

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

## **Volume 1: Rapport de synthèse**

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](http://www.hera.eu)

Email : [hera@hera.eu](mailto: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](mailto:evaluation@who.int)

## REMERCIEMENTS

L'évaluation sommative de l'Initiative OMS pour l'élargissement de l'accès rapide a été menée par l'équipe hera composée d'Alice Behrendt, Josef Decosas, Marieke Devillé et Ingeborg Jille-Traas pour le compte du Bureau OMS de l'évaluation.

Au cours des missions dans les pays, l'équipe a été rejointe par Abdon Mukalay en RDC, John Phuka au Malawi, Sandra Manuel au Mozambique, Mahamane Karki au Niger et Vivian Shaahu au Nigeria.

L'assurance de la qualité du rapport a été fournie par Leo Devillé.

hera remercie les partenaires du programme RAcE qui ont appuyé les missions dans les pays, tous les répondants et les participants aux discussions de groupe qui ont consacré leur temps à répondre aux questions et à enrichir les informations que l'équipe d'évaluation a pu collecter à propos de l'Initiative RAcE, et le Groupe de gestion de l'évaluation pour avoir facilité les échanges avec les bureau l'OMS dans les pays et pour avoir orienté l'évaluation en cours.

## LANGUE ET CLAUSE DE NON-RESPONSABILITE

Pour faire la distinction entre la subvention accordée par le Canada au Programme Mondial de lutte contre le Paludisme de l'OMS et les programmes mis en œuvre dans cinq pays dans le cadre de cette subvention, le terme 'initiative' est utilisé lorsqu'on évoque la subvention et le terme 'programme' lorsqu'on se réfère aux programmes de mise en œuvre dans les cinq pays.

Le document de l'accord de subvention entre le Canada et l'OMS fait référence aux sous-traitants de l'Initiative RAcE en tant qu'organisations de la société civile' (OSC). Ce terme, cependant, est compris différemment dans certains pays du programme où il n'inclut pas les organisations non gouvernementales internationales. Afin de viser l'ensemble des types de partenaires de mise en œuvre et d'éviter tout malentendu au niveau national, le terme 'acteurs non étatiques' (ANE) sera utilisé.

La collecte des données pour l'évaluation s'est terminée le 28 février. La majorité des travaux de recherche sur la mise en œuvre menés dans le cadre des Initiatives RAcE n'avaient pas encore été documentés, les activités liées à la planification de la durabilité étaient toujours en cours dans certains programmes, et de nouvelles données provenant d'enquêtes démographiques telles que l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Niger 2017 n'étaient pas encore disponibles. Les données ou informations devenues disponibles après février 2018 n'ont pas pu être prises en compte dans l'analyse.

# ABREVIATIONS

AC	Analyse de contribution
ACT	Thérapie combinée basée sur l'artémisinine
ANE	Acteur non étatique
ASC	Agent de santé communautaire
CBMNCH	Santé maternelle, néonatale et infantile à base communautaire (paquet au Malawi)
CCMm	Prise en charge communautaire du paludisme
CHAI	Initiative Clinton pour l'accès à la santé
cStock	Système de gestion de l'approvisionnement appuyé par le téléphone portable (au Malawi)
CSU	Couverture sanitaire universelle
DALY	Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), DALY selon l'abréviation anglaise
DHIS2	Plate-forme de gestion électronique d'information sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMG	Groupe de gestion de l'évaluation (Evaluation Management Group)
GAA	Gestion des approvisionnements et des achats
GAC	Affaires mondiales Canada (Global Affairs Canada)
GMP	(OMS) Programme Mondial de lutte contre le Paludisme (Global Malaria Programme)
iCCM	Prise en charge communautaire intégrée (Integrated Community Case Management)
ICF	Agence de consultance basée aux États-Unis
IRC	Comité international de secours (International Rescue Committee)
ISG	Groupe de pilotage international (International Steering Group)
IST	(OMS) Équipe d'appui inter-pays
LGA	Zone d'administration locale (Local Government Area, Nigeria)
LiST	Lives Saved Tool
MC	Malaria Consortium
mHealth	Système de rapportage de données sanitaires appuyé par le téléphone portable
MICS	Enquête en grappes à indicateur multiple
NPO	(OMS) Chargé de programme national (National Programme Officer)
OSC	Organisation de la société civile
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PEC-c	Prise en charge communautaire
PLA	(Outil d') Apprentissage et action participatives
PMF	Cadre de suivi des performances
PMI	Initiative du Président (des États Unis) contre le Paludisme
PT	Suivi des processus (Process Tracing)
QoC	Qualité des Soins (Quality of Care)

RAcE	Élargissement de l'accès rapide
RO	(OMS) Bureau Régional
S&E	Suivi et Évaluation
SC	Save the Children
SFH	Society for Family Health
SNIS	Système nationale d'information sanitaire
SRO	Solution de Réhydratation Orale
TDR	Test de diagnostic rapide (pour paludisme)
TdR	Termes de Référence
TGF	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans
TOC	Théorie du changement
WCO	(OMS) Bureau de Pays
WV	World Vision

# SOMMAIRE EXECUTIF

## CONTEXTE DE L'INITIATIVE RAcE

---

1. La prise en charge communautaire intégrée (iCCM) fait référence aux soins de santé fournis par les agents de santé communautaire (ASC) aux enfants qui ont un accès limité aux établissements de santé. De manière générale, l'iCCM comprend le diagnostic et le traitement de la diarrhée, du paludisme et des infections respiratoires chez les enfants de 2 à 59 mois, mais peut également inclure le diagnostic et le traitement de la malnutrition aiguë, les soins néonataux et les interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies.
2. L'Initiative pour l'élargissement de l'accès rapide (RAcE) a été financée par le gouvernement du Canada en 2012 avec une subvention de 75 millions de dollars canadiens sur six ans au Programme Mondial de lutte contre le Paludisme (GMP selon l'abréviation anglaise) de l'OMS afin d'augmenter la couverture des services iCCM pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé et de produire des données probantes pour éclairer les recommandations politiques et les orientations de l'OMS sur l'iCCM.
3. Dans le cadre de l'Initiative, l'OMS a fourni des sous-subventions renouvelables à cinq acteurs non étatiques (ANE) pour mettre en œuvre six programmes iCCM dans cinq pays en coopération avec les autorités nationales et sous-nationales. Deux de ces pays, le Malawi et le Mozambique, avaient mis en place des services iCCM et les programmes RAcE avaient l'intention de renforcer ces services. Dans les trois autres pays, la République Démocratique du Congo (RDC), le Niger et le Nigeria, RAcE a introduit les services iCCM dans les régions où ils n'existaient pas encore. L'Initiative RAcE s'est distinguée des autres programmes iCCM financés au niveau international en visant à atteindre une couverture sanitaire universelle (CSU) pour tous les enfants dans les zones avec un accès difficile dans des limites géographiques sélectionnées. Le nombre d'enfants couverts est estimé à 1,9 million.

## BUT, OBJECTIVES, AMPLEUR ET METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

---

4. L'évaluation de l'Initiative RAcE a été mise en œuvre par **hera**, un cabinet de consultance basé en Belgique, sous contrat avec le Bureau OMS de l'évaluation. Les données ont été collectées entre le 1er novembre 2017 et le 28 février 2018. L'ampleur de l'évaluation a été définie par cinq domaines d'investigation indicatifs :
  - 1) La mesure dans laquelle la conception originale de l'Initiative RAcE a répondu aux besoins et aux priorités des principaux intervenants des systèmes de santé nationaux et était conforme aux stratégies nationales de santé.
  - 2) La mesure dans laquelle l'Initiative RAcE, à travers ses activités au niveau des pays associés à des activités de recherche appliquée, a été en mesure de contribuer à accroître l'utilisation des intrants essentiels nécessaires pour diagnostiquer et traiter les principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays participants.
  - 3) La mesure dans laquelle l'Initiative RAcE a contribué à un environnement favorable sur le plan des politiques et de la réglementation à l'appui de l'iCCM comme élément clé de la prestation de services de santé.
  - 4) La mesure dans laquelle les changements observés dans la couverture thérapeutique de l'iCCM et l'évolution de la mortalité infantile dans les zones couvertes par le programme RAcE, ainsi que les contributions plausibles du programme RAcE à tout changement identifié lors de l'évaluation conduite par l'ICF peuvent être corroborés de manière indépendante.

5) La mesure dans laquelle l'Initiative RAcE a contribué aux réalisations des résultats en matière d'égalité entre les sexes.

5. L'évaluation englobait les six programmes financés dans le cadre de l'Initiative RAcE, avec des visites sur le terrain et la préparation de résumés de pays pour chacun des cinq pays du programme. Dans le cadre de la préparation des missions dans les pays, l'équipe d'évaluation a procédé à une revue documentaire des études et des rapports récents sur l'iCCM dans les cinq pays du programme.

6. L'évaluation a utilisé une approche méthodologique qualitative, utilisant une combinaison d'analyse de la contribution (AC) et de suivi du processus (PT selon l'abréviation anglaise) en attribuant une probabilité préalable qu'un impact s'est produit et en le testant pour déterminer une probabilité postérieure à la lumière de nouvelles preuves. La conception de l'évaluation comprenait l'élaboration post-hoc d'un cadre de théorie du changement (TOC selon l'abréviation anglaise) et la préparation d'une matrice d'évaluation y compris des questions d'évaluation, des hypothèses, des indicateurs, des sources de données et des méthodes de collecte de données, ainsi qu'une chaîne de raisonnement connectant la question d'évaluation au TOC. Les données ont été collectées dans le cadre de la revue documentaire, d'entretiens avec des informateurs clés et de discussions de groupe. Les outils de collecte de données ont été pré-testés lors d'une mission initiale dans l'État du Niger, au Nigeria. Les données des enquêtes initiale et finale auprès des ménages menées par les partenaires d'exécution ont été utilisées tout au long de l'évaluation comme preuves des résultats du programme, triangulées avec les données des entretiens avec des informateurs clés, des discussions de groupe et la revue documentaire et des bases de données.

## CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS

---

### CONSTATATIONS PRINCIPALES ET CONCLUSIONS

7. L'initiative RAcE a montré que l'iCCM peut combler d'importantes lacunes dans les stratégies nationales de couverture sanitaire universelle (CSU) en donnant accès aux services de santé essentiels aux enfants qui ont besoin d'un traitement rapide contre le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës, mais qui n'ont pas un accès facile aux établissements de soins de santé primaires. Les services sont très appréciés par les parents et gardiens des enfants. La clé d'une iCCM efficace est son lien avec les éléments constitutifs des systèmes de santé, et en particulier :

- l'approvisionnement ininterrompu des médicaments de qualité
- un cadre de gestion des ressources humaines pour la santé qui inclut les ASC
- un système national d'information sanitaire (SNIS) qui comprend des données au niveau communautaire
- l'intégration de l'iCCM dans le cadre national du financement de la santé
- l'engagement communautaire efficace et l'encouragement de la demande

8. Les services iCCM, tels qu'ils ont été fournis dans le cadre de l'initiative RAcE, dépendent fortement du financement international, ce qui constitue la plus grande menace pour leur durabilité. Contrairement aux services fournis par les établissements de santé qui sont capables d'atténuer les périodes de rupture de stock de médicaments ou des goulots d'étranglement dans le financement, les services iCCM sont vulnérables aux interruptions dans l'approvisionnement en médicaments et au manque de supervision, car il n'existe pas d'alternatives pour limiter les risques.

9. Malgré de nombreuses années d'expérience dans la mise en œuvre de l'iCCM, d'importantes lacunes dans les connaissances persistent, en particulier dans le contexte africain. On trouve plus d'études sur les modalités et l'efficacité de l'iCCM menées en Asie, et il existe un besoin important et

persistant de validation de ces preuves en Afrique. Des connaissances supplémentaires doivent être produites sur :

- Le statut, les incitations et la motivation des ASC
- Les approches efficaces de l'engagement communautaire à l'appui de l'iCCM
- L'égalité entre les sexes dans l'offre et la demande de services de santé communautaire

10. Alors que l'initiative RAcE a produit des données qualitatives qui prouvent que l'iCCM a un impact sur la réduction de la mortalité infantile, l'évaluation a montré que cet impact ne pouvait pas être estimé par l'application de modèles épidémiologiques classiques parce que des données permettant une modélisation fiable n'étaient pas disponibles. Ces données ne seront disponibles que lorsqu'il y aura des améliorations significatives dans l'enregistrement de l'état-civil national et de données statistiques essentielles et dans les systèmes d'information sur la santé communautaire.

### **L'INITIATIVE RAcE A-T-ELLE REPONDU AUX BESOINS ET AUX PRIORITES DES PRINCIPALES PARTIES PRENANTES DES SYSTEMES DE SANTE NATIONAUX ET ETAIT-ELLE CONFORME AUX STRATEGIES NATIONALES DE SANTE ?**

11. L'Initiative RAcE était bien alignée avec les politiques et stratégies nationales de santé dans les cinq pays couverts par le programme. Les ministères de la santé ont été impliqués de près à la conception et à la planification des programmes RAcE, y compris à la sélection des régions et des communautés qui bénéficieront des services. Avec l'appui des bureaux de pays de l'OMS (WCO selon l'abréviation anglaise), les ministères de la santé ont dirigé les forums de coordination et les groupes de travail techniques sur l'iCCM dans tous les pays. Les ministères avaient également la responsabilité primordiale d'assurer la complémentarité et la coordination des programmes iCCM appuyés par des bailleurs internationaux.

12. L'Initiative RAcE a démontré que l'iCCM complète les efforts nationaux pour réaliser la CSU par l'atteinte d'un grand nombre d'enfants qui n'ont pas accès aux établissements de santé. Les limites se situent dans des régions à faible densité de population où certaines communautés sont si éloignées qu'elles ne peuvent même pas être atteintes par les services iCCM. Dans les cinq pays couverts par le programme, une proportion significative de gardiens des enfants ont changé leurs habitudes de recherche de soins et se sont tournés vers la consultation des ASC. Dans certains sites du programme, cependant, les prestataires de services privés et publics ont déjà fourni un niveau relativement élevé d'accès aux soins, bien que de qualité incertaine. Dans ces cas, l'accès global aux soins n'a pas augmenté ou n'a augmenté que marginalement. Les limitations d'accès dans ces sites du programme n'étaient pas principalement dues à la distance géographique, mais plutôt au coût et à la qualité perçue des soins. Dans de tels contextes, l'iCCM n'est peut-être pas la seule solution pour augmenter l'accès. Il existe d'autres options pour réduire les frais d'utilisation des points de service et améliorer la qualité des soins.

### **L'INITIATIVE RAcE A-T-ELLE CONTRIBUE A AMELIORER L'UTILISATION DES INTRANTS DE SANTE ESSENTIELS POUR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER LES ENFANTS DANS LES PAYS DU PROGRAMME ?**

13. La capacité nationale de mise en œuvre de l'iCCM a été renforcée dans tous les programmes par la collaboration des WCO avec les ministères de la santé au niveau national et l'appui opérationnel aux ministères par des ANE contractés au niveau décentralisé. RAcE a contribué à l'élaboration ou à la révision des stratégies, lignes directrices et outils dans tous les pays. Les systèmes et outils de rapportage des ASC ont été mis en place ou améliorés, et les programmes ont soutenu le flux de données des sites communautaires par l'intermédiaire des superviseurs vers le niveau du district sanitaire. Des audits répétés sur la qualité des données ont confirmé la qualité croissante de l'information transmise. Les données sur la santé communautaire étaient déjà intégrées dans le SNIS au

Malawi et partiellement au Mozambique. Dans les autres programmes, cet objectif n'a pas été atteint, bien que certains progrès aient été observés.

14. Les systèmes nationaux de gestion des approvisionnements et des achats (GAA) des intrants iCCM ont été utilisés en totalité ou en partie dans tous les pays, à l'exception du Malawi où un système parallèle a été maintenu tout au long du programme. Au Mozambique, les systèmes nationaux de GAA ont été utilisés dès le début ; dans les autres programmes, il y a eu un transfert progressif des responsabilités aux responsables nationaux pour la GAA, en combinaison avec un certain renforcement des capacités des institutions nationales. Tous les programmes ont connu des ruptures de stocks de médicaments. Des ruptures de stock importantes sur de longues périodes n'ont été signalées qu'au Mozambique et en RDC, mais des ruptures de stock ont également été rapportées par les autres programmes vers la fin de la période de mise en œuvre du RAcE.

15. Les programmes dans le cadre de l'Initiative RAcE ont atteint plus de 1 500 000 enfants par an (soit le double de l'objectif initial), avec près de huit millions de consultations effectuées par les ASC appuyés par RAcE au cours de la période du programme. Les évaluations de la qualité des soins disponibles dans quatre programmes indiquent qu'entre 48 et 55% des enfants ont été diagnostiqués et traités pour toutes les maladies selon les normes d'un clinicien observateur. Dans les discussions de groupe avec des membres des communautés, les gardiens des enfants ont systématiquement exprimé un haut niveau de satisfaction à l'égard des services fournis par les ASC.

16. L'iCCM est un élément de la prestation de services, une des composantes d'un système de santé. Une prestation efficace des services exige la mise en place d'une continuité des soins, et une iCCM efficace exige un service de référence au premier échelon fiable pour les enfants qui ne peuvent pas être traités par les ASC. Plusieurs propositions de programme des ANE comprenaient des plans pour le renforcement de la capacité des établissements de soins de santé primaires, mais ces plans n'ont pas été pleinement mis en œuvre. Les superviseurs de district de plusieurs programmes ont noté que les ASC sont souvent plus performants dans le respect des algorithmes de diagnostic et de traitement que le personnel des établissements de soins de santé primaires. La pénurie de médicaments dans les établissements était une plainte courante entendue dans les discussions de groupe avec des membres des communautés. Dans trois revues de programmes, les personnes interrogées ont mentionné que les enfants malades étaient référés par le personnel de l'établissement de santé vers les ASC parce que les médicaments n'étaient pas disponibles dans l'établissement de santé.

17. L'Initiative RAcE a réalisé l'objectif de 7 500 ASC formés et soutenus. En effet, environ 8 900 ASC ont été formés, dont environ 7 400 étaient actifs au moment de la clôture du programme ou au moment de la mission d'évaluation. Les taux d'abandon étaient les plus élevés en RDC, ce qui s'explique dans une large mesure par l'insécurité dans la région couverte par le programme et les déplacements de communautés qui y sont liés. La formation et le recyclage ont été effectués conformément aux curricula nationaux ou basés sur le curriculum de l'UNICEF/OMS 'Prendre soin de l'enfant malade dans la communauté' qui a été adapté aux besoins et aux contextes locaux. Les ASC étaient supervisés par le personnel de santé formé dans les établissements de santé. Tous les programmes, à l'exception du celui mis en œuvre au Malawi, ont fourni des incitations financières et, dans certains cas, des bicyclettes, des motocyclettes ou des canoës aux superviseurs. Des systèmes de supervision par les autorités sanitaires de district et des supervisions conjointes des ASC et des superviseurs ont été mis en œuvre dans tous les programmes.

18. Les ASC sont des bénévoles, sauf au Malawi, où ils sont des employés salariés du ministère de la santé. Différentes approches pour maintenir leur motivation et leur rétention ont été utilisées par les programmes RAcE conformément aux politiques nationales. Elles allaient d'un appui strictement matériel (par exemple, la mise à disposition d'une bicyclette) au paiement d'une indemnité fixe sur base

de la soumission de rapports mensuels. Les ASC interrogés dans tous les programmes ont affirmé que les possibilités de formation, l'approvisionnement ininterrompu en intrants et la reconnaissance et le statut dans la communauté étaient leurs principaux facteurs de motivation. Les rémunérations et les incitations financières ont été jugées importantes et sont soulignées davantage par les hommes ASC que par les femmes ASC, mais ces rémunérations et ces incitations ont également été jugées insuffisantes par tous les ASC interrogés. Une plainte courante était qu'elles n'étaient pas ajustées à l'inflation ni à l'élargissement de l'ampleur des tâches assignées. L'appui matériel ou financier de la communauté (construction de maisons, vélos, rémunérations, etc.) a été promu et suivi par plusieurs programmes et mis en évidence dans les rapports annuels de programme. Un certain nombre d'ASC interrogés ont reconnu avoir reçu un certain appui, mais aucun d'entre eux n'a considéré qu'il s'agissait d'une contribution importante à leur propre motivation.

19. Les programmes RAcE ont utilisé des approches multiples pour la création de la demande de services iCCM qui ont été largement efficaces. Ceci est documenté dans les enquêtes et par les résultats des discussions de groupe qui ont confirmé que la grande majorité des membres de la communauté considérait les ASC comme des prestataires de soins de santé de confiance et les choisissait comme leur première source de soins pour un enfant malade. Toutefois, les stratégies d'engagement communautaire visant à promouvoir l'appui des ASC par leurs communautés ont donné des résultats contrastés. Certains exemples très réussis ont été cités dans les rapports de programme, mais les résultats des entretiens avec des informateurs clés et des discussions de groupe menées par l'équipe d'évaluation ont indiqué qu'il s'agissait de cas exceptionnels et anecdotiques. Plusieurs discussions avec les membres des communautés visitées ont révélé un décalage entre l'offre d'iCCM en tant que service à la communauté et l'appui que les communautés fournissent pour maintenir ce service.

### **L'INITIATIVE RAcE A-T-ELLE CONTRIBUE A UN ENVIRONNEMENT POLITIQUE ET REGLEMENTAIRE FAVORABLE A L'ICCM EN TANT QU'ELEMENT CLE DE LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTE ?**

20. L'Initiative RAcE a été mise en œuvre par l'OMS par le biais de sous-traitance des ANE nationaux ou internationaux qui ont été sélectionnés par appels d'offres. Les résultats de cette modalité d'exécution du programme ont été positifs et largement appréciés. Les WCO, avec l'appui du bureau régional (RO selon l'abréviation anglaise) et du GMP, ont fourni un appui normatif pour l'élaboration ou la révision des politiques, stratégies et outils de l'iCCM aux gouvernements centraux. Tous les pays ont ainsi progressé vers un environnement politique et réglementaire plus favorable à l'iCCM. Les ANE contractés, d'autre part, ont fourni un appui opérationnel aux niveaux décentralisés de gouvernement. Il y a eu un flux efficace d'informations entre la mise en œuvre décentralisée et le niveau politique central, ce qui a permis à l'expérience du RAcE d'alimenter les politiques et stratégies nationales ainsi que le dialogue de coordination des partenaires.

21. Certains informateurs clés aux niveaux national et global ont toutefois averti que l'approche de sous-traitance ne devait pas être considérée comme bonne pratique universelle, mais plutôt comme une approche transitoire à appliquer sur la base d'une évaluation des systèmes et des capacités des gouvernements et des partenaires potentiels de mise en œuvre des ANE.

22. Les partenaires de mise en œuvre des ANE, en collaboration avec les ministères de la santé, ont mené dix projets de recherche opérationnelle sur des questions telles que les systèmes de supervision des ASC, la formation appropriée et les outils de collecte de données, ou l'utilisation de mHealth pour améliorer la qualité des soins et la collecte de données. Certains de ces projets de recherche ont été accomplis au moment de la collecte des données pour l'évaluation et avaient déjà permis d'améliorer le programme. Toutefois, les résultats finaux de la plupart des recherches n'ont pas encore été disséminés ou discutés. D'autres résultats de recherche et leçons tirées au niveau de l'Initiative RAcE étaient

également en cours de préparation pour la documentation. Les données collectées à la fin février 2018 n'ont pas encore permis une évaluation complète de la contribution de l'Initiative RAcE aux nouvelles connaissances sur l'iCCM aux niveaux global, régional et national. Les travaux menés dans ce domaine par le GMP sont en cours et sont censés produire des résultats qui contribueront à l'élaboration de directives plus nombreuses et de meilleure qualité pour les cadres politiques et réglementaires nationaux sur l'iCCM.

23. L'environnement politique et réglementaire national de l'iCCM est un déterminant majeur de la durabilité des services. Les programmes RAcE ont largement contribué à cette dimension, par exemple en appuyant l'inclusion de l'iCCM dans les stratégies nationales de santé. Alors que beaucoup a été accompli dans ce domaine, y compris la création de lignes budgétaires iCCM dans les budgets nationaux ou sous-nationaux de la santé, les services iCCM dans les cinq pays du programme continuent d'être principalement financés par les partenaires de développement internationaux. L'appropriation de fonds aux budgets de l'iCCM à partir de ressources nationales était au mieux partielle et, dans la plupart des pays, conditionnelle aux négociations internationales en cours sur les subventions. Cela a créé des situations critiques de ruptures de stock de médicaments et de réduction de la supervision des ASC alors que les programmes RAcE approchaient de la fin. Afin d'éviter des lacunes dans les services de l'iCCM dans les sites couverts par les programmes RAcE, un processus de planification de la durabilité a été lancé en 2016. Ce processus était encore en cours dans certains pays au moment de l'évaluation. Bien que le processus structuré ait été très apprécié par tous les informateurs clés au niveau des pays, la plupart étaient d'avis que son lancement au cours de la dernière année du programme avait été trop tardif et que les déficits de financement auraient pu être évités si une feuille de route pour la durabilité avait été élaborée et mise en œuvre dès le début du programme.

### **L'EVALUATION A-T-ELLE CORROBORE LES CHANGEMENTS ESTIMÉS DANS LA COUVERTURE DE TRAITEMENT ICCM ET LA MORTALITÉ INFANTILE COMME MODELISÉS PAR L'ICF ?**

24. Les données collectées dans le cadre de l'évaluation montrent que l'Initiative RAcE a contribué à la réduction de la mortalité infantile. Ces preuves sont basées sur des données qualitatives collectées par les discussions de groupe et les entretiens. Les données fiables des établissements de santé qui documentent une réduction du nombre d'admissions d'enfants atteints de maladies potentiellement mortelles n'étaient que partiellement disponibles dans un programme. Les enquêtes démographiques menées après l'évaluation peuvent fournir des preuves supplémentaires de la réduction de la mortalité infantile dans les zones couvertes par le programme RAcE. La réduction de la mortalité estimée à l'aide du modèle LiST (Lives Saved Tool) n'a toutefois pas pu être corroborée. Des données fiables sur la mortalité de référence (de l'enquête initiale) et la couverture de traitement spécifique pour produire des résultats crédibles n'étaient pas disponibles. Il s'agit du même constat que lors d'une précédente évaluation multi-pays de l'iCCM en 2014.

### **L'INITIATIVE RAcE A-T-ELLE CONTRIBUÉ À CONCRETISER LES RÉSULTATS EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ?**

25. L'Initiative RAcE n'a pas tenu ses engagements en matière d'intégration de la dimension de genre. L'évaluation n'a trouvé aucune preuve qu'une analyse comparative entre les sexes ait été effectuée dans l'un ou l'autre des programmes, ni que l'intégration de la dimension de genre ait été poursuivie activement. Les indicateurs des rapports trimestriels sur les résultats demandant des données désagrégées par sexe dans tous les programmes ont été systématiquement ignorés, à l'exception de la RDC. Les différences d'accès au traitement observées dans les enquêtes initiale et finale n'ont pas été analysées pour en déterminer les causes. Les faibles taux d'alphabétisation des

femmes dans les zones rurales ont été uniformément cités comme la seule raison des difficultés de recrutement de femmes ASC. Dans les entretiens, cependant, de nombreuses autres raisons liées aux relations entre les sexes dans les communautés ont été mentionnées. Aucune analyse ou approche pour aborder ces questions n'a été explorée, au-delà des encouragements pour que les communautés nomment des candidates féminines aux postes d'ASC. L'absence générale de sensibilisation aux questions de genre de l'Initiative RAcE confirme les résultats de la revue de la littérature qui n'a trouvé pratiquement aucune discussion sur les questions de genre.

## RECOMMANDATIONS

---

26. L'évaluation de l'Initiative RAcE a produit quatre recommandations principales pour l'OMS

**Recommandation 1.** Considérant que les services iCCM établis dans le cadre de l'Initiative RAcE sont menacés par des déficits de financement, l'OMS devrait prendre des mesures immédiates pour s'assurer que les réalisations de l'Initiative RAcE ne seront pas perdues :

- Travailler avec les gouvernements partenaires pour évaluer les déficits de financement potentiels de l'iCCM dans les zones couvertes par le programme RAcE et aider les ministères de la santé dans la mobilisation des ressources afin d'assurer que les services établis dans ces zones continueront sans interruption.

**Recommandation 2.** Compte tenu de l'efficacité de la mise en œuvre de l'Initiative RAcE par le biais de contrats de sous-traitance avec des acteurs non étatiques, l'OMS devrait :

- Inclure la mise en œuvre du programme par l'intermédiaire des ANE comme option alternative possible à l'approche établie de mise en œuvre directe par les gouvernements, sur la base d'une analyse contextuelle et d'une évaluation des capacités des partenaires potentiels du gouvernement et des partenaires du programme ANE.

**Recommandation 3.** Considérant que l'Initiative RAcE a produit de nouvelles données probantes sur la mise en œuvre de l'iCCM en tant qu'intervention de systèmes de santé pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle qui n'est, toutefois, pas encore entièrement documentée et disséminée, l'OMS devrait :

- Consolider et disséminer les leçons apprises par le RAcE et les appliquer, en consultation avec les partenaires techniques, pour mettre à jour les lignes directrices de 'Prendre soin de l'enfant malade dans la communauté' qui sont actuellement intégrées dans le manuel de planification multi-agences 'Prendre soin du nouveau-né et l'enfants dans la communauté'.
- Initier des actions pour combler les lacunes persistantes dans les connaissances en :
  - Appuyant la recherche pour mieux comprendre le rôle et l'efficacité des stratégies d'engagement communautaire pour l'iCCM, y compris une évaluation du rôle de la communauté dans la motivation et le maintien en poste des ASC.
  - Menant, en collaboration avec les partenaires intéressés, une revue systématique des questions d'égalité entre les sexes dans l'offre et la demande de l'iCCM dans différents contextes sociaux et culturels.

**Recommandation 4.** Considérant que l'Initiative RAcE a souligné le rôle des services iCCM dans le développement des systèmes de santé nationaux pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle, l'OMS devrait concentrer son appui technique et programmatique sur l'iCCM aux ministères de la santé et aux partenaires au développement au niveau des pays pour :

- Cibler les services iCCM dans les communautés rurales éloignées qui vivent loin des établissements de santé, tout en examinant, dans chaque cas, toutes les options possibles pour s'assurer que les enfants aient accès en temps opportun à des soins de santé de qualité, y compris des options alternatives à l'iCCM s'il en existe.

- Intégrer fermement l'appui du programme à l'iCCM dans un système de continuité des soins en s'assurant que les structures de référence au premier échelon pour les ASC aient la capacité de fournir des services de qualité accessibles et abordables aux enfants référés.
- S'assurer que des systèmes nationaux pour la gestion de l'approvisionnement ininterrompu des intrants iCCM au niveau communautaire soient en place, ou que l'appui à la programmation iCCM s'accompagne d'un appui au développement de tels systèmes nationaux.
- Plaider en faveur de l'inclusion des ASC dans le cadre national des ressources humaines pour la santé en tant que main-d'œuvre salariée ou, lorsque cela n'est pas accepté par les gouvernements, en tant que cadre de volontaires avec un niveau minimal fixe de rémunérations et d'incitations proportionnel à l'ampleur des services attendus.
- Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de l'enregistrement de l'état-civil et des systèmes de statistiques essentiels de qualité, ainsi que l'intégration de données fiables sur la santé communautaire dans les systèmes nationaux d'information de la santé afin de produire des informations valables sur l'impact de l'iCCM sur la réduction de la mortalité infantile.
- S'assurer que le financement des services iCCM (de sources nationales ou internationales) soit fermement ancré dans le cadre national de financement de la santé, tout en gardant à l'esprit que les services iCCM se délitent rapidement lorsqu'il y a des déficits de financement qui interrompent la supervision et le flux des intrants.

