

**Evaluation sommative et formative de la sous-  
composante Santé du Programme de Coopération  
UNICEF - Cameroun  
2013 – 2017**



## **Rapport Final**

**Janvier 2020**

**Elaboré par  
Bac-Santé**

**Dr HAMED Mohamed Nedhirou**, Chef de mission  
**Dr DIOP Cheikh Oumar**, Spécialiste en gestion du système de santé  
**Dr ANNE Ahmed Tidjane**, Spécialiste en santé maternelle, néonatale et  
infanto-juvénile  
**Dr SOCPA Antoine**, Spécialiste en recherche qualitative

**Bureau d'Assistance et de Conseil en Santé**

**BAC-SANTE-SARL N° 47 191**

**Siège social : Nouakchott, Mauritanie**

**Tel : (+222) 45 25 04 20 ; 22 41 30 74**

**Email : [bacsante@bacsante.com](mailto:bacsante@bacsante.com);**

**[nedhirhamed@yahoo.fr](mailto:nedhirhamed@yahoo.fr)**

**[nhamed@bacsante.com](mailto:nhamed@bacsante.com)**

# TABLES DES MATIERES

<b>SIGLES ET ACRONYMES.....</b>	<b>iii</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....</b>	<b>v</b>
<b>RESUME EXECUTIF.....</b>	<b>vi</b>
<b>1. CONTEXTE ET OBJET DE L’EVALUATION.....</b>	<b>1</b>
1.1. Contexte.....	1
1.2. Objet de l’évaluation.....	3
<b>2. BUT DE L’EVALUATION.....</b>	<b>5</b>
<b>3. OBJECTIFS DE L’EVALUATION.....</b>	<b>6</b>
<b>4. PORTEE DE L’EVALUATION.....</b>	<b>7</b>
4.1. Portée thématique.....	7
4.2. Portée géographique.....	7
4.3. Portée chronologique.....	7
<b>5. CRITERES ET QUESTIONS D’EVALUATION.....</b>	<b>7</b>
<b>6. METHODOLOGIE.....</b>	<b>9</b>
6.1 Méthodes et outils de collecte des données.....	9
6.1.1 Données quantitatives.....	9
6.1.2 Données qualitatives.....	10
6.1.3 Echantillonnage.....	11
6.1.4 Analyse des données collectées.....	14
6.1.5 Interactions entre l’équipe d’évaluation et le Comité de pilotage.....	14
6.2 Difficultés rencontrées et limites de l’évaluation.....	15
6.3 Prise en compte du genre, équité et droits humains.....	16
6.4 Considérations éthiques.....	16
<b>7. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES (PAR CRITERE).....</b>	<b>18</b>
7.1 Pertinence.....	19
7.2 Efficacité.....	26
7.3 Efficience.....	48
7.4 Durabilité.....	53
7.5 Genre, équité et droits humains.....	58
7.6 Coordination.....	61
<b>8. CONCLUSIONS FINALES.....</b>	<b>65</b>
<b>9. LEÇONS APPRISES.....</b>	<b>67</b>
<b>10. RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>68</b>

<b>11. ANNEXES.....</b>	<b>73</b>
Annexe 1 : Termes de Référence de l'évaluation .....	73
Annexe 2. Théorie du changement du programme.....	84
Annexe 3 : Liste des personnes interviewées .....	85
Annexe 4 : Lieux visités pendant la phase de terrain .....	87
Annexe 5 : Outils de collecte des données .....	88
Annexe 6 : Interventions à haut impact.....	94
Annexe 7 : Références bibliographiques .....	95
Annexe 7 : Informations sur l'équipe d'évaluation.....	98
Annexe 8 : Matrice d'évaluation.....	99
Annexe 9 : Forces et faiblesses des interactions campagnes polio – vaccination de routine .....	112

