sexes. Les lignes directrices pour les candidats de la mise en œuvre du programme telles que formulées par le Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS en octobre 2012, ne font aucune référence à l'égalité entre les sexes ou à l'analyse comparative entre les sexes. [17]

22. Le programme, néanmoins, n'était pas 'aveugle au genre' :

- Les données de traitement collectées par le programme RAcE ont été systématiquement désagrégées par sexe, bien que le SNIS ne désagrège pas les données et que la désagrégation a donc été perdue dans les statistiques nationales. L'accès au traitement, selon les données de l'IRC, était égal pour les filles et les garçons, avec 659 290 garçons et 660 627 filles vus par les ReCo jusqu'en août 2017.
- Dans les réunions de mobilisation communautaire pour l'élection des ReCo, le personnel de l'IRC et du MSP a constamment promu l'élection de membres féminins de la communauté. L'intention d'augmenter le recrutement de ReCo femmes a été incluse dans la proposition de l'IRC, et les contraintes dans la poursuite de cet objectif ont été discutées. L'équilibre entre les sexes des ReCo formés est indiqué dans les rapports d'avancement de l'IRC, mais les statistiques des ReCo actifs ne sont pas désagrégées par sexe dans la base de données RAcE.
- Dans le questionnaire de l'enquête finale, un module sur la prise de décision des ménages a été ajouté. Au départ, cependant, seulement une question sur la prise de décision conjointe a été incluse. Certaines inférences peuvent donc être faites sur les changements dans les pouvoirs de décision des femmes. Les preuves ne sont toutefois pas solides.
- Le rapport final d'évaluation de l'ICF comprend une courte section sur "les facteurs et les différences de genre dans le traitement iCCM". Cette section présente les résultats des enquêtes initiales et finales, à savoir qu'il n'y avait pas de différences entre les sexes en ce qui concerne l'accès au traitement, et que la prise de décisions conjointes dans les ménages au sujet de la recherche de soins a diminué et la prise de décisions indépendante a augmenté.

23. Les conclusions de l'évaluation sur l'égalité entre les sexes sont les suivantes :

Analyse de genre	Le programme n'a pas procédé à une analyse de genre de l'offre ou de la demande de l'iCCM parce que celle-ci n'était pas incluse dans les termes du contrat avec l'OMS
Égalité entre les sexes dans l'accès aux traitements	La proportion de filles et de garçons traités était égale, ce qui est bien documenté et conforme aux résultats des programmes iCCM à travers l'Afrique
Égalité entre les sexes parmi les prestataires de soins	L'IRC a signalé qu'en octobre 2017, 18% des ReCo étaient des femmes, avec des variations selon les districts. Des données permettant de vérifier cette information n'étaient pas disponibles.
Sensibilité du genre dans la formation des ReCo	Les matériels de formation ReCo et les graphiques inclus dans les lignes directrices pour ReCo utilisent des images qui montrent l'implication des hommes et des femmes dans les soins aux enfants de manière appropriée en fonction du contexte (voir Annexe 2)
Égalité entre les sexes dans la communauté	Les données de l'enquête finale montrent qu'une plus faible proportion des décisions de rechercher des soins pour un enfant malade ont été prises conjointement. Cela confirme l'hypothèse selon laquelle le programme RAcE a contribué à une augmentation du nombre de décisions prises de manière autonome par les mamans ou gardiennes des enfants. (augmentation de 10% à 31%, statistiquement significative)

24. Les informateurs clés n'ont noté aucun effet du programme sur l'égalité entre les sexes dans la communauté. Il n'y avait pas de preuves convaincantes pour confirmer ou rejeter les hypothèses selon lesquelles un accès plus facile aux services de santé infantile par le biais des SSC modifierait la charge de travail ou le pouvoir de décision global des femmes dans leurs familles, ou que le programme augmenterait la participation des femmes au système de santé.

25. Les informations sur le recrutement de femmes ReCo ont été variées. Toutes les personnes interrogées ont affirmé que l'élection des femmes était fortement encouragée lors des réunions de mobilisation communautaire. Cependant, le faible taux d'alphabétisation des femmes dans le Tanganyika rural, ainsi que les relations de pouvoir traditionnelles qui obligeaient les femmes à demander la permission à leurs partenaires masculins avant de soumettre leur candidature en tant que ReCo, ont été reconnus comme des éléments freinant le recrutement de femmes ReCo. L'effet du faible niveau d'éducation des femmes a été atténué dans une certaine mesure par l'introduction des nouveaux registres, formulaires de rapportage et guides par le programme RAcE parce qu'ils utilisaient beaucoup d'images. Les problèmes initiaux liés à des formulaires mal remplis par des ReCo moins alphabétisés ont été largement résolus.

26. Plusieurs informateurs ont noté que les ReCo féminines étaient généralement plus fiables, plus facilement disponibles dans les villages car elles se trouvaient plus régulièrement à la maison et avaient des taux de renoncement plus faibles parce qu'elles étaient moins susceptibles de chercher un emploi à l'extérieur de la communauté. Une minorité d'informateurs a mentionné qu'il était plus facile pour les femmes de consulter une femme ReCo lorsque leur enfant était malade.

27. Il n'est pas possible de répondre à la question de savoir si une proportion plus élevée de femmes ReCo a changé le statut des femmes. D'une part, une femme ReCo peut accroître la reconnaissance des femmes dans la hiérarchie communautaire. D'autre part, la tâche supplémentaire des services de volontariat en tant que ReCo peut augmenter la charge de travail et la responsabilité des femmes qui sont déjà surchargées par les responsabilités de gestion des ménages, sans changer leur pouvoir économique dans la famille.

28. Au cours de l'atelier de la théorie de changement, les participants ont convenu que des réponses définitives sur les effets du programme RAcE sur l'égalité entre les sexes auraient exigé une analyse de genre formelle au début et à la fin du programme.

ÉQUITÉ SOCIALE ET POPULATIONS VULNERABLES

29. Le programme RAcE dans la province du Tanganyika s'est efforcé de réaliser l'accès universel aux services de santé infantile dans toutes les communautés qui ont des difficultés d'accès aux établissements de santé. Le statut social et les indicateurs de santé publiés dans le rapport de l'EDS 2013/14 placent systématiquement la population de la province du Tanganyika parmi les plus vulnérables du pays. (voir section 1)

30. A cause de la faible densité de population (22 habitants/km²), du mauvais réseau routier, de la faible densité des établissements de santé et de l'insécurité chronique, la couverture universelle n'a pu être atteinte, mais environ 32% de la population totale était couverte par les services iCCM appuyés par le programme RAcE, ce qui représente environ les deux tiers de toutes les personnes vivant à plus de cinq kilomètres d'un établissement de santé publique dans la province. Le profil de bien-être économique de la population couverte par le programme RAcE, tel qu'analysé par l'ICF dans l'enquête finale, a révélé que 57% se trouvaient dans les deux quintiles de bien-être économique les plus bas, ce qui se situe dans les marges d'erreur statistique du profil provincial.

31. Le principal groupe ethnique minoritaire de la province – les Twa – représente environ 15% de la population, mais une proportion plus élevée dans certains districts. Auparavant les Twa étaient nomades mais aujourd'hui ils se sont installés principalement près des villages agricoles de la population bantoue dominante où ils travaillent comme travailleurs salariés. Il s'agit d'un groupe marginalisé et discriminé avec peu d'accès aux services publics. Selon les informateurs clés, ils forment rarement des villages organisés et leur niveau d'éducation est bien inférieur à celui des groupes bantous dominants. Ces faits ont été cités comme les principales raisons pour lesquelles seulement trois membres de la communauté Twa ont été recrutés comme ReCo par le programme RAcE. Tous les informateurs ont déclaré que les enfants Twa avaient un accès égal aux services de l'iCCM. Au moment de la mission d'évaluation, les populations Twa et Bantu étaient confrontées à un violent conflit interethnique. Il n'a donc pas été possible de vérifier les informations fournies par les répondants du MSP et de l'IRC.

PLANIFICATION DE LA DURABILITE

32. La planification de la durabilité a été initiée au cours de la troisième année du programme RAcE avec l'élaboration d'une feuille de route pour la durabilité lors d'un atelier national en septembre 2016 qui s'est ensuite traduite en un plan de transition en 2017. [15,16] La feuille de route établit un plan ambitieux jusqu'en 2030. Le développement de cette feuille a été participatif et a impliqué le MSP aux niveaux national et provincial, ainsi que des représentants des programmes des partenaires internationaux. Le document provisoire est identifié comme un document de la DPS et son existence a été reconnue par le PNLMD au niveau national et la DPS au niveau provincial. Toutefois, en raison de son champ d'application considérable, sa mise en œuvre devrait obtenir l'approbation du Secrétaire général de la santé publique, approbation pour laquelle il n'existe actuellement aucun élément concret.

33. Le plan de transition est un extrait de la première phase de la feuille de route (2017-18) et attribue des responsabilités plus précises pour chacune des 56 mesures à prendre. Quatre d'entre elles concernent l'IRC et elles sont largement traitées. Six autres sont assignées à la responsabilité conjointe de la DPS et de l'IRC. Elles seraient réalisables si le programme se poursuivait pendant encore trois ans. De plus, 14 actions critiques sont assignées à des "partenaires" ou à la responsabilité conjointe des

partenaires et de la DPS. Elles comprennent des éléments à coût élevé tels que l'approvisionnement de médicaments et le transport pour la supervision.

34. La question de l'appui communautaire et des comités communautaires fonctionnels est essentielle au maintien de sites de soins communautaires efficaces, et elle est incluse dans le plan de transition. Cependant, la responsabilité en est confiée aux infirmiers(ières) titulaires des centres de santé et aux membres de la communauté eux-mêmes, au lieu d'être élevée au rang d'activité critique à traiter par la DPS et ses partenaires internationaux.

35. La dépendance au financement international est le principal défi pour une programmation iCCM durable en RDC, y compris pour la durabilité des résultats du programme RAcE dans la province du Tanganyika. Les progrès dans la mise en œuvre de la feuille de route vers le développement durable ont été évalués en juin 2017. Bien que des progrès considérables en termes de mise en place de structures et de processus nationaux et locaux soient documentés, le risque d'un déficit de financement à la fin du programme RAcE est très élevé. Étant donné que l'iCCM en RDC et dans la province du Tanganyika dépendra du financement extérieur pendant un certain temps encore, la planification de la durabilité a sans doute commencé trop tard pour développer des plans et des stratégies nécessaires à la mobilisation de fonds afin de permettre une continuation sans faille du programme.

RESULTATS COLLATERAUX NON PLANIFIES

36. L'évaluation n'a trouvé aucune preuve de résultats collatéraux négatifs du programme RAcE.

RENFORCEMENT DES SYSTEMES NATIONAUX D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS

37. Le principal résultat collatéral positif non planifié a été le renforcement de la structure provinciale pour la gestion de la chaîne de l'approvisionnement en médicaments essentiels (CADMETA). La CADMETA est une institution parapublique financée principalement par les marges de vente et les frais de stockage des médicaments fournis aux établissements de santé du secteur public et aux programmes financés à l'échelle internationale. Tous les médicaments sont de qualité contrôlée et, par conséquent, les prix ne sont souvent pas compétitifs par rapport au secteur privé. Le marché du secteur privé connaît cependant un problème majeur de contamination par des médicaments contrefaits, périmés ou volés.

38. En mars 2015, la CADMETA a signé un accord avec l'IRC pour le stockage et la distribution de médicaments et d'intrants aux SSC, et en 2016 et 2017 la CADMETA a également géré l'approvisionnement pour le programme RAcE. Le programme est ainsi devenu le client le plus important de CADMETA avec une évolution du volume des ventes (en dollars américains), tel que présentée dans le tableau.

	2015	2016	2017
Programme RAcE	90,230 \$	647,643 \$	635,587 \$
Autres ventes	60,179 \$	11,066 \$	40,762 \$
Ventes totales	150,409 \$	658,709 \$	676,349 \$

39. Selon le directeur de la CADMETA, l'augmentation du volume des ventes et de la marge associée a permis à l'institution de financer un fond de roulement pour fournir des crédits aux établissements de santé publique qui achètent des médicaments de CADMETA, et ainsi augmenter la disponibilité de médicaments de qualité dans le secteur public. Ces réalisations sont menacées par la fin du programme RAcE prévue en 2018.

CONCLUSIONS

40. Le modèle d'exécution de sous-traitants comme utilisé par l'initiative RAcE a fait ses preuves en RDC, avec l'appui sur le terrain fourni par la coopération efficace entre l'IRC et la DPS du Tanganyika, tandis que l'élaboration et la coordination des politiques ont été prises en charge par l'appui aux processus politiques nationaux fourni par l'OMS. Au niveau opérationnel, une couverture quasi universelle de l'iCCM dans cette province difficile et très défavorisée a été réalisée, tandis qu'au niveau de la politique nationale de santé, l'élargissement de l'iCCM a été explicitement inclus dans la stratégie nationale de santé, et un plan stratégique national pour l'iCCM a été rédigé.

41. La coopération de l'IRC et de la DPS dans la province du Tanganyika a permis la mise en place d'un réseau de sites de soins communautaires qui couvre les deux tiers de la population dans le besoin dans un environnement très difficile. Grâce à ce réseau, environ 1,6 million d'enfants ont reçu des soins de santé de qualité pour le paludisme, la pneumonie et la diarrhée pendant la période couverte par le programme, et de nombreux décès d'enfants ont été évités, bien que les données d'information sanitaire de routine ne soient pas suffisamment solides pour valider l'estimation modélisée d'une diminution de 14,5% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans par l'ICF.[14]

42. Le fonctionnement du réseau de sites iCCM établi avec l'appui du programme RAcE est entièrement intégré dans le système de santé public provincial et national, y compris le système national de gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels. Il est géré par le personnel de santé du district, mais il continue également à dépendre complètement de ressources externes pour financer les coûts opérationnels ainsi que les coûts des médicaments.

43. Parmi les contraintes systémiques qui affectent la mise en œuvre de l'iCCM au Tanganyika, on retrouve l'incapacité du système national d'information sanitaire à produire en temps voulu des données fiables pour le suivi et la planification, malgré les efforts déployés par le programme pour assurer la récolte et la saisie des données au niveau des communautés et des districts.

44. Une des principales réalisations du programme RAcE en RDC a été l'élaboration et le pilotage de nouveaux matériels de formation et outils d'enregistrement et de rapportage pour les agents de santé communautaires dans le cadre d'un projet de recherche opérationnelle bien documenté, l'adoption ultérieure de ces matériels et outils par la DPS et le lancement d'une discussion nationale sur la révision des directives pour les agents de santé communautaires.