## DES LEÇONS CLES POUR LES PARTENAIRES GOUVERNEMENTAUX DE L'INITIATIVE RAcE

---

27. L'évaluation était basée sur les données collectées au niveau du programme, mais il ne s'agissait pas d'une évaluation de chaque programme de pays. Bien que les recommandations de l'évaluation s'adressent à l'OMS, un certain nombre de leçons peuvent être tirées par les partenaires gouvernementaux de l'Initiative RAcE. L'Initiative a démontré que l'iCCM est une composante mature d'une stratégie de CSU dans les pays dont la population vit hors d'atteinte des établissements de soins de santé primaires. En tant que telle, l'iCCM doit être considérée comme une partie intégrante du système national de santé, ce qui exige que les gouvernements :

- 1) Évaluent la faisabilité, l'efficacité et l'efficacités de toutes les options pour augmenter la couverture et l'accès aux services de santé, y compris par l'iCCM, en gardant à l'esprit que la rapidité d'accès est essentielle à la survie de l'enfant. Les services iCCM devraient être ciblés sur les communautés dans lesquelles les contraintes liées à la prestation des services par les établissements de soins de santé ne peuvent être surmontées avec les moyens et les ressources disponibles.
- 2) S'assurent que l'approvisionnement ininterrompu d'intrants de qualité au niveau communautaire fasse partie intégrante des systèmes nationaux de planification et de gestion des approvisionnements et des achats. Les services iCCM ne peuvent fonctionner que lorsqu'il y a un approvisionnement ininterrompu d'intrants dans les sites de soins communautaires.
- 3) Reconnaissent que les ASC font partie de la main-d'œuvre nationale de la santé. L'option des ASC salariés peut ne pas être réalisable ou acceptable dans tous les pays. Toutefois, les travailleurs volontaires ont également besoin d'un appui financier proportionnel à l'étendue de leurs services et aux efforts qui y sont associés. Une situation où les incitations et les rémunérations sont négociées séparément pour chaque projet international de santé n'est pas propice au maintien d'un cadre stable de volontaires prestant des services iCCM. La supervision des ASC doit également être incluse dans la planification nationale des ressources humaines.
- 4) S'assurent qu'il existe des systèmes et des mécanismes fonctionnels pour alimenter le système national d'information de la santé. Les services iCCM font partie de la prestation des services nationaux de santé, et ils ne peuvent être planifiés et financés que lorsqu'il existe des données de

suivi fiables au même niveau et sur la même plateforme et dans le même format que les autres données de suivi des services de santé.

- 5) Intègrent les frais liés à la mise en œuvre des services iCCM dans le cadre national de financement de la santé et les estimations budgétaires et veillent à ce que l'iCCM reçoive la même attention en matière de budgétisation et de financement de sources nationales et internationales que les autres services de santé prioritaires.
- 6) Analysent, en fonction des services à fournir et du contexte social, si les services iCCM sont mieux fournis par des femmes ou hommes ASC, ou s'ils nécessitent des ASC mixtes. Cela suppose qu'ils analysent les contraintes liées au genre dans le recrutement des ASC, telles que les différences de niveau d'éducation ou la discrimination systémique entre les sexes, et élaborent des stratégies pour les surmonter.

# TABLE DES MATIERES

Introduction .....	1
La prise en charge communautaire intégrée (iCCM) .....	1
L'Initiative RAcE .....	2
L'évaluation sommative .....	3
Méthodologie (résumé) .....	4
Révue de la littérature (résumé) .....	7
Principales constatations et analyses .....	9
Domaine d'investigation 1 .....	9
Domaine d'investigation 2 .....	14
Domaine d'investigation 3 .....	32
Domaine d'investigation 4 .....	39
Domaine d'investigation 5 .....	44
Conclusions .....	50
Qu'est-ce que l'initiative RAcE a pu réaliser ? .....	50
L'initiative RAcE a-t-elle répondu aux besoins et aux priorités des principales parties prenantes des systèmes de santé nationaux et était-elle conforme aux stratégies nationales de santé ? .....	51
L'Initiative RAcE a-t-elle contribué à améliorer l'utilisation des intrants de santé essentiels pour diagnostiquer et traiter les enfants dans les pays du programme ? .....	52
L'Initiative RAcE a-t-elle contribué à un environnement politique et réglementaire favorable à l'iCCM en tant qu'élément clé de la prestation des services de soins de santé ? .....	54
L'évaluation a-t-elle corroboré les changements estimés dans la couverture de traitement iCCM et la mortalité infantile comme modélisés par l'ICF .....	55
L'Initiative RAcE a-t-elle contribué à concrétiser les résultats en matière d'égalité entre les sexes ? .....	55
Des leçons clés pour les partenaires gouvernementaux de l'Initiative RAcE .....	56
Recommandations .....	58
Références .....	60

## VOLUME 2 : ANNEXES

1. Termes de référence
2. Méthodologie
3. Revue de la littérature
4. Théorie du changement
5. Matrice d'évaluation
6. Résultats principaux des enquête initiale et finale du programme RAcE
7. Cartographie des parties prenantes
8. Entretiens aux niveaux global et régional
9. Guides pour les entretiens avec les informateurs clés et les discussions de groupe

## VOLUME 3 : RESUMES DES PAYS

1. République Démocratique du Congo
2. Malawi
3. Mozambique
4. Niger
5. Nigeria

## LISTE DES FIGURES

- Figure 1. Exemple d'un algorithme de l'iCCM de diagnostic et de traitement .....1
- Figure 2. Tendances de la mortalité infantile dans les enquêtes et les estimations modélisées ...42

## LISTE DE TABLEAUX

- Tableau 1. Estimation des dépenses de l'Initiative RAcE ..... 2
- Tableau 2. Etapes principales de l'évaluation de l'Initiative RAcE ..... 4
- Tableau 3. Proportion des gardiens des enfants qui choisissent les ASC comme première source de soins ..... 13
- Tableau 4. Proportion des gardiens des enfants qui ont recherché des soins auprès d'un prestataire de soins approprié ..... 13
- Tableau 5. ASC formés et actifs ..... 21
- Tableau 6. Nombre de consultations (nouveaux cas) par ASC appuyé par le programme RAcE21
- Tableau 7. Proportion des gardiens des enfants qui croient que les ASC prestent des services de qualité ..... 25
- Tableau 8. Proportion d'enfants qui ont reçu un traitement approprié contre la diarrhée..... 25
- Tableau 9. Proportion d'enfants avec fièvre qui ont eu un test sanguin..... 26
- Tableau 10. Recherche opérationnelle menées par les programmes RAcE ..... 27
- Tableau 11. Indicateurs choisis des connaissances des gardiens des enfants..... 31
- Tableau 12. Estimations modélisées de la réduction du TMM5 et défis de la modélisation ..... 40
- Tableau 13. Changement annuel moyen modélisé et mesuré du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ..... 42
- Tableau 14. Estimations modélisées de la réduction de la mortalité par cause (nombre de vies sauvées) ..... 43
- Tableau 15. Proportion des femmes ASC en 2017 ..... 47

# INTRODUCTION

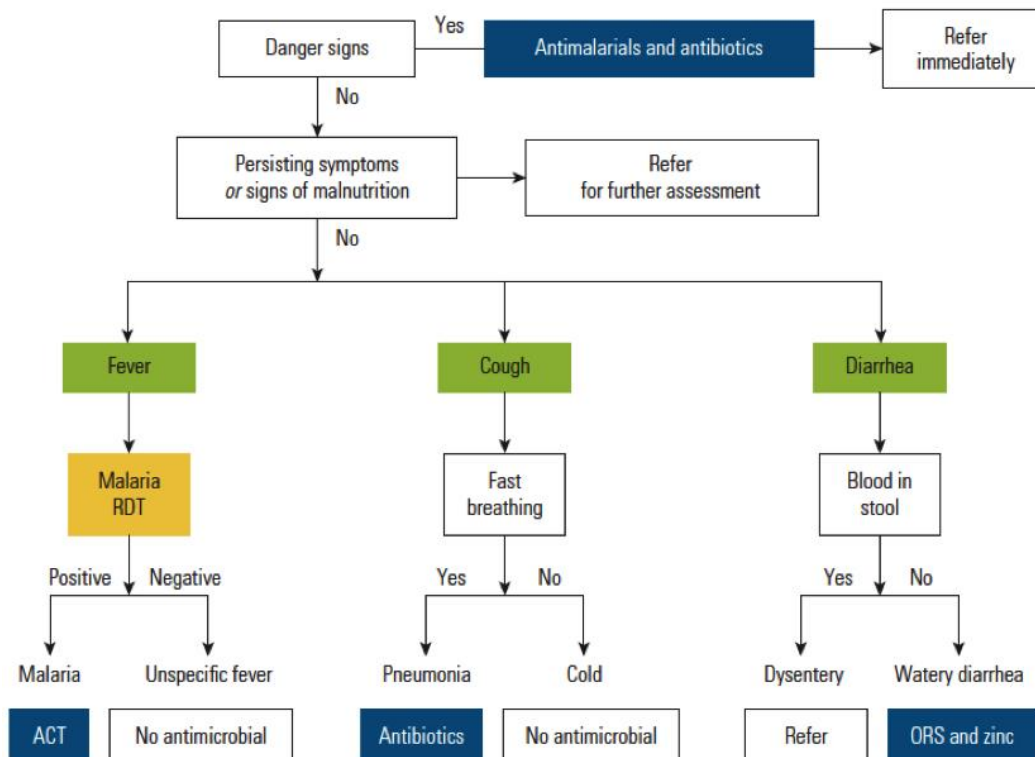
## LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE INTEGREE (ICCM)

28. La prise en charge communautaire intégrée (iCCM) fait référence aux soins de santé fournis par les agents de santé communautaire (ASC) aux enfants ayant un accès limité aux établissements de santé et souffrant de maladies qui sont responsables du plus grand nombre de décès chez les enfants au niveau global. L'iCCM se limite généralement au traitement de la diarrhée, du paludisme et des infections respiratoires chez les enfants âgés de 2 à 59 mois.

29. La variété des tâches déléguées aux ASC diffère. Dans certains pays, elle se limite au diagnostic et au traitement des trois maladies chez les enfants qui vivent à plus de cinq kilomètres d'un établissement de santé. La zone de couverture géographique peut être définie de manière plus souple et d'autres services de traitement et de prévention peuvent être ajoutés, par exemple pour la malnutrition, les soins néonataux, la lutte contre la tuberculose ou la prévention du VIH. Dans une enquête de 2014 sur la prise en charge communautaire (PEC-c) en Afrique, 35 pays ont signalé la mise en place de services de PEC-c pour la diarrhée, 33 pour le paludisme, 28 pour la pneumonie, 6 pour la septicémie néonatale et 31 pour la malnutrition. Des programmes intégrés de prise en charge communautaire de la diarrhée, du paludisme et de la pneumonie ont été signalés par 28 pays. [1]

30. La pratique de l'iCCM est basée sur un algorithme qui alerte les ASC des signes et symptômes de maladies potentiellement mortelles qui nécessitent un traitement dans un établissement de santé ; cet algorithme les guide également dans le traitement des maladies qui peuvent être traitées dans la communauté. Un schéma général d'un tel algorithme est présenté dans la revue des Priorités de Contrôle des Maladies dans les Pays en Développement (DCP3). [2]

Figure 1. Exemple d'un algorithme de l'iCCM de diagnostic et de traitement



Source : DCP3 [2] (ACT = thérapie combinée à base d'artémisinine ; ORS = solution de réhydratation orale ; RDT = test de diagnostic rapide)

31. La qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge des cas de diarrhée et de paludisme par les ASC ont été documentées dans plusieurs études. La gestion des cas de pneumonie s'est également révélée efficace, mais des études ont démontré que les ASC ont souvent du mal à compter avec précision la fréquence respiratoire, et soulignent la nécessité d'une supervision, d'une formation et d'un contrôle de la qualité améliorés. [2]

## L'INITIATIVE RACÉ

32. L'Initiative RAcE a été financée par une subvention de 75 millions de dollars canadiens pour une période de six ans (avril 2012 à mars 2018) du gouvernement du Canada au Programme Mondial de lutte contre le Paludisme (GMP) de l'OMS pour *'augmenter la couverture des services de diagnostic, de traitement et de référence pour les principales causes de mortalité infantile (paludisme, pneumonie et diarrhée), accélérant ainsi la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé'*. L'objectif secondaire de l'initiative était de *'produire des données probantes pour éclairer les recommandations et les orientations politiques de l'OMS sur l'iCCM et [la prise en charge communautaire du paludisme]'*. [3]

33. Dans le cadre de cette initiative, l'OMS a fourni des sous-subventions renouvelables à cinq acteurs non étatiques (ANE) pour mettre en œuvre six programmes iCCM en coopération avec les gouvernements nationaux et sous-nationaux dans cinq pays. L'Initiative RAcE s'est distinguée des autres programmes iCCM financés au niveau international en visant à atteindre une couverture universelle de tous les enfants dans les zones avec un accès difficile dans des limites géographiques sélectionnées. Des fonds supplémentaires ont été alloués aux activités normatives, à l'appui technique et au suivi et à l'évaluation (S&E). Le **Error! Reference source not found.** donne une vue d'ensemble des estimations préliminaires des dépenses pour les différentes composantes du programme.

**Tableau 1. Estimation des dépenses de l'Initiative RAcE**

Dépenses du programme pour la mise en œuvre des programmes de l'iCCM, y compris la recherche opérationnelle		
Location	Partenaire ANE de la mise en œuvre	Montant (en ,000 dollars américains)
DRC, Province du Tanganyika, toutes les zones de santé	International Rescue Committee (IRC)	11 248
Malawi, 8/28 districts dans 2/3 régions	Save the Children (SC)	10 884
Mozambique, 52 districts dans 4/10 provinces	Save the Children (SC)	8 444
Niger, 4 districts dans 2/7 régions	World Vision (WV)	8 854
Nigeria, État d'Abia, 15/17 LGA	Society for Family Health (SFH)	4 825
Nigeria, État du Niger, 6/25 LGA	Malaria Consortium (MC)	5 210
Autres dépenses du programme		
WCOs pour l'appui technique et le travail normatif		1 208
ICF pour le suivi du programme		3 930
ICF pour la planification de la durabilité		730
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse pour la recherche sur les systèmes de santé		199
<b>Total des dépenses du programme</b>		<b>US\$ 55 532 000</b>

Source : Estimation des dépenses jusqu'au 31/3/2018 par le Secrétariat du RAcE. LGA = régions administratives locales de l'État

34. Les rôles et responsabilités des bureaux de l'OMS dans l'Initiative RAcE ont été décrits dans une présentation au groupe de pilotage international (ISG selon l'abréviation anglaise) en 2015. [4] Le

Secrétariat RAcE du Programme Mondial de lutte contre le Paludisme (GMP) de l'OMS à Genève a principalement assuré la gestion financière et contractuelle. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) et les équipes d'appui inter-pays (IST) ont assuré le secrétariat des deux organes de supervision (l'ISG et le comité de revue du projet) et ont donc été chargés de la supervision générale de l'Initiative RAcE. Ils ont également fourni un appui technique pour les enquêtes, les études, les revues périodiques et les évaluations. Les bureaux de pays de l'OMS (WCO selon l'abréviation anglaise) ont directement supervisé la mise en œuvre des programmes par les partenaires ANE contractés. La présentation n'a pas mentionné le rôle des points focaux désignés de l'iCCM des WCO dans l'appui aux gouvernements dans les tâches normatives et de coordination, ce qui, selon les conclusions de l'évaluation, aurait été important. Selon les informations fournies par le Secrétariat du RAcE, il y a également une sous-estimation de l'importance du rôle du GMP/OMS qui a assumé des responsabilités supplémentaires en matière d'appui technique tout au long de l'Initiative.

## L'ÉVALUATION SOMMATIVE

---

35. En septembre 2017, le Bureau OMS de l'évaluation a chargé **hera** de mettre en œuvre l'évaluation sommative de l'Initiative RAcE. Les termes de référence de l'évaluation sont présentés dans l'Annexe 1. Le but de l'évaluation était de :

- Contribuer à des enseignements pertinents et pratiques afin d'éclairer les dialogue et politique mondiaux en matière d'iCCM
- Apporter des informations utiles pour le dialogue sur la politique de l'OMS en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, pour la conception des programmes et leur exécution, ainsi que pour GAC ; et
- Rendre compte de l'utilisation des fonds publics aux différents partenaires

36. Les objectifs particuliers de l'évaluation étaient de :

- Évaluer l'efficacité, l'efficience, la pertinence, l'impact et la durabilité des résultats de l'Initiative RAcE
- Évaluer le modèle de fourniture de l'iCCM faisant appel à des sous-traitants
- Procéder à un examen par des pairs et valider l'évaluation internationale de la contribution du programme RAcE à l'impact escompté effectuée par l'ICF ; et
- Aboutir à des résultats, des conclusions, des recommandations et des enseignements pertinents et pratiques afin d'éclairer le dialogue sur les politiques, la conception et la mise en œuvre future de l'iCCM

37. L'évaluation a principalement mis l'accent sur la mise en œuvre des programmes au niveau des pays. L'évaluation a couvert les six programmes financés dans le cadre de l'Initiative RAcE, avec des visites sur le terrain et la préparation des résumés de pays pour chaque pays couvert par le programme. Les résumés sont présentés dans le volume 3.

38. L'Initiative RAcE incluait une composante de suivi et d'évaluation qui a été contracté à l'ICF. Le contrat comprenait une assistance technique et la provision d'outils normalisés pour le suivi et la réalisation des enquêtes initiale et finale auprès des ménages, ainsi qu'une évaluation finale de chaque programme. L'équipe d'évaluation n'a pas répété le travail effectué par ICF.

- Elle a examiné la méthodologie de collecte et d'analyse des données appliquée par l'ICF ;
- elle a validé les résultats du programme rapportés par triangulation avec d'autres sources de données; et

- elle a triangulé les conclusions rapportées sur les effets et l'impact des programmes en appliquant une analyse probabiliste de la force des preuves basée sur une théorie du changement (TOC selon l'abréviation anglaise) post-hoc.

39. Conformément aux directives de l'UNEG sur l'intégration des droits de l'homme et de l'égalité entre les sexes dans l'évaluation, l'équipe d'évaluation a évalué dans quelle mesure les principes interdépendants de l'inclusion, de la participation et des relations de pouvoir équitables étaient appliqués par les programmes au niveau des responsables (par exemple, l'égalité entre les sexes dans les politiques et les pratiques en matière de ressources humaines) et des détenteurs de droits (par exemple, la participation des communautés à la prise de décisions).

40. L'évaluation a été mise en œuvre d'octobre 2017 à avril 2018 par une équipe de quatre consultants internationaux de **hera**, appuyés par cinq consultants nationaux dans les pays couverts par le programme RAcE. L'évaluation a été supervisée par un groupe de gestion de l'évaluation (EMG selon l'abréviation anglaise) composé du personnel du Bureau OMS de l'évaluation, de la Division de la Diplomatie, du Commerce et de l'Évaluation d'Affaires mondiales Canada (GAC selon l'abréviation anglaise) et du Bureau UNICEF de l'évaluation. Un groupe de référence d'évaluation (ERG selon l'abréviation anglaise) a été créé pour appuyer l'évaluation à des moments clés et assurer une large participation à la conceptualisation de l'exercice, l'accès à l'information, la haute qualité technique des produits d'évaluation ainsi que l'apprentissage et la production de connaissances. Le calendrier de l'évaluation est présenté dans le Tableau 2.

**Tableau 2. Etapes principales de l'évaluation de l'Initiative RAcE**

Timing	Activité
Octobre 2017	Réunion de lancement de l'évaluation à Genève
Octobre 2017	Participation à la réunion de dissémination du RAcE à Abuja
Octobre-novembre 2017	Préparation du rapport de la phase initiale / pilotage des outils au Nigeria
Décembre 2017 – janvier 2018	Études de cas de pays / entretiens avec informateurs clés au niveau global / revue de la littérature
Février 28 2018	Fin de la période de collecte de données
Février -mars 2018	Préparation des résumés de pays et rapport de synthèse
Avril 2018	Atelier pour présenter les constatations, les conclusions et les recommandations de l'évaluation

## METHODOLOGIE (RESUME)

41. L'équipe d'évaluation a appliqué une combinaison d'analyse des contributions (AC) et de suivi des processus (PT selon l'abréviation anglaise) pour répondre aux questions des cinq domaines d'investigation définis dans les termes de référence (TdR) présentés dans l'Annexe 1. Les domaines d'investigation et les questions d'évaluation correspondantes ne comprenaient pas de questions sur les coûts, l'optimisation des ressources (value for money) ou l'efficacité avec laquelle les activités ont été converties en extraits et en résultats. La méthodologie détaillée est présentée dans l'Annexe 2.

42. L'AC est utile pour évaluer les impacts produits par une combinaison complexe de causes. L'analyse vise à augmenter la confiance dans le fait que l'intervention évaluée a eu l'impact escompté. Il détaille l'intervention et facilite la compréhension de la façon dont les différents facteurs forment des mécanismes causaux qui produisent des résultats au niveau de l'impact. L'AC analyse les données probantes pour confirmer la probabilité que les activités mise en œuvre dans le cadre de l'initiative RAcE ont contribué aux résultats et à l'impact observés. Les limites de l'AC sont la subjectivité dans l'évaluation des forces de la demande de contribution. Pour combler cette lacune, l'équipe d'évaluation

a combiné AC avec PT qui utilise un certain nombre de tests dans la chaîne de causalité pour confirmer ou non la contribution aux extrants et aux résultats.

43. L'AC a fourni le cadre pour la conception et la mise en œuvre de l'évaluation et a été superposée avec PT tout au long du processus. La conception de l'évaluation comportait ainsi trois étapes :

- **Développement d'une théorie du changement générique** (TOC) pour l'initiative RAcE, qui décrit les probabilités causales pour l'amélioration du bien-être et de la survie des enfants. Il s'agissait notamment de la définition d'hypothèses générales et spécifiques qui ont été vérifiées par l'analyse d'éléments probants provenant de différentes sources de données. Le cadre de la théorie du changement est présenté dans l'Annexe 4.
- **Développement d'une matrice d'évaluation** incluant les questions d'évaluation, les hypothèses, les indicateurs, les sources de données et les méthodes de collecte de données, ainsi qu'une chaîne de raisonnement pour relier les questions d'évaluation à la théorie du changement (Annexe 5)
- **Développement des outils de la collecte de données** incluant des guides pour les discussions de groupe au niveau communautaire et des entretiens avec des informateurs clés aux niveaux national et global. (Annexe 9) Des outils des Apprentissage et action participatives (PLA) ont été utilisés dans les discussions de groupe. Les outils ont été pré-testés dans l'État du Niger, au Nigeria, en octobre 2017.

44. Des résumés de pays (voir Volume 3) ont été préparés sur la base de missions sur les six sites du programme RAcE. Dans le cadre de la préparation des visites du programme, l'équipe d'évaluation a procédé à un revue documentaire approfondie, y compris une revue de la littérature (Annexe 3), et a préparé des cadres de théorie du changement spécifiques à chaque pays qui ont été validés au cours des visites du pays dans des ateliers participatifs.

45. La stratégie d'échantillonnage pour l'identification des informateurs clés nationaux et globaux était délibérée, basée sur une cartographie des parties prenantes élaborée au cours de la phase initiale. (Annexe 7) Pour la sélection des régions, districts et communautés à visiter, des stratégies d'échantillonnage délibérées ont été appliquées au Mozambique, au Nigeria, au Malawi et au Niger, y compris l'échantillonnage des cas critiques (au niveau régional) et l'échantillonnage aléatoire et par critères (aux niveaux des districts, des zones de santé et des communautés). En RDC, la base de sondage a été restreinte par l'instabilité de la situation sécuritaire et la disponibilité du transport aérien à l'intérieur du pays. La stratégie appliquée était donc opportuniste et basée sur la faisabilité. Les données au niveau du programme ont été collectées par :

- Cinq ateliers de validation de la théorie du changement,
- 99 entretiens avec des informateurs clés (y compris des entretiens de groupe) à tous les niveaux du système de santé y compris les partenaires internationaux en santé actifs dans le domaine de la santé infantile dans le pays,
- 17 discussions de groupe avec des ASC,
- 30 discussions de groupe avec membres de la communauté, et
- La revue des documents nationaux de santé et des bases de données, des rapports et des bases de données des partenaires de la mise en œuvre, des rapports de suivi et d'évaluation de l'ICF (DQA, enquêtes, évaluation finale, planification de la durabilité) et des documents des partenaires internationaux.

46. Des données supplémentaires ont été collectées aux niveaux global et régional par le biais des revues documentaires et d'entretiens avec des informateurs clés des parties prenantes globales.

47. Les données ont été analysées au moyen d'une analyse qualitative du contenu à l'aide du logiciel MAXQDA de l'Analyse Qualitative assistée par Ordinateur (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis*, CAQDAS). Ce logiciel permet de quantifier la fréquence et la similarité des réponses, des expériences et des réactions, afin de produire des preuves en réponse aux mécanismes de causalité et aux questions d'évaluation. Tous les éléments probants disponibles ont été codés selon des mécanismes causaux spécifiques pour effectuer des tests de suivi des processus et ont permis à l'équipe d'évaluation d'élaborer un rapport narratif qui estime la justification de la contribution, compte tenu de la force des éléments probants disponibles.

## **LIMITATIONS METHODOLOGIQUES**

48. L'approche utilisée par l'évaluation était strictement qualitative. Aucune valeur numérique n'a été attribuée aux probabilités des causes et des facteurs contributifs, et aucune analyse statistique n'a été effectuée pour quantifier les demandes de contribution. Une telle analyse n'a pas été possible compte tenu du temps et de l'effort que cela aurait demandé lors de l'évaluation. Afin de minimiser les biais et de contre-valider les données et les éléments de preuve, différentes méthodes de triangulation ont été utilisées, y compris les triangulations d'investigation, de la méthode, des données et de la théorie.

49. Une des limites des données concerne l'exclusion des communautés trop éloignées des établissements de santé ou les zones avec un accès difficile à cause du temps disponible limité pour les visites sur le terrain. Dans les communautés sélectionnées, les participants aux discussions de groupe et les informateurs clés ont été identifiés par les leaders communautaires et les ASC, ce qui peut avoir biaisé les résultats en faveur d'une perception positive des programmes RAcE.

50. En RDC et au Niger, certains districts ou zones de santé ont dû être exclus de l'échantillon à cause de l'insécurité et de la non-disponibilité du transport aérien à l'intérieur du pays pour atteindre les zones de santé sélectionnées pendant la période de collecte des données (en RDC). Au Malawi et au Mozambique, les programmes avaient déjà pris fin au moment de l'évaluation et le personnel clé des agences de mise en œuvre n'était plus disponible pour être interviewé. Cela s'appliquait également à l'évaluation dans l'État du Niger, au Nigeria, où le directeur de programme du Malaria Consortium avait pris sa retraite juste avant la mission d'évaluation. L'accès à certains documents au Malawi et au Mozambique s'est avéré difficile et tous les documents des partenaires de mise en œuvre n'ont pas été mis à disposition ou n'ont pas pu être récupérés. Au niveau communautaire, les ASC et les gardiens des enfants n'ont pas toujours été en mesure de faire la distinction entre ce qui s'est passé pendant la période de mise en œuvre du programme RAcE et ce qui s'est passé après sa fin. Cette situation, ainsi que les lacunes dans la documentation disponible et l'impossibilité d'interviewer les anciens membres du personnel du programme, peuvent avoir biaisé les résultats.

51. Les données des enquêtes initiale et finale auprès des ménages menées par les partenaires de mise en œuvre ont été utilisées tout au long de l'évaluation comme preuves des résultats du programme, triangulées avec les données des entretiens avec des informateurs clés, discussions de groupe et la revue documentaire et des bases de données. Un résumé des principaux résultats des enquêtes est présenté dans l'Annexe 6. Les enquêtes initiales ont été menées entre septembre 2013 et mai 2014, les enquêtes finales entre août 2016 et février 2017. Les données ont été résumées pour chaque programme dans des rapports d'enquête finale préparés par l'ICF. Les données ont des limites qui sont documentées dans les rapports de l'ICF. Comme dans toute enquête auprès des ménages, elles comportent des biais de réponse, par exemple une surestimation du respect des conseils de référence. Les limites communes des rapports d'enquête étaient :

- Les données des tableaux sur la couverture et l'accès aux traitements présentées dans les rapports n'étaient pas désagrégées par sexe. Des données désagrégées par sexe ont été collectées dans les enquêtes et ont été utilisées par l'ICF dans un chapitre sur le genre présenté dans les rapports d'évaluation finale. Toutefois, les résultats de ces analyses ne concordaient pas toujours avec les données obtenues à partir de l'analyse des bases de données du programme par l'équipe d'évaluation. Les enquêtes n'étaient probablement pas assez orientées sur les différences entre les sexes dans l'accès au traitement, ce qui pourrait expliquer des divergences.
- Les zones d'échantillonnage et les bases de sondage des enquêtes initiale et finale ne correspondaient pas toujours. Les raisons sont spécifiques au contexte, par exemple l'insécurité en RDC, l'exclusion de la province d'Inhambane de l'enquête initiale au Mozambique pour un souci de 'sur-surveillance' des communautés dans cette province, ou l'assignation des ASC formés par le ministère de la santé au Malawi qui n'était pas prévue au début du programme et était en dehors du contrôle du programme. En réponse aux problèmes du Malawi et du Mozambique, l'ICF a effectué des sous-analyses des résultats d'enquêtes dans des zones pour lesquelles des données des deux enquêtes, initiale et finale, étaient disponibles. Celles-ci ont été utilisées par l'équipe d'évaluation.
- Les questionnaires d'évaluation des enquêtes initiale et finale n'indiquaient pas le sexe du gardien répondant. Bien que l'on ait supposé que, dans la plupart des cas, le questionnaire s'appliquait aux mères d'enfants, il a pu également s'appliquer aux pères qui, dans certains des pays couverts par le programme, sont beaucoup moins impliqués dans la prise en charge de leurs enfants et auraient donc fourni des réponses moins fiables aux questions.
- L'information sur le traitement fourni par les ASC ou par d'autres prestataires de soins appropriés (tels que définis dans le contexte local) a été collectée auprès des gardiens des enfants qui ne savent pas toujours si leur enfant a été traité avec un antibiotique, un antipaludique ou un antipyrétique. Souvent, ils ne savent pas non plus si le traitement était 'approprié', c'est-à-dire basé sur un test de diagnostic rapide positif pour le paludisme ou sur une évaluation correcte de la fréquence respiratoire pour le diagnostic de pneumonie. Comme le montre une étude publiée en 2013, même dans le cadre d'une enquête soigneusement menée avec un niveau de spécificité et de sensibilité élevé, la valeur prédictive positive, c'est-à-dire la proportion d'enfants présentant des symptômes de pneumonie réellement atteints de pneumonie, n'est que d'environ 22% et le dénominateur n'est donc pas fiable. [12]

52. L'ICF a développé le protocole et les outils pour les enquêtes auprès des ménages, y compris les questionnaires, le matériel de formation, le programme de saisie des données et le plan d'analyse. Les sous-traitants ANE ont dirigé le travail de terrain de l'enquête en collaboration avec les partenaires locaux et avec l'assistance technique sur place ou à distance de l'ICF. Les données de l'enquête initiale ont été analysées par les sous-traitants avec l'appui de l'ICF, tandis que les données de l'enquête finale ont été analysées par l'ICF. Les problèmes de qualité des données des enquêtes initiales et finales ont été documentés par l'ICF.