## SIGLES ET ACRONYMES

AA	: Accouchement Assisté par un personnel qualifié compétent
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BUCREP	: Bureau Central des Recensements et Etudes de Population
BUNEC	: Bureau National de l'Etat Civil
BZ	: Bureau de Zone
CDF	: Chaîne de Froid
CHAI	: <i>Clinton Health Access Initiative</i>
CHRACERH	: Centre hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et de reproduction humaine
CENAME	: Centrale Nationale d'Achat des Médicaments
CHUY	: Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
CMA	: Centre Médical d'Arrondissement
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
C4D	: Communication pour le Développement
CPD	: Country Programme Document
CPAP	: Country Programme Action Plan
COSA	: Comité de Santé
COSADI	: Comité de Santé du District
COGE	: Comité de Gestion
COGEDI	: Comité de Gestion du District
CPN	: Consultation Périnatale
CSI	: Centre de Santé Intégré
CSU	: Couverture santé universelle
DHIS	: <i>District Health Information System</i>
DSRP	: Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	: District de Santé
DOST	: Direction de l'organisation des soins et de la technologie Sanitaire
ECAM	: Enquête camerounaise auprès des ménages
ECD	: Equipe cadre de District
EDS	: Enquête Démographique de Santé
EQUIST	: Equitable Impact Sensitive Tool
ESS	: Entretien Semi Structuré
FAP	: Femme en âge de procréer
FGD	: Focus Group Discussion
FM	: Fond Mondial
FOSA	: Formation Sanitaire
FRPS	: Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
GAS	: Gestion de l'Approvisionnement des Stocks
HACT	: Harmonized Approach for Cash Transfer
HCR	: Haut-Commissariat aux Réfugiés
INS	: Institut National de la Statistique
ISDC	: Interventions Sous Directive Communautaire
KMC	: Kangourou Mother Care
LANCOME	: Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MCD	: Médecin Chef de District
MICS	: <i>Multiple Indicators Cluster Survey</i> (Enquête par grappes à indicateurs multiples)

MINATD	: Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
MINEPAT	: Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINFI	: Ministère des Finances
MINSANTE	: Ministère de la Santé Publique
MILDA	: Moustiquaire imprégnée à l'Insecticide à Longue Durée d'Action
MINJUSTICE	: Ministère de la Justice
MINREX	: Ministère des Relations Extérieures
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
NNé	: Nouveau-né
NTIC	: Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OBC	: Organisation à base communautaire
OCHA	: <i>Office for the Coordination of Humanitarian Affairs</i>
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAPP	: Plan d'action du Programme Pays
PBF	: <i>Performance Based Funding</i>
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	: <i>Programme Component Result</i>
PDI	: Personnes Déplacées Internes
PDV	: Perdu de Vue
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPAC	: Plan Pluriannuel Complet
PNDP	: Programme National de Développement Participatif
PRE2C	: Programme de Réhabilitation de l'Etat Civil
PMTE	: Prévention de la Transmission du VIH et la Mère à l'Enfant
PTG	: Plans Triennaux Glissants
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA	: Rapport Mensuel des Activités
RMM	: Revue Mondiale de la Mortalité
RMP	: Revue à Mi-Parcours
SitAn	: <i>Situation Analysis</i>
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SNU	: Système des Nations Unies
SONEU	: Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRMNEA	: Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant et de l'Adolescent
SRMNI	: Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale et infantile
SSS	: Stratégie Sectorielle de Santé
UNFPA	: <i>United Nations Fund for Population Activities</i>
UNICEF	: <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
VAD	: Visite à domicile

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

### Figures

Figure 1 : Carte des zones prioritaires .....	3
Figure 2 : Centre de santé ayant bénéficié du Programme .....	19
Figure 3 : Tendances des mortalités des enfants de moins de 5 ans au Cameroun.....	21
Figure 4: Discussion de focus groupes avec les femmes .....	26
Figure 5 : Evolution de la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA.....	36
Figure 6: Evolution du taux national d'accouchements assistés entre 2013 et 2017 .....	38
Figure 7: Taux des accouchements à domicile dans les quatre régions cibles en 2014.....	39
Figure 8: Dispositif d'approvisionnement en eau mis en place dans deux formations sanitaires .....	40
Figure 9 : Personnel de santé interviewé pendant la collecte des données sur le terrain.....	48
Figure 10 : Répartition des dépenses classées par sous-composante.....	49
Figure 11 : Discussion de Focus Groupe avec les utilisatrices des services de santé .....	53
Figure 12 : Discussion en groupes avec les hommes et femmes bénéficiaires, Extrême-Nord .....	58
Figure 13 : D'autres partenaires qui apportent des appuis aux formations sanitaires appuyées par le Programme .....	61