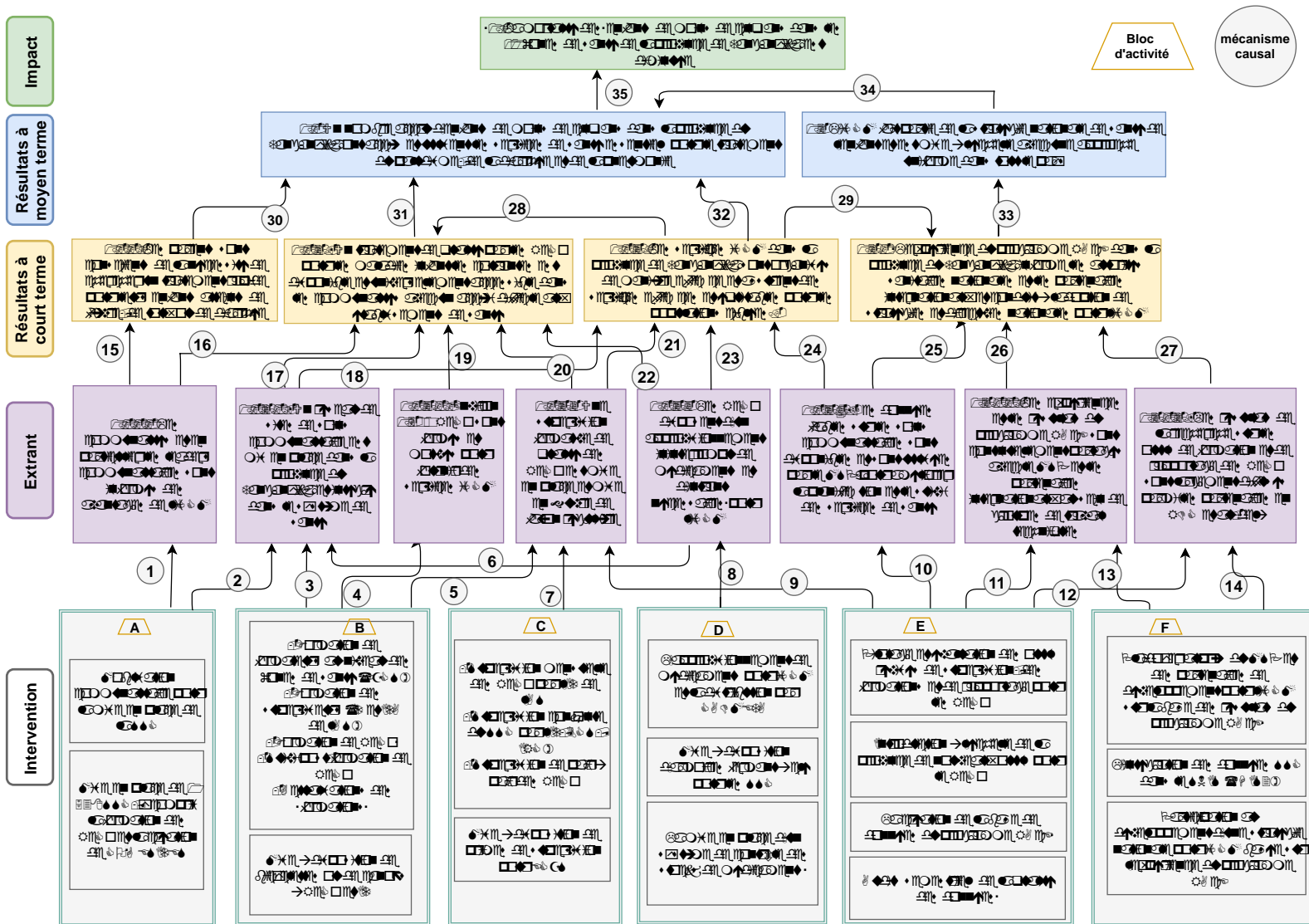
45. La mise en œuvre du programme RAcE en RDC a été sensible au genre. Les données ont été systématiquement désagrégées par sexe par le programme, bien que cette désagrégation ait été perdue lors du transfert des données dans le système national d'information sanitaire. Le matériel de formation a reconnu les rôles des hommes et des femmes dans les soins aux enfants, et l'accent a été mis sur le recrutement de femmes agents de santé communautaires dans le cadre des normes et procédures de recrutement proscrites par le MSP. Cependant, une analyse de genre n'a pas été incluse dans les termes de référence du contrat de l'IRC et n'a pas été effectuée, et aucune conclusion ne peut donc être tirée sur les résultats liés au genre du programme.

46. Deux faiblesses du programme RAcE au Tanganyika ont été identifiées par l'équipe d'évaluation :



- Dans le processus de mobilisation des communautés et de création de sites de soins communautaires, une attention insuffisante a été accordée au renforcement des structures et des comités communautaires pour soutenir le fonctionnement de ces sites.
- Le processus de durabilité et de planification de la transition a permis d'identifier les questions clés et les mesures nécessaires pour assurer la durabilité, mais il a été commencé trop tardivement



pour permettre une mise en œuvre rapide et efficace. Le travail sur le terrain pour le programme RAcE a commencé en janvier 2014, mais le premier atelier sur la planification de la transition et l'élaboration d'une feuille de route pour le développement durable n'a été organisé que dans la troisième année, en septembre 2016.



THEORIE DU CHANGEMENT








ANALYSE DE LA CONTRIBUTION ET EXAMEN DES PROCESSUS


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
Changements au niveau au niveau extrant					
1	1.1.1.1 Les communautés et en particulier les leaders communautaires sont informés des avantages de l'ICCM	<ul style="list-style-type: none"> Des activités de mobilisation communautaire pour établir 1 866 SSC ont été réalisées en octobre 2017 (rapports IRC) 	<ul style="list-style-type: none"> Les enquêtes de ménages finales de l'IRC rapportent une connaissance des SSC de 95% et une confiance dans les ReCo de 98% (enquête) Les groupes communautaires et les leaders communautaires expriment leur appréciation des SSC de façon consistante (entretiens informateurs clés & discussion de groupe) 		<ul style="list-style-type: none"> Conflits armés et déplacements de population dans les régions du programme. (documents, entretiens informateurs clés)
2,3,6	1.1.2.1 Un réseau de sites de soins communautaires est mis en place dans la province du Tanganyika et intégré dans le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> 1 372 SSCs étaient actifs dans des villages ayant un accès difficile aux services de santé en octobre 2017, fournissant des services pour environ un tiers de la population de la province (rapports IRC) Le MSP a dirigé la mise en place des SSC (cartographie, mobilisation, formation), et a assuré le suivi, la supervision et l'approvisionnement des SSC (entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> 1 220 SSC ont soumis des rapports d'activités en octobre 2017 (base de données IRC) Les IT des AS et superviseurs des BCZS surveillent et supervisent les SSC et 1 080 SSC ont été supervisés au moins une fois en octobre 2017 (base de données IRC, entretiens informateurs clés) SSC sont intégrés dans les plans opérationnels et budgets des districts et de la province (documents MSP, entretiens informateurs clés) La logistique de l'approvisionnement en médicaments pour les SSC est assurée par CADMETA (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> Environ 100 SSC sont fermés et d'autres SSC ne sont pas accessibles à cause de conflits armés (entretiens informateurs clés) 187 SSC supplémentaires pour le paludisme sont appuyés par ASF/PSI avec un financement du PMI (entretiens informateurs clés)


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
4	1.1.3.1 Environ 1 500 ReCo sont formés et motivés pour fournir des services ICCM	<ul style="list-style-type: none"> Sur les 1 866 ReCo formés, 1 277 ont été recyclés et 1 600 bicyclettes ou canoës ont été distribués pour renforcer leur motivation (rapports IRC) 	<ul style="list-style-type: none"> 1 220 SSC ont soumis des rapports d'activités en octobre 2017 (base de données IRC) Les superviseurs rapportent qu'un manque de motivation n'est qu'un contributeur mineur au renoncement des ReCo (entretiens informateurs clés) Les ReCo, le MSP et le personnel de l'IRC rapportent que peu de comités communautaires investissent dans le soutien de ReCo, par exemple l'achat de batteries de lampes de poche, de pièces détachées de bicyclettes, et les ReCo interrogés considèrent la "motivation" du programme RAcE comme insuffisante (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> 187 SSC supplémentaires pour le paludisme sont appuyés par ASF/PSI avec un financement du PMI (entretiens informateurs clés)
5,7,9	1.1.3.2 Une supervision formative de qualité des ReCo est mise en place et mise en œuvre de façon régulière	<ul style="list-style-type: none"> Les superviseurs de ReCo ont été formés (rapports IRC, entretiens informateurs clés) Les AS et BCZS ont été appuyés pour assumer la responsabilité principale de la supervision (entretiens informateurs clés) De nouveaux registres et formulaires de rapportage de supervision ont été introduits (entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 80% des SSC ont été supervisés chaque mois (base de données IRC) Tous les ReCo interrogés ont indiqué qu'ils ont reçu des visites de supervision mensuelles (entretiens informateurs clés et discussions de groupe) Tous les IT et BCZS superviseurs interrogés ont indiqué qu'ils avaient des calendriers de supervision réguliers pour les SSC (entretiens informateurs clés) Les registres et formulaires de rapportage de la DPS dans le format développé par le programme RAcE ont été trouvés dans tous les SSC et centres de santé visités (visites sur le terrain) 		<ul style="list-style-type: none"> ASF/PSI n'a pas adopté le nouveau format de registre, de rapportage et de supervision introduit par la DPS avec l'appui du programme RAcE pour les 187 SSC soutenus par le PMI


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
8	1.1.3.3 Les ReCo disposent d'un approvisionnement ininterrompu de médicaments et d'intrants nécessaires pour ICCM	<ul style="list-style-type: none"> Des systèmes d'approvisionnement, gestion et distribution de médicaments ont été mis en place (entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 50% des SSC ont eu une rupture de stock d'Amoxicilline en 2014 (7 mois) et 2016 (5 mois) / 36% des SSC ont eu tous les médicaments en stock depuis le début à l'exclusion des suppositoires d'Artesunate : la disponibilité mensuelle moyenne de 5 médicaments clés était de 79% (base de données IRC) Les informateurs clés aux niveaux AS, BCZS et DPS ont indiqué que les ruptures de stock de médicaments n'étaient pas un problème majeur pour les SSC (entretiens informateurs clés) Les communautés ont mentionné la disponibilité des médicaments comme réussite principale, mais ont également mentionné les ruptures de stock (discussions de groupe) 		<ul style="list-style-type: none"> Avant juin 2017, il n'y avait pas de fabricant de suppositoires Artesunate pré-qualifié par l'OMS et l'approvisionnement de ce médicament était donc difficile
10	1.1.3.4 Des données fiables sur les soins communautaires sont disponibles et sont utilisées par le MSP pour améliorer la planification et le suivi des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> Des systèmes de collecte de données et de contrôle de qualité des données ont été mis en place (entretiens informateurs clés, rapports ICF) Les ReCo et IT ont été formés à la collecte et à la transmission des données (entretiens informateurs clés, revue des outils de données) 	<ul style="list-style-type: none"> L'IRC a géré une base de données détaillée. Les problèmes de qualité des données ont été résolus, en grande partie, après l'introduction de nouveaux registres (documents ICF, entretiens informateurs clés) Les BCZS et la DPS ont reçu des données mensuelles des SSC (par l'intermédiaire de l'AS) et les ont utilisées pour surveiller la morbidité infantile (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> aucun


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalizations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
13	<p>1.2.1.1 Les expériences et les résultats du programme RAcE sont continuellement partagés avec le MSP et les partenaires internationaux au sein de groupes de travail techniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'OMS a participé activement au dialogue politique national sur la santé infantile (entretiens informateurs clés, revue documentaire) • Des réunions de revue semestrielles du programme RAcE ont été organisées dans la province du Tanganyika avec la participation de représentants nationaux du MSP (entretiens informateurs clés, revue documentaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les informateurs clés au niveau national (PNLP, PNLMD, UNICEF, MCHP) étaient au courant des résultats du programme RAcE et ont reconnu la contribution du programme RAcE à la stratégie nationale de l'ICCM. Cependant, un informateur clé a noté une participation inconséquente de l'OMS au groupe international des partenaires de santé (GIBS) (entretiens informateurs clés) • Les registres de SSC et les outils de rapportage développés par RAcE ont été adoptés comme normes provinciales par la DPS Tanganyika et font l'objet de discussions en vue de leur introduction dans d'autres provinces (entretiens informateurs clés) • Les données sur les traitements communautaires sont disponibles dans les bases de données du SNIS (2016) et du PNL (2017), mais les données sont largement incohérentes (en interne et avec les données de l'IRC) (revues de bases de données) • La base de données en ligne DHIS2 (active pour le SNIS depuis 2016) ne contient aucune donnée sur les SSC du Tanganyika (revus de bases de données) 		<ul style="list-style-type: none"> • L'appui au SNIS est assuré par MEASURE Evaluation avec financement du PMI • En 2016, la RDC a transféré la collecte et la gestion des données SNIS vers la plateforme DHIS2, mais les rubriques de données DHIS pour le Tanganyika sont en grande partie vides


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
12,14	<p>1.2.1.2 Les résultats de la recherche sur les outils de formation et de rapportage des ReCo sont largement diffusés parmi les partenaires en RDC et au-delà</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats de la recherche ont été documentés et validés (revue documentaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats de la recherche du programme RAcE sur les registres des SSC et les outils de rapportage sont bien connus par le gouvernement et les partenaires au développement au niveau national. L'utilisation à l'extérieur de la province du Tanganyika fait l'objet de discussions (entretiens informateurs clés) Une publication des résultats de la recherche dans une revue scientifique avec comité de lecture est en préparation (entretiens informateurs clés) Une version finale du projet de stratégie nationale iCCM existe. Elle a été développée avec une contribution majeure du programme RAcE (entretiens informateurs clés, revue documentaire) 	 	<ul style="list-style-type: none"> Le PNLMD (responsable de l'iCCM au niveau national) a approuvé les outils, mais il y a chevauchement des responsabilités avec la Direction des soins de santé primaires du MSP (élaboration d'une stratégie de participation communautaire) et avec le PNLP (coordination d'une stratégie du PECp)
Changements au niveau des résultats à court terme					
15	<p>1.1.1 Les parents sont conscients de la nécessité de chercher un traitement rapide pour leurs enfants atteints de fièvre, de toux ou de diarrhée</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les communautés sont satisfaites des traitements fournis par les ReCo (discussions de groupe et entretiens informateurs clés, enquêtes IRC) 	<ul style="list-style-type: none"> Les enquêtes de ménages finales rapportent une connaissance des SSC de 95% et une recherche de soins aux ReCo de 67% (enquête) Les groupes communautaires classent, de façon consistante, les SSC/ReCo comme premier point de contact pour la recherche de soins pour leurs enfants malades (discussions de groupe) 	 	<ul style="list-style-type: none"> aucun


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalizations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
16,17, 20	<p>1.1.2 Traitement de qualité par les ReCo pour les maladies infantiles courantes est disponible et universellement accessible dans les communautés avec un accès difficile aux établissements de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le réseau de SSC mis en place par le programme RAcE a bénéficié d'une large couverture. La couverture n'est cependant pas universelle. Sur la base d'une estimation selon laquelle 53% de la population du Tanganyika vit à plus de 5 km d'un établissement de santé, environ 600 000 personnes ayant des difficultés d'accès aux établissements de santé ne sont pas couvertes (documents IRC, entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Les SSC actifs appuyés par le programme RAcE couvraient entre 13% et 47% de la population dans les 11 districts (données IRC) D'ici octobre 2017, les ReCo, appuyés par le programme RAcE, ont traité environ 1,4 million d'enfants ; la majorité d'entre eux n'auraient pas eu accès à un traitement efficace (données IRC, entretiens informateurs clés) Les ReCo ont référé 2% des enfants vers les centres de santé, mais seulement 49% des parents s'y sont conformés à cause de la distance et des frais de consultation à ces structures (données IRC, entretiens informateurs clés) Tous les employés de BCZS interrogés ont mentionné le besoin de SSC additionnels pour obtenir une couverture complète, y compris des communautés inaccessibles où aucun SSC ne pourrait être établi (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> La faible densité de population, la faible densité des établissements de santé, la mauvaise infrastructure de transport, le terrain géographique difficile et l'insécurité chronique entravent la réalisation de l'accès universel à l'iCCM (entretiens informateurs clés, revue documentaire)

Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalizations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
18,21, 23,24	1.1.3 Les services iCCM dans la province de Tanganyika sont organisés de manière efficace et assurent des services efficaces et équitables pour les populations ciblées	<ul style="list-style-type: none"> Les services iCCM sont entièrement intégrés dans le système provincial de prestation des soins de santé et sont, dans une large part, gérés par le personnel du MSP (entretiens informateurs clés) Un réseau de SSC existe, avec une supervision organisée, un approvisionnement en médicaments et la collecte de données communautaires (entretiens informateurs clés, revue documentaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Environ 2/3 de la population vivant à plus de 5 km d'un établissement de santé était couverte par des SSC appuyés par le programme RAcE en 2017 (données IRC et DPS) Le personnel des ECZS and AS ont assuré une supervision régulière des SSC (entretiens informateurs clés, données IRC) Les systèmes nationaux ont été renforcés et utilisés pour la gestion des achats et l'approvisionnement de médicaments et d'intrants (entretiens informateurs clés) La DPS ne disposait pas de données fiables et à jour pour la gestion des SSC du SNIS (revue données, entretiens informateurs clés) Les coûts opérationnels des SSC ont été inclus dans les budgets de la provinces et des districts, mais aucun crédit des sources nationales n'a été alloué à ces lignes budgétaires (documents de la DPS et des ZS) 		<ul style="list-style-type: none"> 77% des services de santé du secteur public de la province sont financés par des partenaires internationaux et la plupart du personnel clinique ne reçoit pas de salaire du gouvernement national ou provincial (rapport DSP)

Lien	Changements envisagés	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalizations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
25,26, 27	<p>1.2.1 L'expérience du programme RAcE dans la province du Tanganyika informe les autorités sanitaires nationales et les partenaires internationaux et conduit à l'adoption de stratégies et directives nationales pour l'iCCM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats et les expériences du programme RAcE ont été largement partagés (entretiens informateurs clés) • L'OMS et l'IRC ont participé à des groupes de travail techniques sur la santé infantile et soins communautaires aux niveaux national et provincial (entretiens informateurs clés) • Des réunions semestrielles de revue du programme ont été organisées à Kalemie et personnel national du MSP a participé (entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires nationaux et internationaux interrogés ont confirmé la connaissance du programme RAcE et la participation active de l'OMS dans les groupes de travail (sauf GIBS) (entretiens informateurs clés) • La mise à l'échelle de l'iCCM fait partie du PNDS 2016-2020, et n'a pas été incluse dans le PNDS 2011-2015 (revue documentaire) • Un plan stratégique pour l'iCCM a été développé par le PNLMD avec un appui important de l'OMS (entretiens informateurs clés) • Des réunions semestrielles de revue des résultats du programme RAcE ont été organisées au Tanganyika et les partenaires nationaux et provinciaux y ont participé (entretiens informateurs clés, revue documentaire) • Les outils de formation et de rapportage pour les SSC développés par le programme RAcE ont été adoptés par la DPS Tanganyika et sont en cours de revue par les partenaires nationaux (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> • En RDC, des directives nationales pour l'iCCM existaient depuis 2007 (revue documentaire) • Compétition entre les programmes nationaux (PNLMD, PNLN, 5^{ème} Direction) pour l'appui international (entretiens informateurs clés)

Lien	Changements envisagés	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
Changements au niveau des résultats à moyen terme					
30, 31, 32, 34	1.1 Un nombre accru d'enfants de moins de cinq ans dans la province du Tanganyika ont accès et utilisent les services de santé essentiels pour le traitement du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie	<ul style="list-style-type: none"> Les données du PNLP et du SNIS suggèrent une augmentation des traitements antipaludiques fournis entre 2013 et 2016, bien que les bases de données présentent des incohérences internes et montrent de nombreuses lacunes (revue de données) 	<ul style="list-style-type: none"> Les données de l'IRC documentent 1,6 million de traitements fournis entre janvier 2014 et septembre 2017, bien que les données ne soient pas cohérentes avec les données du PNLP et du SNIS (revue de données) Toutes les entretiens avec les informateurs clés et les discussions de groupe confirment qu'un grand nombre d'enfants ont été traités dans des SSC qui, autrement, n'auraient pas été traités ou traités par des guérisseurs traditionnels ou des vendeurs de médecine informelle. Peu de parents ont refusé le traitement de SSC pour des raisons religieuses (entretiens informateurs clés et discussions de groupe) Les enquêtes initiales et finales documentent une augmentation du nombre de traitements appropriés recherchés par les parents d'enfants <5 ans de 66% à 89% (fièvre 55%-84% ; diarrhée 52%-79% ; infection respiratoire 53%-80%) (enquête) 		<ul style="list-style-type: none"> Le traitement communautaire du paludisme a également été assuré par 187 sites PECp appuyés par AF

Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalizations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
33	<p>1.2 L'iCCM fait partie de la stratégie nationale de santé de l'enfant et est mise à l'échelle avec une approche uniforme dans tout le pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des documents stratégiques de santé et d'iCCM validés et provisoires étaient disponibles (revue documentaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires du PMI ont confirmé que le traitement de la pneumonie et de la diarrhée a été ajouté aux sites du PECp au Tanganyika en 2017, mais le nombre cible de SSC pour 2018 n'est pas connu et une réduction a été suggérée (entretiens informateurs clés) • Les ReCo ont, de façon consistante, mentionné la frustration que le traitement aux SSC était limité aux enfants de moins de 5 ans. Les sites PECp fournissent un traitement communautaire pour toutes les personnes atteintes de paludisme. Les objectifs de ces deux initiatives sont distincts (survie de l'enfant et lutte contre le paludisme) et l'intégration est une tâche complexe (entretiens informateurs clés) • Les principaux partenaires internationaux pour l'appui de l'iCCM (Fonds Mondial, PMI et DFID) se sont mis d'accord sur une carte d'appui couvrant l'ensemble du pays, mais il n'existe aucune information sur l'étendue de la couverture dans les provinces ciblées pour l'appui (entretiens informateurs clés, revue documentaire) 		<ul style="list-style-type: none"> • iCCM faisait partie de la stratégie nationale de santé avant le programme RAcE (revue documentaire) • L'expansion nationale de l'iCCM dépend principalement du financement des partenaires internationaux (entretiens informateurs clés, revue documentaire)

Lien	Changements envisagés	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
Changements au niveau impact					
35	1. La mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les 11 zones de santé de la province de Tanganyika est diminuée	<ul style="list-style-type: none"> • Environ 1,6 million de traitements fournis entre janvier 2014 et septembre 2017 pour les enfants atteints de paludisme, de diarrhée et de pneumonie ont soigné les principales causes de mortalité infantile, responsables de 44% des décès (tous âges compris) dans la province (base de données IRC, rapport EDS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas de données SNIS fiables pour valider les estimations modélisées de réduction de la mortalité d'IFC International. Les données du PNLP montrent une diminution du nombre de cas graves de paludisme et de décès d'enfants <5 ans entre 2015-2017. Tous les informateurs clés de la MSP mentionnent une diminution importante de la transfusion sanguine pour l'anémie (entretiens informateurs clés, bases de données SNIS et PNLP) • Les rapports de 3 zones (Ankoro, Kongolo et Nyunzu) présentés lors de la réunion semestrielle de revue du programme en mars 2017 ont systématiquement montré une diminution importante du paludisme grave, des transfusions sanguines et des décès d'enfants dans les communautés participantes au programme RAcE entre 2014 et 2016 (revue documentaire) • Les membres de la communauté et le personnel de santé primaire confirment à l'unanimité que la mortalité infantile a diminué depuis le début de l'appui aux SSC par le programme RAcE (entretiens informateurs clés et discussions de groupe) 		<ul style="list-style-type: none"> • Le SNIS est passé à DHIS2 en 2016. La base de données DHIS2 pour le Tanganyika est largement vide • Pendant la période du programme RAcE, les services de traitement du paludisme, principale cause de mortalité infantile, ont été financés par le Fonds Mondial et le PMI au niveau des établissements de santé et à un niveau moindre au niveau communautaire • D'autres programmes de santé infantile (vaccination, moustiquaires, hygiène) ont été mis en œuvre dans la province

ANNEXE : RESUME DE PAYS - RDC

REFERENCES

1. MSP (2007). Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Sites des soins communautaires. Guide de mise en œuvre.
2. MSP (2015). Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Sites des soins communautaires. Guide de mise en œuvre.
3. MSP (2016). Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : Vers la couverture sanitaire universelle
4. WHO (multiple dates). Three grant agreement letters and two extensions signed with IRC (Aug 2013, Sep 2014, Apr 2016, Mar 2017, Sep 2017)
5. DPS Tanganyika (2017). Rapport annuel 2016
6. MSP (2017). Plan stratégique national pour la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant 2017-2021. FINAL DRAFT
7. MSP (2016). Cadre stratégique de la participation communautaire en RDC. FIRST DRAFT
8. IRC (2017). A Silent Crisis in Congo: The Bantu and the Twa in Tanganyika
9. iDMC (2017). Internal displacement in 2017: Provisional mid-year figures
10. UNDP (2017). Human Development Report 2016
11. MSP & ICF (2014). Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014
12. Meshnick S, Mwandagalirwa K et al. (2015). Demographic and Health Survey 2013-2014: Supplemental Malaria Report
13. MSP (2016). Plan national de développement sanitaire 2011-2015
14. ICF (2017). Final Evaluation Report: International Rescue Committee Democratic Republic of Congo
15. MSP (2017). Feuille de route pour la durabilité des services ICCM en République Démocratique du Congo
16. DPS/IRC (2017). Transition Plan
17. WHO (2013) Directives pour la préparation des propositions complètes de projets à l'intention des candidats du Niger et de la RDC
18. USAID/MCHIP (2012). Integrated community case management of childhood illness: Documentation of best practices and bottlenecks to program Implementation in the Democratic Republic of Congo
19. DPS Tanganyika (2017). Consolidated budget 2017
20. WHO Global Health Observatory.
21. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en> (accessed 24/2/2018)
22. ICF (2017). The Sustainability of Integrated Community Case Management in the Democratic Republic of the Congo: A Synthesis Report

PERSONNES RENCONTRES

BAKUKULU, Jean Tony	MSP, 10 th Direction, Directeur PNLMD
BAMBELO, Nelson	MSP, 10 th Direction, RAcE Point Focal
BOKOKO, Marie-Jeanne	Ambassade du Canada, Conseiller en santé
BUNGULI, Guma	ReCo, ZS Kalemie
BUSHIRI FUNDIHERI, Maxim	IRC, Responsable du suivi et de l'évaluation RAcE
BYAMUNGU, Tony	UNICEF, Expert en santé communautaire
CLARISSE, Guy	UNICEF, Chef, Santé
EBONDO, Ngoy	ReCo, ZS Kalemie
FUNDI KYANGULA, Maurice	CADMETA, Directeur
JAFARI, Pauni Richard	ReCo, ZS Kalemie
KABAZO KAYUKULU, Lazare	ReCo, ZS Kansimba
KABAZO, Machozi	ReCo, ZS Kansimba
KABUNDA, Jean-Pierre	ReCo, ZS Moba
KABUYA KAZADI, Eddy	MSP, Infirmier Titulaire, Centre de Santé Karondja
KAELA, Ngozi	ReCo, ZS Kansimba
KALENGA, Rebecca	IRC, Chef de projet RAcE
KALINDULA AZAMA, Lydie	MSP, PNLP, Directeur Adjointe
KALUNGA, Germain	MSP, BZS Kalemie, Superviseur ReCo
KALWA KAMBILO, Jeanne	ReCo, ZS Kalemie
KASENGE, Tundwa	ReCo, ZS Kansimba
KASONGO, Claude	ICF, Consultant Tanganyika
KIBANZA KYUNGU KONGOLO, Jerry	MSP, DPS Tanganyika, Médecin Chef de Division
KIBAWA MULAYE, Tony	MSP, BZS Moba, Superviseur ReCo
KIMPINDE, Kibwe	ReCo, ZS Kansimba
KIMPU AWEL, Cyril	Province of Tanganyika, Ministre de la Santé
KIPOKA, Kyela	Infirmier Titulaire, Centre de Santé Mulonde
KIUNA, Jean-Pierre	MSP, BZS Nyemba, Superviseur ReCo
KONGOLO, Mulume	ReCo, ZS Kalemie
LEKWELEKWE, Barthelemy	MSP, BZS Kansimba, Superviseur ReCo
LUNTADILA, Papy	MCSP, Conseiller en santé infantile
LWABOLA, Wilma	MSP, DPS Tanganyika, Chef de Bureau Information, communication et recherche sanitaire
MAKAN YAV, Ghislain	MSP, Point Focal Regional, PNLP Katanga/Tanganyika
MAKANGIZA, Ambali	ReCo, ZS Moba
MASAMBA, Marien	IRC Tanganyika, Coordinateur de terrain
MBO, Clarisse	MSP, PNLP, Responsable Volet Communautaire
MBUYU, Chryso	MSP, DPS Tanganyika, Point Focal RAcE
MUGANGA, Kingombe	ReCo, ZS Kalemie
MUGOGWA, Didace	Médecin Chef de Zone, Kansimba
MUKALA, Mukeusi	ReCo, ZS Kansimba
MUKOMENA, Eric	MSP, Directeur PNLP
MUKUMBA, Mauwa	ReCo, ZS Moba
MULANGE KAPEMBWA, Oger	Médecin Chef de Zone, Nyemba
MUSANGILWA, Rose	ReCo, ZS Moba
MUTCHWIMA, Gilbert	IRC, Superviseur RAcE, Kongolo
MUTEBA, Longolongo	ReCo, ZS Kalemie

MUTOMBO, Boniface	MCSP, Chief of Party
MWAJUMA, Lubinga	ReCo, ZS Kalemie
MWAMBA TONDOLET, Eric	Médecin Chef de Zone, Moba
MWENDA MBALI MOKE, Julio	Fondation Damien, Chef d'Antenne, Moba
NDAKALA, Jean Paul	MSP, 5 th Direction, Expert en Santé Publique
NGHANDWE, Edoxi	ReCo, ZS Kansimba
NGOBOLA, Idaya	ReCo, ZS Kansimba
NGOYI MUENYI, Jean-Pierre	MSP, Infirmier Titulaire Adjoint, Centre de Santé Karondja
NGULIMBA, Swezli	IRC, Superviseur RAcE, Moba
NTUMBA KAYEMBE, Alain	MSP, Médecin Chef de Zone Kalemie
NUMBI, Aziwa	ReCo, Moba
NYEMBO, Constant	IRC, Superviseur RAcE, Manono
PANGA, Roddy	Consultant ASF/PSI, Tanganyika
SAMBOU, Bacary	WHO, Point Focal RAcE
SHABANI YUNA, Eduard	MSP, Infirmier Titulaire, Centre de Santé Bwanakutcha
SHABANI, Kingombe	MSP, Infirmier Titulaire, Centre de Santé HGR
SHUNGU, Emilie	ReCo, ZS Kalemie
SIMARD, Annie	Ambassade du Canada, Premier secrétaire
SWEDI BIN SAIDI, Esp.	ReCo, ZS Kalemie
UWEZO KIBAWA, Urbain	ReCo, ZS Moba
WA KALOMBA, Kalombe	ReCo, ZS Moba
YABOTA MBXOLA, André	IRC, Superviseur RAcE, Kalemie/Nyemba
YOKOUINDÉ, Allarangar	OMS, WR

Niger

CONTEXTE

1. Le Niger est classé 187^{ième} sur 188 selon Rapport sur le développement humain (PNUD) et occupe l'avant-dernière ou la dernière place depuis 1990 [1]. La part de la population sous le seuil de pauvreté (1,90 dollar américain par jour) est estimée à 45,5%, ce qui représente une amélioration significative par rapport à 1990 où l'indicateur était de 78%. Au cours de la même période, la population du pays a plus que doublé. Malgré une relative stabilité politique, la situation sécuritaire a été instable dans les régions de Diffa et de Tillabery à la suite d'attaques terroristes récurrentes à travers les frontières maliennes et nigériennes. Le gouvernement a réagi par le renforcement des forces de défense et de sécurité. Le Niger accueille également environ 300 000 réfugiés et personnes déplacées dans des camps que se trouvent surtout à Diffa, Tahoua et Tillaberi [2].

2. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées au Niger en 2006 et 2012 ont documenté une diminution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 198 à 127 décès pour 1 000 naissances vivantes.[3,4] Une nouvelle EDS était en cours au moment de la collecte des données et on s'attend à ce que cette enquête confirme une continuation de la tendance à la baisse de la mortalité infantile. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires du Niger pour l'année 2013, trois causes expliquent près de 80% des décès d'enfants au Niger, le paludisme étant la cause principale (68,8%), suivi de la pneumonie (7,6%) et de la diarrhée avec déshydratation (3%).[5] L'EDS de 2012 indique que seule une minorité d'enfants a reçu un traitement ACT pour le paludisme (15%) et un traitement antibiotique pour la pneumonie (11%). Le taux de traitement de la diarrhée a été estimé à 47%. [4]

Sélection d'indicateurs sociaux et de services de santé des deux régions appuyées par le programme RAcE au Niger

	Dosso	Tahoua	National
Population des deux quintiles de bien-être économique nationaux les plus faibles (%)	37	50	--
Taux d'alphabétisation des femmes (%)	11	9	14
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 an (par 1 000 naissances vivantes)	190	140	127
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec diarrhée pour lesquels des conseils ou un traitement ont été recherchés	54	44	51
Traitement SRO pour les enfants de moins de 5 ans avec diarrhée (%) *	46	44	47
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre pour lesquels des conseils ou un traitement ont été recherchés	64	60	64
Traitement ACT pour les enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre (%)	22	7	15
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec infection respiratoire pour lesquels des conseils ou un traitement ont été recherchés (%)	61	49	53

Source : EDS 2012 ; * SRO ou Solution Maison Recommandée

3. Le système de santé publique au Niger est structuré selon trois niveaux : central, régional et périphérique. Les structures nationales comprennent les hôpitaux de référence (hôpitaux à Niamey, Lamordé et Zinder, ainsi que la maternité Issaka Gazobi et le Centre national de référence de Niamey). Au niveau régional, il existe des hôpitaux régionaux (CHR) (sauf dans les régions de Zinder et de Tillabery). Le niveau de soins périphériques est géré par 72 districts qui sont chargés de superviser trois types d'établissements de santé : l'hôpital de district (HD), les centres de santé intégrés (CSI) et les

centres de santé (CS). Au niveau central, les principales responsabilités du MSP concernent l'élaboration des politiques, des documents de planification stratégique et des lignes directrices et la mobilisation des ressources. Les régions, par l'intermédiaire de leur Direction Régionale de Santé Publique (DRSP), sont responsables pour la planification et la coordination des activités de santé, tant pour le secteur public que pour le secteur privé.

4. En 2006, une nouvelle politique a été adoptée pour assurer la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et pour la planification familiale. Nonobstant, la composante « paiements directs par des ménages » des dépenses courantes de santé a à peine diminué et était de 52% en 2015. Le secteur de la santé publique au Niger a été affecté par un sous-financement continu malgré des efforts considérables de mobilisation des ressources. Les dépenses publiques de santé par rapport à l'ensemble des dépenses publiques sont passées de 8% en 2010 à 6% en 2015 et n'ont jamais atteint l'engagement de 10% comme défini dans la Politique Nationale de Santé.[22,6]

5. Le Niger a fait des efforts significatifs pour réduire la mortalité infantile par la mise à l'échelle des programmes de PCIME. En 1997, une politique de PCIME a été adoptée par le MSP, ce qui s'est traduit par la mise à l'échelle progressive des Cases de Santé. La mise en place de l'iCCM a commencé avec l'Initiative catalytique (2007-2013) par l'intermédiaire des agents de santé communautaire (ASC) rémunérés. Ces agents ont reçu une formation supplémentaire pour fournir un paquet minimum de services de santé infantile, y compris le diagnostic et le traitement du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie dans les Cases de Santé. [7] En 2012, la Stratégie nationale d'interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé a été approuvée, ce qui a formé la base pour des interventions sanitaires harmonisées au niveau communautaire et a ouvert la voie à l'expansion des services curatifs fournis par des bénévoles formés, le Relais Communautaire (RCom).[8]

LE PROGRAMME RAcE AU NIGER

Objectif principal	Réduire la mortalité et la morbidité de 230 000 enfants (2-59 mois) dans la zone cible
Agence contractuelle	World Vision
Partenaire gouvernemental	Ministère de Santé Publique (MSP)
Période contractuelle	01/07/2013 – 31/03/2018
Budget	Plusieurs paiements pour un total de 8 650 000 dollars américains
Couverture géographique	Quatre districts dans deux régions (Dosso et Tahoua)
Couverture de la population	1 214 910 (230 833 enfants de moins de cinq ans)
Cible iCCM	230,000 enfants de moins de cinq

6. Le programme RAcE au Niger a démarré en 2013 et a été le premier programme à fournir des services iCCM pour le paludisme, la pneumonie et la diarrhée au niveau communautaire par le biais des RCom et à inclure des tests de diagnostic rapide (RDT selon l'abréviation anglaise). Le programme a été exécuté par un modèle de mise en œuvre tripartite. World Vision, une ONG internationale, a été choisie pour mettre en œuvre le programme en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique (MSP) qui a assuré la coordination et le leadership, tandis que l'OMS a fourni un appui technique et financier. Le volet suivi et évaluation du programme a bénéficié de l'appui de l'ICF, qui a procédé à des évaluations de la qualité des données, aux enquêtes initiales et finales et à une évaluation finale du programme.

7. Le programme RAcE a été mis en œuvre dans quatre districts sanitaires de deux régions (Keita dans la région de Tahoua, et Dogondoutchi, Boboye et Dosso dans la région de Dosso). La population totale des quatre districts est estimée à 1 872 929 habitants et le nombre d'enfants âgés de 2 à 59 mois

a été estimé à 414 079. Seules les communautés situées à plus de cinq kilomètres de l'établissement de santé le plus proche (Centre de Santé Intégrée - CSI) étaient éligibles au programme. Au cours des trois premières années, 1 426 RCom ont été recrutés et 1 313 ont réussi la formation. Tout au long de la période de mise en œuvre, le taux annuel de rotation des RCom était d'environ sept pour cent et le nombre de RCom actifs était de 1 110 dans l'année 5 du programme. [9, 19]

LA MISSION D'ÉVALUATION AU NIVEAU PAYS

8. Le rapport pays du programme RAcE au Niger a été préparé dans le cadre de l'évaluation sommative globale de l'initiative RAcE. L'approche et la méthodologie de chacune des missions de pays ont été standardisées et sont décrites dans le volume 1 du rapport de synthèse. Les questions d'évaluation ont été adaptées au contexte du programme RAcE au Niger. Le cadre de la Théorie du Changement post hoc, a été revu lors de deux séances de travail avec l'OMS et World Vision, et ses hypothèses ont été testées par la collecte de données primaires et secondaires supplémentaires. Un plan de travail pour le terrain a été établi, comprenant un échantillon de districts, de CSI et de communautés à visiter et une liste d'informateurs clés à interroger aux niveaux régional et central. La mission sur le terrain a commencé le troisième jour de la mission et l'équipe d'évaluation a passé cinq jours dans deux districts de la région de Dosso. Pour assurer la représentation de tous les principaux groupes ethniques de la région de Dosso (Fula, Djerma et Haoussa) les districts sélectionnés étaient Boboye et Doutchi.

9. L'échantillonnage des régions, des districts et des communautés était basé sur une stratégie d'échantillonnage combinée et adaptée aux besoins, au temps et aux moyens disponibles pour l'évaluation. La stratégie a permis la triangulation et la flexibilité nécessaire au vu de la situation sécuritaire fragile du Niger. Son objectif était d'atteindre la saturation et non la représentativité. La stratégie d'échantillonnage est décrite en détail dans l'Annexe. Au niveau communautaire, l'équipe d'évaluation, appuyée par un animateur pour les discussions de groupe, a mené 12 discussions avec les parents d'enfants de moins de cinq ans et quatre discussions avec des RCom. De plus, 32 informateurs clés ont été interrogés aux niveaux du district (10), régional (3) et national (19). Tous les entretiens prévus, sauf deux, ont pu être réalisés ; deux informateurs clés n'étaient en effet pas disponibles.

10. A cause de l'instabilité de la situation sécuritaire à Tahoua, le protocole de sécurité de World Vision n'a pas permis à l'équipe d'évaluation de collecter des données dans cette région sans escorte militaire. Il n'y avait pas de budget disponible pour payer une telle escorte, et l'équipe d'évaluation a estimé que la présence de soldats armés n'aurait pas été propice à un processus participatif de collecte de données au niveau communautaire. La région a donc été exclue de l'échantillon. Cette exclusion représente une limitation de l'évaluation. Les deux régions diffèrent par le contexte opérationnel et les indicateurs de santé infantile, et il n'est pas certain que les résultats de l'évaluation sur le terrain à Dosso peuvent être appliqués à la région de Tahoua.

PRINCIPAUX CONSTATS

CONSTATATIONS DE L'ANALYSE DE LA CONTRIBUTION

11. La plupart des interventions prévues du programme RAcE ont été exécutées et les résultats ont été largement atteints. Certaines modifications ont été apportées à la proposition initiale, principalement en ce qui concerne la réduction d'échelle de l'ambition en matière de promotion de l'égalité entre les sexes et du nombre de RCom à recruter, qui a été réduit de 300 personnes. Ces modifications ont été reflétées dans la théorie du changement.

12. Dans l'ensemble, les preuves de la contribution du programme à la réalisation des changements prévus tels que décrits dans le cadre de la théorie du changement post-hoc sont concluantes et les hypothèses de base peuvent être validées. La théorie du changement décrit, ainsi, la meilleure explication pour l'augmentation majeure de l'accès au traitement et la diminution subséquente de la mortalité infantile dans les quatre districts où le programme RAcE a été mis en œuvre.

13. L'identification des RCom par la communauté, basée sur un ensemble de critères, a été identifiée comme une bonne pratique pour obtenir l'adhésion de la communauté. De manière générale les chefs de village ont soutenu les RCom, en particulier par l'appui pour la mobilisation de groupes spécifiques pour des activités de sensibilisation. Après l'introduction du programme au niveau communautaire, le programme RAcE a poursuivi deux types d'interventions pour renforcer l'engagement communautaire : (a) des activités de sensibilisation régulières avec les parents (par exemple, après les baptêmes et les cérémonies de mariage et les séances de prière à la mosquée) et (b) l'implication des chefs de communauté dans la planification de la durabilité afin de plaider en faveur d'engagements à long terme pour soutenir matériellement ou financièrement les RCom. Alors que la première activité a donné des résultats concluants en termes de sensibilisation des parents aux services iCCM (99,8% des parents étaient au courant de la présence du RCom au moment de l'enquête finale comparativement à 1% au moment de l'enquête initiale ; 98,5% des parents/gardiens des enfants les percevaient comme des prestataires de soins de santé de confiance), les résultats de la deuxième activité étaient plus ambigus. Tous les chefs de village ont signé une liste d'engagements pour le soutien des RCom, mais - selon les parents, les RCom et d'autres informateurs clés interrogés - ces engagements ont rarement été mis en œuvre.

14. L'encouragement financier de 10 000 FCFA accordée aux RCom a été globalement souligné comme une condition indispensable à leur motivation et à leur fidélité. Les discussions de groupe ont toutefois révélé une différence liée au sexe. Alors que la plupart des femmes RCom semblaient satisfaites de leurs conditions de travail, les hommes RCom plus âgés (> 35 ans) ont exprimé leur insatisfaction à l'égard de l'encouragement fourni qu'ils jugeaient insuffisant pour soutenir leurs frais de ménages (qui sont beaucoup plus élevés pour les hommes plus âgés).

15. La supervision mensuelle (en particulier au cours des deux premières années du programme) était un élément clé du programme, tant pour la qualité des soins que pour l'adéquation des rapports fournis par les RCom. Les RCom et les superviseurs ont confirmé que les activités de supervision étaient essentielles pour corriger les erreurs de diagnostic et de traitement. Un autre élément essentiel de la supervision était l'aide aux RCom pour remplir leurs registres et rapports. Selon les informateurs clés, au cours des deux premières années du programme, ce remplissage de registres et rapports a été un défi majeur et a nécessité un appui intensif à cause du faible niveau d'alphabétisation de la plupart des RCom. Un autre effet de la supervision rapporté par les RCom était la contribution au renforcement de leur crédibilité en tant que prestataires de soins de santé. Alors que certains membres de la communauté ont exprimé leur scepticisme sur la façon dont quelqu'un qui n'a été formé que 10 jours

peut fournir des diagnostics et des traitements, la présence régulière du superviseur a aidé à dissiper ces doutes. En mars 2017, la supervision a été transférée des superviseurs de programme aux équipes du CSI. Dans la plupart des cas, ce transfert a entraîné une baisse de la fréquence de la supervision, car les CSI ne disposent pas de personnel suffisant pour la réalisation des visites de supervision. Cela s'applique en particulier aux CSI qui ont plus de 20 RComs à superviser ou qui couvrent une plus grande zone géographique. Les facilités de transport (motos et, dans certains cas, voitures) et les encouragements financiers (20 000 CFA/mois) fournis par le programme aux CSI ont également été considérés comme des mesures nécessaires pour permettre aux CSI de réaliser la supervision.

16. Une autre condition essentielle pour des programmes iCCM de qualité était la disponibilité constante de médicaments gratuits au niveau communautaire. Cette disponibilité a joué un rôle important dans la construction de l'adhésion de la communauté. Dans l'ensemble, les ruptures de stock ont été minimales jusqu'en octobre 2017. Pendant les trois premières années du programme, World Vision avait un protocole d'accord avec l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) pour livrer les intrants et médicaments iCCM aux pharmacies de district d'où World Vision assurait la distribution aux CSI et aux communautés. Selon toutes les personnes interrogées, ce mécanisme de distribution a bien fonctionné. En 2017, les stocks pour la période restante du programme ont été livrés par l'ONPPC aux districts sanitaires qui ont pris en charge la distribution des médicaments aux CSI. La responsabilité de distribution des médicaments aux RCom a ainsi été transférée aux CSI. Le changement du modèle de distribution a commencé à avoir un impact négatif sur la disponibilité des médicaments dans certains CSI. Au moment de l'évaluation, les CSI et les RCom, en particulier à Dogondoutchi, ont signalé des ruptures de stock de plus de deux mois pour l'amoxicilline et SRO/zinc malgré la disponibilité de ces médicaments au niveau du district. Les erreurs de rapportage commises par des RCom, la rotation du personnel des CSI, la faible motivation des superviseurs des CSI et le manque de communication sur des nouveaux rôles ont amplifié la situation.