## REVUE DE LA LITTÉRATURE (RESUME)

---

53. En préparation de l'évaluation, l'équipe a fait une revue des études et rapports récents, publiés et non publiés, sur la prise en charge communautaire intégrée dans les cinq pays couverts par le programme. Un rapport détaillé de la revue de la littérature est présenté dans l'Annexe 3. Le rapport comprend la revue de 55 documents, la méthodologie de la recherche de la littérature et une liste

complète de références. La revue a été structurée en fonction de sept thèmes qui correspondent avec les cinq domaines d'enquête de l'évaluation. Les thèmes étaient : (i) impact sur la mortalité infantile ; (ii) analyse économique ; (iii) agents de santé communautaire ; (iv) gestion de l'approvisionnement ; (v) mobilisation communautaire et mise en œuvre de la demande ; (vi) égalité entre les sexes ; et (vii) politique. La revue est résumée dans les paragraphes suivants. Une liste complète des références est fournie dans l'Annexe 3.

54. Une étude de modélisation publiée en 2017 a appliqué l'outil *Lives Saved Tool* (LiST) aux données de 42 pays africains. L'étude a estimé qu'une couverture d'interventions communautaires de 50% réduirait la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 20% et qu'une couverture de 90% la réduirait de 45%. L'analyse ne se limitait pas à l'iCCM mais incluait également des programmes de prévention tels que la vaccination et les moustiquaires imprégnées d'insecticide. [5] L'évaluation en 2014 d'une vaste initiative de l'iCCM dans six pays, dont le Mozambique, le Malawi et le Niger, a documenté une réduction de la mortalité infantile au sein de la population cible, mais elle a indiqué qu'une attribution causale au programme de l'impact n'était pas possible à cause de la complexité des environnements. [6]

55. Un nombre limité d'analyses économiques de l'iCCM ont indiqué que la prise en charge communautaire était rentable en termes de coûts des années de vie corrigées de l'incapacité (DALY selon l'abréviation anglaise) perdues, que la prise en charge communautaires était plus rentable que les soins dans les établissements et qu'elle réduisait considérablement les coûts des soins à la charge des ménages. Le coût économique total de la prestation de services par les ASC par enfant traité dépendait cependant fortement des taux d'utilisation, avec des coûts moyens estimés par traitement allant de 2,15 dollars américains au Malawi à 16,11 dollars américains au Cameroun. [7,8]

56. Une enquête régionale sur la prise en charge communautaire (PEC-c) en Afrique, publiée en 2014, indique que la PEC-c était fournie, sous une forme ou une autre, dans 42 pays sur 45, y compris l'iCCM dans 28 d'entre eux. [1] La formation des ASC varie de trois jours à un an, le recrutement peut se faire par élection communautaire ou nomination gouvernementale, et leur poste va du statut de bénévole sans aucune rémunération aux employés salariés du gouvernement. Plusieurs articles analysaient les facteurs de motivation des ASC. Certains ont souligné leur satisfaction d'être au service de leur communauté, tandis que d'autres ont parlé d'allocations monétaires et des incitations telles que le logement, les bicyclettes ou d'autres équipements fournis par les communautés, les ONG ou les ministères de la santé.

57. L'interruption de l'approvisionnement en médicaments a été mentionnée comme facteur démotivant pour les ASC dans plusieurs études. Les faiblesses de la chaîne d'approvisionnement étaient les principales causes citées, car elles diminuent la crédibilité des ASC et contribuent au risque de traitement inapproprié des enfants. A cause des faiblesses des chaînes d'approvisionnement de médicaments nationales, les partenaires internationaux ont souvent mis en place des systèmes d'approvisionnement parallèles. Deux études en 2014 et 2017 ont rapporté que la chaîne d'approvisionnement mise en place pour l'iCCM au Malawi a été renforcée avec succès grâce à une application de téléphonie mobile et à la nomination d'équipes d'amélioration de la qualité pour surveiller le système d'approvisionnement. [9,10]

58. Alors que l'offre de services de l'iCCM est conçue pour surmonter les obstacles financiers et géographiques à l'accès, d'autres facteurs - tels que la compréhension de la maladie par les parents/gardiens des enfants, les préférences pour les remèdes maison et les traitements alternatifs, l'autonomie décisionnelle limitée pour rechercher des soins et le manque de confiance dans la qualité des services iCCM - constituent des obstacles à l'accès qui nécessitent des interventions supplémentaires du côté de la demande. Malgré le fait que cette question est abordée dans plusieurs

études, très peu de données publiées, voire aucune, ont été trouvées sur l'efficacité des différents types de stratégies d'engagement communautaire dans les pays couverts par le programme.

59. Il y avait très peu d'information sur l'égalité entre les sexes dans les documents retrouvés sur la prise en charge communautaire. Deux études rapportent qu'il n'y avait aucune différence entre les sexes en ce qui concerne l'accès au traitement. Une évaluation multi-pays conduite en 2014 a postulé que le rapprochement des services de santé infantile des communautés a réduit le temps et le coût de la recherche de soins et a, par conséquent, renforcé l'autonomie des femmes en éliminant les obstacles à la recherche de soins indépendants. Cependant, cette évaluation n'a fourni aucune preuve que cela s'est réellement produit. La mixité des ASC variait d'un pays à l'autre, allant d'une majorité d'hommes dans neuf pays à une majorité de femmes dans neuf autres pays.

60. Des analyses de politiques dans plusieurs pays africains ont indiqué que l'iCCM était principalement promue par des agents techniques du ministère de la santé qui ont une formation en santé publique ou en soins de santé primaires, et qui sont appuyés par l'OMS, l'UNICEF et certains partenaires de développement bilatéraux. Les principaux responsables pour l'élaboration des politiques de santé, en particulier ceux avec une formation clinique, étaient souvent plus difficiles à convaincre des avantages de la prise en charge communautaire. Selon cette étude, les organisations multilatérales ont un rôle important à jouer pour faciliter le transfert de l'innovation politique du niveau global au niveau national.

61. Bien que les catalyseurs pour l'élaboration et la mise en œuvre de l'iCCM diffèrent d'un pays à l'autre, tout comme le niveau d'engagement politique, tous les documents revus pour l'évaluation soulignent que les programmes iCCM dans les cinq pays inclus dans l'Initiative RAcE dépendent fortement du financement international. Alors qu'il y avait un large consensus sur le fait que la prise en charge communautaire des cas sauve les vies des enfants, les auteurs ont appelé à plus de recherche sur les systèmes de santé pour comprendre l'implication de la prise en charge communautaire dans les différents contextes des systèmes de santé des pays. Les questions clés à résoudre, selon les études, étaient la durabilité financière, la persistance des frais d'utilisation et des marges dans plusieurs pays, l'intégration des données communautaires dans les systèmes nationaux d'information de la santé, la position des ASC dans le cadre national des ressources humaines pour la santé, y compris le débat sur le bénévolat ou l'emploi salarié.

## PRINCIPALES CONSTATATIONS ET ANALYSES

---

62. Les principales constatations et analyses de l'évaluation sont présentées sous les cinq domaines d'investigation définis dans les termes de référence. Au total, 15 questions d'évaluation ont été abordées sous les cinq rubriques. C'était une de plus que prévu au départ. Une question a été ajoutée au cours de la collecte de données sous le domaine d'investigation 3 et la matrice d'évaluation sous ce domaine a été réorganisée pour mieux s'harmoniser avec les données collectées. Les réponses aux questions d'évaluation, le cas échéant, ont été désagrégées sous des sous-titres qui résument les constatations répondant aux sous-questions énumérées dans la matrice. La matrice d'évaluation est présentée dans l'Annexe 5.

### DOMAINE D'INVESTIGATION 1

---

63. Le premier domaine d'investigation a exploré la pertinence et l'alignement de l'Initiative RAcE sous l'angle de trois questions d'évaluation. La mesure dans laquelle les six programmes ont été conçus pour répondre aux besoins et aux priorités des stratégies nationales de santé a été analysé, ainsi que la

mesure dans laquelle les programmes sont complémentaires d'autres programmes de santé maternelle et infantile à grande échelle.

## QUESTION D'EVALUATION 1

**Dans quelle mesure la conception originale du programme RAcE a répondu aux stratégies nationales de santé ? Dans quelle mesure les programmes étaient-ils complémentaires d'autres programmes de santé à grande échelle et y avait-il une collaboration efficace avec d'autres programmes de santé mis en œuvre dans les mêmes domaines ?**

Les programmes RAcE dans les cinq pays étaient étroitement alignés sur les politiques nationales et les stratégies communautaires et de soins de santé primaires. Ils ont renforcé les programmes nationaux iCCM existants au Mozambique et au Malawi, appuyé la mise en œuvre de la politique nationale iCCM dans une nouvelle province de la RDC, contribué à une révision de l'approche nationale de l'iCCM au Niger et facilité la formulation et l'introduction d'une politique nationale iCCM au Nigeria.

Les partenaires du programme RAcE, en particulier les WCO, ont coordonné leur appui aux ministères de la santé avec d'autres partenaires internationaux actifs dans la prise en charge communautaire. Il n'y a aucune preuve d'un chevauchement substantiel des programmes RAcE avec d'autres programmes à grande échelle mis en œuvre dans les mêmes régions, et il existe des preuves de collaboration avec d'autres programmes financés par des partenaires, en particulier dans les domaines de la gestion des approvisionnements et des achats.

64. Dans les six programmes RAcE, l'alignement sur les politiques nationales et les stratégies communautaires et de soins de santé primaires était solide. Ils se sont conformés aux lignes directrices nationales sur la prise en charge communautaire et ont contribué à l'élaboration de stratégies et de lignes directrices de manière significative. Les directions compétentes des ministères nationaux de la santé ont été associées à l'élaboration des programmes. Les propositions de programme fournissaient des informations spécifiques sur la manière dont chaque programme répondait aux priorités actuelles du gouvernement et des documents de politique.

65. En **RDC**, le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques avait le mandat de diriger les politiques de l'iCCM, mais le programme national de lutte contre le paludisme et la direction des soins de santé primaires travaillaient également sur des stratégies de soins communautaires avec l'appui de partenaires internationaux, principalement le Fonds Mondial (TGF selon l'abréviation anglaise), l'USAID, l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme (PMI selon l'abréviation anglaise) et l'UNICEF. Le programme RAcE a travaillé avec le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et a interagi de manière extensive avec les deux autres départements du ministère de la santé.

66. Au **Malawi** et au **Mozambique**, les programmes RAcE ont appuyé les programmes nationaux iCCM existants dans le but de renforcer leur qualité. En **RDC**, les politiques et lignes directrices de l'iCCM existaient, mais elles n'avaient pas été déployées dans la province du Tanganyika où le programme RAcE a été mis en œuvre. Au **Niger**, l'iCCM était auparavant mise en œuvre avec l'appui de l'UNICEF, mais les services étaient fournis par des professionnels de santé rémunérés basés dans des 'cases de santé'. Le programme RAcE a été le premier à introduire les services iCCM fournis par les ASC. Au **Nigeria**, les deux programmes RAcE ont introduit l'iCCM pour la première fois et ont catalysé l'approbation rapide de l'iCCM par le ministère fédéral de la santé et le Conseil national de la santé, ainsi que l'appui des gouvernements des États et des partenaires techniques et financiers.

67. De façon générale, la complémentarité des programmes RAcE avec d'autres interventions de santé maternelle et infantile dans les mêmes zones était élevée, en particulier avec les programmes de prévention pour la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la vaccination et la

chimioprévention du paludisme. Il n'y avait aucune preuve de chevauchement substantiel avec d'autres programmes qui fournissaient des services identiques ou similaires. Il y avait des preuves d'une collaboration active, en particulier dans la gestion des approvisionnements et des achats, avec des programmes appuyés par d'autres partenaires internationaux au **Nigeria** (TGF et Initiative Clinton pour l'accès à la santé - CHAI), en **RDC** (PMI) et au **Malawi** (TGF et PMI).

68. En termes de coordination, les partenaires de mise en œuvre ont appuyé et participé aux réunions pertinentes du secteur de la santé pour s'assurer que les principaux partenaires nationaux de l'iCCM étaient informés des activités et des leçons du programme RAcE en permanence. Les informateurs clés dans tous les pays, principalement les responsables du ministère de la santé au niveau des districts et le personnel des établissements de santé, ont cité des exemples de travail avec les ASC appuyés par le programme RAcE pour le déploiement d'autres interventions dans les domaines de la vaccination, de la nutrition et de l'hygiène, de l'eau et de l'assainissement.

## QUESTION D'ÉVALUATION 2

**Les programmes RAcE ont-ils ciblé les populations les plus vulnérables et/ou avec accès difficile aux services de santé ? Comment les districts et les communautés ont-ils été sélectionnés ?**

Les régions pour la mise en œuvre du programme RAcE ont été sélectionnées conjointement avec les partenaires gouvernementaux selon des critères bien définis. Toutes les régions sélectionnées ne présentaient pas le profil de vulnérabilité le plus élevé en termes de mortalité infantile ou d'accès aux services de santé car, outre les critères épidémiologiques et de services de santé, l'engagement du gouvernement, la faisabilité de la mise en œuvre et la présence d'autres programmes ont été pris en compte dans le processus de sélection.

Les communautés ont été sélectionnées principalement sur la base d'une limitation géographique de l'accès aux établissements de santé, avec quelques variations contextuelles. La fonctionnalité des établissements de soins de santé primaires disponibles, ainsi que les frais d'utilisation perçus par les établissements non étatiques disponibles ont été pris en compte à des degrés divers dans la définition des obstacles à l'accès. Des critères tels que les niveaux de pauvreté ou la marginalisation pour des raisons ethniques, religieuses ou autres n'ont pas été pris en compte dans le processus de sélection.

69. La sélection des zones ainsi que des communautés à couvrir par le programme s'est réalisée par un processus multi-étapes dans tous les pays. La première étape consistait à identifier les régions, les États ou les provinces et, si la couverture complète n'a pas pu être réalisée, les zones, les districts, les départements ou les administrations locales au sein de ces divisions politiques. La deuxième étape concernait la sélection des communautés. L'équipe d'évaluation a analysé dans quelle mesure les critères d'équité ont joué un rôle au cours de ces deux étapes et quels efforts ont été menés pour atteindre les populations les plus vulnérables.

70. Au cours du processus de sélection, les WCO, les ANE contractés et les ministères de la santé ont travaillé en étroite collaboration dans tous les pays. Chacun des programmes a utilisé un ensemble de critères prédéfinis pour identifier les régions. Ces critères variaient d'un pays à l'autre, mais ont toujours inclus des indicateurs pertinents pour l'iCCM, tels que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) et la proportion de la population rurale. Les autres critères étaient le soutien de la région par d'autres programmes internationaux importants, de soins de santé primaires ou d'iCCM, la situation sécuritaire et l'engagement et la capacité du gouvernement régional. Au **Nigeria**, l'impératif politique d'équilibrer les investissements entre les États du Sud et du Nord a également été pris en considération. En fonction de ces critères supplémentaires, les régions sélectionnées n'étaient pas nécessairement celles avec le taux le plus élevé de mortalité des enfants de moins de cinq ans, le niveau de pauvreté le plus élevé ou le plus faible accès aux services de soins de santé primaires. Au **Malawi** et au

**Mozambique**, l'application des critères de sélection a abouti à la sélection des régions ayant à la fois le TMM5 le plus élevé et le TMM5 le plus bas. Au **Mozambique**, la région où le TMM5 est le plus faible avait également des indicateurs d'accès aux traitements supérieurs ou proches de la moyenne nationale. Dans l'**État d'Abia**, les établissements de soins de santé primaires étaient généralement accessibles par une grande partie de la population. L'objectif démographique prédéfini pour le programme RAcE ne pouvait être atteint qu'en appliquant des critères stricts de fonctionnalité des établissements qui ont abouti à ce que 90% des établissements de santé soient déclarés 'non fonctionnels'. Au **Niger**, le principal critère de sélection était le TMM5. L'une des deux régions sélectionnées avait le TMM5 le plus élevé et la seconde un TMM5 qui était considérablement plus élevé que la moyenne nationale. En **RDC**, la région sélectionnée s'est classée de façon constante parmi les provinces les plus vulnérables du pays en termes d'indicateurs sanitaires et sociaux.

71. Les communautés ont été sélectionnées par des exercices de cartographie, souvent avec l'aide d'agences nationales spécialisées, en appliquant la définition géographique de la distance par rapport à l'établissement de santé, ainsi que la prise en compte d'autres barrières physiques telles que les rivières ou les montagnes. Aucune sélection n'a été faite au **Malawi** car les sites de soins communautaires ont été définis par le programme national iCCM. Un exercice de cartographie a toutefois été mené en 2014 pour vérifier les zones avec accès difficile sur la base des critères actuels. On a exclu en **RDC** et au **Mozambique**, les communautés trop éloignées et avec un accès trop difficile pour l'appui et la supervision. Les communautés trop dispersées et sans une masse critique d'agglomération nécessaire pour un site de soins communautaires ont également été exclues, par exemple au **Niger** et en **RDC**. Le critère de fonctionnalité de l'établissement de santé publique le plus proche a été systématiquement appliqué au **Nigéria**. Dans l'**État d'Abia**, l'accès géographique aux centres de santé de quartier n'était pas un problème majeur, et la taille de la population ciblée n'a été atteinte que parce que 90% de ces établissements de santé ont été classés comme 'non fonctionnels'. Au **Malawi**, les communautés qui étaient à proximité des établissements de santé primaire sous la tutelle de l'Association chrétienne de la santé du Malawi (Christian Health Association of Malawi, ou CHAM) ont été incluses dans la sélection nationale parce que les frais demandés aux patients par ces établissements étaient considérés comme un obstacle à l'accès. Aucun programme n'indique que d'autres indicateurs de vulnérabilité ont été pris en compte dans la sélection des communautés, tels que la pauvreté, le pourcentage de minorités ethniques ou l'exposition récente à des catastrophes. Cependant, à cause des événements de conflits civils en **RDC**, plusieurs ASC formés ont fui vers des camps de réfugiés où certains d'entre eux ont poursuivi leur travail.

72. Tous les programmes RAcE n'ont donc pas toujours ciblé les communautés avec un accès difficile aux établissements de soins de santé primaires. Dans tous les programmes, lorsqu'une augmentation importante du recours aux ASC formés en iCCM a été observée, comme illustré dans le Tableau 3, l'augmentation de l'accès aux soins par un prestataire approprié<sup>1</sup> a été beaucoup plus faible dans certaines des zones couvertes par le programme, comme l'illustre le Tableau 4. Cela suggère que parmi ces populations, les effets des programmes n'ont pas été principalement une augmentation de l'accès aux soins, mais plutôt un déplacement de la recherche de soins d'autres prestataires vers les ASC. Bien que l'augmentation de l'accès aux soins dans toutes les zones couvertes par le programme sans services iCCM préexistants (c'est-à-dire la **RDC**, le **Niger** et le **Nigeria**) ait été statistiquement significative, des questions se posent quant à l'importance programmatique de l'augmentation moins importante observée dans l'**État d'Abia**.

---

<sup>1</sup> La définition de 'prestataire approprié' diffère d'un pays à l'autre. Il comprend toujours les hôpitaux privés ou publics, les centres de santé, les postes de santé, les cliniques ou les ASC formés en iCCM. Les pharmacies et les vendeurs privés de médicaments sont inclus dans certaines enquêtes pour le traitement de la fièvre et de la diarrhée, mais pas pour le traitement des infections respiratoires à respiration rapide.

**Tableau 3. Proportion des gardiens des enfants qui choisissent les ASC comme première source de soins**

Programme	Enquête initiale	Enquête finale	Différence	Signification statistique (p)
RDC	0,5%	67,1%	66,6%	<0,01
Malawi*	30,4%	45,8%	15,4%	<0,01
Mozambique	23,1%	57,0%	33,9%	<0,01
Niger	0,1%	75,5%	75,4%	<0,01
Nigeria, État de l'Abia	0,1%	37,7%	37,6%	<0,01
Nigeria, État du Niger	--	76,6%	--	n.a.

Source : ICF (2017) *Rapports d'évaluation finale du programme RAcE, à l'exception de : Malawi\* où seules les données provenant des enquêtes de 33 clusters d'évaluation avec des prestataires iCCM actifs sont incluses (source : bases de données d'enquêtes). n.a. = non applicable*

**Tableau 4. Proportion des gardiens des enfants qui ont recherché des soins auprès d'un prestataire de soins approprié<sup>1</sup>**

Programme	Enquête initiale	Enquête finale	Différence	Signification statistique (p)
RDC	53,3%	81,1%	27,8%	<0,01
Malawi*	68,5%	73,9%	5,4%	N.S.
Mozambique	79,1%	79,5%	0,4%	N.S.
Niger	68,8%	84,7%	15,9%	<0,01
Nigeria, État de l'Abia	68,7%	76,8%	8,1%	<0,01
Nigeria, État du Niger	75,5%	91,4%	15,9%	<0,01

Source : ICF (2017) *Rapports d'évaluation finale du programme RAcE, à l'exception de : Malawi\* où seules les données provenant des enquêtes de 33 clusters d'évaluation avec des prestataires iCCM actifs sont incluse (source : bases de données d'enquêtes) ; N.S. = non statistiquement significatif à p<0.01*

### QUESTION D'ÉVALUATION 3

#### **Dans quelle mesure les ministères de la santé et les communautés cibles ont-ils été impliqués dans la planification et la conception des programmes RAcE ?**

Les ministères de la santé aux niveaux central et décentralisé ont été étroitement impliqués dans la conception et la planification des programmes RAcE.

La participation des communautés à la planification et à la conception des programmes RAcE ne faisait pas partie de la conception de l'Initiative RAcE. Les communautés ont toutefois été étroitement impliquées aux discussions sur les activités opérationnelles au niveau communautaire, y compris la nomination ou l'élection des ASC dans quatre des cinq pays couverts par le programme.

#### ***Implication du ministère de la santé dans la conception et dans l'élaboration des plans opérationnels.***

73. Il y a des preuves concluantes que les départements compétents des ministères de la santé aient été impliqués étroitement et, parfois, dirigeaient le processus de planification et de conception des programmes RAcE dans tous les pays. Les ministères ont joué un rôle de leadership dans la sélection des zones d'intervention, la définition des mécanismes de coordination et l'identification des besoins en appui technique et institutionnel et de renforcement des capacités des entités gouvernementales concernées.

<sup>1</sup> Pour les enfants souffrant de l'une des maladies prises en charge par l'iCCM

74. Les ministères de la santé aux niveaux central et décentralisé ont participé de manière constructive à la conception et à la mise en œuvre des plans opérationnels dans tous les pays. Au niveau national, les ministères ont pris l'initiative par la coordination des groupes de travail (*task forces*) nationaux de l'iCCM (p.ex. **Malawi**, **Nigeria** et **Mozambique**) ou par la coordination d'un comité technique rattaché au programme RAcE (p.ex. **Niger**). Le degré de décentralisation de la gouvernance des services de santé varie d'un pays du programme à l'autre. Dans les pays fortement décentralisés (**RDC** et **Nigeria**), les structures de coordination sous-nationales de l'iCCM étaient dirigées par le ministère de la santé de la province ou de l'État. Dans les autres pays, des réunions conjointes de micro-planification ont été coordonnées et facilitées par les ministères de la santé avec l'appui technique des WCO et des ANE chargés de la mise en œuvre.

### ***Participation de la communauté à la conception et à la planification des programmes RAcE***

75. Tous les programmes RAcE ont été conçus au niveau national en consultation avec les structures décentralisées du ministère de la santé. La participation de la communauté à la planification et à la conception des programmes ne faisait pas partie de la conception de l'Initiative RAcE. Les communautés ont été sélectionnées après le processus de conception. Les communautés ont participé à la planification des programmes RAcE de quatre façons :

- Dans tous les programmes, sauf au **Malawi**, les autorités du village ou les assemblées du village ont géré l'identification des ASC selon des critères de sélection définis au niveau national. L'identification des ASC visait à rallier les leaders communautaires et à améliorer l'acceptation des ASC, ce qui a été réalisé dans les cinq programmes où elle a été pratiquée (voir Tableau 3).
- Dans tous les programmes, sauf au **Niger**, des comités de santé communautaire ont été mis en place ou relancés pour appuyer la mise en œuvre des activités de l'iCCM. Les comités ont contribué à la planification et à la revue des activités de l'iCCM. Des femmes étaient représentées dans les comités dans tous les pays, mais il n'existe pas de preuves concluantes sur la qualité et la mesure de la participation des comités aux programmes de l'iCCM.
- Dans tous les programmes, les ASC (en tant que représentant communautaire de l'iCCM) ont contribué à la planification opérationnelle par la soumission des rapports, les prévisions pour l'approvisionnement, et le partage des défis et des difficultés avec les superviseurs des établissements de santé.
- Dans certains cas, les représentants communautaires ont également participé aux comités des zones de santé (par exemple, le COGES au **Niger**) ou aux équipes chargées de la disponibilité des produits de santé et de district (au **Malawi**) qui sont responsables pour la planification de l'approvisionnement en médicaments et intrants au niveau des districts sanitaires.

## **DOMAINE D'INVESTIGATION 2**

---

76. Dans ce domaine d'investigation, on a évalué la contribution de l'Initiative RAcE à la mise à l'échelle de l'iCCM et à l'augmentation de la couverture des services de diagnostic, de traitement et de référence. Ce domaine inclut les questions d'évaluation quatre à neuf.

#### QUESTION D'ÉVALUATION 4

**Dans quelle mesure les programmes RAcE ont-ils contribué à renforcer la capacité du gouvernement et des prestataires de soins de santé à fournir et à surveiller les services iCCM pour les enfants de moins de cinq ans au niveau du district, de l'État/région et au niveau national ?**

Les programmes RAcE ont contribué à augmenter la capacité des gouvernements et des prestataires de soins de santé à fournir des services iCCM par la revue et l'élaboration d'outils, de normes et de lignes directrices pour diagnostiquer et traiter les maladies qui affectent les enfants de moins de cinq ans dans tous les pays.

Les programmes RAcE ont contribué à renforcer les capacités du personnel de santé et des fonctionnaires du gouvernement en matière de suivi des services iCCM. Des systèmes de rapportage et de suivi ont été mis en place (RDC, Niger, Nigeria) ou renforcés (Malawi, Mozambique). La qualité des données s'est améliorée et l'intégration des données produites par les communautés dans le système national d'information sanitaire a été réalisée au Malawi et, dans une certaine mesure, au Mozambique, au Niger et en RDC. Il y a peu de preuves que l'application mHealth pilotée au Malawi et au Niger ait contribué à l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des données, alors que le projet pilote mHealth au Malawi a documenté des améliorations dans la qualité des soins.

#### ***La contribution du RAcE à l'augmentation de la capacité de prestation des services iCCM***

77. Il existe des preuves que tous les programmes RAcE ont contribué à une augmentation notable de la capacité des gouvernements et des prestataires de soins de santé à fournir des services iCCM. La maturité des programmes iCCM dans les cinq pays différait au début de l'Initiative RAcE, ce qui a influencé les stratégies utilisées et les progrès réalisés.

78. Avant la mise en place des deux programmes RAcE au **Nigeria**, le pays n'avait pas de politique ou de lignes directrices nationales pour l'iCCM. De nouvelles lignes directrices et de nouveaux outils ont été élaborés et adoptés par le ministère fédéral de la santé, qui a dirigé le processus et promu l'adoption à l'échelle nationale. La province du Tanganyika en **RDC**, ayant été nouvellement créée en 2015, le ministère provincial de la santé avait besoin d'un appui important pour mettre en œuvre les lignes directrices nationales de l'iCCM. Le programme RAcE a développé de nouveaux registres, matériels et outils de formation et rapportage et les a testés à travers de recherches opérationnelles. Ces recherches ont confirmé des améliorations majeures dans la qualité des services et des données, et ont appuyé son introduction à l'échelle de la province. L'adoption des nouveaux outils à l'échelle nationale était encore en discussion au moment de la mission d'évaluation.

79. Au **Niger** et au **Mozambique**, les agences de mise en œuvre ont fourni un appui technique pour la révision des outils existants et la validation des lignes directrices et des outils de formation. De nouveaux protocoles ont été élaborés, par exemple sur la gestion des stocks et le contrôle du gaspillage des médicaments au Mozambique. Les outils, lignes directrices et protocoles élaborés avec l'appui du programme RAcE ont été adoptés à l'échelle nationale dans les deux pays sous la direction des ministères nationaux de la santé.

80. Au **Malawi**, la plupart des outils et des matériels de formation existaient déjà et ont été adoptés par le programme RAcE. Le programme a toutefois appuyé la révision des politiques et des lignes directrices, en particulier pour le changement de l'antibiotique de première ligne pour le traitement de la pneumonie, qui est passé du cotrimoxazole à l'amoxicilline, et pour l'introduction des tests TDR pour le paludisme. Conformément à ces changements, le programme a également appuyé les révisions du programme de formation et les outils de supervision et de monitorat.

## *L'implication des ministères de la santé dans le suivi et l'évaluation*

81. Les programmes RAcE ont contribué à renforcer les capacités des ministères de la santé en matière de suivi des services iCCM. Des outils de collecte de données et indicateurs ont été développés (**Nigeria, Niger, RDC**) ou révisés (**Mozambique, Malawi**), et les ASC et les superviseurs ont reçu une formation et des outils pour améliorer le rapportage dans tous les pays. Au **Malawi** et au **Mozambique**, des sessions de formation supplémentaires sur l'analyse et l'utilisation des données ont été organisées pour le personnel de santé. L'appui au S&E au niveau central/national a été fourni grâce au détachement d'un (**Malawi**) ou de deux (**Mozambique**) membres du personnel de S&E à plein temps.

82. Des systèmes fonctionnels de rapportage et de suivi ont été mis en place (**Niger, RDC, Nigeria**) ou renforcés (**Malawi, Mozambique**) pour collecter des données auprès des ASC par des superviseurs des établissements de santé aux niveaux du district, de la zone, de la province ou du gouvernement local. L'équipe d'évaluation a revu les registres et les formulaires de rapportage utilisés par les ASC dans tous les pays, ainsi que le flux de données et les mécanismes d'agrégation des données aux premiers niveaux administratifs. Des audits répétés sur la qualité des données ont été effectués par l'ICF dans tous les pays. Ils documentent que les problèmes de qualité des données identifiés au cours de la première année du programme ont été résolus et que la qualité des données s'est améliorée dans tous les programmes. Le flux de données de ces premiers niveaux administratifs vers le niveau supérieur suivant était inégalement fonctionnel dans tous les pays. Il a bien fonctionné au **Malawi** et au **Mozambique**, mais pas encore automatiquement au **Niger**, où la base de données iCCM était gérée par le ministère provincial de la santé. L'intégration des données des ACS dans la base de données dépendait toutefois de l'appui financier et technique apporté aux districts sanitaires par World Vision (WV). Au moment de l'évaluation, les bases de données de l'iCCM en **RDC** et au **Nigeria** étaient encore gérées par les partenaires du programme RAcE qui les partageaient avec le ministère de la santé de la province ou de l'État.

83. Dans tous les pays des preuves existent que la qualité des données s'est améliorée. La révision et la simplification des registres, la supervision régulière et les revues conjointes des données de suivi ainsi que les évaluations de la qualité des données menées avec l'appui de l'ICF ont contribué à améliorer la qualité des rapports. Au **Malawi**, une application mobile (mHealth) a été mise à l'essai pour améliorer la qualité du diagnostic et du traitement et réduire la probabilité d'erreur humaine lors de l'application de l'algorithme iCCM. L'application a été développée par D-Tree International, un partenaire du consortium SC. L'application guide les ASC dans l'évaluation des enfants malades et envoie les données à une base de données centrale contrôlée par D-Tree. Cela a permis aux gestionnaires de programme de faire un suivi auprès des ASC qui ne soumettent pas de données, qui font des erreurs ou qui éprouvent des difficultés. Une évaluation menée par l'ICF en 2017 a révélé que la disponibilité et l'exhaustivité des données collectées à travers des registres et des formulaires de résumé mensuel en version papier au niveau des sites de soins communautaires étaient meilleures que les données collectées à travers de l'application mHealth. Cependant, les ASC qui utilisent mHealth avaient tendance à évaluer plus souvent les enfants malades selon le protocole iCCM que ceux qui utilisent des outils papier, et plus de 80% des ASC qui utilisent l'application mHealth classent correctement les enfants malades dans toutes les maladies courantes et les signes de danger, comparativement à 58% de ceux qui utilisaient des outils papier. [11] Dans un autre projet pilote mHealth au **Niger**, l'application était utilisée par les ASC, en plus des rapports en version papier. Les données n'étaient accessibles qu'à WV et n'étaient pas partagées avec le ministère de la santé. Au **Mozambique**, le Malaria Consortium (MC) a piloté une application mHealth, mais pas avec le soutien financier du programme RAcE. Le feedback sur la qualité des données a été positif et l'application est en cours d'extension pour inclure des modules supplémentaires. L'application est en cours de déploiement dans d'autres provinces avec l'appui de l'UNICEF.

### ***La contribution du RAcE au développement de systèmes d'information sanitaire au niveau communautaire***

84. Les données au niveau communautaire ont été utilisées aux niveaux des districts et des provinces pour la prise de décision, en particulier au **Malawi** et au **Mozambique** et, dans une certaine mesure, en **RDC**, au **Niger** et au **Nigeria**. L'utilisation des données par le ministère de la santé au niveau central/national a également été signalée au **Malawi**, au **Mozambique** et au **Niger**. L'intégration des données produites au niveau communautaire dans le système national d'information sanitaire a été pleinement réalisée au **Malawi** et en partie au **Mozambique**, où seules les données sur le paludisme ont été intégrées, mais pas grâce à une contribution du programme RAcE. Au **Niger**, seules les données du niveau communautaire du programme RAcE ont été intégrées avec l'appui des partenaires RAcE. Il est peu probable que cela perdure après la fin du programme. En **RDC**, il existe un module de saisie de données pour le DHIS2 en ligne, mais au moment de l'évaluation, aucune donnée n'avait été saisie. Au **Nigeria**, les partenaires de la santé se sont mis d'accord sur une liste d'indicateurs pour les données au niveau communautaire, mais ils ne sont pas encore intégrés dans la plate-forme nationale DHIS2. Le système national d'information sanitaire du **Niger** est le seul des cinq à inclure des données désagrégées par sexe pour les enfants de moins de cinq ans.

#### **QUESTION D'EVALUATION 5**

**Dans quelle mesure les programmes RAcE ont-ils contribué à l'amélioration durable de l'approvisionnement en médicaments et des intrants essentiels pour le traitement de première ligne du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie infantiles ? Dans quelle mesure les ruptures de stock ont-elles affecté l'efficacité des programmes RAcE ?**

Les programmes RAcE ont contribué à renforcer les capacités nationales de gestion des stocks et de distribution de médicaments et des intrants essentiels pour le traitement de première ligne du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie infantiles en RDC et au Nigeria. Les preuves d'une capacité accrue sont limitées au Malawi, au Mozambique et au Niger.

Différents mécanismes pour un approvisionnement régulier et en temps opportun de médicaments et des intrants essentiels pour les ASC ont été utilisés avec différents niveaux d'efficacité : les programmes au Niger et au Nigeria ont connu peu de ruptures de stock jusqu'en 2017, année à partir de laquelle de plus en plus de ruptures dans l'approvisionnement ont été signalées. L'approvisionnement ininterrompu n'a pas été atteint en RDC, mais la disponibilité a été rapportée mieux que dans les sites iCCM non appuyés par le programme RAcE. Ce n'est qu'au Malawi qu'un système parallèle d'achat et d'approvisionnement a été utilisé tout au long de la période du programme ; le programme a connu quelques ruptures de stock d'intrants essentiels au cours de la troisième année. Au Mozambique, l'UNICEF, le PMI et le Fonds Mondial étaient chargés d'appuyer la gestion des approvisionnements et des achats en intrants iCCM. Un approvisionnement ininterrompu en intrants n'a cependant pas été réalisé.

Tandis que l'utilisation de l'artésunate rectal a été incluse dans tous les protocoles nationaux de l'iCCM, ce traitement n'a été fourni qu'aux ASC de la RDC, du Malawi et du Mozambique et a souffert de ruptures de stock prolongées.

### ***La contribution à la capacité nationale de gestion des approvisionnements et des achats***

85. Le programme RAcE a contribué à renforcer les capacités nationales en gestion des approvisionnements et des achats (GAA) de médicaments et d'intrants essentiels pour le traitement de première ligne du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie infantiles en **RDC** et au **Nigeria**. En **RDC**,

le programme a transféré, par un processus graduel, toutes les fonctions de GAA à la pharmacie provinciale qui a exécuté toutes les fonctions de GAA depuis 2016. Dans l'**État d'Abia**, un système de GAA a été mis en place avec l'appui de Crown Agents et transféré au secteur public en 2015. Dans l'**État du Niger**, le ministère de la santé de l'État était responsable de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, tandis que les achats étaient encore facilités par MC au moment de l'évaluation.

86. Au **Malawi**, les parties prenantes ont convenu de mettre en place un système parallèle d'achat, de stockage et de distribution pour le programme RAcE à cause de la capacité limitée de Central Medical Stores Trust (la centrale de médicaments du Malawi). Selon les informateurs clés, cela a contribué à améliorer la disponibilité des médicaments et des intrants essentiels dans les districts appuyés par le programme RAcE. Le système parallèle ne s'est toutefois pas poursuivi après la fin du programme. Au niveau périphérique, le programme a contribué à la revitalisation des équipes chargées de la disponibilité des intrants dans les districts afin de surveiller la disponibilité des médicaments au niveau communautaire et de discuter des solutions aux défis de la chaîne d'approvisionnement pour des intrants iCCM. Les ASC et les superviseurs ont été formés à l'utilisation de cStock, un système d'information de gestion logistique par SMS utilisé pour déterminer les quantités pour le réapprovisionnement des intrants iCCM.

87. Les preuves d'une capacité augmentée de gestion de la chaîne d'approvisionnement à la suite du programme RAcE ont été limitées au **Mozambique** et au **Niger**. Pour améliorer la quantification, la planification et la gestion des stocks, certaines formations et un soutien technique ont été fournis. Le système national d'approvisionnement et de distribution de médicaments au **Mozambique** a utilisé un système 'push' pour l'approvisionnement des provinces en médicaments et intrants essentiels dans deux kits standardisés (Kit AL pour les intrants antipaludiques et Kit C pour les autres). Les partenaires du programme RAcE ont appuyé la distribution du Kit C et le Fonds Mondial et le PMI la distribution du Kit AL, mais la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement jusqu'au niveau du district a été soutenue par l'UNICEF pour le Kit C et par le Fonds Mondial et le PMI pour le Kit AL et n'était pas dans le mandat du programme RAcE. Au **Niger**, World Vision a signé un protocole d'accord avec l'autorité nationale des médicaments pour la mise à disposition de médicaments iCCM au niveau du district et a assuré la distribution au niveau de l'établissement de santé jusqu'en mars 2017. Depuis lors, la distribution est gérée par les districts. Le renforcement des capacités de gestion des stocks au niveau des établissements de santé n'a pas été maintenu. Comme ces établissements ont connu un taux de rotation élevé du personnel, l'équipe d'évaluation a noté peu de signes d'amélioration de la capacité au cours des entretiens.

88. Différents systèmes de suivi étaient en place pour suivre le niveau des stocks disponibles auprès des ASC. En **RDC**, au **Niger** et au **Nigeria**, les ASC ont soumis des rapports mensuels sur les stocks qui ont été utilisés pour calculer les quantités de réapprovisionnement. Dans l'**État d'Abia**, les données obtenues de la base de données du registre des traitements comprenaient également le nombre d'enfants qui n'ont pas pu être traités en raison de ruptures de stock. Au **Malawi**, le réapprovisionnement a été calculé sur la base des rapports mensuels des niveaux de stocks envoyés par les ASC par SMS et saisis dans l'application cStock au niveau national. Les intrants pour les ASC étaient envoyés aux établissements de santé, d'où les ASC récoltaient leurs intrants. cStock ne contrôlait pas les stocks disponibles pour les ASC au niveau de l'établissement de santé, et les intrants des ASC étaient souvent utilisés par le personnel des centres de santé. Au début du programme, les ASC de l'**État du Niger** étaient approvisionnés par un système 'push' qui a été remplacé par un système 'pull' à la fin de la première année. Au **Mozambique**, les médicaments étaient encore fournis par un système 'push'. Le programme RAcE a soutenu la révision d'un formulaire de consommation de médicaments et son déploiement en 2016, mais il a été jugé trop tardif pour apporter des changements au cours de la

période du programme RAcE. L'équipe d'évaluation a observé que les ASC d'Inhambane recevaient des médicaments en fonction du nombre de traitements fournis, mais que les quantités de produits livrés du niveau central au niveau provincial restaient fixes pour toutes les provinces.

89. Dans la plupart des pays, les ASC ont stocké les médicaments dans des malles de stockage spécifiques. La qualité des malles variait d'un pays à l'autre, des malles de bonne qualité étant observées en **RDC**, au **Niger**, au **Malawi** et dans l'**État du Niger**. Les malles de stockage observées dans l'**État d'Abia** étaient de mauvaise qualité. Au **Mozambique**, les ASC se sont plaints du manque de lieux de stockage adéquats dans leurs maisons. En réponse, l'OMS a développé un modèle de malle de stockage à faible coût et a acheté 300 boîtes pour Inhambane et Manica en 2016. Au moment de l'évaluation, des malles de stockage ont été achetées pour toutes les provinces avec l'appui de l'UNICEF.

### *L'incidence et les effets des ruptures de stock*

90. Un approvisionnement ininterrompu en médicaments et intrants essentiels a été réalisé au **Niger** où les ruptures de stock ont été minimales jusqu'en octobre 2017. Depuis lors, des ruptures de stocks de SRO/zinc et d'amoxicilline ont été signalées par les ASC malgré leur disponibilité au niveau des districts. Dans l'**État du Niger**, peu de ruptures de stock ont été enregistrées jusqu'en septembre 2017. Au cours du dernier trimestre de 2017, la majorité des CORP étaient en rupture de stock d'ACT et de nombreux autres médicaments. Dans l'**État d'Abia**, des pénuries de médicaments ont été enregistrées entre mai et août 2016 et entre septembre et novembre 2017, principalement des ACT. Bien qu'ils aient touché moins de deux pour cent des enfants vus par les CORP entre 2014 et 2017, ils ont été mentionnés dans tous les entretiens avec des informateurs clés et les discussions de groupe, et ont coïncidé avec des diminutions relativement importantes dans la recherche de soins.

91. Au **Malawi**, l'offre des intrants est restée stable pendant la majeure partie de la période de mise en œuvre du programme. La disponibilité moyenne de l'ensemble des six produits clés sur l'ensemble de la période du programme était supérieure à 90%. Au cours de la troisième année, cependant, la disponibilité de quatre produits a posé des défis : 24% des ASC ont déclaré des ruptures de stock d'amoxicilline, 11 et 16% des deux formulations d'ACT, et 14% des SRO. Les informateurs clés ont signalé des niveaux de rupture de stock plus élevés depuis la fin du programme RAcE en septembre 2017.

92. Un approvisionnement ininterrompu en intrants essentiels n'a pas été réalisé en **RDC**. Les informateurs clés ont toutefois indiqué que la disponibilité des médicaments dans les sites iCCM soutenus par le programme RAcE était comparable ou supérieure à celle des sites iCCM dans les autres provinces. Plus de 50% des ASC ont connu des ruptures de stock d'amoxicilline sur une période de sept mois en 2014, et de nouveau sur une période de cinq mois en 2016. En excluant artesunate rectal, le nombre moyen d'ASC qui, jusqu'en septembre 2017, ont déclaré qu'ils avaient tous les intrants en stock à la fin de chaque mois était de 79% (86% pour les médicaments contre la diarrhée, 85% pour les médicaments contre le paludisme et 64% pour l'amoxicilline).

93. Au **Mozambique**, l'approvisionnement ininterrompu en médicaments et intrants essentiels n'a pas été assuré. Les ruptures de stock de Kit C (tous les intrants sauf pour le paludisme) ont été fréquentes en 2013 et 2014, mais ont diminué en 2015 et ont été minimales en 2016. Les ruptures de stock de Kit AL (intrants antipaludiques) ont été fréquentes, en particulier en 2014, 2015 et 2016. Les ASC ont rapporté des ruptures de stock allant d'un à trois mois, surtout pour le Kit AL. Les communautés et les ASC se sont plaints de l'absence fréquente de médicaments. Soutenir l'achat et la livraison des kits au niveau du district n'entraîne pas dans le mandat du programme RAcE. L'UNICEF a soutenu la GAA pour le Kit C, et le Fonds Mondial et le PMI conjointement pour le Kit AL.

94. L'approvisionnement d'artesunate rectal pour le traitement pré-transfert des enfants affectés de paludisme grave a été inclus dans tous les algorithmes nationaux iCCM et a également été inclus dans la formation des ASC dans tous les programmes RAcE. Cependant, jusqu'en juin 2017, il n'y avait pas de fournisseur pré-qualifié par l'OMS et le médicament ne pouvait donc être acheté que par des mécanismes parallèles ou par des partenaires internationaux comme en **RDC**, au **Malawi** et au **Mozambique**. L'artesunate rectal n'a jamais été approvisionné au **Niger** et au **Nigeria**. Tous les programmes ont connu des périodes prolongées de rupture de stock de ce médicament en raison de problèmes d'approvisionnement complexes.

### **QUESTION D'ÉVALUATION 6**

**Dans quelle mesure et comment les programmes RAcE ont-ils contribué à augmenter l'ampleur, la couverture et la qualité des services de santé infantile fournis par les ASC aux populations avec accès difficile ?**

Il y a des preuves que les programmes RAcE ont contribué à augmenter la disponibilité des services de santé infantile dans tous les pays. Les groupes communautaires dans tous les zones couvertes par le programme, à l'exception du Malawi, ont indiqué qu'ils étaient satisfaits de la disponibilité et de l'accessibilité des services iCCM.

Les mécanismes de formation et de supervision appuyés par les programmes RAcE ont contribué à l'amélioration de la qualité des services fournis par les ASC. Les systèmes de supervision ont été efficaces et les ASC jugent systématiquement la supervision comme importante, sauf au Malawi où tous les ASC n'ont pas jugé la supervision utile. Une fréquence réduite de supervision a été observée dans les pays où les programmes avaient déjà pris fin au moment de l'évaluation.

Les programmes RAcE ont contribué à améliorer la qualité des services de santé communautaire. Tous les gardiens des enfants interrogés dans les discussions de groupe considèrent que les services prestés par les ASC sont de bonne qualité. Cependant, les enquêtes initiale et finale au Malawi documentent une détérioration de la confiance de la communauté dans la qualité des services iCCM. Les enquêtes font état d'une augmentation du traitement de la diarrhée par les SRO et le zinc dans toutes les zones couvertes par le programme, à l'exception du Malawi. L'utilisation des tests de diagnostic sanguin du paludisme a augmenté partout sauf au Mozambique. L'expansion des services iCCM est probablement la cause de ces augmentations.

Des systèmes de référence étaient en place ou établis dans tous les programmes. Ils ont été utilisés de manière appropriée au Malawi, au Mozambique et au Niger et, dans une moindre mesure, en RDC et au Nigeria. Bien que enquêtes finales aient fait état de niveaux élevés de respect des conseils de référence, les données du registre et les entretiens avec les informateurs clés indiquent que ces rapports étaient biaisés et que le taux de respect des conseils de référence était beaucoup plus faible.

Il n'y a aucune preuve de l'efficacité du paquet de services de santé maternelle et néonatale qui a été ajouté aux services iCCM dans un district du Malawi. Bien que les communautés aient apprécié le soutien des ASC pendant la grossesse et après l'accouchement, les objectifs de couverture prévus n'ont pas été atteints.

### ***La mobilisation, la motivation et la satisfaction des ASC***

95. Il est prouvé que les programmes RAcE ont contribué à l'augmentation du nombre d'ASC formés en iCCM et motivés, ainsi qu'à une plus grande disponibilité des services de santé infantile dans tous les pays. Les programmes RAcE ont appuyé la formation de 8 865 ASC. Après cinq ans de mise en œuvre, 7 407 ASC prestent des services iCCM à environ 1 895 619 enfants de moins de cinq ans et on a

comptabilisé près de huit millions de consultations au cours de la période de mise en œuvre du programme.

**Tableau 5. ASC formés et actifs**

Programme	Nombre d'ASC formés	Nombre d'ASC formés actifs (date de rapportage)	Nombre estimatif d'enfants concernés
DRC	1 866	1 220 (Oct. 2017)	154 000
Malawi	1 192	995 (Oct. 2017)	427 831
Mozambique	1 445	1 344 (Mar. 2017)	719 444
Niger	1 313	1 277 (Mar. 2017)	230 833
Nigeria, État d'Abia	1 351	1 155 (Nov. 2017)	202 998
Nigeria, État du Niger	1 692	1 251* (Oct. 2017)	161 513
<b>TOTAL</b>	<b>8 865</b>	<b>7 407</b>	<b>1 896 619</b>

Sources : Les derniers rapports disponibles de l'agence de mise en œuvre et les rapports d'évaluation finale de l'ICF,

\* Le nombre n'a pas pu être confirmé par l'équipe d'évaluation. Une analyse de la base de données MC a montré qu'en moyenne seulement 971 ASC ont soumis des rapports mensuels au cours du dernier semestre de 2017

**Tableau 6. Nombre de consultations (nouveaux cas) par ASC appuyé par le programme RAcE**

Programme	Filles	Garçons	Total	De	A	Source
DRC	703 987	702 494	1 406 481	Jan-14	Sep-17	Base de données IRC *
Malawi**	N/A	N/A	2 243 476	Avr-13	Sep-17	Rapport final SC
Mozambique	N/A	N/A	1 578 418	Avr-14	Dec-16	Base de données MC/SC *
Niger	N/A	N/A	992 301	Jan-13	Dec-17	Base de données WV *
État d'Abia	481 024	458 589	939 613	Nov-14	Nov-17	Base de données SFH *
État du Niger	199 541	224 412	423 953	Oct-14	Nov-17	Base de données MC*
<b>TOTAL</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>7 584 242</b>			

Sources : \* Dernière version de la base de données disponible au moment des missions d'évaluation.

\*\* Pour le Malawi, le nombre de consultations n'était pas disponible. Il s'agit ici du nombre de traitements, qui compte deux fois le nombre d'enfants traités pour deux maladies ou plus et ne compte pas les enfants référés et les enfants qui souffrent de fièvre ou d'infection des voies respiratoires qui n'ont pas été traités avec des ACT ou des antibiotiques

96. Le Tableau 5 montre le nombre d'ASC actifs selon les informations les plus récentes dont dispose l'équipe d'évaluation. Le Tableau 6 montre le nombre total de consultations figurant dans les bases de données des ANE de mise en œuvre qui couvrent presque entièrement, mais pas totalement la période de mise en œuvre. Les données des deux tableaux permettent un calcul qui suggère que le nombre d'enfants malades vus chaque mois par les ASC dans les zones couvertes par le programme RAcE varie de neuf dans l'**État du Niger** à 43 au **Malawi**. Ceci est, cependant, trompeur. Dès le début du programme RAcE, le **Mozambique** et le **Malawi** avaient mis en place des programmes de prestation de services iCCM actifs. Leur charge de travail mensuelle moyenne de 43 cas au **Malawi** et de 37 au **Mozambique** est probablement une estimation correcte, mais les chiffres ne sont pas strictement comparables parce qu'ils concernent les consultations au **Mozambique** et les traitements au **Malawi**. Les quatre autres programmes ont démarré lentement avec une augmentation progressive du nombre d'ASC formés. L'utilisation du nombre d'ASC actifs à la fin des programmes comme dénominateur sous-estime donc fortement le taux moyen de consultation.

97. Comme déjà mentionné, tous les enfants vus par les ASC n'avaient pas accès aux soins de santé avant le début du programme RAcE. Au **Malawi** et au **Mozambique**, les services iCCM étaient déjà fournis dans certaines zones couvertes par le programme, et les programmes étaient principalement axés sur l'amélioration de la qualité des soins. Bien que dans tous les programmes, les enquêtes initiale

et finale ont montré une augmentation significative de la recherche de soins auprès des ASC (voir Tableau 3), la proportion d'enfants qui ont reçu des soins d'un prestataire approprié (tel que défini précédemment) n'a pas augmenté au **Malawi** et au **Mozambique**, et seulement dans une faible mesure dans l'**État d'Abia** (voir Tableau 4). Cela indique qu'il y a eu un déplacement de la recherche de soins des autres prestataires de soins de santé vers les ASC formés en iCCM. Cela n'était pas nécessairement lié à la distance géographique et peut également avoir été motivé par la facilité d'accès, le coût, la perception de la qualité ou un plus grand confort interpersonnel dans les relations avec les ASC plutôt qu'avec les infirmiers(ières) dans les établissements de santé.

98. Les ASC sont considérés comme des bénévoles, sauf au Malawi où ils sont employés par le ministère de la santé. Les stratégies de motivation variaient d'un pays à l'autre, y compris les incitations financières (un salaire au **Malawi**, des rémunérations convenues à l'échelle nationale au **Niger** et au **Mozambique**, une prime de transport au **Nigéria** qui était toutefois conditionnelle à la participation à des réunions dans l'**État du Niger**), une formation de recyclage et une supervision régulière. En **RDC**, les primes de transport antérieures ont été remplacées par la mise en disposition d'une bicyclette. Au **Nigéria**, il n'existait pas de politique nationale précisant les niveaux et les modalités des rémunérations ou des remboursements de dépenses. Dans l'**État d'Abia**, les ASC ont reçu une prime de transport mensuelle qui, selon les ASC interrogés, était largement insuffisante, mais cela n'a pas affecté leur niveau élevé de motivation. Dans l'**État du Niger**, les changements apportés aux procédures de paiement des primes de transport ont contribué à la démotivation des ASC, comme le reflète la réduction du nombre de données mensuelles soumises dans les discussions de groupe. En **RDC**, au **Malawi**, au **Nigeria** et au **Niger**, les programmes ont activement mobilisé les communautés pour fournir des incitations aux ASC. Les programmes en **RDC** et dans l'**État du Niger** ont cité des exemples de communautés qui ont construit des maisons pour les ASC (12 dans l'**État du Niger** et 2 en **RDC**). Une communauté de l'**État du Niger** a mis à disposition une moto pour l'ASC. Il s'agit cependant d'exemples isolés. Les ASC interrogés par l'équipe d'évaluation dans les deux programmes étaient unanimes pour déclarer que l'appui de la communauté était insuffisant et ne couvrait même pas le frais des piles pour les lampes torches qu'ils utilisaient pour examiner les enfants pendant la nuit. Le programme de l'**État du Niger** a analysé et documenté la mobilisation communautaire pour l'appui aux ASC et a présenté les résultats lors de la réunion de dissémination de RAcE à Abuja. Il est estimé une valeur des incitations en nature fournies par les communautés aux ASC de 121 000 dollars américains pendant la période de mise en œuvre de RAcE. [13]

99. Le taux de rotation des ASC variait entre 7% (dans l'**État d'Abia**, au **Mozambique** et au **Niger**) et 34% en **RDC**. Le déplacement en raison de la violence était l'une des principales causes de l'abandon en **RDC**, avec plusieurs ASC qui ont continué leur travail dans des camps de réfugiés internes. L'insécurité était également une raison d'abandon citée au **Mozambique**, l'insatisfaction à l'égard des incitations financières a été citée dans l'**État du Niger**, au **Niger** et au **Mozambique**, l'évolution de carrière au **Malawi** et le déménagement pour un mariage ou un emploi dans tous les programmes. L'approvisionnement régulier et ininterrompu en médicaments a été mentionné comme un facteur important qui motive les ASC à continuer à prêter des services ; il a été classé comme le facteur le plus important par les ASC dans toutes les discussions de groupe au **Nigeria**. Le prestige social, l'approbation de la communauté et la reconnaissance par le personnel de l'établissement de santé ont également été mentionnés par les ASC dans tous les programmes. Au **Mozambique** et au **Niger**, les hommes ASC ont mis en avant des incitations financières plus élevées alors que les femmes ASC considèrent que la disponibilité des médicaments est plus importante.

100. Dans les entretiens et les discussions de groupe au niveau communautaire, les gardiens des enfants ont indiqué que les ASC étaient facilement accessibles et presque toujours disponibles, sauf au

Malawi. En janvier 2017, seulement 51% des ASC du Malawi résidaient dans la zone qu'ils desservent et la grande majorité (83%) ne fournissent des services iCCM que deux jours par semaine dans les sites de soins communautaires. Les groupes communautaires du Malawi ont exprimé leur inquiétude au sujet de la disponibilité et des heures d'ouverture limitées des cliniques de village. Les informateurs clés dans l'**État du Niger** ont également mentionné que les ASC étaient souvent absents pendant la saison agricole.

101. Le programme RAcE en **RDC** a observé que tous les enfants vivant à plus de cinq kilomètres d'un établissement de santé ne pouvaient pas être atteints par l'iCCM. Certaines communautés de cette province peu peuplée étaient trop éloignées pour qu'il soit possible d'établir des sites iCCM, tandis que d'autres étaient inaccessibles pour des raisons de sécurité. Le programme a estimé qu'il a pu atteindre deux tiers des enfants avec un accès difficile aux services de santé. Au **Malawi**, le recrutement des ASC est de la responsabilité du ministère de la santé et le programme RAcE n'a donc pas contribué directement à l'augmentation de la couverture. Au **Mozambique**, la couverture universelle a été réalisée à Inhambane, où les ASC ont servi tous les districts avec en moyenne 2 000 personnes chacun, conformément à la politique nationale. La CSU était cependant loin d'être réalisée dans les trois autres provinces où un nombre considérable de communautés se trouvent dans des régions trop éloignées pour l'établissement de sites iCCM. Au **Niger**, la politique nationale stipule que chaque communauté devrait avoir deux ASC pour 300 personnes, mais chacun des 1 313 ASC appuyés par le programme RAcE a servi en moyenne une population d'environ 900 personnes. Au **Nigeria**, les points focaux iCCM des quatre gouvernements locaux interrogés par l'équipe d'évaluation ont exprimé le souhait d'un plus grand nombre d'ASC pour couvrir leur LGA, bien qu'il y ait des questions sur la définition des zones éligibles à l'iCCM dans l'**État d'Abia** où l'accès géographique aux services de santé n'est pas une limitation majeure.

### ***La formation et la supervision des ASC***

102. Il est prouvé que la formation et la supervision appuyées par les programmes RAcE ont contribué à l'amélioration de la qualité des services iCCM. Les programmes de formation des ASC ont été définis dans les lignes directrices nationales de l'iCCM qui ont été appliquées par les programmes RAcE dans tous les pays. Les matériels de formation étaient, pour la plupart, spécifiques à chaque pays et basés sur le programme de formation de six jours élaboré par l'OMS et l'UNICEF. [14] Le programme de formation des ASC au **Malawi** a été révisé avec l'appui des partenaires du RAcE pour inclure, par exemple, l'utilisation de tests de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme. La durée de la formation variait de six à dix jours en **RDC**, au **Niger** et au **Nigeria**. Au **Malawi**, un module de six jours de formation iCCM a été ajouté au cours de formation de base pour les ASC. Au **Mozambique**, cinq semaines de formation iCCM sont intégrées dans le cours de 4,5 mois pour les ASC. Les ASC interrogés étaient généralement satisfaits de la formation reçue et la jugeaient suffisante, mais au **Niger** et au **Malawi**, les ASC interrogés ont demandé davantage de formation de recyclage.

103. Des mécanismes de supervision formative ont été mis en place dans tous les pays du programme et ont contribué à améliorer la qualité des soins et la qualité des données. Les ASC étaient supervisés mensuellement dans leurs communautés par le personnel de santé d'établissements de santé et lors de réunions dans les établissements de santé. La supervision comprenait l'observation directe des traitements et la revue des registres. La fréquence était mensuelle, mais elle est devenue trimestrielle au **Mozambique** et dans certaines zones de santé du **Niger** dans la dernière phase du programme. Tous les superviseurs ont été formés et la plupart étaient équipés d'outils et de check-lists. Tous les programmes, à l'exception du **Malawi**, ont fourni des incitations financières et, dans certains cas, la mise à disposition aux superviseurs des bicyclettes, des motocyclettes ou des canoës. Il a également été

établi et mis en œuvre dans tous les pays des systèmes de supervision des superviseurs par les autorités de l'administration de la santé aux niveaux supérieurs et une supervision conjointe à tous les niveaux avec le personnel responsable du programme au niveau des partenaires de la mise en œuvre du programme RAcE.

104. Le profil et la formation des superviseurs étaient différents d'un pays à l'autre. En **RDC** et au **Mozambique**, les professionnels de la santé en charge des établissements de santé les plus proches étaient responsables de la supervision des ASC. Les superviseurs ont reçu une formation de recyclage et, de manière générale, les personnes interrogées étaient satisfaites de la qualité de la formation. Au **Malawi**, la supervision directe était assurée par des pairs plus expérimentés (assistants supérieurs de surveillance de la santé), ainsi que par des équipes conjointes du bureau de santé de district et de SC. Au **Nigéria**, la supervision a été assurée par le personnel de santé communautaire (agents de développement sanitaire communautaire) dans les deux programmes, avec un système de monitorat par le personnel clinique. Les aspects cliniques ont été abordés dans le cadre de séances régulières de monitorat menées dans les établissements de santé. Au **Niger**, la supervision a été assurée par les partenaires du programme RAcE au cours des deux premières années et a été confiée aux superviseurs des formations sanitaires à partir de mars 2017.

105. Des systèmes de supervision (calendriers de supervision, lignes directrices, outils et rapports) étaient en place dans tous les programmes observés par l'équipe d'évaluation. Les ASC interrogés ont systématiquement jugé que la supervision était importante et utile. Au **Malawi**, tous les ASC interrogés n'ont pas jugé utile la supervision des assistants supérieurs de surveillance de la santé, mais ils ont apprécié la supervision des bureaux de santé de district et de SC. Les ASC et les superviseurs interrogés au **Niger** et au **Mozambique** ont indiqué que la fréquence des visites de supervision a diminué depuis la fin du programme RAcE. Dans l'**État du Niger**, la supervision est passée de visites mensuelles sur place à des réunions de petits groupes d'ASC avec leurs superviseurs, puis de nouveau à des visites mensuelles sur place, mais l'irrégularité des rapports mensuels au cours de la dernière année du programme indique que ce changement n'a pas été pleinement mis en œuvre.