17. Au cours de ses premières années, le programme RAcE a fourni un appui technique pour la révision, le pilotage et la validation des guides et outils de formation iCCM. La validation des matériels de formation iCCM adaptés au contexte a constitué une étape clé pour des interventions iCCM harmonisées et évolutives au Niger.

18. Le programme RAcE a appuyé le développement d'un système de référence standardisé pour l'iCCM au Niger, qui a été testé et déployé avec succès dans toutes les communautés. Alors que les parents ont rapporté une forte adhésion à la référence au cours de l'enquête finale [10], il existe des preuves solides qu'un nombre important de parents n'adhèrent pas aux conseils de référence à cause des frais ou de priorités concurrentes. Cela s'applique particulièrement aux communautés situées à une plus grande distance des CSI. Les parents de plusieurs communautés ont également indiqué que les familles pauvres sont souvent incapables d'accéder aux CSI à cause des frais que cela implique (transport, achat du carnet de santé lors du premier traitement (1 100 FCFA) et achat de médicaments qui ne sont pas disponibles dans les CSI).

19. Les données consolidées ont mis en évidence le fait que les CSI sont le maillon le plus faible du programme RAcE. Les personnes interrogées ont indiqué que la qualité et la disponibilité des soins au niveau de CSI étaient régulièrement compromises par le manque d'intrants, la rupture de stocks de médicaments, l'insuffisance de personnel et le taux élevé de rotation du personnel, ainsi que par le désengagement du personnel lié aux paiements irréguliers des salaires. Dans les deux districts visités au cours de la mission, la plupart du personnel n'avait pas été payé depuis cinq mois. Les parents partageaient la perception selon laquelle la qualité de l'accueil et des soins était meilleure chez les RCom et que ces derniers disposaient de "médicaments plus efficaces". Cela a été confirmé par les

observations des médecins de district qui ont indiqué que les RCom appliquent le protocole de la PCIME de façon rigoureuse, tandis que le personnel des CSI saute plus fréquemment des étapes et consacre moins de temps à communiquer avec les parents.

20. L'une des principales contributions du programme RAcE à une mise à l'échelle harmonisée de l'iCCM a été l'appui technique et financier fourni à la Direction de la Statistique (DS) pour la conception participative des outils de collecte de données de l'iCCM. Ces outils ont été pilotés avec l'appui du programme RAcE et validés au niveau national. En plus, ils ont permis l'intégration des données iCCM dans le système national d'information sanitaire (SNIS). Au cours des deux premières années du programme, la qualité des rapports était médiocre, mais des améliorations substantielles ont été réalisées au cours des deux dernières années. Les évaluations et la supervision de la qualité des données ont joué un rôle important dans l'amélioration progressive de la qualité des données.

21. Au moment de l'évaluation, deux études de recherche opérationnelle avaient été menées : l'une sur la conformité des RCom au protocole de diagnostic et de traitement de la PCIME et l'autre sur le potentiel d'une application mobile (mHealth) pour améliorer la qualité des soins fournis par les RCom. Les rapports des deux études sont disponibles, mais ne sont pas encore disséminés au niveau national ou sous-national.

22. Avec le gouvernement dans un rôle de coordination et de pilotage, une ONG internationale avec expérience dans la programmation iCCM en charge de la mise en œuvre, et l'OMS dans le rôle d'appui technique et financier, le modèle de sous-traitants du programme RAcE a été très efficace. La capacité du secteur public responsable pour mettre en place et gérer les services iCCM était faible, en particulier pour la supervision et l'approvisionnement régulier de médicaments et d'intrants. Les informateurs clés, y compris toutes les personnes interrogées dans les établissements de santé décentralisés, ont souligné que les partenaires externes ont été et sont toujours nécessaires pour assurer la qualité et la cohérence des interventions. La faible capacité (le manque de personnel, manque de formation, d'équipement et de médicaments) des établissements de santé a également été soulignée comme un goulot d'étranglement dans le PSSE.[6]

23. Afin d'assurer une cohérence dans l'engagement et le leadership du MSP, les départements ministériels compétents, en particulier la DOS, le DS, le DSME et le PNL, ont participé à la conception du programme. Des réunions annuelles ont été organisées pour la planification stratégique et opérationnelle. Le programme RAcE a en outre soutenu des réunions régulières de coordination et de suivi à différents niveaux : réunions trimestrielles avec le personnel de santé du district et réunions semestrielles avec les représentants régionaux (DRSP) et nationaux du MSP. Au niveau national, le MSP a dirigé un comité technique composé de membres des départements ministériels concernés et de représentants des régions et des districts. Les réunions du comité technique se sont principalement concentrées sur la coordination ainsi que sur l'analyse et la discussion de la qualité et du contenu des données. Plusieurs informateurs clés ont donné des exemples de la façon dont ces réunions ont mené à des décisions fondées sur des données probantes qui ont amélioré la qualité ou l'efficacité du programme.

24. Le programme RAcE est entièrement aligné sur les politiques et directives nationales en matière de santé, en particulier sur la stratégie nationale pour les interventions communautaires dans le domaine de la santé et la politique nationale de gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et la planification familiale. En outre, le programme a contribué, par son appui technique et l'influence de l'OMS, à l'élaboration et/ou à la révision et à la validation de plusieurs documents de politique nationale et lignes directrices liés à l'iCCM :

- la *Stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé 2016 – 2020* [12]

- les *Directives Nationales de Mise en Œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé* (2016) [13]
- le *Plan Stratégique National de Survie de l'Enfant au Niger 2016-2020* (PSSE) [6]
- le *Guide d'orientation et de référence sur le relais communautaire de développement au Niger* (2017) [14]
- la version préliminaire de la *Feuille de route pour des services iCCM durables au Niger* (2017) [15]
- et la version préliminaire du *Plan stratégique pour la mise à échelle de la prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire 2017-2021* [16]

25. La contribution directe du programme RAcE à l'élaboration de ces documents a été reconnue par presque tous les informateurs clés au niveau national, comme l'illustrent le témoignage suivant : *'Avec notre faible couverture sanitaire de 48 pour cent, la mise à l'échelle de l'iCCM est une chose naturelle à faire. Nous aurions pu produire ces différentes directives et documents stratégiques sans le programme RAcE, mais cela n'aurait pas été aussi rapide et la qualité n'aurait pas été aussi bonne sans l'apprentissage du programme RAcE et le soutien et l'influence de l'OMS'*. Certains documents comprennent également des références spécifiques au programme RAcE et reconnaissent l'appui de l'OMS. La validation de ces documents a constitué une autre étape critique dans la mise à l'échelle de l'iCCM au Niger. Ces documents ont jeté les bases pour l'institutionnalisation des RCom dans le système de santé et pour l'inclusion future d'une ligne spécifique pour l'iCCM dans le budget national de la santé. Les documents représentent également des engagements du gouvernement nigérien - à l'égard desquels les membres de la société civile peuvent le tenir responsable - pour l'accès aux soins de santé au niveau communautaire pour les enfants de moins de cinq ans. Un récent décret ministériel prévoyant la création d'un comité national de coordination des interventions sanitaires communautaires a constitué un autre pas en avant.[17]

26. Au niveau national, le programme RAcE a également contribué aux efforts de lobbying et de coordination pour la mobilisation de nouvelles ressources pour la programmation iCCM. Ceux-ci ont contribué au lancement d'un programme iCCM à grande échelle soutenu par l'UNICEF et le Fonds Mondial (TGF selon l'abréviation anglaise). L'OMS a également appuyé les discussions avec la BID (banque islamique du développement) et l'USAID, ce qui a donné lieu à l'intégration de l'iCCM dans l'appui américain à la lutte contre le paludisme.

27. Un autre résultat critique et réalisation clé du programme RAcE a été le haut niveau de satisfaction de la communauté à l'égard des services fournis par les RCom. Dans toutes les communautés visitées, les parents ont déclaré que les RCom étaient disponibles à toute heure et qu'ils fournissaient gratuitement un traitement efficace. L'accès gratuit et facile aux soins a contribué à la recherche de soins dès les premiers signes de maladie, avec un impact potentiel sur la réduction de la mortalité infantile dans les communautés.

28. La réduction de la mortalité infantile de 14% dans les zones du programme RAcE a été estimée par l'application du modèle LiST par l'ICF.[9] Il n'existe pas de données alternatives pour valider la diminution estimée, et plusieurs des hypothèses sur lesquelles le modèle est basé ne sont guère robustes. Ce modèle suppose, par exemple, que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 137‰ comme taux de base (baseline) reflète le taux enregistré en 2013 dans les deux zones du programme, ce qui est peu probable à cause de la longue période historique sur laquelle le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a été estimé. Une autre hypothèse peu solide consiste à penser que les bases de sondage des données sous-nationales disponibles de l'EDS étaient représentatives pour

les zones d'intervention du programme RAcE. Ceci est également très improbable puisque le programme RAcE n'est exécuté que dans un nombre limité de districts et de communautés rurales ciblées situées à plus de 5 km du CSI le plus proche. Il existe toutefois suffisamment de preuves qualitatives et quantitatives pour appuyer la constatation d'une augmentation importante de l'accès au traitement et d'une diminution associée de la mortalité. Plus de 722 000 enfants de moins de cinq ans ont été traités par les RCom.[19] Cependant, l'ampleur de la baisse de la mortalité ne peut pas être confirmée par la présente évaluation.

29. L'évaluation a identifié un certain nombre d'autres programmes de santé maternelle et infantile qui ont contribué à la diminution de la mortalité infantile, à savoir des campagnes de vaccination élargies, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MILD), la chimioprévention du paludisme saisonnier (dans le district de Keita), l'eau et l'hygiène, la santé reproductive et la nutrition. Tous ces programmes se focalisent sur la prévention et sont complémentaires au programme RAcE qui se concentre sur l'offre de services curatifs. Il n'a pas été possible de mesurer l'ampleur de la contribution de programmes particuliers à la diminution de la mortalité infantile, mais comme le paludisme est de loin la principale maladie mortelle pour les enfants de moins de cinq ans au Niger, on peut supposer que le programme de chimioprévention dans le district de Keita et le programme de distribution de MILD dans la région de Dosso ont apporté des contributions complémentaires considérables à l'impact des interventions du programme RAcE. Tous les programmes sont coordonnés au niveau des DRSP. Les DRSP contribuent à toutes les activités prévues et en ont un bon aperçu de ces activités. Selon les informateurs clés aux niveaux national, régional et de district, les programmes ont généralement été mis en œuvre en synergie et plusieurs exemples de collaboration efficace ont été donnés. Les CSI, par exemple, travaillent en collaboration avec les RCom pour mobiliser les parents lors des campagnes de vaccination et pour augmenter la fréquentation des femmes enceintes aux visites prénatales et postnatales.

ÉGALITE ENTRE LES SEXES

30. La proposition finale de World Vision soumise en 2013 [18] comprenait plusieurs éléments visant à l'intégration de la dimension de genre dans la recherche de soins, la prestation de soins de santé et l'élaboration de politiques. Au cours de la collecte de données au niveau du pays, il est devenu clair que ces éléments n'avaient pas été mis en œuvre. La proposition initiale, par exemple, prévoyait d'ajouter un module sur le genre au programme de formation de l'iCCM et de fournir des données désagrégées par sexe sur l'accès aux traitements dans les rapports, mais cela n'a pas été fait. Dans la proposition il était également prévu une supervision sensible au genre et la contribution aux politiques et stratégies sensibles au genre, mais il n'en est fait mention dans aucun des rapports de programme. Les informateurs clés ne savaient pas que cela faisait partie de la proposition ou ont répondu que ce n'était plus une priorité. Malgré l'ambition visiblement réduite sur le genre, le programme incorpore encore des caractéristiques démontrant un certain degré de sensibilisation au genre :

- Les enquêtes initiale et finale comprenaient des questions sur la participation des femmes et des hommes à la prise de décision au niveau du ménage et à la recherche de soins
- Un effort conscient a été fait pour maintenir les femmes RCom afin d'assurer la représentation des femmes parmi les RCom
- Le rapport d'évaluation final de l'ICF comprend une brève section sur les facteurs liés au genre et aux écarts de traitement

31. D'autres résultats de l'évaluation sur l'égalité entre sexes sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Analyse de genre	La réalisation d'une analyse comparative entre les sexes et l'élaboration d'une stratégie en matière d'égalité entre les sexes faisaient partie de la lettre d'accord de subvention (GAL selon l'abréviation anglaise), mais n'ont pas été réalisées. Le rapport annuel de la première année du programme RAcE mentionne une étude sur les goulots d'étranglement liés au genre, mais aucun des informateurs clés interrogés n'était au courant de l'étude et les documents n'ont pas pu être trouvés.
Égalité entre les sexes dans l'accès aux traitements	L'enquête finale a porté sur la prise en charge des maladies et les diagnostics par sexe. Il n'y avait pas de différence significative entre les filles et les garçons pour tous les indicateurs [10]
L'égalité des sexes et la différence entre les prestataires de soins masculins et féminins	<p>Le pourcentage de femmes RCom dans le programme RAcE au Niger était de 32%. La région de Keita avait de loin la plus forte représentation des femmes (51%). La proposition visait une représentation égale des hommes et des femmes RCom à recruter, mais cet objectif n'a pas été atteint. L'information fournie par les informateurs clés sur cette question était incohérente et la connaissance de la cible initiale était faible, en particulier au niveau du district. En général, le faible niveau d'alphabétisation des femmes rend difficile l'identification des femmes avec des compétences suffisantes en lecture et en écriture.</p> <p>Les résultats ont également montré que les hommes sont plus susceptibles de migrer pour travailler (surtout lorsque les encouragements financiers cessent), car on s'attend à ce qu'ils procurent un revenu à leur famille en tant que chefs de ménage. D'autre part, la qualité des soins et des rapports des hommes RCom est souvent meilleure selon les superviseurs grâce au niveau d'alphabétisation plus élevé des hommes. Dans le même ordre d'idées, les informateurs clés ont fait remarquer que la plupart des femmes RCom avaient besoin d'une formation et d'une supervision plus poussées. Cependant, une fois qu'elles ont reçu une formation adéquate, les femmes ont tendance à être plus stables et motivées, indépendamment des encouragements financiers.</p> <p>Les parents n'ont signalé aucune préférence de traitement par les femmes ou les hommes, mais un informateur clé a mentionné que les femmes sont mieux placées pour effectuer des visites de suivi à domicile, car les hommes ne sont autorisés à entrer dans la maison qu'en présence du chef de ménage.</p>
Sensibilité du genre dans le matériel de formation et rapportage des RCom	Il n'y a pas de module sur le genre dans le manuel de formation. Les graphiques inclus dans le manuel de formation et les formats de rapportage sont soit neutres du point de vue du genre soit utilisent des images de femmes en tant que gardiens des enfants. [20,21]

Égalité entre les sexes dans la recherche de soins de santé

Les données des enquêtes ont montré que le nombre de parents qui prennent la décision de demander des soins de façon conjointe a considérablement augmenté au moment de l'enquête finale (de 80 à 90%). Plus précisément, le pourcentage de mères qui ont pris la décision conjointement avec leur belle-mère est passé de 18% à 8%, et le pourcentage de mères qui ont pris des décisions conjointement avec le chef de ménage est passé de 4% à 17%. Ces résultats indiquent que la participation des pères à la recherche de soins pour les enfants malades s'est accrue, de même que les décisions conjointes entre les époux. Les discussions de groupe avec les parents et les RCom ont également indiqué une légère augmentation de la participation des pères dans les soins comme résultat des activités de sensibilisation ciblées parmi les hommes après les prières à la mosquée.