### ***La qualité des services par les ACS***

106. Tous les gardiens des enfants interrogés par l'équipe d'évaluation ont estimé que les services prestés par les ASC étaient de bonne qualité, alors que les gardiens des enfants participants aux discussions de groupe au niveau communautaire au **Mozambique** se sont plaints que les ASC n'avaient pas toujours tous les médicaments disponibles. Les enquêtes auprès des ménages menées par les programmes dans les zones où les services iCCM n'existaient pas avant le programme RAcE ont montré qu'entre 84 et 98% des gardiens des enfants qui ont consulté un ASC au cours des deux dernières semaines croyaient qu'ils fournissaient des services de bonne qualité. Les données de l'enquête initiale pour ces zones ne sont pas disponibles ou sont inexploitable à cause de très petits dénominateurs. Au **Mozambique** et au **Malawi**, cependant, où des données de l'enquête initiale étaient disponibles, la confiance des gardiens des enfants dans la qualité des soins fournis par les ASC n'a pas changé et a été globalement modérée entre 62 et 77%.

**Tableau 7. Proportion des gardiens des enfants qui croient que les ASC prestent des services de qualité**

Programme	Enquête initiale	Enquête finale	Signification statistique (p)
DRC	--*	96,0%	N/A
Malawi	67,7%	62,0%	N.S.
Mozambique	74,8%	76,7%	N.S.
Niger	--*	97,6%	N/A
Nigeria, État d'Abia	--*	84,0%	N/A
Nigeria, État Niger	--*	95,6%	N/A

Source : ICF (2017). *Rapports d'évaluation finale (tous les programmes), rapports d'enquête initiale à Abia et en RDC, et base de données d'enquête finale pour 33 clusters d'enquête avec des ASC actifs au Malawi.* \* Les dénominateurs au départ (enquête initiale) étaient trop petits pour calculer une proportion valable. N.S. = statistiquement non significatif à  $p < 0,01$  ; N/A = non disponible.

107. Les enquêtes initiale et finale ont également permis de collecter des données auprès des gardiens des enfants sur le diagnostic et le traitement que leurs enfants ont reçu de la part des ASC et de tout autre prestataire. Le diagnostic du paludisme et de la pneumonie nécessite des tests de diagnostic (TDR ou comptage de la fréquence respiratoire). Il n'est pas clair si les gardiens des enfants ont répondu à la question de l'enquête en fonction de leur perception de la maladie de l'enfant ou en fonction du diagnostic confirmé basé sur un test de paludisme positif ou un rythme respiratoire rapide. La faible valeur prédictive positive du dénominateur de la pneumonie dans les enquêtes auprès des ménages est bien connue. [12] Dans les situations où les TDR pour le paludisme venaient tout juste d'être introduits au niveau communautaire, cela s'appliquerait également au paludisme, bien que la situation puisse se stabiliser une fois que ces tests deviennent une routine à tous les niveaux de soins, y compris dans les pharmacies communautaires. Les seuls indicateurs d'enquête fiables qui reflètent la qualité des soins sont donc le traitement de la diarrhée par SRO + zinc et l'utilisation de tests sanguins dans l'évaluation des enfants avec fièvre.

**Tableau 8. Proportion d'enfants qui ont reçu un traitement approprié contre la diarrhée**

Programme	ORS + Zn par ASC			ORS + Zn par tout autre prestataire		
	Initiale	Finale	p	Initiale	Finale	p
DRC	--	49,5%	N/A	1,6%	52,9%	<0,01
Malawi	8,9%	13,7%	N.S.	19,8%	24,5%	N.S.
Mozambique	2,2%	22,6%	<0,01	8,1%	31,1%	<0,01
Niger	--	60,1%	N/A.	23,3%	64,4%	<0,01
État d'Abia	--	26,5%	N/A	6,4%	35,2%	<0,01
État Niger	--	66,3%	N/A	12,8%	74,0%	<0,01

Source : ICF (2017). *Rapports d'évaluation finale à l'exception du Malawi : base de données d'enquête finale pour 33 clusters d'enquête avec des ASC actifs*  
N.A. = non disponibles ; N.S. = statistiquement non significatif à  $p < 0,01$

**Tableau 9. Proportion d'enfants avec fièvre qui ont eu un test sanguin**

Programme	Test sanguin par ASC			Test sanguin par tout autre prestataire		
	Initiale	Finale	p	Initiale	Finale	p
DRC	--	90,5%	N/A	22,0%	75,8%	<0,01
Malawi	0%	61,2%	<0,01	32,2%	60,8%	<0,01
Mozambique	19,1%	51,2%	<0,01	43,9%	51,1%	N.S.
Niger	--	75,4%	N/A	20,6%	68,2%	<0,01
État d'Abia	--	77,3%	N/A	9,3%	41,0%	<0,01
État Niger	--	77,1%	N/A	33,9%	76,7%	<0,01

Source : ICF (2017). *Rapports d'évaluation finale à l'exception du Malawi : base de données d'enquête finale pour 33 clusters d'enquête avec des ASC actifs*

N.A. = non disponibles ; N.S. = statistiquement non significatif à  $p < 0,01$

108. Au départ, les ASC formés en iCCM étaient présents uniquement au **Malawi** et au **Mozambique**. Dans les deux programmes, ils ont augmenté de manière significative leur utilisation des TDR pour le paludisme, mais ce n'est qu'au **Mozambique** qu'ils ont augmenté leur utilisation de SRO + zinc pour le traitement de la diarrhée. Les données sur les soins reçus par les enfants dans tous les zones couvertes par le programme, quel que soit le prestataire de soins de santé, montrent une augmentation significative de l'accès aux tests sanguins antipaludiques partout sauf au Mozambique et au traitement par SRO + zinc partout sauf au Malawi. Les augmentations de ces deux indicateurs étaient généralement les plus importantes dans les zones de programme où il existait peu d'alternatives aux services iCCM, c'est-à-dire en **RDC** et dans l'**État du Niger**.

109. Le rapport d'activité annuel 2016 de l'OMS liste neuf évaluations de la qualité des soins (QoC selon abréviation anglaise) réalisées par les six programmes. L'équipe d'évaluation n'a toutefois pu obtenir que quatre rapports des ANE chargés de la mise en œuvre. Il s'agit de deux rapports d'études sur la qualité des soins par les partenaires de la mise en œuvre dans l'**État du Niger** [17] et au **Mozambique** [15], d'une version préliminaire du rapport d'étude de recherche opérationnelle de la **RDC** [16] et du rapport d'évaluation de l'intervention mHealth au **Malawi** [11]. La version préliminaire du rapport d'étude dans l'**Etat du Niger** a constaté qu'en 1 175 consultations observées, 50% des enfants étaient correctement classés et traités pour toutes les maladies. La performance était la plus élevée pour le traitement du paludisme (63%), 33% pour la diarrhée et 28% pour le traitement des infections respiratoires. Les données présentées dans la version préliminaire du rapport étaient encore en cours de revue au moment de l'évaluation. Au **Mozambique**, 48% des enfants ont été correctement traités ou référés (paludisme 76%, infections respiratoires 56%, diarrhée 22%). L'évaluation de mHealth au **Malawi** a rapporté que dans l'ensemble, les enfants souffrant de paludisme, de diarrhée ou de toux à respiration rapide recevaient des traitements corrects pour leurs maladies, quel que soit l'outil utilisé. L'amélioration des performances était corrélée à une formation plus récente. L'étude des nouveaux outils de formation et de rapportage en **RDC** a montré que le groupe qui utilisait les outils simplifiés fournissait des soins de qualité significativement meilleure que le groupe utilisant les outils standardisés, avec un score global de 55% pour le traitement correct ou la référence de tous les enfants (fièvre 69%, infection respiratoire 57%, diarrhée 65%). Le comptage correct de la fréquence respiratoire n'a pas été rapporté dans toutes les études, mais les entretiens de l'équipe d'évaluation avec les ASC et les superviseurs au **Nigeria** et en **RDC** ont confirmé les résultats d'une étude publiée au Malawi qui a montré que les ASC avaient des difficultés à compter correctement la fréquence respiratoire. [18]

110. Des systèmes de référence étaient en place dans tous les pays de mise en œuvre du programme et utilisés de manière appropriée au **Malawi**, au **Mozambique** et au **Niger** et, dans une moindre mesure, en **RDC** et au **Nigeria**. Au **Malawi**, dans l'**État d'Abia** et en **RDC**, les informateurs clés ont rapporté des

références inversées d'établissements de santé vers les ASC lorsque les établissements de santé étaient en rupture de stock ou lorsque les gardiens des enfants n'étaient pas en mesure de payer les frais de consultation.

111. Les enquêtes initiale et finale auprès des ménages ont fait état d'un niveau élevé de respect des conseils de référence par les gardiens des enfants dans tous les programmes. Toutefois, la revue des bases de données des ASC dans lesquelles cette information a été incluse, a montré que le taux de respect était inférieur à 30%. Les entretiens au niveau de la communauté et des établissements de santé suggèrent que les deux sources de données peuvent être biaisées, les enquêtes par des biais de réponse, et les bases de données des ASC par le fait que tous les enfants référés n'ont pas été suivis par les ASC. Parmi les principales raisons du non-respect des conseils de référence mentionnés dans les entretiens avec les gardiens des enfants, on peut noter la distance à parcourir pour se rendre à l'établissement de santé, les frais d'utilisation, la non-disponibilité des médicaments, le manque de confiance dans l'efficacité du traitement et l'accueil désagréable.

### ***L'impact de l'ajout d'un paquet visant la santé maternelle et néonatale***

112. Le premier projet à ajouter des soins maternels et néonataux communautaires (CBMNC selon l'abréviation anglaise) à l'iCCM a été mis à l'essai en 2007 au **Malawi**. Initialement, ce paquet de soins n'a pas été inclus dans la sous-subsvention de l'OMS pour la mise en œuvre du programme RAcE par SC mais a été ajouté en septembre 2014. Le paquet CBMNC a été révisé avec l'appui du programme RAcE et mis en œuvre dans un seul district appuyé par le programme RAcE (Ntcheu). 288 ASC et 52 superviseurs ont été formés à l'éducation sanitaire des femmes pendant la grossesse et la période post-partum et au suivi des nouveau-nés. Les ASC ont effectué en moyenne 12-13 visites à domicile par trimestre (contre un objectif de 66) ; 31% des femmes interrogées ont reçu au moins une visite à domicile pendant la grossesse (contre un objectif de >45%) ; et seulement 11% des mères post-partum ont reçu une visite d'ASC dans les trois jours suivant l'accouchement (contre un objectif de >30 %). Le manque de moyens de transport appropriés, l'accès limité des hommes ASC aux femmes enceintes et post-partum à domicile, les difficultés de planification des visites à domicile et un système inefficace de notification des naissances ont été cités comme les principales raisons de cette faible couverture. Le paquet CBMNC n'a pas été entièrement intégré dans le programme RAcE, et des systèmes parallèles ont été mis en place pour la supervision et la collecte de données. Les informateurs clés ont déclaré que le CBMNC n'a pas reçu l'attention requise pour une mise en œuvre adéquate et réussie. Le suivi de la mise en œuvre du paquet de services n'était pas inclus dans le contrat entre l'OMS et l'ICF, et n'était donc pas inclus dans le rapport final d'évaluation du programme élaboré par l'ICF. Bien que les résultats escomptés de l'intégration des soins maternels et néonataux dans le programme RAcE n'aient pas été atteints, d'autres partenaires de développement ont soutenu le CBMNC dans plusieurs autres districts et la mise en œuvre du programme a été prévue à l'échelle nationale.

## QUESTION D'ÉVALUATION 7

**La recherche opérationnelle menée dans le cadre des programmes RAcE a-t-elle produit de nouvelles connaissances sur la mise en œuvre de l'iCCM aux niveaux local ou national ?**

Dix études de recherche opérationnelle ont été menées dans le cadre de l'Initiative RAcE. Au moment de l'évaluation, les résultats (préliminaires) de seulement trois études avaient été disséminés et avaient contribué à la modification des politiques ou des programmes au Nigeria, au Malawi et en RDC.

**Tableau 10. Recherche opérationnelle menées par les programmes RAcE**

Programme	Thème de la recherche	Statut
DRC	Développement et mise à l'essai d'outils simplifiés et d'un programme amélioré pour l'iCCM	Complétée et disséminée
Malawi	Traitement de l'infection des nourrissons dans le district de Ntcheu	Complétée, résultats préliminaires disséminés
Mozambique	Charge de travail des APEs	Complétée, pas disséminée
	Comparaison de deux modèles de supervision formative	Complétée, pas disséminée
	Qualité de la prise en charge d'enfants malades assurée par les APEs	Complétée, pas disséminée
Niger	Conformité des RComs avec les protocoles de diagnostic et de traitement de la PCIME	Complétée, pas disséminée
	Étude de cas cliniques sur l'utilisation du smartphone par les RComs pour le diagnostic et le traitement des maladies infantiles dans l'ouest du Niger	Complétée, pas disséminée
État d'Abia	Efficacité de la supervision par les pairs des CORP	Complétée et disséminée
État du Niger	Efficacité de la supervision par les pairs des CORP	Pas complétée
	Prise en charge communautaire de la pneumonie grave	Pas complétée

*APE, RCom, CORP = abréviations pour ASC au Mozambique, Niger et Nigeria*

113. Les résultats de seulement deux études de recherche opérationnelle complétées ont été disséminés et ont éclairé des changements programmatiques. L'étude sur la supervision par les pairs dans l'**État d'Abia** n'a montré aucun avantage de la supervision par les pairs et a recommandé que les modèles et structures de supervision traditionnels ne soient pas remplacés. Cela a conduit à l'abandon des projets pilotes de supervision par les pairs dans les **États d'Abia** et du **Niger**. En **RDC**, une étude contrôlée des registres et des outils de formation simplifiés révisés a permis de documenter l'amélioration de la qualité des services et des données ainsi que l'amélioration de l'efficacité et la réduction du coût de la prestation des services iCCM. Les outils ont été adoptés par le ministère provincial de la santé et sont en cours de revue dans d'autres provinces et font l'objet de discussions au niveau national. Il y a également eu des demandes de renseignements et de communication des résultats provenant d'autres pays. Bien qu'ils ne soient pas encore achevés, les résultats préliminaires de la recherche opérationnelle sur le traitement des infections bactériennes graves dans les établissements de soins de santé primaires du **Malawi** ont été disséminés et ont éclairé la décision d'augmenter cette intervention pilote. La majorité des études de recherche opérationnelle étaient terminées au moment de la collecte des données pour l'évaluation, mais les rapports n'étaient pas encore disponibles pour l'équipe d'évaluation et les résultats n'avaient pas encore été disséminés, à l'exception de la présentation des études susmentionnées lors de la réunion de dissémination du programme RAcE à Abuja en octobre 2017.

## QUESTIONS D'ÉVALUATION 8 ET 9

**Quelle a été la contribution des programmes RAcE au renforcement de la participation communautaire et à leur inclusion dans les systèmes de santé ?**

**Dans quelle mesure les programmes RAcE ont-ils contribué à augmenter la satisfaction des communautés à l'égard des services de santé infantile fournis par les ASC ?**

Tous les programmes RAcE ont impliqué les leaders et les membres de la communauté dans les processus de prise de décision, mais le degré d'implication et de participation a varié. Les communautés ont participé à l'élection ou à la nomination des ASC dans tous les programmes, sauf au Malawi. Les comités de santé existants ont été revitalisés et soutenus en RDC, au Malawi, au Mozambique et au Nigeria, mais les preuves d'efficacité sont limitées.

Les preuves de l'efficacité des stratégies visant à encourager les communautés à soutenir les ASC ne sont pas concluantes, bien que des exemples de soutien communautaire aient été rapportés en RDC, au Malawi et dans l'État du Niger.

Des activités de mobilisation sociale et de sensibilisation ont été mises en œuvre dans tous les programmes. Les gardiens des enfants étaient bien conscients de la présence d'un ASC dans leur communauté et une grande majorité d'entre eux ont pu mentionner au moins deux services fournis, sauf au Malawi. Cependant, les connaissances des gardiens des enfants sur la cause du paludisme n'ont pas changé de façon significative.

Les groupes communautaires et les leaders communautaires ont systématiquement exprimé leur satisfaction à propos des services des ASC. Les gardiens des enfants ont classé les ASC comme premier point de contact pour la recherche de soins dans tous les programmes.

Les enquêtes finales auprès des ménages ont confirmé des glissements majeurs dans la recherche de soins vers les ASC au détriment de tout autre prestataire approprié. Ce changement était statistiquement significatif dans tous les pays, mais particulièrement élevé au Niger, dans l'État du Niger et en RDC et, dans une moindre mesure, dans les États d'Abia, du Mozambique et du Malawi.

### ***La participation et l'inclusion de la communauté dans les systèmes de santé***

114. Tous les programmes RAcE ont impliqué les leaders et les membres de la communauté dans les processus de prise de décision, mais le degré d'implication et de participation a varié. Les membres de la communauté ont désigné les ASC par élection en **RDC** et au **Mozambique**. Au **Niger** et au **Nigeria**, ils ont été nommés par les leaders locaux.

115. Parmi d'autres stratégies utilisées pour impliquer les membres de la communauté, on peut noter la revitalisation des comités de santé existants (**RDC, Malawi, Mozambique et Nigeria**) et la formation de leurs membres en activités de mobilisation communautaire. L'efficacité de ces stratégies n'est pas concluante. En **RDC**, les informateurs clés ont reconnu que la capacité des structures communautaires n'était pas suffisamment renforcée pour soutenir le fonctionnement des sites de soins communautaires. Au **Malawi**, 4 605 membres des structures communautaires existantes ont été formés à la sensibilisation et à la mobilisation communautaire, mais le suivi et le monitoring des activités de mobilisation ont été limités. De même, au **Mozambique**, les membres des comités de santé communautaire ont reçu une formation sur le dialogue communautaire et les activités de mobilisation communautaire, mais aucune donnée n'est disponible sur le nombre d'activités menées. Une évaluation qualitative menée par le Malaria Consortium au **Mozambique** a montré que les communautés qui ont reçu une formation avaient un degré plus élevé de participation communautaire. [19] Au **Nigeria**, les comités de développement des quartiers et les comités de santé communautaire ont été appuyés, et des réunions de sensibilisation ont été organisées, en particulier dans l'**État du Niger**. L'appui fourni par

les communautés aux ASC dans l'**État du Niger** a été, d'après les rapports, plus important que dans d'autres programmes. Cela n'a pas pu être confirmé lors des entretiens et des discussions de groupe menées au cours de la mission d'évaluation.

116. Différentes stratégies ont été utilisées par le programme RAcE pour encourager les communautés à soutenir les services iCCM dans leur communauté. Elles ont été quelque peu efficaces au **Nigeria**, d'une efficacité limitée au **Malawi** et en **RDC**, et très limitée au **Niger**. Au **Niger**, les chefs communautaires ont été impliqués dans la planification de la durabilité afin de plaider en faveur d'engagements à long terme pour soutenir les ASC avec des ressources matérielles ou financières et ont signé une déclaration écrite sur leur engagement à soutenir les ASC. De manière générale, les chefs de village étaient favorables, mais très peu de ressources matérielles ou financières ont été mobilisées. Les membres de la communauté étaient réticents à contribuer au soutien des ASC parce qu'il a été annoncé que les services iCCM étaient gratuits. En **RDC**, les ASC ont rapporté que de nombreux membres de la communauté croyaient qu'ils étaient payés pour leurs services et ne voyaient donc pas la nécessité de les soutenir. Ils ont cependant reçu la reconnaissance de leurs chefs de village. Dans l'**État du Niger**, Malaria Consortium a estimé le soutien en nature et financier communautaire aux ASC à 121 000 dollars américains sur la période totale du programme. [13] Les ASC interrogés ont confirmé un soutien en nature tel que l'assistance aux travaux agricoles et l'exemption des tâches et prélèvements communautaires et, dans une moindre mesure, le soutien matériel de leurs communautés, mais l'ont jugé insuffisant et insatisfaisant. La reconnaissance des ASC pour leurs services par les leaders communautaires a été mentionnée comme une forme importante de soutien communautaire dans les deux programmes au **Nigeria**. Les ASC interrogés dans l'**État d'Abia** ont indiqué qu'ils n'ont pas reçu de soutien matériel de leurs communautés, mais qu'ils ont reçu une reconnaissance, un statut et certains privilèges ce qu'ils considéraient comme des facteurs majeurs contribuant à leur motivation. Au **Malawi**, les membres des comités de santé de village ont participé à la gestion des stocks dans les cliniques de village par le biais d'un système de serrure double de la malle de médicaments et ont également été encouragés à soutenir la construction de maisons pour les ASC et les installations de traitement des déchets des cliniques de village, bien que sans contribution directe du programme RAcE.

### ***Les connaissances et la perception des gardiens des enfants des services iCCM***

117. Des activités de mobilisation sociale et de sensibilisation ont été organisées dans tous les pays, soit par l'intermédiaire d'organisations sous-contractées (**Nigeria, Mozambique**), de membres de la communauté formés (**Mozambique, Malawi**) ou d'ASC (**RDC, Mozambique, Niger**). Au **Nigeria**, des organisations communautaires ont été engagées pour avoir accès aux communautés. Cela a été largement efficace pour surmonter la lenteur initiale de l'adoption des services iCCM. Les activités de mobilisation sociale et d'éducation du public comprenaient des campagnes médiatiques, du matériel de promotion, des dialogues communautaires, des pièces de théâtre communautaire et d'autres activités de sensibilisation. Les partenaires de RAcE au **Mozambique** ont également lancé une campagne de communication sur le changement de comportement avec du matériel promotionnel et 10 dramatiques radiophoniques produites dans les langues locales. L'impact de la campagne n'a pas été évalué par le programme et n'a pas pu être confirmé par l'équipe d'évaluation. Des activités de sensibilisation ont également été menées en **RDC**, au **Malawi**, au **Mozambique** et au **Niger**, soit par des mobilisateurs communautaires formés, soit par les ASC. Au **Niger**, les gardiens des enfants interrogés et les ASC ont perçu la sensibilisation importante pour aider les gardiens des enfants à comprendre le travail des ASC, y compris ses limites, et pour aider les gardiens des enfants à adopter des pratiques de santé préventives. De nombreux autres programmes de santé ont également mené des activités de sensibilisation dans les domaines du programme RAcE.

118. Dans l'ensemble, les gardiens des enfants étaient bien conscients de la présence d'un ASC dans leur communauté (quoique dans une moindre mesure dans l'**État d'Abia**) et une grande majorité d'entre eux ont pu mentionner deux services curatifs fournis, sauf au **Malawi**. Cependant, les connaissances des gardiens des enfants sur la cause du paludisme n'ont pas changé de façon significative.

**Tableau 11. Indicateurs choisis des connaissances des gardiens des enfants**

Programme	Connaît la cause du paludisme			Connaît l'ACS formé en iCCM			Connaît 2 services fournis		
	Initiale	Finale	p	Initiale	Finale	p	Initiale	Finale	p
DRC	n/a	42,0%	N/A	10,4%	94,7%	<0,01	43,4%	77,5%	<0,01
Malawi	91,1%	83,6%	N.S.	92,4%	93,1%	N.S.	38,4%	35,0%	N.S.
Mozambique	67,4%	75,9%	N.S.	62,0%	93,4%	<0,01	49,2%	69,1%	N.S.
Niger	89,9%	84,8%	N.S.	1,0%	99,8%	<0,01	n/a	77,4%	N/A
État d'Abia	69,2%	70,8%	N.S.	2,1%	65,4%	<0,01	n/a	71,6%	N/A
État du Niger	61,2%	77,8%	N.S.	--	92,9%	N/A	14,3%	78,1%	<0,01

Source : ICF (2017). *Rapports d'évaluation finale à l'exception du Malawi : base de données d'enquête finale pour 33 clusters d'enquête avec des ASC actifs*

n/a = données non disponibles ou échantillon trop petit pour calculer le taux ; N/A = non applicable ; N.S. = non statistiquement significatif à  $p < 0,01$ .

119. Lors des discussions de groupe, les groupes communautaires et les leaders communautaires ont, systématiquement, exprimé leur satisfaction à l'égard des services des ASC. En **RDC**, au **Niger** et dans l'**État du Niger**, les taux de satisfaction étaient très élevés (entre 94% et 99%) et les communautés ont signalé qu'il y avait peu d'alternatives acceptables pour les parents. Dans l'**État d'Abia**, les taux de satisfaction étaient également élevés (83 %) et les gardiens des enfants ont cité la facilité d'accès, l'absence de frais d'utilisation et la familiarité et la convivialité comme la principale raison du passage aux ASC pour les soins de santé infantile. Au **Malawi** et au **Mozambique**, les taux de satisfaction étaient légèrement inférieurs (70% et 78% respectivement) et même si les membres de la communauté interrogés dans les deux pays étaient reconnaissants, ils se sont également inquiétés de la disponibilité et des heures d'ouverture limitées (**Malawi**), du manque de disponibilité régulière de médicaments (**Mozambique**) et d'une gamme limitée de services de santé fournis (**Malawi**, **Mozambique**). Au **Mozambique**, l'équipe d'évaluation a fréquemment observé la tension entre la demande de services curatifs par les communautés et la politique nationale qui spécifie que les ASC ne devraient consacrer que 20% de leur temps aux services curatifs.

### **Le choix des ASC comme première option de soins**

120. Dans tous les pays, les discussions de groupe avec les membres de communauté ont classé les ASC comme premier point de contact pour la recherche de soins pour leurs enfants malades. Cela confirme les résultats des enquêtes finales auprès des ménages (voir Tableau 3). Les augmentations variaient entre 38% dans l'**État d'Abia** et 77% dans l'**État du Niger**. Dans certaines communautés de l'**État du Niger** et du **Mozambique**, l'établissement de santé le plus proche a été classé comme la source de soins la plus importante, mais les groupes ont quand même identifié les ASC comme le premier contact. Les gardiens des enfants au **Mozambique** et au **Niger** ont également indiqué qu'ils ont demandé des soins plus tôt. Les données de l'enquête suggèrent qu'il y a eu un glissement majeur dans la recherche de la santé vers les ASC au détriment de tout autre prestataire de soins de santé. Ce changement était statistiquement significatif dans tous les pays, mais particulièrement élevé au **Niger**, dans l'**État du Niger** et en **RDC**.

### DOMAINE D'INVESTIGATION 3

---

121. Dans ce domaine, l'évaluation a examiné dans quelle mesure les programmes RAcE ont contribué à créer des environnements politiques et réglementaires favorables à l'iCCM en tant que composants clés de la prestation des services de santé. Dans la matrice d'évaluation préparée au départ, deux questions d'évaluation ont été formulées dans ce domaine. Au cours de l'évaluation, l'équipe s'est rendu compte que deux sous-questions de cette matrice sur le modèle de sous-traitants et de la planification de la durabilité, portaient sur des aspects tout à fait distincts de l'évaluation. L'équipe d'évaluation les a donc désagrégées en créant une troisième question d'évaluation et a ajusté la matrice d'évaluation en conséquence.

#### QUESTION D'ÉVALUATION 10

##### **Quelle a été la contribution de l'initiative RAcE aux données probantes locales, nationales et globales sur l'iCCM ?**

L'Initiative RAcE a démontré qu'il est possible de fournir des services iCCM avec une couverture régionale et d'améliorer ainsi l'accès à des soins de santé de qualité pour les enfants dans les zones rurales où l'infrastructure des services de santé est médiocre, ce qui constitue une contribution importante à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. L'Initiative a documenté l'importance d'établir des liens entre l'iCCM et d'autres composants constitutifs des systèmes de santé afin d'assurer un approvisionnement ininterrompu de médicaments de qualité, une supervision formative fonctionnelle et une motivation continue des ASC, ainsi que l'intégration des données sur la santé communautaire dans le système national d'information sanitaire.

L'Initiative RAcE n'a pas été conçue pour produire ou renforcer les preuves de l'efficacité de l'iCCM. Il a fourni des preuves qualitatives de l'efficacité de l'iCCM pour réduire la mortalité infantile, mais les systèmes nationaux de statistiques essentielles et d'information sanitaire n'étaient pas suffisamment développés pour le confirmer par une estimation du nombre ou des taux de réduction.

L'Initiative RAcE a produit peu de données probantes sur les approches efficaces pour augmenter l'engagement communautaire dans le soutien de l'iCCM et sur les questions d'égalité entre les sexes dans l'offre et la demande de services iCCM.

##### ***La preuve de la faisabilité et des prérequis du système de santé pour la mise à l'échelle de l'iCCM***

122. L'Initiative RAcE a démontré qu'il est possible de fournir des services iCCM avec une couverture régionale et d'améliorer ainsi l'accès à des soins de santé de qualité pour les enfants des régions rurales où l'infrastructure des services de santé est médiocre. Cela s'appliquait également aux régions qui étaient en proie à des troubles civils de longue date comme, par exemple, l'est de la **RDC**. L'élaboration de critères de sélection pour les sites iCCM doit cependant être faite avec soin et la sélection nécessite des revues fréquentes car la couverture de l'infrastructure des établissements de santé n'est pas statique. Lorsque des sites de prise en charge communautaires sont établis dans des communautés qui ont accès à des solutions alternatives publiques ou privées pour se faire soigner, le résultat peut être un glissement de la recherche de soins vers les ASC pour des raisons de convenance, de coût ou de qualité perçue. Cela peut aussi se traduire par une référence inversée des établissements de soins vers les sites communautaires. Cela a été observé dans plusieurs programmes RAcE, en particulier dans l'**État d'Abia**. Il en est résulté une plus grande satisfaction à l'égard des services offerts par les prestataires de soins aux enfants et, selon les résultats de l'enquête finale, des soins de meilleure qualité. Cependant, l'iCCM n'était pas la seule option pour augmenter la disponibilité et la qualité des services dans les

communautés où la distance géographique constituait un obstacle mineur à l'accès. Seule une analyse comparative des approches alternatives pourrait déterminer si c'était la meilleure option.

123. L'évaluation de l'Initiative RAcE a montré que l'approvisionnement ininterrompu de médicaments de qualité est un facteur clé pour promouvoir l'appui communautaire et la recherche de soins en temps opportun, ainsi que la motivation continue des ASC et la prestation de services de qualité. Cependant, les systèmes de gestion des approvisionnements et des achats de médicaments pour les services de santé au niveau communautaire sont faibles et sous-développés dans de nombreux pays, y compris ceux qui participent à l'Initiative RAcE. Alors que la situation de l'offre était relativement stable (à quelques exceptions près) pendant la période de mise en œuvre du programme RAcE, des détériorations ont été signalées dans tous les pays où le programme avait déjà pris fin au moment de l'évaluation. Cela souligne la nécessité de planifier des initiatives de mise à l'échelle de l'iCCM avec des délais plus longs et une transition plus longue vers la durabilité.

124. L'Initiative RAcE a démontré que des ASC bien formés et supervisés de près sont capables de fournir des soins de qualité, y compris le diagnostic du paludisme à l'aide de TDR et le traitement approprié du paludisme. L'Initiative a confirmé d'autres rapports (voir la revue de la littérature) que le comptage des taux respiratoires pour le diagnostic de la pneumonie infantile est difficile et nécessite une supervision formative fréquente et formation de recyclage. Des outils tels que les billes de comptage ont été utilisés dans certains programmes (par exemple en **RDC**) mais leur efficacité relative n'a pas été évaluée. La question du statut des ASC et des types d'incitations nécessaires pour garder les ASC motivés n'a pas été résolue, et une solution généralisable à travers les différents pays est peu probable. Cependant, les effets démotivants des changements de modalités et de niveau des incitations ont pu être observés dans l'**État du Niger**. Celles-ci sont plus susceptibles de se produire lorsque les programmes iCCM sont mis en œuvre sous la forme de projets de durée limitée avec des modalités définies par les partenaires internationaux, ce qui souligne la nécessité de mettre en œuvre des politiques et des lignes directrices nationales sur l'iCCM, y compris pour l'encouragement des ASC.

125. Au moment de l'évaluation, une étude sur les effets de l'iCCM et du programme RAcE sur les systèmes de santé était en cours dans trois pays mais aucun rapport n'était déjà disponible. L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'évaluer sa contribution aux preuves globales ou régionales.

126. Une étude en RDC a permis d'évaluer si les outils de formation et les rapports simplifiés et illustrés pour les ASC avaient eu une influence sur la qualité des soins, la charge de travail des ASC et le rapport coût-efficacité de l'iCCM. L'étude a montré que les ASC qui ont utilisé des outils simplifiés étaient cinq fois plus susceptibles d'évaluer correctement sur tous les signes de danger et que les enfants étaient trois fois plus susceptibles de recevoir le bon traitement. Les ASC qui ont utilisé des outils simplifiés ont passé en moyenne 11 minutes de moins pour la prise en charge des cas, ce qui, selon l'étude, s'est traduit par une réduction de la charge de travail de plus de six heures par mois. Des économies de 4 418 dollars américains par 100 ASC au cours de la première année de fonctionnement ont été calculées en raison de la réduction des coûts de production et de distribution par rapport aux registres nationaux utilisés. [16] Les outils de rapportage et de formation ont été adoptés par le ministère provincial de la santé. D'après le personnel du programme, cela a également augmenté le recrutement de femmes ASC qui étaient sous-représentées de par le fait du faible niveau d'éducation des femmes rurales dans les zones couvertes par le programme.

### ***La preuve de l'efficacité de la prise en charge communautaire***

127. L'Initiative RAcE n'a pas été conçue pour produire des preuves de l'efficacité de la prise en charge communautaire. L'évaluation n'a identifié que deux études d'efficacité menées avec l'appui du programme RAcE. Dans l'**État du Niger**, une étude a été menée sur la prise en charge communautaire de

la pneumonie sévère chez les enfants, diagnostiquée par le signe du tirage sous costal. [21] Les résultats de l'étude n'étaient pas encore disponibles au moment de l'évaluation. Une étude menée au **Malawi** a étudié la possibilité de fournir des soins pour les infections respiratoires graves en combinant un traitement de premier niveau dans un établissement de santé avec de la gentamycine et un suivi communautaire par les ASC. Les résultats préliminaires ont montré que cette approche était plus acceptable pour les gardiens des enfants que la référence vers un hôpital, et que les niveaux de respect au traitement et de suivi étaient élevés. [20] L'analyse des résultats n'était pas encore terminée au moment de l'évaluation.

128. L'Initiative RAcE a permis à près de huit millions d'enfants d'avoir accès à des soins de santé essentiels. Dans certaines zones couvertes par le programme, des prestataires de soins alternatifs étaient disponibles, comme l'indiquent les données de l'enquête initiale présentées dans le Tableau 4, mais les programmes RAcE ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins selon les données de l'enquête présentées dans les Tableaux 8 et 9. Les membres de la communauté, le personnel des établissements de santé et les autorités administratives sanitaires interrogés par l'équipe d'évaluation ont unanimement exprimé leur perception que les programmes ont permis une réduction importante de la mortalité infantile dans les communautés appuyées par le programme RAcE. Bien qu'il s'agisse de preuves qualitatives crédibles, les données sur la mortalité pour les confirmer et fournir des estimations quantifiées n'étaient pas encore disponibles. Les statistiques essentielles et les systèmes d'enregistrement de l'état-civil dans les pays où le programme est mise en œuvre ne saisissent pas les décès d'enfants dans les communautés ; les systèmes d'information sur la santé communautaire sont en cours d'élaboration mais ne sont pas encore pleinement fonctionnels dans la plupart des pays, et les enquêtes nationales sur la population menées avant le lancement de l'Initiative n'ont pas le temps et le cadre d'échantillonnage nécessaires pour produire des données appropriées pour élaborer un modèle épidémiologique. Les estimations de la réduction de la mortalité totale et de la mortalité par maladie qui ont été faites par l'ICF à l'aide du modèle LiST ne sont que peu crédibles par le manque de données fiables. Cette question est examinée plus en détail à la question d'évaluation 13.

### ***Les preuves de l'efficacité des stratégies d'engagement communautaire et de création de la demande***

129. L'Initiative RAcE a produit peu ou pas de données probantes sur les obstacles liés à la demande qui influencent la compréhension de la maladie par les gardiens des enfants, les préférences pour les remèdes à domicile et les traitements alternatifs, l'autonomie décisionnelle limitée pour rechercher des soins et la confiance dans la qualité des services iCCM. Lorsque les enquêtes initiale et finale ont permis de collecter certains indicateurs qui permettent de savoir s'il y a eu des changements au niveau de la connaissance des signes de danger et de la sensibilisation et de la confiance dans les ASC, les déterminants de ces changements positifs ou négatifs observés n'ont pas été examinés. Une étude sur les obstacles comportementaux à une démarche appropriée en matière de recherche de soins de santé était initialement prévue au **Mozambique**, mais a finalement été retirée du programme RAcE et menée avec d'autres financements.

130. Tous les programmes ont mis en œuvre des activités visant à faire participer les communautés dans le soutien des services iCCM. Les programmes en **RDC**, au **Malawi**, au **Niger** et au **Nigeria** comprenaient des activités visant à motiver les communautés à fournir des incitations pour maintenir leurs ASC. Les approches incluent notamment de travailler par l'intermédiaire de leaders religieux et communautaires, de comités de santé de village ou d'animateurs communautaires bénévoles formés. Les résultats ont été contrastés, avec quelques exemples de réussite des communautés qui ont construit des maisons ou des cliniques de village pour les ASC au **Malawi**, en **RDC** et dans l'**État du Niger**, ou de

mise à disposition de bicyclettes, d'outils agricoles ou de rémunérations. Il s'agissait cependant, dans tous les cas, d'exemples isolés. La question des incitatifs communautaires a été discutée par l'équipe d'évaluation dans toutes les discussions de groupe avec les ASC. Les participants aux discussions de groupe ont généralement exprimé leur appréciation pour la reconnaissance et les privilèges qu'ils ont reçus en tant qu'ASC, par exemple l'exemption des prélèvements communautaires et des devoirs communautaires. L'écrasante majorité, cependant, a déclaré que leurs communautés ne comprenaient pas la nécessité de fournir même un soutien matériel minimal, par exemple pour acheter des stylos pour compléter les registres ou des piles de lampe torche pour examiner les enfants la nuit.

131. Aucune preuve n'a été produite quant à l'effet de l'iCCM sur l'égalité entre les sexes dans l'offre et la demande de services par l'un ou l'autre des programmes. L'équipe d'évaluation a entendu plusieurs rapports faisant état de l'autonomisation des femmes en tant qu'ASC et de pouvoirs décisionnels accrus dans la recherche de soins aux mères pour leurs enfants. Toutefois, aucune d'entre elles n'a été étayée par une analyse comparative entre les sexes afin de documenter de façon convaincante les changements qui pourraient être attribués à l'Initiative RAcE. Ce thème sera examiné plus en détail aux questions d'évaluation 14 et 15.

## QUESTION D'ÉVALUATION 11

**Dans quelle mesure le modèle de sous-traitants utilisé par l'Initiative RAcE a-t-il contribué à augmenter l'appropriation et la capacité du gouvernement à mettre en œuvre l'iCCM au niveau du district, de l'état/région et au niveau national ?**

L'adoption de l'approche de sous-traitants par l'Initiative RAcE a assuré la mise en œuvre effective des programmes en même temps que le renforcement des structures, des politiques et de l'appropriation de l'iCCM par les pays.

132. L'accord de subvention entre le gouvernement du Canada et le Programme Mondial de lutte contre le Paludisme de l'OMS précisait que *'RAcE 2015 accordera des subventions d'un montant maximal de 2 000 000 dollars américains par an, renouvelables pour une période maximale de cinq ans, à des institutions ou organisations sélectionnées qui soumettent des propositions gagnantes visant à renforcer ...l'iCCM'*. [3] Au travers d'un processus compétitif, quatre ANE internationaux et un national ont été sélectionnés pour mettre en œuvre les programmes RAcE dans les cinq pays en partenariat avec les gouvernements nationaux et sous-nationaux. Cela a créé une structure tripartite dans chaque pays du programme composée du département concerné du ministère de la santé, des WCO et de l'ANE contracté, chacun avec des rôles distincts, qui se chevauchent parfois, dans la mise en œuvre du programme. Pour les WCO et les ministères de la santé nationaux, il s'agissait d'une situation nouvelle, car ils coopèrent généralement directement sans un troisième partenaire intermédiaire. Comme l'un des informateurs clés du ministère de la santé l'a dit à l'équipe d'évaluation : *'L'OMS est notre agence, elle nous appartient'*, ce qui reflète le degré d'affiliation de l'organisation.

### ***La contribution du programme RAcE aux politiques, stratégies et lignes directrices nationales de l'iCCM***

133. Les opinions des parties prenantes sur l'efficacité et la pertinence de l'approche de sous-traitants différaient d'un pays à l'autre, ainsi qu'entre les parties prenantes aux niveaux central et décentralisé. Les hauts fonctionnaires nationaux du ministère de la santé au **Nigéria** et au **Malawi** ont exprimé une certaine insatisfaction, faisant valoir que leurs propres ministères étaient capables de mettre en œuvre le programme et que le recrutement supplémentaire d'un ANE ne faisait qu'augmenter les coûts. Au niveau décentralisé (province, état ou région), cependant, il y a eu une appréciation unanime de l'appui à la mise en œuvre fourni par le partenaire ANE dans tous les

programmes. C'était particulièrement vrai pour les programmes mis en œuvre dans des régions éloignées des pays fortement décentralisés, comme par exemple en **RDC**.

134. Dans toutes les revues des programmes de pays, les équipes d'évaluation ont constaté qu'il y avait une répartition très fonctionnelle des tâches entre les WCO et les ANE chargés de la mise en œuvre. Les points focaux dédiés de l'iCCM dans les WCO ont agi en tant que conseillers politiques et défenseurs de l'iCCM auprès des gouvernements ; ils ont promu et coordonné les interventions du programme RAcE avec les partenaires financiers et techniques internationaux (en particulier l'UNICEF, les principaux bénéficiaires des subventions du TGF et les agences de mise en œuvre du financement du PMI, y compris l'USAID) ; ils ont également contribué à appuyer l'élaboration ou la révision des politiques, stratégies et lignes directrices de l'iCCM par les autorités sanitaires nationales, et à faire en sorte que les leçons apprises de la mise en œuvre du programme RAcE sur le terrain soient continuellement pris en compte dans les discussions des groupes de travail nationaux et des groupes de travail techniques de l'iCCM auxquels les ANE chargés de la mise en œuvre ont également participé. En outre, ils ont assuré la supervision des opérations sur le terrain des ANE sous-traités, notamment par des missions de suivi conjointes avec le personnel du ministère de la santé au niveau central et parfois d'autres partenaires.

135. Les représentants des organisations internationales actifs dans le domaine de santé dans les pays ont exprimé des opinions globalement positives sur le rôle des WCO en tant que conseillers techniques et politiques auprès des gouvernements nationaux et en tant que coordonnateurs des groupes de travail et comités techniques de l'iCCM dirigés au niveau national. Dans un seul pays, un partenaire international de développement a émis des réserves au sujet de l'engagement insuffisant de WCO auprès du forum des bailleurs de fonds internationaux. Bien qu'il ait été prouvé que le point focal iCCM de WCO a présenté les progrès du programme RAcE au forum, le WCO a indiqué que l'OMS n'est pas une 'agence donatrice' et n'est donc pas membre du forum des donateurs.

136. Les informateurs clés aux niveaux global et régional, y compris le personnel de l'OMS et du GAC, ont exprimé des points de vue divergents sur l'efficacité du modèle des sous-traitants. Un informateur a fait remarquer que la conception initiale de l'Initiative RAcE prévoyait que les agences gouvernementales nationales et les ANE se feraient concurrence pour les subventions au même niveau. Cela est confirmé par le texte de l'accord de subvention entre le Canada et l'OMS qui stipule que '*le financement est ouvert aux entités gouvernementales et non gouvernementales*'. [3] Après des discussions initiales sur la mise en place de demandes ouvertes de propositions auxquelles les gouvernements pourraient également participer, l'OMS a décidé d'ouvrir le concours uniquement aux ANE, mais en mettant l'accent dans la sélection sur leur engagement et leur capacité à appuyer les services gouvernementaux. Le même répondant a également noté que l'OMS considérait l'approche des sous-traitants comme un modèle transitoire pour aider les pays à développer l'iCCM, et qu'il faudrait ensuite l'éliminer progressivement. C'est l'approche suivie au **Mozambique**, où le programme RAcE a fourni l'appui nécessaire pour une mise à l'échelle nationale. On peut s'interroger sur la pertinence de cette approche au **Malawi**, où l'iCCM était déjà bien établie au niveau national.

### ***La contribution du programme RAcE à la capacité nationale d'exécution des programmes de l'iCCM***

137. Les ANE sous-traitants ont joué un rôle très opérationnel dans la mise en œuvre du programme. Ils ont travaillé en étroite collaboration avec les structures gouvernementales décentralisées par le biais d'une variété de modèles, y compris l'intégration complète dans la structure comme dans l'**État d'Abia** et le détachement de personnel des ANE dans les départements du ministère de la santé comme au **Niger**. Dans les sites du programme où il n'existait pas d'unités de mise en œuvre de l'iCCM du ministère

de la santé, par exemple en **RDC** et au **Nigeria**, les ANE partenaires ont encouragé la création de ces unités et les ont appuyées pendant toute la durée du programme. Ils ont également joué un rôle majeur dans la mise en place et l'appui des comités techniques et de coordination décentralisés de l'iCCM.

138. Dans l'ensemble, les données collectées par l'équipe d'évaluation confirment que l'adoption de l'approche des sous-traitants par l'Initiative RAcE a assuré une mise en œuvre efficace des programmes en même temps que le renforcement des structures, des politiques et de l'appropriation de l'iCCM par les pays. Certains pensent que les programmes nationaux iCCM existants qui ont acquis un haut niveau de maturité peuvent être appuyés plus efficacement sans un ANE intermédiaire sous-traité, mais l'équipe d'évaluation n'a pas trouvé de preuves contrefactuelles pour le confirmer.

## QUESTION D'ÉVALUATION 12

### **Les programmes RAcE ont-ils élaboré et mis en œuvre des plans de durabilité réalistes et efficaces ?**

Une planification proactive de la durabilité au niveau des pays a été lancée en 2015. L'ICF a été engagé pour soutenir le processus d'élaboration d'un cadre de durabilité et d'une feuille de route dans tous les pays. Les documents ont été finalisés en 2017, mais au moment de l'évaluation seule la feuille de route de l'État du Niger avait été validée par le ministère de la santé de l'État. Lorsque les responsables du ministère de la santé des États et des pays ont apprécié le processus participatif et ses résultats, ils ont également exprimé des réserves quant au calendrier tardif de l'exercice. Au moment de l'évaluation, le financement pour continuer à soutenir l'iCCM dans les communautés couvertes par l'initiative n'avait été mobilisé qu'au Mozambique et au Malawi. La RDC, le Niger et le Nigeria n'ont pas encore reçu les fonds nécessaires pour la poursuite des services, avec une forte probabilité de déficits de financement et une diminution de l'accès aux traitements et de leur qualité.

### **La faisabilité des plans de durabilité**

139. En 2015, à mi-parcours de l'Initiative RAcE, l'OMS/GMP a constaté que la durabilité des programmes financés dans le cadre de l'initiative ne recevait pas une attention suffisante et égale de la part des partenaires de mise en œuvre. Il a donc lancé un appel d'offre pour *'appuyer un transfert durable des six projets RAcE aux ministères de la santé'*. [22] Le contrat a été attribué à l'ICF en mars 2016.

140. L'ICF a appuyé un processus structuré de planification de la durabilité impliquant le développement participatif de cadres de durabilité et de feuilles de route spécifiques à chaque pays, ainsi que des plans de transition pour la transition des fonctions des ANE vers les ministères de santé. Les feuilles de route sur le développement durable, dont la plupart ont été finalisées début 2017, ont été formatées pour être publiées sous le logo national du ministère de la santé. Au moment de la mission d'évaluation, seule la feuille de route pour l'**État du Niger** avait été validée par le Commissaire d'État à la santé. [23] Les cinq autres documents de la feuille de route revus par l'équipe d'évaluation ne comportaient que des espaces réservés pour les approbations ministérielles et leur statut en tant que documents du ministère de la santé n'était pas clair. La plupart des plans de transition ont été élaborés et finalisés au cours du dernier trimestre de 2016. Après avoir suivi la mise en œuvre des feuilles de route qui, au cours des premiers mois, comprenaient principalement des mesures à prendre par les ANE chargés de la mise en œuvre, l'ICF a préparé des rapports de synthèse finaux sur le processus de planification de la durabilité et a facilité des réunions nationales pour discuter des réalisations et des défis. Ce processus était encore en cours au moment de l'évaluation.

141. La revue des feuilles de route, des rapports de suivi et des rapports de synthèse finaux pour tous les programmes révèle des tendances similaires. De manière générale, les ANE ont mis en œuvre ou commencé à mettre en œuvre les activités prévues pour 2017 qui relevaient de leur domaine. Il

s'agissait souvent de formation, de la transition du matériel au partenaire gouvernemental, de l'établissement de plans et de systèmes opérationnels pour poursuivre la supervision et l'approvisionnement en médicaments, et du transfert complet de la gestion des données iCCM si cela était encore partiellement fait par les ANE.

142. Les hauts fonctionnaires gouvernementaux (directeur général ou du niveau de directeur) interrogés au cours de la mission d'évaluation ont exprimé une grande appréciation du processus de planification de la transition et ont reconnu leur participation aux réunions et aux conférences. Au **Malawi**, au **Mozambique** et dans l'**État du Niger**, il était évident que le ministère de la santé avait lancé des activités de la feuille de route qui étaient exclusivement dans leur domaine et qu'il avait utilisé la feuille de route dans une certaine mesure pour la planification opérationnelle. L'évaluation n'a pas trouvé de preuves de l'action ou de l'utilisation du ministère de la santé en **RDC**, au **Niger** ou dans l'**État d'Abia**, ni au niveau fédéral au **Nigeria**. Les employés subalternes interrogés au cours de l'évaluation, tels que les points focaux iCCM dans les services décentralisés du ministère de la santé, ont également reconnu leur connaissance du processus de planification de la transition ainsi que leur participation à plusieurs réunions de planification de la transition, mais la plupart d'entre eux n'avaient pas vu la feuille de route proprement dite ou n'en connaissaient que partiellement le contenu. Au **Malawi** et au **Mozambique**, l'équipe d'évaluation a observé des plans de transition au niveau de la province ou du district, qui ont été jugés utiles pendant la période de transition et après la fin du programme.

### *L'inclusion de l'iCCM comme élément chiffré dans les plans et budgets nationaux du secteur de la santé*

143. La durabilité des services iCCM a une dimension différente au **Malawi** et au **Mozambique**, où les services iCCM étaient déjà établis au début de l'initiative RAcE, et où la durabilité a été atteinte dans une large mesure, mais pas uniquement liée au programme RAcE. En **RDC**, au **Niger** et au **Nigeria**, les responsables du ministère de la santé se sont généralement montrés positifs quant au fait que les structures de gestion des programmes iCCM étaient en place et qu'elles pouvaient être gérées par leurs ministères. Mais le goulot d'étranglement commun pour une programmation iCCM durable dans tous les pays était le manque de fonds pour l'achat de médicaments, la formation des ASC, la mise à disposition de rémunérations et l'assurance que les superviseurs étaient disponibles et disposaient des moyens de transport nécessaires pour continuer à assurer une supervision formative régulière.

144. Dans tous les pays de l'Initiative RAcE, l'iCCM était fortement dépendant du financement de partenaires extérieurs. Dans la plupart des pays, les ministères de la santé avaient établi des lignes budgétaires ou élaboré des plans opérationnels chiffrés pour la poursuite de la programmation de l'iCCM. Cela a été confirmé lors des entretiens avec des cadres supérieurs du ministère de la santé de l'**État du Niger**, de l'**État d'Abia** et de la province du Tanganyika en **RDC**. Toutefois, ils ont également reconnu qu'aucun crédit n'avait encore été affecté à ce budget. Le ministère de la santé de l'**État du Niger** avait un plan opérationnel chiffré pour 2018, mais pour chaque ligne chiffrée, un partenaire international responsable a été identifié. En fait, des négociations pour obtenir des subventions du TGF, du PMI, de la Banque mondiale ou de la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) étaient en cours en **RDC** et au **Nigeria**. Il y avait des attentes partiellement bien-fondées à ce que ces organisations prennent en charge le financement continu de l'iCCM. Cela n'évitera toutefois pas les longues lacunes du programme pendant lesquelles aucun médicament et aucun fonds pour la supervision et le soutien des ASC ne seront disponibles. Au **Niger**, l'iCCM avait déjà été renforcé grâce à un nouveau programme conjoint UNICEF/TGF en 2016. Ce programme aurait pu contribuer à assurer la durabilité des interventions dans les communautés appuyées par le programme RAcE, mais il a été déployé dans de nouvelles zones. Au **Mozambique** et au **Malawi**, des fonds ont également été mobilisés pour la poursuite des programmes iCCM, principalement par des financements extérieurs. Au **Malawi**, le

montant mobilisé par le financement national était largement insuffisant pour la mise en œuvre complète de l'iCCM selon le protocole national.

145. Les responsables des ministères de la santé et certains des points focaux de l'iCCM des WCO dans tous les pays du programme RAcE ainsi que certaines des parties prenantes aux niveaux régional et global ont déclaré dans les entretiens avec l'équipe d'évaluation que le processus de planification de la durabilité était très utile et qu'il reflétait correctement les réalisations et les contraintes pour maintenir des services iCCM de qualité. L'écrasante majorité des répondants ont toutefois mentionné que, pour être efficace, ce processus aurait dû être lancée au cours de la première plutôt que de la dernière année de l'initiative iCCM.

#### DOMAINE D'INVESTIGATION 4

---

146. Dans ce domaine, l'évaluation a examiné dans quelle mesure l'impact des programmes RAcE signalé par l'ICF pouvait être validé de manière indépendante.

#### QUESTION D'ÉVALUATION 13

**La contribution des programmes RAcE à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles dans les zones couvertes par le programme, telle que rapportée par l'ICF, peut-elle être validée de l'extérieur ?**

Les estimations de l'enquête initiale de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les zones couvertes par le programme ne sont pas suffisamment représentatives de la mortalité infantile pour fournir des estimations modélisées crédibles de la réduction totale de la mortalité. Il y a peu de données des enquêtes disponibles qui peuvent être utilisées pour valider les estimations modélisées, mais celles qui le sont ne peuvent être rapprochées avec les estimations modélisées.

L'estimation d'un total de 3 599 vies sauvées en trois ans grâce à une prise en charge appropriée des trois maladies infantiles ne peut pas être validée parce qu'il y a trop d'incertitudes majeures quant à la validité des données utilisées pour produire une estimation crédible.

#### *La réduction estimée en mortalité infantile total*

147. Les termes de référence pour l'évaluation finale de chacun des six programmes RAcE par l'ICF incluaient l'estimation des changements dans la mortalité infantile dans les zones couvertes par le programme RAcE à l'aide de la modélisation LiST (Lives Saved Tool).<sup>1</sup> Les changements de morbidité, tels qu'indiqués dans la question d'évaluation, n'ont pas été estimés par l'ICF. Les changements plausibles de la morbidité due à l'iCCM ne seraient enregistrés que dans les cas de paludisme grave, de pneumonie sévère et de déshydratation ou de malnutrition sévère qui pourraient être évités par un traitement en temps opportun. Ces maladies n'étaient pas surveillées et seraient difficiles à modéliser, mais les personnels des centres de santé de la RDC, du Niger et de l'État du Niger ont signalé qu'il y a eu moins de cas de maladies graves chez les enfants depuis le début des programmes RAcE. Cela a été confirmé dans une certaine mesure par les données du SNIS, mais l'évaluation n'a pas pu accéder aux données validées du SNIS au-delà de 2015, ce qui était trop tôt pour confirmer des tendances fiables.

148. L'outil LiST utilise l'extrapolation linéaire des données pour estimer l'impact des programmes de santé sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile en fonction de l'évolution de la couverture d'une série d'interventions au niveau de la population, tout en tenant compte des taux de mortalité de base, des estimations de mortalité par cause et des meilleures estimations de l'efficacité des interventions. Dans un exercice global de modélisation LiST, l'impact de l'augmentation de la couverture

---

<sup>1</sup> [www.livessavedtool.org/](http://www.livessavedtool.org/)

des services de santé fournis par les ASC à 90% d'ici 2020 permettrait de sauver la vie d'environ 864 000 enfants africains âgés de 1 à 59 mois. [5] On estime que la prise en charge communautaire de la diarrhée, du paludisme et de la pneumonie représente environ la moitié du nombre de vies sauvées.

149. Dans l'évaluation finale des programmes RAcE, l'ICF a appliqué l'outil de modélisation LiST pour estimer l'évolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) dans les zones couvertes par le programme entre 2013 et 2016, ainsi que le nombre de vies sauvées chaque année par les interventions de l'iCCM. Le TMM5 de base des zones couvertes par le programme n'est pas identique aux estimations nationales, ce qui était l'une des justifications de l'Initiative RAcE qui s'est concentrée sur les zones à forte mortalité par l'accès limité aux établissements de santé. L'ICF a utilisé les données sous-nationales des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) pour se rapprocher le plus possible des valeurs de base de celles des zones couvertes par le programme. Cela s'est avéré difficile car (a) les bases de sondage pour les données sous-nationales disponibles n'étaient souvent pas représentatives des zones couvertes par le programme et (b) les TMM5 publiés dans l'EDS sont des taux de mortalité moyens sur des périodes de dix ans. A une époque où tous les pays se sont efforcés de réaliser les objectifs du millénaire pour le développement, il est peu probable que le taux moyen des dix dernières années reflète le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans au moment du lancement de l'initiative. Les défis liés aux U5MR de base utilisés dans les modèles LiST sont détaillés dans le Tableau 12.

150. Les lecteurs du **Error! Reference source not found.** doivent garder à l'esprit que les réductions estimées du TMM5 ne sont pas seulement basées sur les changements dans la couverture des interventions iCCM, mais aussi sur les changements estimés dans les taux de vaccination, la couverture des moustiquaires, l'incidence du VIH, l'adoption de la planification familiale et d'autres interventions dans le secteur de la santé qui ont été calculées par l'outil de modélisation en utilisant des extrapolations linéaires des tendances depuis l'EDS précédente ou à partir d'autres sources de données. L'extrapolation linéaire des tendances des données parmi les populations qui n'étaient pas pleinement représentatives des populations cibles et qui remontaient à dix ans ou plus avant le début de l'initiative RAcE, a été appliquée à tous les modèles, sauf au **Malawi** où les données de l'EDS 2015/16 étaient disponibles. Cela a remis en question la validité des estimations modélisées.

**Tableau 12. Estimations modélisées de la réduction du TMM5 et défis de la modélisation**

Programme	Source des données	Changements en TMM5 (‰)	Défis
DRC	EDS 2013/14	121,0 to 103,5 <b>(-17,5)</b>	Le TMM5 de base s'applique à la période de 2003 à 2013 dans la province du Katanga qui, à l'époque, comprenait la province du Tanganyika. La province du Katanga comprenait également quatre autres nouvelles provinces, dont certaines ont un profil social et une infrastructure de santé bien au-dessus de la moyenne nationale. Il est peu probable que le TMM5 reflète la réalité de la zone couverte par le programme en 2013.
Malawi	EDS 2010	124,3 to 118,5 <b>(-5,8)</b>	Le TMM5 de base de 124.3‰ est basé sur une extrapolation du TMM5 rural pour la période de 2000 à 2010 rapportée dans l'EDS 2010 (130‰). Les données de l'EDS 2015/16 (TMM5 77‰ de 2005 à 2015) indiquent que l'extrapolation a considérablement sous-estimé le taux de changement entre 2010 et 2013. Il est peu probable que le taux de référence utilisé dans le modèle reflète le TMM5 de 2013 dans les zones couvertes par le programme.

Programme	Source des données	Changements en TMM5 (%)	Défis
Mozambique	EDS 2011	94,0 to 92,3 (-1,7)	Le TMM5 de base de 94% s'applique à la période de 2001 à 2011 pour les quatre provinces appuyées par le programme combiné qui vont de 48% à Inhambane à 142% à Zambezia. Il n'a pas pris en compte le niveau significativement différent de couverture du programme parmi les provinces, qui était le plus élevé à Inhambane et il est donc peu probable qu'il soit représentatif des populations cibles du RAcE en 2013.
Niger	EDS 2012	137,0 to 117,2 (-19,8)	Le TMM5 de 137% s'applique à la période 2002-2012 pour les zones rurales des deux régions du programme, Dosso et Tahoua. Bien qu'il s'agisse probablement de la meilleure approximation géographique de l'échantillon de l'enquête et des zones couvertes par le programme RAcE, la longue période historique sur laquelle le TMM5 a été estimé rend peu probable que le TMM5 du modèle reflète le taux enregistré en 2013 dans les deux zones couvertes par le programme.
Nigeria État d'Abia	EDS 2013	131,0 to 113,8 (-17,2)	Le TMM5 de 131% s'applique à la période allant de 2003 à 2013 dans la région du sud-est du Nigeria, qui comprend cinq États. Selon les estimations du MICS en 2011, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans ces États variait de 111 à 194%. Il est peu probable que le taux utilisé dans le modèle reflète le TMM5 de 2013 dans la zone couverte par le programme RAcE dans 15 LGA de l'État d'Abia.
Nigeria État du Niger	EDS 2013	100,0 to 88,0 (-12,0)	Le TMM5 de 100% s'applique à la période allant de 2003 à 2013 dans la région du centre-nord du Nigeria, qui comprend six États et la région de la capitale fédérale. Selon les estimations du MICS en 2011, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans ces États variait de 110 à 182%. Il est peu probable que le taux utilisé dans le modèle reflète le TMM5 de 2013 dans la zone couverte par le programme RAcE dans six LGA de l'État du Niger.