Égalité entre les sexes dans la communauté

Les résultats des enquêtes n'ont pas montré de changements significatifs en ce qui concerne la prise de décision pour les achats importants du ménage qui restaient principalement entre les mains des chefs de ménage masculins. Il convient de s'imposer une certaine prudence dans l'interprétation de ces résultats, car, dans l'enquête finale, la quantité de données manquantes était considérable pour ce module.[10] Il n'y avait pas non plus de preuve que le programme ait eu un impact positif ou négatif sur la situation des femmes dans les communautés.

ÉQUITÉ SOCIALE ET POPULATIONS VULNERABLES

32. L'information fournie sur les critères de sélection des régions n'était pas uniforme d'une source de données à l'autre. Plusieurs sources ont indiqué que les deux régions sélectionnées étaient ciblées en raison de leur forte mortalité infantile. Ceci s'applique à Dosso qui est la région du pays avec le taux de mortalité infantile le plus élevé (190 décès d'enfants sur 1 000 enfants de moins de cinq ans), mais dans une moindre mesure à Tahoua qui est classé plus bas en ce qui concerne la mortalité infantile (140/1 000) que Maradi (166/1 000), Tillabery (168/1 000) et Zinder (160/1 000), et pourtant il est encore relativement élevé par rapport aux autres régions.[4] Selon un informateur clé, Tahoua a été sélectionné en raison de sa forte participation communautaire et de la haute performance de ses districts sanitaires. Une analyse du quintile de bien-être économique a été effectuée lors de l'évaluation finale du programme et a montré que seulement 10% de la population couverte par le programme RAcE appartient au quintile le plus pauvre. Au total, 61% de la population se trouvait dans les trois quintiles les plus pauvres, 37% dans le deuxième quintile le plus riche et 2% dans le quintile le plus riche.[9] Ceci semble indiquer que le programme RAcE a donné la priorité aux communautés fortement touchées par la mortalité infantile plutôt que de cibler les communautés particulièrement pauvres.

33. La sélection des communautés était basée sur les critères d'éligibilité de l'iCCM, à savoir les villages situés à au moins cinq kilomètres d'un CSI ou situés à proximité d'un établissement de santé qui ne pouvait pas fournir des soins adéquats par manque de personnel, d'équipement ou d'intrants. Selon les informateurs clés, le programme RAcE ne visait pas à atteindre des endroits particulièrement éloignés ou inaccessibles, mais donnait la préférence aux grandes communautés dans le but d'atteindre le plus grand nombre d'enfants possible.

PLANIFICATION DE LA DURABILITÉ

34. La planification de la durabilité du programme RAcE au Niger a commencé en juillet 2016 et a impliqué, de manière participative, un large éventail de parties prenantes de différents niveaux. Ces

efforts ont abouti à l'élaboration d'une feuille de route sur la durabilité (pour les 10 prochaines années) et d'un plan stratégique pour l'expansion de l'iCCM avec l'objectif d'atteindre une couverture iCCM de 80% d'ici 2021.[16] Les deux documents n'existent qu'en version préliminaire et n'ont pas encore été validés par le MSP. La majorité des informateurs clés avaient participé ou étaient au courant de la feuille de route, mais n'ont pris aucun engagement ferme pour sa mise en œuvre.

35. La feuille de route sur la durabilité contient un plan d'action avec plus de 50 tâches pour lesquelles des responsabilités ont été attribuées au MSP, à la DSME, à la DS, à la DOS, à la DEP, aux districts sanitaires et aux DRSP. Quelques tâches ont également été confiées à l'OMS et à World Vision. Ces tâches ont déjà été exécutées ou sont en cours d'exécution. Toutefois, la plupart des tâches exigent un financement qui dépasse largement les ressources disponibles pour les institutions qui sont concernées. Malgré les progrès réalisés au niveau de la politique et de la planification stratégique pour l'iCCM, il n'y a pas encore de ligne budgétaire pour l'iCCM dans le budget national de la santé. Il y a un risque élevé que la mise en œuvre de la feuille de route échoue, sauf si des ressources financières supplémentaires pour le soutien de l'iCCM sont mobilisées.

36. Le développement tardif de la feuille de route et de la stratégie de la mise à l'échelle de l'iCCM a également eu un impact négatif sur la durabilité du programme. Des options pour des actions de suivi afin de soutenir et d'étendre les résultats de l'iCCM à plus grande échelle auraient pu être envisagées dès le début et affinées dès la première année de mise en œuvre du programme, du niveau villageois au niveau national. La planification de la durabilité dans le programme RAcE n'a commencé qu'à la fin de 2016.[15]

37. Au moment de l'évaluation, la réalisation de la durabilité du programme était considérée comme son plus grand défi. Il y a trois conditions essentielles pour la poursuite des activités au niveau communautaire : le paiement d'encouragement aux RCom, leurs outils de travail (médicaments et intrants) et la supervision. Les résultats de cette évaluation indiquent que la probabilité est faible que l'une ou l'autre de ces trois exigences soit systématiquement satisfaite après la fin du programme. La capacité de mise en œuvre au niveau décentralisé est faible, il y a des problèmes endémiques dans l'approvisionnement en médicaments et il n'y a pas encore de ligne budgétaire pour couvrir 50% du coût de l'encouragement pour les RCom auquel le gouvernement s'est engagé.[13] Les contributions communautaires aux motivations des RCom sont irrégulières et peu fiables. De nombreuses autorités villageoises sont réticentes à apporter leur contribution. Ils se sont habitués à la gratuité des soins et ne voient pas pourquoi ils devraient contribuer à un service qui leur a été présenté comme étant gratuit.

RESULTATS COLLATERAUX NON PLANIFIES

38. La plupart des RCom ont souligné que leur charge de travail élevée constituait un fardeau, en particulier pendant la saison des pluies avec l'augmentation saisonnière de l'incidence du paludisme. Leur charge de travail varie de quelques heures par semaine à un travail à plein temps. Dans certains cas, les RCom servent différents projets en même temps, ce qui représente des engagements de temps importants. Les parents ont également rapporté que la population des communautés proches des CSI ont commencé à consulter les RCom les plus proches de leur communauté au lieu d'aller au CSI. Cela est dû à la maigre disponibilité et à la faible qualité des services dans les CSI et à la perception populaire selon laquelle les RCom sont plus disponibles et offrent des traitements plus efficaces. Cela s'est traduit également par une augmentation imprévue de la charge de travail de certains RCom. Évidemment, plus la charge de travail est lourde, moins les RCom disposent de temps pour des activités génératrices de revenus et plus ils dépendent des encouragements non financiers et financiers fournis par la communauté et le programme. En conséquence, le programme RAcE a exposé certains RCom et leurs

familles à une vulnérabilité accrue, comme le démontre le témoignage ci-dessous : "*Durant plusieurs semaines, je me lève presque toutes les nuits pendant la saison des pluies pour recevoir des enfants atteints de paludisme. Pendant la journée, le travail continue. Même les gens des villages environnants viennent me voir. Mais à la fin du mois, il ne me reste littéralement rien. Lorsque mes propres enfants, ma femme ou moi-même tombons malades, je n'ai pas les moyens de payer le transport [jusqu'au CSI] et je n'ai pas les moyens de payer les médicaments. A un moment donné, quel choix aurai-je d'autre que de migrer pour travailler ?*" (Homme RCom, région de Dogondoutchi). Bien qu'il ne soit pas possible de généraliser cette constatation, il convient d'examiner l'impact économique du transfert des tâches vers les RCom en fonction de l'économie de leur propre ménage, et d'aborder la question des transferts inappropriés de la recherche de soins des CSI et des CS vers les RCom.

CONCLUSIONS

39. Le programme RAcE au Niger était un projet pilote pour la mise en œuvre de l'iCCM à grande échelle en fournissant des services préventifs et curatifs par les agents de santé communautaire. Le programme a obtenu des résultats impressionnants avec plus de 722 000 enfants de moins de cinq ans traités par les RCom pour le paludisme, la pneumonie ou la diarrhée depuis le début du programme, dans un contexte de forte adhésion de la communauté et de satisfaction pour les services fournis. Le programme RAcE a également contribué à d'importants changements de politique liés à l'iCCM et à l'intégration des données sur les services de santé communautaire dans le SNIS. En outre, il existe des preuves solides que le programme RAcE a joué un rôle important dans l'appui à la coordination des interventions de santé communautaire et dans la mise à l'échelle de l'iCCM dans le pays.

40. En général, l'efficacité et l'efficience du programme peuvent être considérées comme élevées. Étant donné que seulement 48 pour cent de la population du Niger a accès au paquet minimum de services du CSI [24] l'iCCM est une approche programmatique appropriée pour accroître l'accès équitable à des soins de santé de qualité pour les enfants de moins de cinq ans dans les zones rurales où les taux de mortalité infantile sont élevés. La réalisation cohérente des changements prévus dans le programme RAcE a eu un impact positif sur la morbidité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les districts ciblés. L'ampleur de l'impact ne peut toutefois pas être confirmée par les données disponibles. La pertinence du programme était également élevée. Le programme RAcE a été initié après la validation de la stratégie nationale de santé communautaire [8] qui était un moment favorable pour appuyer les priorités dans le domaine de l'iCCM du MSP. Par l'intermédiaire du comité technique, le MSP a pris la direction de la mise en œuvre du programme RAcE et a participé aux activités à tous les niveaux. Le programme RAcE était également complémentaire d'autres programmes de santé infantile exécutés dans les districts et la supervision efficace des différents programmes était assurée par les DRSP.

41. Les défis les plus importants du programme sont liés à la durabilité. Il ne fait aucun doute que le modèle d'exécution de sous-traitants appliqué était approprié et efficace pour offrir des programmes iCCM de qualité ; le programme ne peut cependant être durable que si le gouvernement s'approprie entièrement tous les services fournis dans le cadre du programme RAcE ou si les partenaires externes continuent de soutenir les interventions. Alors que les structures sanitaires décentralisées ont acquis des compétences techniques en matière de planification et de coordination, elles n'ont encore ni les ressources ni la capacité d'assurer une supervision régulière et l'approvisionnement en intrants au niveau des RCom. La faible capacité des CSI et des districts est un obstacle majeur à la durabilité du programme. Elle est cependant enracinée dans des problèmes complexes liées au système de santé qui sont pour la plupart hors de portée d'un programme iCCM, tels que la gestion et le financement de la politique de gratuité des soins de santé, les politiques et stratégies de RH dans le secteur de la santé, et le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement dans le secteur public.

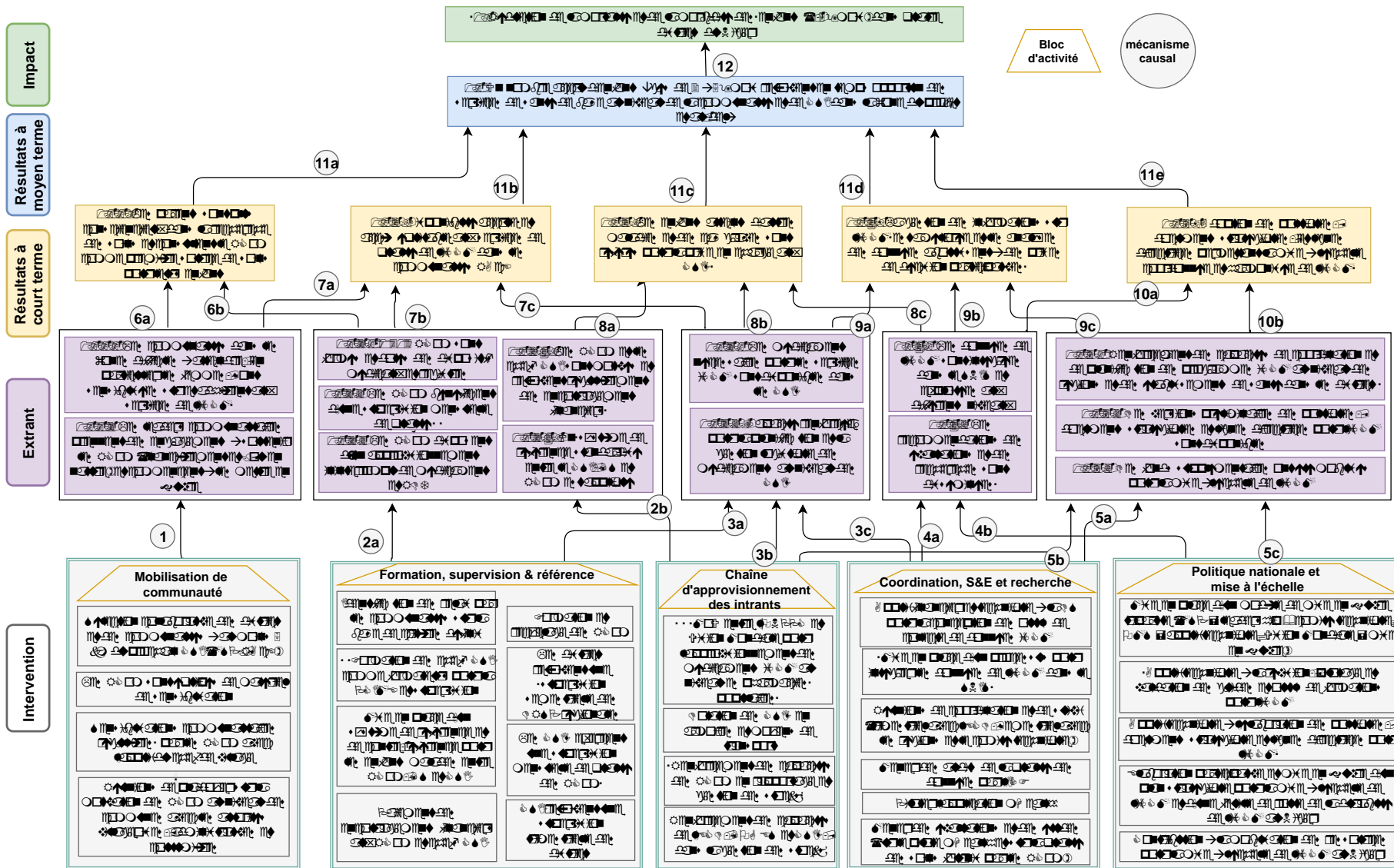
42. L'intégration de la dimension de genre n'était pas une priorité pour les partenaires de mise en œuvre et la plupart des activités prévues pour promouvoir l'égalité entre les sexes dans la recherche de soins, la prestation de soins de santé et les documents de politique générale n'ont pas été mises en œuvre.

43. La méthodologie d'évaluation qualitative utilisant l'analyse des contributions et le suivi des processus a établi des preuves concluantes que le cadre de la théorie du changement élaboré réunit un ensemble de mécanismes causals qui représentent la meilleure explication possible pour les changements réalisés. L'évaluation a également montré que, dans le contexte du Niger, l'iCCM nécessite



une gamme d'interventions considérable pour assurer l'engagement à tous les niveaux et des résultats de qualité à l'échelle. Cette capacité n'est pas encore renforcée dans le secteur public, et un soutien continu de la part des partenaires extérieurs sera nécessaire pour soutenir les réalisations et la mise à l'échelle.