Source des données : Les rapports de l'évaluation finale de l'ICF (tous les programmes)

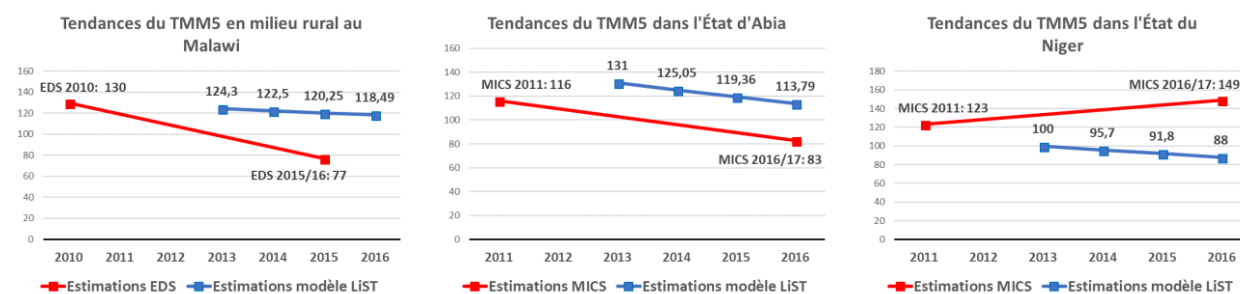
151. Les défis pour la détermination du TMM5 de base comme contribution au modèle LiST soulignent les défis que pose l'application du modèle à des sous-populations pour lesquelles on ne dispose pas de données d'enquêtes entièrement représentatives. Il y avait peu de sources alternatives pour valider les résultats de la modélisation. Les enquêtes de population publiées qui comprennent des estimations du TMM5 et qui couvrent la période de mise en œuvre de l'Initiative RAcE sont les MICS 2016/17 du **Nigeria** et l'EDS 2015/16 du **Malawi**. Les deux sources ont les mêmes limites de présentation des taux de mortalité estimés sur plusieurs années parmi les populations qui ne sont pas représentatives des populations cibles du programme RAcE. Les tendances publiées dans ces enquêtes sont néanmoins des indicateurs permettant d'évaluer la validité des résultats modélisés. La collecte des données pour l'EDS 2017 du **Niger** était terminée au moment de l'évaluation, mais les résultats n'étaient pas encore disponibles.

**Tableau 13. Changement annuel moyen modélisé et mesuré du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans**

Programme	Modèle LiST pour zones couvertes par le programme RAcE 2013-2016	Malawi EDS 2010 and 2015/16 (Malawi rural)	Nigeria MICS 2011 et 2016/17 (estimations d'état)
Malawi	-1,9‰	- 10,6‰	--
Nigeria, État d'Abia	- 5,8‰	--	- 6,6‰
Nigeria, État du Niger	- 4,0‰	--	+ 5,2‰

Sources : Les rapports de l'évaluation finale de l'ICF ; Malawi EDS 2010 et 2015/16 ; Nigeria MICS 2011 et 2016/17

**Figure 2. Tendances de la mortalité infantile dans les enquêtes et les estimations modélisées**



Sources : Les rapports de l'évaluation finale de l'ICF ; Malawi EDS 2010 et 2015/16 ; Nigeria MICS 2011 et 2016/17

152. Comme le montrent le tableau et la figure, le taux de variation modélisé du TMM5 ne correspond aux estimations de l'enquête que dans l'État d'Abia, bien qu'à un niveau de mortalité très différent. Selon deux rapports MICS successifs, l'État du Niger a connu une augmentation de la mortalité infantile, mais cela ne s'applique pas nécessairement à la zone couverte par le programme RAcE qui ne couvrait que six des 25 zones de gouvernement local. On peut en conclure que ni les enquêtes démographiques successives EDS ou MICS ni le modèle LiST ne fournissent des estimations fiables de l'impact des programmes RAcE sur la mortalité.

153. Au **Mozambique**, les décès communautaires d'enfants de moins de cinq ans sont déclarés par les APE et saisis dans la base de données nationale des APE. Une analyse des données par l'équipe d'évaluation (voir Volume 3) suggère une diminution constante de la mortalité tout au long de la période de mise en œuvre du RAcE dans toutes les provinces du Mozambique. La diminution a été plus prononcée que la moyenne nationale dans les provinces du programme RAcE de Manica et Inhambane, elle a suivi de près la tendance nationale à Nampula, et elle a été inférieure à la tendance nationale à Zambezia. Ces données ne peuvent toutefois pas être triangulées avec la réduction modélisée du TMM5 parce que les dénominateurs ne sont pas connus.

154. Tous les répondants interrogés au niveau de la communauté et des établissements de santé ont exprimé leur ferme perception qu'il y a eu moins de décès d'enfants dans les villages depuis le début des programmes. Les estimations modélisées de la réduction de la mortalité n'ont toutefois pas pu être confirmées. Ce résultat est le même que celui de l'évaluation externe de l'évaluation multi-pays de l'Initiative catalytique / Programme de Renforcement des Systèmes de Santé Intégré en 2014, qui indiquait que 'les taux de mortalité modélisés ne correspondaient pas à ceux mesurés dans les enquêtes auprès des ménages. Deux raisons possibles de ce désalignement pourraient être que des facteurs extérieurs au secteur de la santé auraient pu contribuer à la baisse de la mortalité et/ou que des hypothèses incorrectes ont été utilisées pour la couverture des interventions à impact élevé sans données empiriques disponibles pour exécuter le modèle LiST'. [6]

## La réduction estimée de la mortalité par maladie

155. Pour la modélisation de la réduction de la mortalité par maladie, l'ICF a saisi des données sur le traitement approprié du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie par tout prestataire, à partir des enquêtes initiale et finale, dans le modèle qui applique des estimations standardisées de l'efficacité de traitement basées sur des preuves globales analysées par des groupes d'experts. Le modèle a produit des estimations d'un total de 3 599 décès évités, allant de 1 667 vies sauvées en RDC à une estimation négative de 2 445 décès supplémentaires au Mozambique par la réduction de la couverture des traitements antibiotiques et antipaludiques.

**Tableau 14. Estimations modélisées de la réduction de la mortalité par cause (nombre de vies sauvées)**

Programme	SRO	Zinc	Antibiotiques*	ACTs en 24 hrs	Total
DRC	395	136	521	615	1 667
Malawi	20	48	534	- 2	600
Mozambique	15	213	- 1 247	- 1 426	- 2 445
Niger	562	178	53	327	1 120
Nigeria, État d'Abia	375	102	517	399	1 393
Nigeria, État du Niger	275	88	415	486	1 264
<b>Total</b>	<b>1 642</b>	<b>765</b>	<b>793</b>	<b>399</b>	<b>3 599</b>

Source des données : Les rapports de l'évaluation finale de l'ICF (tous les programmes) \* Aucune distinction n'a été faite entre l'amoxicilline et le cotrimoxazole utilisés dans plusieurs pays au moment de l'enquête initiale.

156. Les estimations modélisées du nombre de vies sauvées grâce à la SRO et au traitement au zinc pour la diarrhée étaient les plus élevées, mais lorsque les résultats particuliers de la modélisation du Mozambique ont été réduits, le nombre estimé de vies sauvées par le traitement communautaire du paludisme et de la pneumonie est du même ordre de grandeur. C'est surprenant, car la principale cause de mortalité dans les zones couvertes par le programme était le paludisme. L'impact le plus important de la prise en charge communautaire aurait été attendu pour le traitement du paludisme. Lors des entretiens avec le personnel des établissements de santé par l'équipe d'évaluation, la réduction de la mortalité due au paludisme a été le plus souvent mentionnée.

157. Le modèle LiST ne fait pas de distinction entre les sites de traitement, que ce soit dans un hôpital, un centre de santé ou dans la communauté, ce qui est reconnu dans les rapports de l'ICF comme un facteur de confusion possible. Cependant, le principal problème avec les données utilisées est qu'elles étaient basées sur les rapports de traitement fournis par les gardiens des enfants dans les réponses à l'enquête.

158. Les gardiens des enfants interrogés sur les traitements administrés à leurs enfants malades ne sont pas toujours en mesure de faire la distinction entre un antibiotique, un antipaludique ou un antipyrétique, surtout lorsqu'ils sont interrogés sur les traitements administrés par n'importe quel prestataire. Bien que les médicaments dispensés par les ASC formés en iCCM aient une formulation standardisée qui pourrait être montrée au répondant par l'équipe d'enquête, la notion de 'n'importe quel prestataire' aurait inclus les pharmacies et autres points de traitement qui auraient fourni de nombreux types différents de médicaments avec des apparences et des formulations différentes. En outre, l'introduction des TDR du paludisme dans la période entre les enquêtes initiale et finale aurait réduit l'utilisation des traitements antipaludiques chez les enfants avec fièvre qui n'ont pas obtenu un résultat positif au TDR. Il est peu probable que les gardiens des enfants étaient pleinement conscients de ce changement, gonflant ainsi le dénominateur des enfants affectés par le paludisme. Pour la

pneumonie, il s'agit d'un problème courant et bien documenté. Une étude réalisée en 2013 sur l'utilisation de l'indicateur de traitement antibiotique dans les enquêtes EDS et MICS a montré que la grande majorité des enfants présentant des symptômes de pneumonie signalés par leurs gardiens n'avaient pas de pneumonie et leurs réponses ont donc fortement gonflé le dénominateur. [12]

159. En raison de ces contraintes, la seule estimation crédible du modèle de réduction de la mortalité spécifique concerne le traitement de la diarrhée avec des SRO et du zinc. Le diagnostic de diarrhée ne nécessite pas de test de diagnostic. Les estimations modélisées de la réduction de la mortalité par le traitement du paludisme et de la pneumonie sont susceptibles d'être largement sous-estimées parce que les données utilisées ne sont pas suffisamment fiables pour produire un modèle valide.

## DOMAINE D'INVESTIGATION 5

---

160. Dans ce domaine, l'évaluation a examiné dans quelle mesure l'Initiative RAcE a contribué à la réalisation de résultats en matière d'égalité entre les sexes. Deux questions d'évaluation ont été formulées et déclinées dans un certain nombre de sous-questions.

### QUESTION D'ÉVALUATION 14

#### **Dans quelle mesure les dimensions d'égalité entre les sexes ont-elles été incluses dans la conception et le développement des programmes RAcE ?**

Le genre a été intégré dans la proposition soumise par le OMS/GMP au Canada. Les engagements comprenaient le suivi des données désagrégées par sexe pour les indicateurs de diagnostic et de traitement, l'égalité entre les sexes dans la sélection et la formation des ASC, la prise en compte du genre dans les documents nouveaux ou révisés de l'ICCM, ainsi que l'identification d'un conseiller en matière d'égalité entre les sexes pour l'Initiative. Aucun de ces engagements n'a été mis en œuvre de manière cohérente et il y avait peu de preuves d'actions efficaces pour éliminer les obstacles à l'égalité entre les sexes, par exemple, dans le recrutement des ASC. L'une des causes profondes probables de cette situation n'est qu'aucun des programmes n'a effectué une analyse de genre au début de l'Initiative.

161. La proposition de l'OMS au Canada stipule que *'l'amélioration de l'accès à des soins appropriés pour le paludisme, la pneumonie et la diarrhée chez les jeunes enfants est naturellement une question de genre plutôt qu'une question biologique ou médicale'*. [24] Pour intégrer le genre dans les programmes, quatre engagements sont inclus dans la proposition :

- Le cadre général de suivi des performances exige que tous les indicateurs évaluent, dans la mesure du possible, les dimensions liées au genre et à l'environnement. Dans le même ordre d'idées, la proposition OMS/GMP s'engage à communiquer des résultats désagrégés par sexe pour le *'nombre de garçons par rapport au nombre de filles qui reçoivent un diagnostic et un traitement'*.
- La proposition souligne également que des efforts seront établis pour *'assurer l'égalité entre les sexes dans la sélection et la formation des ASC, conformément aux sensibilités locales dans les pays du projet'* et s'engage à soumettre des rapports désagrégés par sexe sur les ASC recrutés et formés.
- Le modèle logique de l'Initiative RAcE intègre un résultat sur le développement des normes, standards et directives de l'ICCM *'y compris ceux liés à l'égalité entre les sexes'*.
- La proposition s'engageait à identifier *'un conseiller ou un spécialiste de l'égalité entre les sexes pour faire partie de l'équipe de projet et être responsable des aspects de l'égalité entre les sexes dans la mise en œuvre du projet'*.

162. En 2015, en réponse aux questions du Canada sur le Rapport annuel 2014 de l'OMS, le Secrétariat du programme RAcE a résumé les informations sur les questions d'égalité entre les sexes obtenues principalement à partir des rapports d'enquête initiale et des rapports des partenaires de mise en œuvre.[25] Bien que ce résumé comprenne certaines informations sur les questions d'égalité entre sexes du côté de la demande et de l'offre, il n'a pas fait l'objet d'une analyse plus approfondie et n'a donné lieu à aucune suggestion d'une analyse comparative entre les sexes ou d'une stratégie d'intégration de l'égalité entre les sexes. Dans le Rapport annuel 2016, la dimension d'égalité entre les sexes du programme RAcE a été résumée comme suit, sans toutefois fournir de preuves ou d'analyse : [26]

- Aucun pays n'a fait état d'un préjugé de genre dans le traitement des enfants.
- Tous les pays encouragent activement le recrutement de femmes ASC, à la fois en tant que politique et dans la pratique.
- La plupart des pays rapportent un consensus croissant selon lequel les femmes ASC voient plus d'enfants malades, s'acquittent mieux de leurs tâches et ont un meilleur accès aux gardiens des enfants.
- Tous les pays font état d'activités de mobilisation sociale ciblant les deux sexes, et le groupe qui en résulte est un mélange d'hommes et de femmes, mais avec un niveau plus élevé de participation féminine.
- Souvent les femmes sont les principales gardiennes des enfants. La présence d'un ASC à proximité contribue non seulement à leur capacité d'accomplir efficacement les tâches quotidiennes, mais aussi à augmenter la probabilité de rechercher des soins auprès d'un agent de santé formé et de recevoir un traitement gratuit et approprié.
- Dans certaines régions comme l'**État du Niger**, au **Nigeria**, les groupes de femmes et les groupes religieux de femmes sont influents, et les mobilisateurs communautaires de RAcE ciblent spécifiquement ces organisations en tant que partenaires et leaders dans l'augmentation des activités de recherche de soins.

163. L'évaluation n'a pas trouvé de preuves que les engagements en faveur de l'intégration de la dimension de genre ont été planifiés ou mis en œuvre de manière cohérente. Il n'y avait aucune information sur la nomination d'un conseiller en matière d'égalité entre les sexes dans les documents ou les entretiens avec les informateurs clés. Les rapports des partenaires de mise en œuvre n'ont pas désagrégé les données par sexe pour les indicateurs de diagnostic et de traitement. Peu d'efforts ont été déployés pour faire en sorte que les normes, règles et directives de l'iCCM tiennent compte de la sensibilisation au genre, et les documents revus sont, dans l'ensemble, pour la plupart neutres ou ignorants au genre. L'égalité entre les femmes et les hommes parmi les ASC n'a été atteinte que dans deux districts des cinq pays. Dans les autres districts, soit une majorité de femmes, soit une majorité d'hommes ont été nommés comme ASC. Au Malawi, le dernier recrutement d'ASC est antérieur à la mise en place du programme RAcE.

164. Afin d'obtenir une perspective plus nuancée sur l'égalité entre les sexes dans la conception et le développement du programme, la question d'évaluation a été analysée en profondeur à travers trois sous-questions portant sur (a) la conduite et l'utilisation d'une analyse de genre, (b) la prise en compte du genre dans les pratiques de suivi et (c) les différences de traitement entre garçons et filles.

### ***L'analyse participative de genre***

165. La réalisation d'une analyse de genre n'a été ni planifiée ni exécutée dans quatre des cinq pays (**RDC, Nigeria, Mozambique et Malawi**). Les informateurs clés des partenaires de mise en œuvre dans

ces pays ont souligné que l'activité ne faisait pas partie de leur contrat avec l'OMS. Cela était différent au **Niger** où le genre a été intégré dans la conception du programme et une analyse de genre et l'élaboration d'une stratégie de genre faisaient partie de la première lettre d'accord de subvention signée par l'OMS et World Vision. Toutefois, rien n'indique que ces deux composantes ont été mises en œuvre.

### *Le suivi, l'analyse et la communication de données désagrégées par sexe*

166. Les données ont été désagrégées par sexe dans les registres d'ASC de tous les pays. Le niveau de détail enregistré et la qualité des données varient. Au **Nigeria**, en **RDC**, au **Malawi** et au **Mozambique**, la désagrégation par sexe est progressivement perdue dans le processus d'intégration des données dans le système national d'information sanitaire. C'était différent au **Niger** où les données du système national d'information sanitaire sont désagrégées par sexe. Ce dernier, cependant, ne désagrège pas actuellement entre les données de la communauté et celles des établissements de santé, ce qui signifie que les données désagrégées par sexe au niveau de la communauté n'étaient pas non plus disponibles.

167. Aucun programme n'indique que les données de suivi ont été analysées par sexe. C'était le cas même au **Nigeria**, où les enquêtes initiale et finale et les bases de données d'ASC ont documenté les différences de diagnostic et de traitement entre les garçons et les filles. Une revue par l'équipe d'évaluation de la base de données de Malaria Consortium de le LGA de Lapai dans l'**État du Niger**, par exemple, a permis de constater qu'au cours des cinq derniers mois, le taux d'accès aux services de l'iCCM était de 22% supérieur pour les garçons par rapport aux filles. Cette constatation, qui peut avoir plusieurs raisons, y compris des erreurs de saisie de données, n'avait pas été remarquée ni analysée par les partenaires du programme.

168. Puisque les données désagrégées par sexe pour des traitements spécifiques n'ont pas été produites à partir des rapports des ASC dans les bases de données du programme, ces données ont été collectées dans des enquêtes finales auprès des ménages ou dans des études de revue de données. Les résultats ont été présentés dans les rapports d'évaluation finale de l'ICF, y compris certaines différences statistiquement significatives pour des indicateurs de traitement spécifiques au **Nigeria** et au **Malawi**. Aucune différence statistiquement significative entre les sexes en ce qui concerne l'accès aux soins n'a toutefois été détectée. Néanmoins, une enquête démographique finale n'est pas un outil de suivi, et la détection des différences de sexe dans l'accès au traitement une fois le programme terminé n'aide pas à analyser et à aborder les causes. Des informations mensuelles sur les différences entre les sexes dans l'accès aux services iCCM étaient disponibles dans les registres ASC et auraient pu être analysées en temps réel et rapportées dans les rapports trimestriels à l'OMS. Les registres n'incluaient pas d'informations sur les différences entre les sexes dans l'accès à des traitements spécifiques, bien que ces informations auraient également pu être produites à partir de certaines bases de données. Ceci est toutefois moins pertinent pour le suivi de l'égalité entre les sexes que les informations sur les différences globales d'accès au traitement qui auraient pu être compilées chaque mois avec relativement peu d'efforts.

169. Les cadres de suivi des performances (PMF selon l'abréviation anglaise) de tous les programmes sauf un (**RDC**) ont demandé une désagrégation par sexe pour tous les indicateurs de diagnostic et de traitement. Aucun des rapports trimestriels et annuels examinés par l'équipe d'évaluation n'était conforme à cette exigence. Compte tenu des engagements contractuels sur le genre entre l'OMS et le Canada (et entre l'OMS et les agences de mise en œuvre au **Niger**, au **Nigeria**, au **Mozambique** et au **Malawi**), il est surprenant que cette non-conformité n'ait pas été abordée.

## **La réflexion sur les raisons possibles des écarts dans l'accès aux traitements entre filles et garçons.**

170. Comme indiqué dans les paragraphes précédents, rien n'indique que les données de suivi ont été analysées par sexe dans aucun des pays. Dans les deux pays où des écarts spécifiques entre les sexes ont été constatés au cours de l'enquête finale, c'est-à-dire au **Nigéria** et au **Malawi**, les raisons de ces différences n'ont pas été analysées ni communiquées.

### **QUESTION D'ÉVALUATION 15**

#### **Dans quelle mesure le programme RAcE a-t-il contribué à l'égalité entre les sexes parmi les ASC et les membres des communautés ciblées ?**

Il n'y a aucune preuve concluante que le programme RAcE ait fait des efforts cohérents et fructueux pour promouvoir l'équilibre entre les sexes dans le recrutement des ASC.

En raison de l'absence d'intégration de la dimension de genre dans la conception du programme, le programme RAcE a apporté peu de contributions intentionnelles à la lutte contre l'inégalité entre les sexes ou la discrimination systémique entre les sexes du côté de la demande et de l'offre de l'ICCM.

171. La promotion de l'égalité entre les sexes dans la sélection et la formation des ASC faisait partie des engagements de la proposition du programme RAcE, mais il n'y avait pas d'engagement à changer les perceptions et les pratiques liées au genre pour les soins de santé infantile au niveau communautaire. Par manque d'une analyse de genre au début des programmes et de l'incohérence des données dans les rapports de progrès des pays, la revue de cette question d'évaluation n'a pas été sans difficultés. Dans les discussions de groupe avec les ASC et les gardiens des enfants, les exemples d'effets du programme sur l'égalité entre les sexes dans les communautés ont rarement été mentionnés et n'ont pas pu être triangulés avec les informations provenant d'autres sources de données.

### **Les dimensions de genre dans la sélection des ASC**

172. Malgré l'engagement pris dans la proposition de subvention OMS/GMP d'entreprendre des efforts pour atteindre un équilibre entre les sexes parmi les ASC, les résultats étaient incohérents et seuls deux districts, l'un au **Mozambique** et l'autre au **Niger** ont atteint l'objectif. Les ASC du district du **Mozambique** avaient été recrutés pour la plupart avant le début du programme RAcE. Le sexe des ASC n'était généralement pas observé, mais certaines informations sont disponibles dans les rapports de programme et dans la réponse du Secrétariat du RAcE au Canada sur les questions concernant le rapport annuel du RAcE 2014. [25]

**Tableau 15. Proportion des femmes ASC en 2017**

Programme	Femmes ASC
DRC*	20%
Malawi**	30% - 35%
Mozambique*	31%
Niger*	32%
État d'Abia *	88%
État du Niger *	14%

Sources : \* Réponse du Secrétariat du RAcE aux questions du Canada sur le Rapport annuel 2014 ;[25]; \*\* Le programme RAcE n'a aucune influence sur le recrutement des ASC, mais SC a rapporté que 35% des ASC participant à la formation étaient des femmes et l'enquête finale de l'ICF a rapporté que 30% des ASC dans les communautés échantillonnées étaient des femmes.

173. Au **Malawi**, le programme RAcE n'était pas impliqué dans le recrutement des ASC et la plupart des ASC étaient déjà en place avant le début du programme. Rien ne prouve que le programme ait investi des efforts pour influencer le gouvernement et les communautés afin d'augmenter

progressivement le nombre de femmes ASC en remplaçant les abandons masculins par des femmes, bien que cela ait été mentionné par une personne interrogée. Au **Mozambique**, rien n'indiquait non plus que le programme RACe a influencé l'équilibre entre les sexes des ASC. Bien que les défis liés au recrutement des femmes aient été discutés, aucune mesure n'a été prise pour augmenter leur recrutement.

174. Au **Nigeria** et en **RDC**, l'élection ou la nomination des femmes ASC a été activement encouragée par les programmes. Cela s'est traduit par une surreprésentation des femmes ASC dans l'**État d'Abia**, où le taux d'alphabétisation des femmes est élevé. Dans l'**État du Niger**, pratiquement aucune femme n'a été nommée par les chefs de village. Le niveau élevé d'analphabétisme chez les femmes rurales du nord du **Nigeria** a été cité comme la raison principale. En **RDC**, le taux élevé d'analphabétisme chez les femmes a également été mentionné comme la raison de la prédominance des hommes ASC. Selon les informateurs clés, certains changements ont été notés après l'introduction des registres et des outils de formation illustrés et simplifiés, un nombre croissant de femmes étant proposées comme candidates aux postes d'ASC par leurs communautés.

175. Au **Niger**, l'égalité de représentation des sexes a été formulée comme un objectif dans la proposition, mais les informateurs clés ont donné des informations incohérentes sur les efforts liés à l'augmentation de la nomination de femmes ASC.

176. Les deux causes profondes de la difficulté de recruter des femmes ASC dans tous les programmes étaient le faible niveau d'alphabétisation des femmes et l'inégalité des rapports de pouvoir au sein des ménages. Selon certaines réponses des discussions de groupe et des entretiens avec les informateurs clés, les femmes de certaines communautés ont besoin de l'autorisation de leurs époux pour postuler à un emploi d'ASC, ce qui peut être refusé parce qu'on s'attend à ce qu'elles soient absentes de la maison pour la formation et les réunions. Hormis l'introduction d'outils de rapportage sous forme d'images en **RDC**, aucun programme n'a élaboré de stratégie pour répondre à la question de l'analphabétisme féminin. Les résultats montrent que la promotion des candidates féminines a été insuffisante pour atteindre l'égalité entre les sexes parmi les ASC dans des contextes où le niveau d'alphabétisation des femmes est faible et où les relations de pouvoir inégales prévalent.

177. Il n'y avait pas de preuve concluante sur la question de savoir si la nomination d'un ASC de sexe masculin ou féminin était plus avantageuse ou non. Dans les communautés musulmanes, les discussions de groupe ont démontré que les femmes pourraient plus facilement effectuer des visites de suivi à domicile que leurs homologues masculins parce que les hommes ne sont pas autorisés à entrer chez les patients en l'absence du chef de famille. Cela a également été signalé au **Malawi**, en particulier pour les soins maternels et néonataux. En même temps, les femmes ASC de certaines communautés sont plus restreintes dans leurs déplacements, en particulier dans les zones d'insécurité et après la tombée de la nuit, ce qui peut constituer un obstacle à leur capacité à effectuer des visites de suivi. Dans certaines discussions de groupe avec les membres de la communauté, les femmes ont indiqué qu'il leur était plus facile de consulter des ASC du même sexe, mais ce n'était pas universel. Les superviseurs et le personnel de programme de plusieurs programmes, mais pas tous, ont indiqué que les femmes ASC étaient plus fiables et motivées, plus disponibles et avaient des taux d'abandon plus faibles, car elles étaient moins susceptibles de migrer pour travailler.

### ***L'inclusion des dimensions d'égalité entre les genres dans le matériel de formation en CCM***

178. Pour évaluer le niveau de sensibilisation au genre des matériels de formation en iCCM, l'équipe d'évaluation a analysé le type d'images et d'exemples utilisés, et a revu le contenu pour savoir si ces matériels incluaient les normes et pratiques sociales spécifiques au genre liées aux soins des enfants

dans le pays. Les images et les illustrations ont été jugées sensibles au genre lorsque les hommes et les femmes ont été montrés dans le rôle des chercheurs de soins et des professionnels de la santé. Elles ont été jugées neutres lorsque le sexe du gardien des enfants ou du professionnel de la santé n'était pas mentionné ou visible dans le texte. Les manuels qui n'utilisaient que des femmes comme chercheuses de soins et que des hommes comme professionnels de la santé ont été classés comme inconscients du genre parce qu'ils contribuent à perpétuer les stéréotypes selon lesquels les femmes et les filles sont les seules responsables de la santé des enfants et que les postes de professionnels de la santé sont réservés aux hommes.

179. L'analyse du matériel de formation a montré qu'un seul manuel - celui de la **RDC** - était sensible au genre. Il montre des hommes et des femmes impliqués dans les soins de santé et inclut une discussion sur les rôles du genre dans les soins de santé infantile. Aucun des documents d'orientation des quatre autres pays ne comporte une section sur les normes et pratiques de genre en matière de soins de santé infantile. Les documents du **Nigeria** contiennent très peu d'images. Les images sont équilibrées en fonction du sexe pour les professionnels de la santé, mais pas pour la recherche de soins où seules les femmes soignantes sont utilisées comme exemples. Les manuels du **Niger** et du **Mozambique** utilisent des images neutres et ignorantes au genre. Au **Malawi**, seules des images de femmes sont utilisées pour représenter les soignants et les professionnels de la santé dans le matériel de formation de l'iCCM. Dans l'ensemble, on peut conclure que le programme RAcE a peu utilisé l'occasion de promouvoir l'égalité entre les sexes dans les soins de santé infantile lors de l'élaboration ou de la révision du matériel de formation iCCM.

### ***La participation des femmes à la conception, la prestation et la revue des services***

180. La triangulation des données a confirmé que la participation des femmes à la prestation des soins de santé a augmenté par la présence des femmes ASC et par la représentation des femmes dans les comités de soins de santé communautaires.

181. L'équipe d'évaluation n'a pas trouvé de preuves d'une participation accrue des femmes à la planification et à la conception de la prestation des soins de santé au niveau communautaire. Dans certaines discussions de groupe au **Malawi**, les participants ont signalé que la participation accrue des femmes aux groupes d'action communautaire a entraîné une augmentation de la participation des femmes aux revues des services de santé.

### ***Autonomisation de femmes pour qu'elles puissent faire des choix éclairés en matière de santé***

182. Pour répondre aux questions sur l'autonomisation des femmes, l'équipe d'évaluation a analysé les dimensions suivantes : augmentation des connaissances des femmes gardiennes des enfants pour reconnaître les signes de maladies infantiles graves, la prise de décision pour la recherche de soins au niveau du ménage et les preuves qualitatives que le programme a renforcé le statut des femmes dans la communauté.

- L'indicateur sur la capacité des gardiens des enfants à reconnaître au moins deux signes de maladies infantiles graves a été mesuré dans les enquêtes initiale et finale. Les résultats pour cet indicateur ont été contrastés. Les connaissances sont restées élevées et sans changements significatifs au **Malawi** et au **Niger**. En **RDC**, le pourcentage de gardiens des enfants qui connaissent les maladies infantiles a diminué (de 85% à 41%), ce qui est une constatation surprenante. Au **Mozambique** et dans les deux programmes au **Nigeria**, les connaissances des mères sur les maladies infantiles se sont considérablement améliorées.

- Des données sur la prise de décision concernant la recherche de soins ont également été collectées dans les enquêtes initiale et finale. Les résultats ont montré des changements dans certains pays, mais aucun dans d'autres. Au **Niger** et au **Malawi**, la prise de décision conjointe des parents de rechercher des soins de santé s'est considérablement accrue, ce qui suggère une participation accrue des pères aux soins de santé infantile. En **RDC**, par contre, la prise de décision conjointe des époux a diminué alors que la prise de décision autonome des femmes pour la recherche de soins de santé pour les enfants a augmenté.
- Les changements dans la situation des femmes ont été rarement mentionnés dans les entretiens et les discussions de groupe. Les personnes interrogées, en particulier dans l'**État d'Abia**, ont mentionné que les femmes ASC sont devenues plus respectées et autonomes du fait de leur travail.

183. Cependant, en raison de l'absence d'une analyse de genre, il n'est pas possible de conclure que le programme RAcE a eu un impact positif ou négatif sur le statut des femmes et leur capacité à faire des choix éclairés pour protéger leurs santé et droits et ceux de leurs enfants.

## CONCLUSIONS

---

### QU'EST-CE QUE L'INITIATIVE RAcE A PU REALISER ?

---

184. L'initiative RAcE n'était pas un programme de 'preuve d'approche' pour renforcer davantage l'efficacité de la prise en charge communautaire intégrale des maladies infantiles. Il s'agissait de montrer que des approches efficaces et éprouvées de la prestation de services au niveau communautaire peuvent être fournies en tant que composants des systèmes de santé nationaux. L'initiative l'a fait par un appui pour renforcer ces composants du système là où ils existaient déjà, c'est-à-dire au **Malawi** et au **Mozambique**, pour les rendre opérationnels là où ils étaient déjà inclus dans les politiques et stratégies nationales, c'est-à-dire au **Niger** et en **RDC**, et pour les introduire là où ils n'existaient pas, c'est-à-dire au **Nigeria**.

185. Dans tous ces contextes, l'Initiative RAcE a montré que l'iCCM peut combler d'importantes lacunes dans les stratégies nationales de couverture sanitaire universelle (CSU) en créant un accès aux services de santé essentiels pour les enfants qui ont besoin d'un traitement rapide pour le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës, mais qui vivent dans des communautés trop éloignées pour avoir un accès rapide et facile aux établissements de soins de santé primaires. L'Initiative a documenté le fait que les services communautaires de prise en charge dans les régions où il n'y a pas d'établissements de santé sont facilement accessibles et très appréciés par les personnes qui s'occupent des enfants. Elle a souligné que la mise en œuvre de l'iCCM en tant que composant des systèmes de santé nécessite son intégration dans les autres composants de ces systèmes de santé plutôt que de faire de la prise en charge communautaire des cas une activité de programme parallèle. Cela comprend :

- Des systèmes qui assurent l'approvisionnement ininterrompu de médicaments de qualité au niveau communautaire
- Des cadres nationaux des ressources humaines pour la santé qui incluent les ASC
- Un système national d'information sanitaire qui saisit régulièrement les données sur les traitements communautaires
- L'intégration de l'iCCM dans le cadre de financement du système national de santé
- La mise en œuvre de stratégies efficaces pour l'engagement communautaire et l'encouragement de la demande

186. L'Initiative RAcE a montré que les services iCCM continuent à dépendre fortement du financement international, ce qui constitue leur plus grande menace pour la durabilité. Contrairement aux services fournis par les établissements de santé qui sont capables d'atténuer les déficits de financement et les ruptures de stock de médicaments en imposant des frais d'utilisation ou en délivrant des ordonnances, ces options n'existent pas pour les services de traitement communautaire qui sont donc plus vulnérables aux interruptions dans l'approvisionnement en médicaments et dans la supervision.

187. Malgré le fait qu'il existe des preuves solides de l'efficacité de l'iCCM en tant que stratégie pour la survie de l'enfant, il subsiste d'importantes lacunes dans les connaissances. Celles-ci sont principalement contextuelles. L'Asie a produit plus de preuves sur l'iCCM que le continent africain. L'évaluation de l'Initiative RAcE a conclu que pour intégrer efficacement l'iCCM dans les systèmes de santé et les stratégies de CSU en Afrique, il faut produire des connaissances supplémentaires, en particulier sur :

- Comment établir et maintenir un cadre motivé d'ASC
- Comment faire participer efficacement les communautés au soutien et au maintien des services iCCM
- Quel est le profil de genre le plus approprié pour les ASC et comment y parvenir
- Comment intégrer l'objectif de l'égalité entre les sexes dans la prestation des services iCCM

188. Tandis que l'évaluation de l'Initiative RAcE a documenté les preuves qualitatives que l'iCCM a contribué à la réduction de la mortalité infantile, elle n'a pas pu valider les estimations modélisées du taux de réduction parce que les données pour une modélisation fiable n'étaient pas disponibles. Ces données ne seront disponibles que lorsqu'il y aura des améliorations significatives dans l'enregistrement de l'état-civil les et dans les systèmes nationaux de statistiques essentielles et d'information sur la santé communautaire.

#### L'INITIATIVE RAcE A-T-ELLE REPONDU AUX BESOINS ET AUX PRIORITES DES PRINCIPALES PARTIES PRENANTES DES SYSTEMES DE SANTE NATIONAUX ET ETAIT-ELLE CONFORME AUX STRATEGIES NATIONALES DE SANTE ?

---

189. L'Initiative RAcE était bien en phase avec les politiques et stratégies nationales de santé dans les cinq pays du programme. Les ministères de la santé ont été étroitement impliqués dans la conception et la planification des programmes RAcE, y compris dans la sélection des régions et des communautés qui bénéficieront des services. Avec l'appui WCO, les ministères de la santé ont dirigé les forums de coordination et des groupes de travail techniques sur l'iCCM dans tous les pays. Les ministères avaient également la responsabilité primordiale d'assurer la complémentarité et la coordination des programmes iCCM appuyés par des bailleurs internationaux.

190. L'initiative RAcE a atteint un très grand nombre d'enfants et a réalisé l'objectif de l'iCCM d'augmenter l'accès aux soins de santé, en particulier dans les régions où auparavant les enfants n'avaient aucun accès à un traitement efficace du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie. Les conclusions qui peuvent être tirées de l'Initiative RAcE pour répondre aux besoins des enfants incluent :

- L'iCCM est une intervention efficace du système de santé pour répondre aux besoins de soins de santé des enfants dans les zones rurales où l'infrastructure des établissements de santé est faible.
- L'iCCM a des limites pour la prestation de services dans des communautés qui sont trop dispersées ou trop éloignées des établissements de santé pour assurer l'approvisionnement

régulier et la supervision des ASC. Pour les enfants de ces communautés, des alternatives à l'iCCM doivent être explorées.

- Lorsqu'il existe des alternatives à l'iCCM, comme les prestataires privés qui font payer pour des services ou des établissements publics sans accès 24 heures sur 24 ou sans médicaments disponibles, les gardiens des enfants se tourneront volontiers vers des ASC bien approvisionnés qui fournissent des services gratuitement. Dans le contexte de l'Initiative RAcE, cela a amélioré la qualité des soins, mais il n'est pas certain que ce soit toujours la meilleure option du point de vue des systèmes de santé.

191. **Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande que les autorités sanitaires nationales soient appuyées dans la cartographie des communautés et des services de santé afin de cibler la mise en place de services iCCM aux communautés où l'iCCM offre l'option la plus efficace et la plus rentable pour une prestation de services de santé de qualité en temps opportun aux enfants. Cela devrait inclure l'évaluation de toutes les options alternatives pour améliorer l'accès aux soins qui peuvent exister.**

#### L'INITIATIVE RAcE A-T-ELLE CONTRIBUE A AMELIORER L'UTILISATION DES INTRANTS DE SANTE ESSENTIELS POUR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER LES ENFANTS DANS LES PAYS DU PROGRAMME ?

---

192. Les systèmes nationaux de gestion des approvisionnements et des achats (GAA) des intrants iCCM ont été utilisés en tout ou en partie dans tous les pays, sauf au **Malawi** où un système parallèle a été maintenu tout au long du programme. Au **Mozambique**, les systèmes nationaux de GAA ont été utilisés dès le début, mais le soutien aux achats et à l'approvisionnement jusqu'au niveau du district a été fourni par d'autres partenaires de développement et n'a pas été inclus dans le programme RAcE. Dans les autres programmes, il y a eu un transfert progressif de responsabilité aux systèmes des approvisionnements et des achats nationaux, combiné avec un certain renforcement des capacités de ces institutions nationales qui n'a toutefois été, dans tous les cas, que partiel et ne s'appliquait qu'à des maillons faibles spécifiquement identifiés dans la chaîne d'approvisionnement. Tous les programmes ont connu des ruptures de stocks de médicaments. Des ruptures de stock importantes sur de longues périodes n'ont été signalées qu'au **Mozambique** et en **RDC**. Alors que les programmes approchaient de leur terme, ou après qu'ils aient pris fin, la fréquence et l'ampleur des ruptures de stock ont augmenté. Dans certains pays, les raisons étaient financières, liées à l'allocation de budgets pour la poursuite des services, mais elles étaient également dues aux faiblesses des systèmes pour distribuer les intrants du centre vers les sites communautaires en fonction des besoins. Même des interruptions mineures de l'approvisionnement en intrants de base peuvent avoir des effets majeurs sur la confiance de la communauté et le respect aux services iCCM.

193. **Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande que l'appui à l'introduction ou à l'expansion de l'iCCM soit basé sur l'assurance qu'il existe des systèmes nationaux fonctionnels pour un approvisionnement ininterrompu d'intrants iCCM au niveau communautaire.**

194. L'intégration de l'iCCM dans le système de santé tel qu'appuyée par l'initiative RAcE a souligné la nécessité d'assurer un système fonctionnel de continuité de soins. Pour être efficace, l'iCCM exige un service de référence au premier échelon fiable pour les enfants qui ne peuvent pas être traités par les ASC. Plusieurs propositions de programmes RAcE présentées par des organisations sous-traitantes comprenaient des plans pour le renforcement des capacités des établissements de soins de santé primaires, mais ces plans n'ont pas été pleinement mis en œuvre. Les superviseurs de district de plusieurs programmes ont noté que les ASC sont souvent plus performants dans le respect des algorithmes de diagnostic et de traitement que le personnel des établissements de soins de santé

primaires. La pénurie de médicaments dans les établissements était une plainte courante entendue dans les discussions de groupe avec les membres de la communauté. Dans trois revues de programmes, les personnes interrogées ont mentionné que les enfants malades étaient référés par le personnel de l'établissement de santé vers les ASC parce que les médicaments n'étaient pas disponibles dans l'établissement de santé.

**195. Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande que l'appui à l'iCCM soit fermement lié à une analyse des besoins pour la continuité de soins, et que les structures de référence de premier échelon pour les ASC soient incluses dans l'appui pour s'assurer qu'elles ont la capacité et les intrants nécessaires pour traiter les enfants référés.**

196. Dans le cadre de l'Initiative RAcE, environ 8 900 ASC ont été formés, dont environ 7 400 étaient actifs au moment de la clôture du programme ou de la mission d'évaluation. Les taux d'abandon étaient les plus élevés en **RDC**, ce qui s'explique dans une large mesure par l'insécurité dans la région couverte par le programme et les déplacements de communautés qui y sont liés. Les ASC des pays du programme RAcE sont des volontaires, sauf au **Malawi**, où ils sont des employés salariés du ministère de la santé. Différentes approches pour maintenir leur motivation et leur rétention ont été utilisées par les programmes RAcE conformément aux politiques nationales. Les ASC interrogés dans tous les programmes ont affirmé que les possibilités de formation, la supervision formative, l'approvisionnement ininterrompu en intrants et la reconnaissance et le statut dans la communauté étaient leurs principaux facteurs de motivation. Cependant, tous ont également déclaré qu'ils avaient besoin d'un appui financier pour les indemniser pour le temps consacré au traitement, au suivi et au rapportage. Les questions communes qui ont été soulevées sont le faible niveau des paiements de rémunération qui n'ont pas suivi le rythme de l'inflation, l'irrégularité des paiements et l'insécurité des paiements de rémunération qui varient selon la source de financement international et ne suivent pas toujours les lignes directrices nationales lorsqu'elles existent. L'appui matériel ou financier aux ASC par leurs communautés (construction de maisons, vélos, rémunérations, etc.) a été promu et suivi par plusieurs programmes et mis en évidence dans les rapports de programme annuels. Un certain nombre d'ASC interrogés ont reconnu avoir reçu un certain appui, mais aucun d'entre eux n'a considéré qu'il s'agissait d'une contribution importante à leur propre motivation.

**197. Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande que l'appui à la mise en œuvre de l'iCCM comprenne le plaidoyer pour l'inclusion des ASC dans le cadre national des ressources humaines pour la santé en tant que main-d'œuvre salariée ou, lorsque cela n'est pas accepté par les gouvernements, en tant que cadre de bénévoles avec un niveau minimal fixe de rémunérations et d'incitations correspondant à l'ampleur des services attendus.**

198. Les programmes RAcE ont utilisé des approches multiples pour la création de la demande de services iCCM qui ont été largement efficaces. Ceci est documenté dans les enquêtes et les discussions de groupe qui ont confirmé que la grande majorité des membres de la communauté considéraient les ASC comme des prestataires de soins de santé de confiance et les choisiraient comme leur première source de soins pour un enfant malade. Toutefois, les stratégies d'engagement communautaire visant à promouvoir l'appui des ASC par leurs communautés ont donné des résultats divers. Certains exemples de réussite ont été cités dans les rapports de programme, mais les entretiens avec des informateurs clés et les discussions de groupe avec des membres de la communauté menés par l'équipe d'évaluation ont indiqué qu'il s'agissait de cas exceptionnels et anecdotiques. Plusieurs discussions avec des membres de la communauté ont révélé un décalage entre l'offre d'iCCM en tant que 'service de santé gratuit' pour les communautés et l'attente que les communautés fournissent un appui pour maintenir ce service.

**199. Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande que des recherches supplémentaires soient menées pour mieux comprendre le rôle et l'efficacité des stratégies d'engagement**

**communautaire pour l'iCCM, y compris une évaluation du rôle de la communauté dans la motivation et le maintien en poste des ASC.**

L'INITIATIVE RAcE A-T-ELLE CONTRIBUE A UN ENVIRONNEMENT POLITIQUE ET REGLEMENTAIRE FAVORABLE A L'iCCM EN TANT QU'ELEMENT CLE DE LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTE ?

---

200. L'Initiative RAcE a été mise en œuvre par l'OMS par le biais de contrats de sous-traitance avec des ANE nationaux ou internationaux qui ont été sélectionnés par des appels d'offres. Il s'agissait d'une nouvelle modalité de programme pour l'OMS qui, généralement, met en œuvre des programmes par le biais d'un appui direct du gouvernement. Les résultats de la mise en œuvre des sous-traitants ont été positifs et ont été appréciés par la majorité des participants aux entretiens. Les WCO avec l'appui du Bureau régional (BR ou RO selon l'abréviation anglaise) et du GMP, ont fourni un appui normatif aux gouvernements centraux pour l'élaboration ou la révision des politiques, stratégies et outils de l'iCCM, ce qui a mené à des progrès vers un environnement politique et réglementaire plus favorable à l'iCCM. Les ANE contractés, d'autre part, ont fourni un appui opérationnel aux niveaux décentralisés de gouvernement. Il y a eu un flux efficace d'informations entre la mise en œuvre décentralisée et le niveau politique central, qui a assuré que l'expérience du RAcE alimente les politiques et stratégies nationales et le dialogue de coordination parmi les partenaires. Certains informateurs clés aux niveaux national et global ont toutefois mis en garde contre le fait que l'approche de sous-traitance ne devrait pas être considérée comme une pratique exemplaire universelle, mais plutôt comme une approche transitoire à appliquer sur la base d'une évaluation des systèmes et des capacités des gouvernements et des ANE potentiels de mise en œuvre.

**201. Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande que la mise en œuvre du programme par l'intermédiaire des ANE soit adoptée comme une option alternative possible à l'approche établie d'appui direct à la mise en œuvre aux gouvernements, sur la base d'une analyse contextuelle et d'une évaluation des capacités des futurs partenaires potentiels du programme des gouvernements et des ANE.**

202. Les partenaires de mise en œuvre du programme RAcE ont mené dix études de recherche opérationnelle sur des questions telles que les systèmes de supervision des ASC, les outils appropriés de formation et de collecte de données, ou l'utilisation de mHealth pour améliorer la qualité des soins et la collecte de données. Les résultats finaux de la plupart d'entre ces études n'avaient pas encore été diffusés ou discutés au moment de l'évaluation. D'autres résultats de recherche et leçons apprises au niveau de l'Initiative RAcE étaient également en cours de préparation pour documentation par l'OMS. Au moment de l'évaluation, il était trop tôt pour procéder à une évaluation complète de la contribution de l'initiative RAcE à l'acquisition de nouvelles connaissances et à l'amélioration des orientations sur l'iCCM en tant que composant des systèmes de santé nationaux.

**203. Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande que les travaux sur la consolidation, la documentation et la communication des connaissances produites par l'initiative RAcE soient achevés dès que possible et intégrés dans des guides normatifs actualisés et améliorés sur les politiques et programmes iCCM.**

204. L'environnement politique et réglementaire national pour l'iCCM est un déterminant majeur de la durabilité des services. Les programmes RAcE ont largement contribué à cette dimension, par exemple en appuyant l'inclusion de l'iCCM dans les stratégies nationales de santé. Alors que beaucoup a déjà été accompli dans ce domaine, y compris la création de lignes budgétaires pour l'iCCM dans les budgets nationaux ou sous-nationaux de la santé, les services iCCM dans les cinq pays du programme continuent d'être principalement financés par les partenaires de développement internationaux.

L'affectation de crédits aux budgets de l'iCCM à partir de ressources nationales était au mieux partielle et, dans la plupart des pays, conditionnelle aux négociations internationales en cours sur les subventions. Cela a créé des situations critiques de ruptures de stock de médicaments et de réduction de la supervision des ASC alors que les programmes RAcE arrivaient à leur terme. Afin d'éviter des lacunes dans les services de l'iCCM dans les zones appuyées par le programme RAcE, un processus de planification de la durabilité a été lancé en 2016. Ce processus était encore en cours dans certains pays au moment de l'évaluation. Bien que le processus structuré ait été très apprécié par tous les informateurs clés au niveau des pays, la plupart étaient d'avis que son lancement au cours de la dernière année du programme était trop tardif et que les déficits de financement auraient pu être évités si une feuille de route sur la durabilité avait été élaborée et mise en œuvre dès le début du programme.

**205. Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande l'analyse des déficits de financement pour les besoins de financement continus des services iCCM dans les zones couvertes par le programme RAcE, et la mise à disposition d'une assistance aux gouvernements partenaires pour mobiliser des ressources afin d'éviter la perturbation des services. En outre, dans l'appui futur à l'iCCM, les besoins de financement de l'iCCM devraient être estimés au-delà de la période prévue d'appui au programme, et les activités mises en œuvre dès le début pour mobiliser des fonds auprès de sources nationales et internationales afin de poursuivre les services après la fin du programme d'appui.**

#### L'EVALUATION A-T-ELLE CORROBORE LES CHANGEMENTS ESTIMÉS DANS LA COUVERTURE DE TRAITEMENT iCCM ET LA MORTALITÉ INFANTILE COMME MODELISÉS PAR L'ICF

---

206. Les données collectées dans le cadre de l'évaluation montrent que l'Initiative RAcE a contribué à réduire la mortalité infantile. Ces données sont fondées sur des données qualitatives collectées lors des discussions de groupe et des entretiens avec des informateurs clés. La réduction de la mortalité estimée à l'aide du modèle LiST (Lives Saved Tool) n'a toutefois pas pu être corroborée. Une évaluation des données utilisées pour les estimations du modèle a montré que ces estimations n'étaient pas suffisamment fiables ou spécifiques à la population couverte pour produire des résultats crédibles. Il n'existait pas de données appropriées pour une modélisation valide de l'impact de l'iCCM sur la mortalité infantile dans les pays du programme RAcE.

**207. Sur la base de ces constats, l'évaluation recommande qu'un appui renforcé soit fourni pour le développement et la mise en œuvre d'enregistrement de l'état-civil et de systèmes nationaux de statistiques essentielles de qualité, ainsi que l'intégration de données fiables sur la santé communautaire dans les systèmes nationaux d'information sanitaire afin de produire des informations sur l'impact de l'iCCM qui peuvent être utilisées pour la planification des services de santé.**

#### L'INITIATIVE RAcE A-T-ELLE CONTRIBUE À CONCRETISER LES RESULTATS EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ?

---

208. L'Initiative RAcE n'a pas tenu ses engagements en matière d'intégration de la dimension de genre. L'évaluation n'a trouvé aucune preuve qu'une analyse comparative entre les sexes ait été effectuée dans l'un ou l'autre des programmes, ni que l'intégration de la dimension de genre ait été poursuivie activement. Les causes des différences basées sur le sexe dans l'accès au traitement n'ont pas été analysées. Les questions de genre dans la performance, le statut et le recrutement des ASC ont été notées mais les causes profondes n'ont pas été explorées et abordées. Les effets de l'introduction des services iCCM sur la prise de décision pour la recherche de soins dans les familles ont été commentés mais pas systématiquement documentés. Le faible niveau de sensibilisation aux questions

de genre des programmes de l'Initiative RAcE a été une occasion manquée de produire des connaissances sur les questions d'égalité entre les sexes du côté de l'offre et de la demande de services iCCM.

**209. Sur la base de ce constat, l'évaluation recommande que des revues systématiques des questions d'égalité entre les sexes dans l'offre et la demande de l'iCCM soient menés dans différents contextes sociaux et culturels dans le but de contribuer à l'égalité entre les sexes et à l'intégration de l'égalité entre les sexes dans les politiques et lignes directrices de l'iCCM.**

#### DES LEÇONS CLES POUR LES PARTENAIRES GOUVERNEMENTAUX DE L'INITIATIVE RAcE

210. L'évaluation était basée sur les données collectées au niveau du programme, mais il ne s'agissait pas d'une évaluation de chaque programme de pays. Bien que les recommandations de l'évaluation s'adressent à l'OMS, un certain nombre de leçons peuvent être tirées par les gouvernements partenaires de l'Initiative RAcE. L'Initiative a démontré que l'iCCM est une composante mature d'une stratégie de CSU dans les pays dont la population vit hors de portée des établissements de soins de santé primaires. En tant que telle, l'iCCM doit être traitée comme une partie intégrante du système national de santé, ce qui exige que les gouvernements :

- 1) Évaluent la faisabilité, l'efficacité et l'efficacités de toutes les options pour augmenter la couverture et l'accès aux services de santé, y compris par l'iCCM, en gardant à l'esprit que la rapidité d'accès est essentielle à la survie de l'enfant. Les services iCCM devraient être ciblés sur les communautés où les contraintes liées à la prestation des services par les établissements de soins de santé ne peuvent être surmontées avec les moyens et les ressources disponibles.
- 2) S'assurent que l'approvisionnement ininterrompu d'intrants de qualité au niveau communautaire fasse partie intégrante des systèmes nationaux de planification et de gestion des approvisionnements et des achats. Les services iCCM ne peuvent fonctionner que lorsqu'il y a un approvisionnement ininterrompu d'intrants dans les sites de soins communautaires.
- 3) Reconnassent que les ASC font partie de la main-d'œuvre nationale de la santé. L'option des ASC salariés peut ne pas être réalisable ou acceptable dans tous les pays. Toutefois, les travailleurs bénévoles ont également besoin d'un appui financier proportionnel à l'étendue de leurs services et aux efforts qui y sont associés. Une situation où les incitations et les rémunérations sont négociées séparément pour chaque projet international de santé n'est pas propice au maintien d'un cadre stable de volontaires prestant des services iCCM. La supervision des ASC doit également être incluse dans la planification nationale des ressources humaines.
- 4) S'assurent qu'il existe des systèmes et des mécanismes fonctionnels pour alimenter le système national d'information de la santé. Les services iCCM font partie des prestations des services nationaux de santé, et ils ne peuvent être planifiés et financés que lorsqu'il existe des données de suivi fiables au même niveau et sur la même plateforme et dans le même format que les autres données de suivi des services de santé.
- 5) Intègrent les frais de la mise en œuvre des services iCCM dans le cadre national de financement de la santé et les estimations budgétaires et veillent à ce que l'iCCM reçoive la même attention en matière de budgétisation et de financement de sources nationales et internationales que les autres services de santé prioritaires.
- 6) Analysent, en fonction des services à fournir et du contexte social, si les services iCCM sont mieux fournis par des femmes ou des hommes ASC, ou s'ils nécessitent des ASC appariés des deux sexes. Également qu'ils analysent les contraintes liées au genre dans le recrutement des ASC, telles que

les différences de niveau d'éducation ou la discrimination systémique entre les sexes, et élaborent des stratégies pour les surmonter.

## RECOMMANDATIONS

---

211. L'évaluation de l'Initiative RAcE a produit quatre recommandations clés à l'OMS

**Recommandation 1.** Considérant que les services iCCM établis dans le cadre de l'Initiative RAcE sont menacés par des déficits de financement, l'OMS devrait prendre des mesures immédiates pour s'assurer que les réalisations de l'Initiative RAcE ne soient pas perdues :

- Travailler avec les gouvernements partenaires pour évaluer les déficits de financement potentiels de l'iCCM dans les zones couvertes par le programme RAcE et aider les ministères de la santé dans la mobilisation des ressources afin de s'assurer que les services établis dans ces zones continuent sans interruption.

**Recommandation 2.** Compte tenu de l'efficacité de la mise en œuvre de l'Initiative RAcE par le biais de contrats de sous-traitance avec des acteurs non étatiques, l'OMS devrait :

- Inclure la mise en œuvre du programme par l'intermédiaire des ANE comme option alternative possible à l'approche établie de mise en œuvre directe par les gouvernements, sur la base d'une analyse contextuelle et d'une évaluation des capacités des partenaires potentiels du gouvernement et des partenaires ANE.

**Recommandation 3.** Considérant que l'Initiative RAcE a produit de nouvelles données probantes sur la mise en œuvre de l'iCCM en tant qu'intervention du système de santé pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle qui n'est, toutefois, pas encore entièrement documentée et disséminée, l'OMS devrait :

- Consolider et disséminer les leçons apprises par l'Initiative RAcE et les appliquer en consultation avec les partenaires techniques pour mettre à jour les lignes directrices pour 'Prendre soin de l'enfant malade dans la communauté' qui sont actuellement intégrées dans le manuel de planification multi-agences 'Prendre soin du nouveau-né et de l'enfant dans la communauté'.
- Initier des actions pour combler les lacunes persistantes dans les connaissances par :
  - Un appui à la recherche pour mieux comprendre le rôle et l'efficacité des stratégies d'engagement communautaire pour l'iCCM, y compris une évaluation du rôle de la communauté dans la motivation et le maintien en poste des ASC.
  - La prise en compte, en collaboration avec les partenaires intéressés, d'une revue systématique des questions d'égalité entre les sexes dans l'offre et la demande de l'iCCM dans différents contextes sociaux et culturels.

**Recommandation 4.** Considérant que l'Initiative RAcE a souligné le rôle des services iCCM dans le développement des systèmes de santé nationaux pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle, l'OMS devrait concentrer son appui technique et programmatique sur l'iCCM aux ministères de la santé et aux partenaires au développement au niveau des pays pour :

- Cibler les services iCCM dans les communautés rurales éloignées qui vivent loin des établissements de santé, tout en examinant, dans chaque cas, toutes les options possibles pour s'assurer que les enfants aient accès en temps opportun à des soins de santé de qualité, y compris des options alternatives à l'iCCM s'il en existe.
- Intégrer fermement l'appui du programme à l'iCCM dans un système de continuité des soins en s'assurant que les structures de référence au premier échelon pour les ASC ont la capacité de fournir des services de qualité accessibles et abordables aux enfants référés.
- S'assurer que des systèmes nationaux pour la gestion de l'approvisionnement ininterrompue des intrants iCCM au niveau communautaire soient en place, ou que l'appui à la programmation iCCM s'accompagne d'un appui au développement de tels systèmes nationaux.

- Plaider en faveur de l'inclusion des ASC dans le cadre national des ressources humaines pour la santé en tant que main-d'œuvre salariée ou, lorsque cela n'est pas accepté par les gouvernements, en tant que cadre de bénévoles avec un niveau minimal fixe de rémunérations et d'incitations proportionnel à l'ampleur des services attendus.
- Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de l'enregistrement de l'état-civil et de systèmes de statistiques essentielles de qualité, ainsi que l'intégration de données fiables sur la santé communautaire dans les systèmes nationaux d'information de la santé afin de produire des informations valables sur l'impact de l'iCCM sur la réduction de la mortalité infantile.
- S'assurer que le financement des services iCCM (de sources nationales ou internationales) soit fermement ancré dans le cadre national de financement de la santé, tout en gardant à l'esprit que les services iCCM se délitent facilement lorsqu'il y a des déficits de financement qui interrompent la supervision et le flux des intrants.

## REFERENCES

---

1. Rasanathan K, et al. (2014). Community case management of childhood illness in sub-Saharan Africa - findings from a cross-sectional survey on policy and implementation. *Journal of Global Health*
2. Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N (editors) (2016). *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. Disease Control Priorities, third edition, volume 2.* World Bank
3. Government of Canada (2012). *Grant Arrangement between the Government of Canada and the World Health Organization: Rapid Access Expansion 2015 (RAcE 2015)*
4. Sillah J, et al. (2015). WHO Technical Support in RAcE Project Implementation. Presentation to the 4th Meeting of International Steering Group, Geneva 19 November 2015
5. Chou VB, et al. (2017). Expanding the population coverage of evidence-based interventions with community health workers to save the lives of mothers and children: an analysis of potential global impact using the Lives Saved Tool (LiST). *Global Health*
6. Doherty T, et al. (2014) Report on the Summative External Evaluation of the Catalytic Initiative (CI)/ Integrated Health Systems Strengthening (IHSS) Programme in Ethiopia, Mali, Mozambique, Ghana, Malawi and Niger. South African Medical Research Council, University of the Western Cape and Save the Children
7. Daviaud E, et al. (2017). Costs of implementing integrated community case management (iCCM) in six African countries: implications for sustainability. *Journal of Global Health*
8. Collins D, Jarrah Z, Gilmartin C, Saya U (2014). The costs of integrated community case management (iCCM) programs: A multi-country analysis. *Global Health*
9. Chandani Y, et al. (2017). Quality improvement practices to institutionalize supply chain best practices for iCCM: Evidence from Rwanda and Malawi. *Research in Social and Administrative Pharmacy*
10. Shieshia M, et al. (2014). Strengthening community health supply chain performance through an integrated approach: Using mHealth technology and multilevel teams in Malawi. *Journal of Global Health*
11. Peart Boyce S, et al. (2017) Evaluation of a Mobile Health Application in the iCCM Program in Malawi. ICF
12. Cambell H, et al. (2013) Measuring Coverage in MNCH: Challenges in Monitoring the Proportion of Young Children with Pneumonia Who Receive Antibiotic Treatment
13. Jiya, J (2017). Lessons learnt on stimulating community engagement and support for iCCM providers. Presentation to the RAcE dissemination meeting, Abuja, October 2017
14. WHO/UNICEF (2014). *Caring for the sick child in the community. Facilitator Notes and Participant' Manual*
15. Save the Children (2017). *Quality of sick child case management provided by Agentes Polivalentes Elementares (APEs)*
16. International Rescue Committee (2016). *Using simplified, pictorial tools to improve the quality and reduce the cost of iCCM in Tanganyika Province, Democratic Republic of Congo (DRAFT REPORT)*
17. Malaria Consortium (2017). *Report of Clinical Audit of CORPs in 6 LGAs of Niger State. (DRAFT REPORT)*
18. Gilroy KE, et al. (2013). *Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi. Health Policy and Planning*
19. Martin S, et al. (2017). *Community dialogues for child health: results from a qualitative process evaluation in three countries. Journal of Health, Population and Nutrition*

20. Ministry of Health Malawi (2017). TYIIN Study Implementation Report
21. Malaria Consortium (2017). One-arm safety intervention study on management of chest indrawing by CORPs, Niger state, Nigeria. Presentation to the RAcE dissemination meeting, Abuja, October 2017
22. WHO GMP (2015). Request for Proposals: Technical Support for Sustainability Planning for the WHO Rapid Access Expansion (RAcE) Project.
23. State Ministry of Health, Niger State, Nigeria (2017). Roadmap for Sustainable iCCM Services in Niger State, Nigeria
24. WHO Global Malaria Programme (2012). RAcE 2015 – Rapid Access Expansion: Using malaria as an entry point for strengthening integrated Community Case Management (iCCM) of childhood illness. (Funding proposal to CIDA)
25. WHO (undated). RAcE Secretariat Response to DFATD Questions on the RAcE Annual Report 2014
26. WHO (2017). Rapid Access Expansion Programme. Annual Progress Report 1. January to 31. December 2016