44. Le cadre de la théorie du changement peut être facilement généralisé pour en extraire des éléments de programme génériques qui devraient être inclus dans tous les programmes de l'iCCM dans le contexte actuel du Niger. Il y a cinq domaines d'activités communs pour tous les programmes iCCM : (a) mobilisation communautaire ; (b) formation, supervision et références, (c) intrants de santé, (d) coordination, suivi, évaluation et recherche et (e) appui à l'élaboration de politiques/directives nationales et à la mise à l'échelle harmonisée de l'iCCM. Pour soutenir les activités de l'iCCM dans les communautés du programme RAcE, les ressources pour les trois composantes suivantes sont prioritaires : la supervision et la formation des RCom, leur engagement financier et les intrants de santé nécessaires pour prêter des services de l'iCCM.



THEORIE DU CHANGEMENT






ANALYSE DE LA CONTRIBUTION ET EXAMEN DES PROCESSUS



Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
Changements au niveau au niveau extrant					
1	1.1.1.1 Les communautés, et en particulier les femmes, sont sensibilisées et adhèrent aux services de l'iCCM	<ul style="list-style-type: none"> Les activités de mobilisation communautaire ont été réalisées comme prévu. (rapports annuels World Vision) 	<ul style="list-style-type: none"> L'enquête finale auprès des ménages a indiqué que 99,8 % de la population connaissaient l'existence du RCom dans leur communauté et 99% considéraient les RCom comme des prestataires de soins de santé de confiance (enquête finale) Les groupes communautaires et les leaders communautaires expriment de façon systématique leur appréciation des services ICCM (entretiens informateurs clés & discussions de groupe) Certains chefs de village ont commencé à honorer leurs engagements, mais beaucoup ne le font pas ou seulement partiellement, ce qui menace la durabilité du projet (discussions de groupe, entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> aucun
	1.1.1.2 Les leaders communautaires prennent des engagements à soutenir les RCom (financièrement et / ou en nature) et commencent à les mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Tous les chefs de village ont participé à des réunions de plaidoyer et ont signé une déclaration sur les engagements convenus pour soutenir les RCom (entretiens informateurs clés, rapports World Vision) 	<ul style="list-style-type: none"> Certains parents n'étaient pas au courant des engagements et de la nécessité d'appuyer le RCom - certains chefs de village n'ont pas partagé les résultats des réunions avec leurs communautés (discussions de groupe) Certains informateurs clés ont signalé que certains chefs et parents hésitaient à contribuer au soutien du RCom, car les services avaient été annoncés comme étant gratuits (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> La dernière saison de récolte a été désastreuse pour les populations rurales et ont eu un impact négatif sur les revenus des ménages et il est très difficile pour certaines familles de faire même de petites contributions (discussions de groupe, entretiens informateurs clés)



Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
2a & 2b	1.1.2.1. 1 313 RCom sont formés et dotés des dispositifs médicaux et registres	<ul style="list-style-type: none"> • 1 313 RCom ont été formés et équipés après avoir été identifiés par les communautés (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) • Signature et mise en œuvre d'un protocole d'accord avec l'ONPPC (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) • Le personnel des CSI et le personnel de santé des districts ont reçu une formation sur la planification et la gestion des stocks (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les RCom ont participé à une formation et à une formation de recyclage. Les participants qui n'ont pas réussi le test à la fin de la formation ont été exclus du programme (rappports World Vision, discussions de groupe avec RCom) • Tous les RCom ont reçu les dispositifs médicaux nécessaires, les registres et une malle pour le stockage (entretiens informateurs clés, discussions de groupe avec RCom, observation directe) 		<ul style="list-style-type: none"> • aucun



Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
	<p>1.1.2.2 Les RCom bénéficient d'une supervision mensuelle de qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> La supervision mensuelle était assurée par des superviseurs de proximité recrutés par World Vision jusqu'en mars 2017. Depuis mars 2017, la supervision est assurée par les équipes des CSI. (rapports World Vision, entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Les RCom et les superviseurs confirment que la supervision a été utile pour corriger les erreurs de traitement et pour préparer des rapports iCCM de qualité (discussions de groupe avec RCom, entretiens informateurs clés) Les RCom et les informateurs clés classent la supervision comme l'une des cinq conditions les plus importantes pour une iCCM de qualité (discussions de groupe avec RCom, entretiens informateurs clés) Certains RCom et superviseurs signalent que la supervision n'est plus assurée sur une base mensuelle, mais sur une base trimestrielle par les CSI. (discussions de groupe avec RCom, entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> Dans la région de Dosso, le paiement des salaires de 85% du personnel de santé est souvent retardé de plusieurs mois. Cela a un impact sur leur motivation. (entretiens informateurs clés) Certains CSI manquent de ressources logistiques et humaines pour assurer une supervision régulière (entretiens informateurs clés)
	<p>1.1.2.3 Les RCom disposent d'un approvisionnement ininterrompu en médicaments et RDT</p>	<ul style="list-style-type: none"> Signature et mise en œuvre d'un protocole d'accord avec l'ONPPC (rapports World Vision, entretiens informateurs clés) Le personnel des CSI et le personnel de santé des districts ont reçu une formation sur la planification et la gestion des stocks (rapports World Vision, entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Seulement 4% des RCom ont déclaré des ruptures de stock pendant au moins 7 jours au cours du dernier mois (rapport d'évaluation finale, 2016) Dans les communautés visitées, les RCom ont des malles entièrement équipées, y compris des médicaments et des RDT (observation directe) A partir d'octobre 2017, certains RCom ont connu des ruptures de stocks de SRO/zinc et d'amoxicilline. Les médicaments étaient encore disponibles au niveau des districts, mais des problèmes de chaîne d'approvisionnement ont surgi entre les districts, les CSI et les RCom (discussions de groupe avec RCom et communautés, entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> Certains districts et CSI ont des capacités insuffisantes pour gérer la distribution des médicaments aux RCom (entretiens informateurs clés) Rupture de stock au niveau du CSI (entretiens informateurs clés)


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
2a & 2b (cont)	1.1.2.4. Les RCom et les chefs CSI sont motivés et reçoivent régulièrement des encouragements financiers	<ul style="list-style-type: none"> Le budget du programme comprend une ligne budgétaire avec des provisions suffisantes pour payer les encouragements mensuels aux RCom payés sur une base semestrielle (rappports World Vision) 	<ul style="list-style-type: none"> Les communautés, les RCom et les superviseurs déclarent de façon systématique que les RCom sont disponibles 24 heures sur 24, ce qui traduit leur engagement fort. (discussions de groupe, entretiens informateurs clés) Le taux de rotation parmi les RCom est relativement bas (rappports World Vision, entretiens informateurs clés, discussions de groupe) Les RCom et les informateurs clés confirment la réception d'encouragement financier par les RCom depuis le début de leur travail (discussions de groupe avec RCom, entretiens informateurs clés) La plupart des RCom se plaignent que l'encouragement financier est à peine suffisant et classent l'appui insuffisant (financier ou en nature) comme leur plus grande difficulté. Ils confirment aussi, cependant, que cela n'a jamais eu d'impact négatif sur leur travail (discussions de groupe avec RCom) 		<ul style="list-style-type: none"> aucun


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
	<p>1.1.2.5. Un système de référence standardisé entre RCom, CS et CSI est mis en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le système de référence standardisé est mis en place (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des fiches de référence et de contre-référence avec les RCom et les CSI (entretiens informateurs clés, discussions de groupe, observation directe) Les RCom et le personnel de CSI mettent en œuvre le système de référence conformément au système mis en place, mais les fiches de contre-référence ne sont souvent pas renvoyées par les mères aux RCom. Pour améliorer le processus, les CSI conservent la fiche de conte-référence et les remettent aux RCom lors des visites de supervision, mais un flux systématique de documents n'est pas encore réalisé. (discussions de groupe, entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> aucun
<p>3a, b, c</p>	<p>1.1.3.1 Les médicaments nécessaires pour les services iCCM sont disponibles dans les CSIs</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mis en œuvre du protocole d'accord signé avec l'ONPPC pour la mise à disposition de médicaments au niveau du district (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) World Vision a assuré le transport vers les CSI jusqu'en mars 2017. Depuis lors, la distribution des médicaments aux CSI a été gérée par les districts. (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Les CSI déclarent systématiquement qu'ils n'avaient pas de rupture de stock jusqu'au dernier trimestre de 2017. Au cours des trois derniers mois, plusieurs CSI ont signalé des ruptures de stock de SRO/zinc et d'amoxicilline. 		<ul style="list-style-type: none"> Les Équipes Cadre de District ont des capacités variables en matière de stockage et de distribution de médicaments. Depuis que la distribution des médicaments a été confiée aux districts, des ruptures de stock ont commencé à se produire. (entretiens informateurs clés)



Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
	<p>1.1.3.2 Capacité renforcée pour la planification et la gestion logistique des médicaments au niveau des CSI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Des activités de formation et de renforcement des capacités ont été mises en œuvre (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Les efforts de renforcement des capacités n'ont pas été soutenus dans tous les sites. Plusieurs informateurs clés au niveau des CSI ont commencé à occuper leur poste récemment et n'ont jamais bénéficié d'un quelconque type de renforcement des capacités (entretiens informateurs clés) Il y a peu de preuves que le personnel de CSI sans formation ait une capacité de planification et de gestion de l'approvisionnement en médicaments inférieure à celle de ses homologues formés. L'attribution d'une capacité accrue au programme RAcE ne peut pas être universellement confirmée. (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> Il y a une rotation de personnel élevée au niveau de CSI, ce qui a affaibli l'impact des efforts de renforcement des capacités.
<p>4a, b</p>	<p>1.1.4.1 Les données de l'iCCM sont intégrées dans le SNIS et analysées aux différents niveaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les outils de collecte de données iCCM ont été conçus, validés au niveau national et déployés dans toutes les communautés RAcE (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) Deux audits de la qualité des données ont été réalisés (rappports DQA) 	<ul style="list-style-type: none"> Les CSI compilent les données collectées par les RCom et les intègrent dans leurs rapports mensuels aux districts. Les districts compilent les données des CSI vers les régions qui les compilent pour le niveau national où elles sont saisies dans le SNIS (rappports World Vision, entretiens informateurs clés) Les données de chaque district (y compris les données iCCM) sont analysées lors des réunions de coordination et de suivi au niveau du district et de la région et par le comité technique (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> aucun



Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
4a, b (cont.)	1.1.4.2 Les recommandations des recherches opérationnelles et des évaluations sont disséminées	<ul style="list-style-type: none"> • Deux projets de recherche opérationnelle ont été menés (mHealth et qualité des services iCCM) (TdR des recherches et rapports) • Deux enquêtes ont été réalisées (enquête initiale et finale) (rapports d'évaluation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les rapports ont été partagés avec des parties prenantes sélectionnées, mais il n'y a pas encore eu de dissémination au niveau national ou sous-national (entretiens informateurs clés, rapports World Vision) 		<ul style="list-style-type: none"> • aucun
5a, b, c	1.1.5.1 Renforcement des capacités de coordination et de planification des programmes iCCM au niveau des régions et des districts	<ul style="list-style-type: none"> • Les chefs de CSI ont reçu une formation sur l'iCCM et le suivi (entretiens informateurs clés, rapports World Vision) • Le DRSP et les districts ont assuré la planification et la coordination du programme RAcE avec l'appui technique de World Vision, de l'OMS et des membres du comité technique (entretiens informateurs clés, rapports World Vision) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les informateurs clés au niveau des régions et des districts ont déclaré, de façon systématique, une capacité accrue de planification et de coordination pour la mise en œuvre de l'iCCM comme résultat de leur participation aux projets RAcE (KIIs) 		<ul style="list-style-type: none"> • aucun


Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
5a, b, c (cont.)	1.1.5.2 Des versions préliminaires des politiques, documents stratégiques et lignes directrices pour l'iCCM sont disponibles	<ul style="list-style-type: none"> Des documents clés de politique et de stratégie nationale ont été rédigés et/ou adoptés (documents de politique et référence) 	<ul style="list-style-type: none"> La majorité des informateurs clés ont reconnu la contribution du programme RAcE et ont reconnu que sans la contribution du RAcE, les progrès auraient été plus lents. (entretiens informateurs clés) L'OMS est reconnue dans l'un des documents comme contributeur et le programme RAcE est mentionné dans plusieurs d'entre eux (documents de politique et référence) 		<ul style="list-style-type: none"> Volonté politique et engagement au MSP (entretiens informateurs clés)
	1.1.5.3 Des fonds supplémentaires ont été mobilisés pour la mise à l'échelle de l'iCCM	<ul style="list-style-type: none"> Un nouveau projet iCCM à grande échelle a récemment été lancé grâce à un financement conjoint de l'UNICEF et du TGF (entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Certains informateurs clés ont reconnu que le programme RAcE a contribué à la coordination des efforts de mobilisation des ressources. (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> Engagement et influence de l'UNICEF au Niger en faveur de la mise à l'échelle de la programmation de l'iCCM (entretiens informateurs clés)

Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
Changements au niveau des résultats à court terme					
6a, b	1.1.1 Les parents montrent un meilleur comportement en ce qui concerne la recherche de soins et consultent les RCom comme premier choix pour traiter leurs enfants	<ul style="list-style-type: none"> Les parents trouvent qu'il est plus pratique et plus efficace de consulter les RCom en comparaison avec les guérisseurs traditionnels et les CS/CSI (discussions de groupe) Les parents déclarent que les RCom sont toujours disponibles (discussions de groupe) Les parents déclarent, de façon systématique, être très satisfaits des services prestés par RCom (discussions de groupe) 98% des gardiens des enfants déclarent que les RCom fournissent des services de qualité (enquête finale) 	<ul style="list-style-type: none"> La majorité des parents nomment les RCom comme première source de soins pour leurs enfants (discussions de groupe, enquête finale) Les parents déclarent, de façon systématique, qu'ils consultent les RCom dès les premiers signes de maladie alors qu'avant le projet, ils attendaient avant de consulter les CS ou les CSI (discussions de groupe) 		<ul style="list-style-type: none"> Les parents bénéficient également d'activités de sensibilisation à la prévention du paludisme menées par les facilitateurs du CSI dans le cadre du programme financé par le TGF (entretiens informateurs clés)

Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
7, a,b, c	1.1.2. Disponibilité accrue et accès équitable aux services de qualité de l'iCCM dans les communautés RAcE	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les RCom formés sont actifs et équipés de médicaments et d'intrants de santé nécessaires pour assurer les services iCCM (rapports World Vision) • La rotation du personnel des RCom est demeuré basse tout au long du projet. (rapports World Vision, entretiens informateurs clés) • Les parents déclarent presque universellement que les RCom sont disponibles à toute heure et donnent des instructions détaillées sur le traitement (discussions de groupe, enquête finale) • Les communautés confirment que tous les parents, sans exception, consultent le RCom une fois que leurs enfants sont malades (souvent même des villages environnants) (discussions de groupe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les informateurs clés et les responsables de la recherche opérationnelle signalent que les RCom effectuent des consultations et des traitements en pleine conformité avec les protocoles de l'iCCM (discussions de groupe, entretiens informateurs clés) • Les parents perçoivent les traitements fournis par les RCom aussi efficaces que ceux fournis par les CS/CSI (discussions de groupe) • Plus de 68% des enfants ont reçu des visites de suivi de la part des RCom (enquête finale) • Selon les gardiens des enfants, 75% des enfants avec fièvre ont reçu un RDT du RCom (21% dans l'enquête initiale) et 64% des enfants qui toussaient ont fait compter leur fréquence respiratoire. Il est à noter, cependant, que les gardiens des enfants ne se souviennent souvent pas correctement des tests de dépistage du paludisme. (enquêtes initiale et finale) • 64% des enfants souffrant de diarrhée ont été traités avec des SRO/zinc selon l'enquête finale (21% selon l'enquête initiale) (enquêtes initiale et finale) • Le nombre de cas confirmés de paludisme chez les enfants âgés de 2 à 59 mois qui ont été traités avec ACT par un RCom n'a cessé d'augmenter au cours du projet. 37 484 cas de paludisme ont été traités au cours de l'année 2, tandis que 94 150 cas de paludisme ont été traités au cours de l'année 3 (enquête finale) 		<ul style="list-style-type: none"> • aucun

Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
8a, b, c	1.1.3. Les cas graves de paludisme, de pneumonie, de diarrhée et d'autres maladies sont référés et traités au niveau du CSI	<ul style="list-style-type: none"> Le système de référence standardisé est mis en place (entretiens informateurs clés, rapports World Vision) RCom enregistre le nombre de cas référés dans leurs registres (observation directe) 	<ul style="list-style-type: none"> La recherche opérationnelle a confirmé que les RCom se conforment pleinement au protocole iCCM pour les références (entretiens informateurs clés) Les superviseurs des CSI confirment qu'ils recevront des références de la part des RCom (entretiens informateurs clés) L'enquête finale indique que 32% des cas pris en charge par les RCom sont référés vers les CSI (enquête finale) Les parents déclarent que les RCom réfèrent toujours au CSI si l'état de l'enfant ne s'améliore pas après trois jours (discussions de groupe) Les parents et les RCom déclarent que les parents ne suivent pas toujours les conseils référence par manque de temps ou de ressources. Selon l'enquête finale, le taux d'adhésion autodéclaré aux références était de 91%, mais les résultats des discussions de groupe et des entretiens avec des informateurs clés indiquent qu'il est susceptible d'être significativement plus faible (discussions de groupe) 		<ul style="list-style-type: none"> Les CSI ont régulièrement des ruptures de stock de médicaments et les parents doivent payer les médicaments à la pharmacie la plus proche. Cela décourage les familles, en particulier les ménages les plus pauvres, d'adhérer aux conseils de référence.
9a, b, c	1.1.4 Amélioration de la gestion de l'information sur l'iCCM et des processus participatifs d'analyse des données qui résultent en des décisions fondées sur des données probantes	<ul style="list-style-type: none"> Données iCCM intégrées dans SNIS (entretiens informateurs clés, rapports World Vision) Les réunions de coordination se déroulent comme prévu La recherche opérationnelle n'a pas encore été disséminée (entretiens informateurs clés) 	<ul style="list-style-type: none"> Certains informateurs clés ont expliqué en quoi l'analyse conjointe des données leur a été très utile pour améliorer encore plus le travail de l'iCCM (entretiens informateurs clés) Deux informateurs clés ont donné des exemples de la façon dont l'analyse des données a appuyé les processus décisionnels (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> aucun

Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
10a, b	1.1.5. Approbation des politiques, stratégies et lignes directrices liées à l'iCCM permettant une mise à l'échelle coordonnée et harmonisée de l'iCCM	Quatre documents de politique ont été approuvés au cours de la période du projet (documents de politique)	<ul style="list-style-type: none"> La majorité des informateurs clés interrogés ont reconnu la contribution du programme RAcE dans la conception et le processus d'approbation des quatre documents de politique (entretiens informateurs clés) Un décret ministériel portant la création d'un comité national de coordination de la santé communautaire a été publié (document de décret) 		<ul style="list-style-type: none"> Engagement et influence de l'UNICEF au Niger en faveur de la mise à l'échelle de la programmation de l'iCCM (entretiens informateurs clés)
Changements au niveau des résultats à moyen terme					
11 a - d	1.1 Un nombre accru d'enfants âgés de 2 à 59 mois reçoivent en temps opportun des services de santé de base au niveau de la communauté et du CSI dans la zone du projet et au-delà	Tous les résultats à court terme ont été entièrement atteints ou ont été atteints avec quelques réserves (rapports World Vision)	<ul style="list-style-type: none"> Les RCom ont consulté plus de 992 300 enfants et ont fourni à plus de 722 190 d'entre eux un traitement contre le paludisme, la diarrhée ou la pneumonie. (rapports World Vision). Un nombre accru d'enfants sont traités par les RCom, mais les informateurs clés et les parents ont soulevé des problèmes liés à l'inaccessibilité, aux ruptures de stock et à l'incohérence des niveaux de disponibilité des traitements dans les CSI (discussions de groupe et entretiens informateurs clés) iCCM a été élargi par l'UNICEF/TGF à d'autres zones et les services iCCM sont maintenant disponibles au-delà des communautés RAcE (entretiens informateurs clés) 		<ul style="list-style-type: none"> Les problèmes endémiques liés au manque de personnel et aux ruptures de stock au niveau de CSI ont entravé leur contribution aux services de santé infantile (entretiens informateurs clés)

Lien	Changements envisagée	Preuve 'hoop' (Source)	Preuve 'smoking gun' (Source)	Réalisations et preuve	Autres facteurs d'influence (Source)
Changements au niveau impact					
35	1. Réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (2-59 mois) dans quatre districts du Niger	<ul style="list-style-type: none"> Les RCom ont consulté plus de 992 300 enfants et ont fourni à plus de 722 190 d'entre eux un traitement contre le paludisme, la diarrhée ou la pneumonie, qui sont les trois principales causes de mortalité infantile, responsables de 80% des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le pays. (rapports World Vision) 	<ul style="list-style-type: none"> Le modèle LiST indique une baisse de 14% de la mortalité infantile et estime que le programme a sauvé 958 vies (rapport d'évaluation finale) Il n'existe pas de données SNIS comparables et suffisamment spécifiques pour valider les estimations modélisées de réduction de la mortalité de IFC International (annuaires statistiques Niger) Les enquêtes auprès des ménages conduites pour le programme RAcE n'ont pas mesuré la mortalité et n'ont donc pas pu évaluer directement l'impact. (rapport d'évaluation finale) Les membres de la communauté et le personnel de santé primaire confirment unanimement que la morbidité et la mortalité infantile ont diminué depuis le début du programme RAcE. (entretiens informateurs clés et discussions de groupe) 		<ul style="list-style-type: none"> DHIS2 est encore en phase pilote au Niger au moment de la collecte des données Pour l'instant, les données du SNIS ne sont pas désagrégées par niveau (communauté, CSI, district) D'autres programmes de santé infantile ont été mis en œuvre dans les quatre districts.

ANNEXE : RESUME DE PAYS - NIGER

REFERENCES

1. UNDP (2016). Human Development Report 2016
2. World Bank country overview Niger. www.worldbank.org/en/country/niger/overview accessed 5/2/2018
3. Institut National de la Statistique and Macro International (2007). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006
4. Institut National de la Statistique and ICF (2013). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012
5. Ministère de la santé publique (2014). Annuaire des statistiques sanitaires du Niger - année 2013
6. Ministère de la Santé Publique (2015). Plan Stratégique National de Survie de l'Enfant au Niger 2016 – 2020.
7. Besada L, et al. (2014). Report on the Summative External Evaluation of the Catalytic Initiative (CI)/ Integrated Health Systems Strengthening (IHSS) Programme in Niger.
8. Ministère de la santé publique (2012). Stratégie nationale d'interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé.
9. Fitigu Y, Prosnitz D, Zalisk K (2017). Final Evaluation Report. World Vision Niger and ICF.
10. Nganga G, Fitigu Y, Zalisk K, Prosnitz D (2017). Endline Survey Final Report. World Vision Niger & ICF
11. Hera (2017). Evaluation in itinere de l'initiative solidarité santé Sahel (I3S) – comptes rendus pays (Sénégal, Mali, Niger, Tchad)
12. Ministère de la santé publique (2015). Stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé 2016 – 2020.
13. Ministère de la santé publique (2016). Directives Nationales de Mise en Œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé.
14. Ministère du développement communautaire de l'aménagement du territoire & Agence Nigérienne de volontariat pour le développement (ANVD) (2017). Guide d'orientation et de référence sur le relais communautaire de développement au Niger.
15. Ministère de la santé publique (2017). Feuille de route pour des services iCCM durables au Niger (draft)
16. Ministère de la santé publique (2017). Plan stratégique pour la prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire (2017 – 2021) (draft).
17. Ministère de la santé publique (2018). Arrêté Numéro MSP/SG/DGSP portant sur la création, composition et attributions du Comité National de Coordination des interventions de santé au niveau communautaire au Niger
18. World Vision Niger (2013). Niger Integrated Child Health Services (NICe). Proposal submitted to the WHO – Rapid Expansion Programme (RACe)
19. World Vision Niger (2018). Multi Year Data Table NICe RACe Projects – five years.
20. Ministère de la santé publique. Fiche de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant âgé de 2 mois à 59 mois
21. Ministère de la santé publique (2014). Formation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (pneumonie, diarrhée et paludisme) & cahier du relais communautaire. 2^{ème} édition. MSP/OMS/ World Vision.
22. WHO Global Health Expenditure Database.
23. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> accessed 8/2/2018
24. Ministère de la santé publique (2017). Annuaire des statistiques sanitaires du Niger - année 2016

PERSONNES RENCONTRES

ABOUBACAR, Fatima	Directeur de programme RAcE, OMS
KODIO, Albert	Directeur national, World Vision
DIENE, Mariame Sylla Diene	Spécialiste de santé, UNICEF
RANAOU, Abaché	Secrétaire général, MSP
OUSMANE, Naroua	Directeur de programme Fonds Mondial, CRS
SOULEY, Ibrahim Souley	Directeur, DGSR
GADO, Elhadj Maty Gado	Directeur adjoint, DRSP Tahoua
MAHAMANE, Ezekiel	Coordinateur S&E RAcE, World Vision
NGANGA, Grace	Chef de projet sur le terrain RAcE, World Vision
OMAR, Marcel Lucien Omar	Directeur, DSME
KONATE, Aminata	Point focal RAcE, DSME
CHAIBOU, Elh Abache	Admin/Finance, DSME
OUSMANE, Ibrahim	Chef de Division Statistiques, Direction des Statistiques
GABRIEL, Moise Moussa	Chef de Division Enquêtes, Direction des Statistiques
ANGO, Idi Dan	ONPPC
SOURGIA, (Mme)	Directeur, DOS
SALIKA, Alzouma	Point focal RAcE, DOS
ATTA, Hamidou Atta	Chef de Division Santé Communautaire, DOS
JACKOU, Hadiza	Coordinateur national, PLNP
SIDIBE, Salissou Rachidatou	Animateur Santé/Nutrition, RAcE, World Vision
FAROUQ, OUSMANE	Médecin-chef, Boboye
LAWALI, Mahamane	Point focal OMS, Dosso
ZAKARIA, Amadou	Animateur Santé/Nutrition, RAcE, World Vision
OUMAROU, Aboubacar	Médecin-chef, Doutchi
ABASS, Maman Nassirou Issoufou	Superviseur/ CSI Mayor
DJIBO, Aissatou	RCom
SEYDOU, Boubacar	RCom
NAMATA, Amadou	Superviseur/ CSI Mayor
ADAMOU, Boubacar	Directeur, CPADS
NASSER, Anaa Abdoul Nasser	Directeur, DRSP Dosso
PANA, Assimavè	Directeur National, WHO Niger
AMADOU, Mamadougou	Superviseur/ CSI Mayor, Kiota
NASSER, Karima	Superviseur, infirmier, Kieche

N.-B. : Les noms des 36 RCom qui ont participé à quatre groupes de discussion ne sont pas inclus

Nous n'avons pas appliqué une approche d'échantillonnage pour l'identification des informateurs clés au niveau national. Les informateurs clés ont été sélectionnés à dessein en consultation avec l'OMS et World Vision pour s'assurer qu'un groupe diversifié d'informateurs bien informés a été inclus. Une liste initiale d'informateurs clés a été communiquée à World Vision et au bureau de pays de l'OMS avant la mission sur place et a été complétée pendant la mission.

Pour choisir les communautés à inclure dans la collecte de données, nous avons utilisé une stratégie d'échantillonnage combiné qui comprenait trois sous-stratégies :

- Échantillonnage de cas critiques : nous avons commencé par identifier deux districts susceptibles de fournir le plus d'informations. Le programme RAcE au Niger a été mis en œuvre dans quatre districts (Boboye, Doutchi et Dosso dans la région de Dosso et Keita dans la région de Tahoua). Cette dernière a été exclue en raison de l'instabilité de la situation sécuritaire qui exigeait la présence d'une escorte militaire. Parmi les trois départements de Dosso, nous avons choisi Boboye et Doutchi pour représenter les trois principaux groupes ethniques de la région (Djerma, Haoussa et Fula). Boboye est principalement habité par des Djerma et des Fula alors que les Haoussa sont majoritaires à Doutchi.
- Sélection aléatoire : dans les districts sélectionnés, nous avons choisi deux zones de santé (CSI) au hasard : Birni Lokoyo et Kieche à Doutchi, et Kofo et Kiota à Boboye. En raison de contraintes de temps, nous avons exclu, avant l'échantillonnage, toutes les zones de santé qui se trouvaient à plus de 45 minutes de route de la capitale du district. Nous avons également exclu une des zones de santé (Kore Mairoua) qui est la ville natale d'un des consultants (Karki Mahamane). Sa famille est bien connue et influente dans la région, ce qui aurait pu conduire à des réponses biaisées.
- Échantillonnage par critères : pour sélectionner huit communautés dans les zones de santé sélectionnées, nous avons appliqué un critère : le sexe du RCom. Parmi les communautés répondant au critère, une sélection aléatoire a été effectuée. Nous avons d'abord identifié toutes les communautés où il y avait des femmes RCom et nous en avons sélectionné au hasard deux par zone de santé. Dans un deuxième temps, nous avons fait la même chose pour toutes les communautés où il y a des hommes RCom. Par conséquent, un nombre égal de communautés avec des hommes et des femmes a été inclus dans la collecte de données. Les communautés sélectionnées étaient Gaouna, Tagari, Birey, Dagna pour le district de Doutchi et Toudou Djarma, Tombo Baley Peul, Goum Day et Kalla Beri pour Boboye. Lors de la collecte des données, Tombo Baley Peul a été remplacé par Gounoube en raison de l'indisponibilité des gardiens des enfants pour les discussions de groupe. Dagna et Kalla Beri n'ont pas été visitées car la saturation a été atteinte après six communautés.
- La sélection des participants pour les discussions de groupe : faute de temps, nous n'avons pas été en mesure de mettre en œuvre un échantillonnage aléatoire d'hommes et de femmes au niveau des ménages. Les femmes et les hommes qui ont participé aux discussions de groupe ont été identifiés avec l'appui des RCom ou des leaders de la communauté. Nous avons mené deux discussions de groupe (avec les parents d'enfants de moins de 5 ans, désagrégés par sexe) dans chacune des communautés sélectionnées.