### Tableaux

Tableau 1 : Alignement des interventions au contexte .....	1
Tableau 2 : Estimations des bénéficiaires attendus dans les régions prioritaires .....	2
Tableau 3 : Récapitulatif du budget par année de financement .....	4
Tableau 4 : Récapitulatif de l'échantillon.....	13
Tableau 5: Difficultés rencontrées et les mesures d'atténuation proposées.....	15
Tableau 6 : Performance du Programme durant la période 2013- 2015.....	27
Tableau 7: Performance du programme durant la période 2016 – 2017.....	28
Tableau 8 : Performance du Programme au terme de la première année de mise en œuvre .....	30
Tableau 9 : Performance du Programme de vaccination au terme de l'année 2016.....	31
Tableau 10 : Cascade PTME dans les quatre régions en 2017 .....	37
Tableau 11 : Nombre total d'accouchements assistés par région et par an .....	38
Tableau 12: Répartition des fonds dépensés en fonction de la catégorie de dépense.....	48

## RESUME EXECUTIF

L'évaluation objet du présent rapport est entièrement financée par les ressources régulières de l'UNICEF dans le cadre du Programme de Coopération UNICEF - Cameroun. Elle a été commanditée conjointement par la partie Gouvernementale représentée par le Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) et le Bureau de l'UNICEF au Cameroun.

### 1. Objet de l'évaluation

La composante du programme de survie et de développement de l'enfant était composée de trois sous-composantes, à savoir : la santé de l'enfant, la nutrition des enfants et des femmes allaitantes, l'eau, hygiène et l'assainissement. La sous-composante de la santé infantile du programme de pays (CPAP) couvrant la période 2013-2017 était prévue comme contribution de l'UNICEF à l'effort national de lutte contre la mortalité des enfants de moins de cinq ans et des mères. Cette sous-composante était axée sur l'atteinte des trois objectifs à savoir (i) Amélioration de la vaccination des enfants et des femmes ; (ii) Lutte contre le paludisme (promotion, prévention et traitement) ; (iii) Améliorer la prise en charge intégrée des maladies infantiles chez les enfants de moins de cinq ans et promouvoir la santé maternelle, néonatale, infantile et génésique. Au terme de la revue à mi-parcours de 2015, les évolutions contextuelles et les difficultés de coordination ont conduit le Gouvernement et l'UNICEF à décider d'une restructuration de la composante. Ainsi, chaque sous-composante fut érigée en composante autonome.

Les interventions avaient une envergure à la fois nationale (appui à la vaccination des enfants et des femmes, appui à la mise en œuvre de la PCIME, appui à la lutte contre le paludisme, accouchements assistés par un personnel qualifié dans les formations sanitaires) et parfois ont été focalisées sur certains districts ou régions (enregistrement des naissances, santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile). Les zones d'intervention ont été sélectionnées en fonction de critères fédérateurs, notamment la vulnérabilité sanitaire et l'accès aux services de santé.

Globalement, la mise en œuvre du programme de pays 2013-2017 s'est concentrée sur quatre régions prioritaires, à savoir l'Est, Adamawa, le Nord et l'Extrême-Nord, où le niveau d'indicateurs de la santé maternelle et infantile mais aussi dans les autres domaines est le plus bas ou critique. Plus de la moitié des enfants du pays s'y trouvent.

Les principaux partenaires de l'UNICEF dans la mise en œuvre de ce programme étaient (i) les Agences des Nations Unies ; (ii) la Société Civile (organisations communautaires, y compris des groupes de femmes, ainsi que des ONG nationales et internationales) et (iii) Agences gouvernementales (Ministères de la santé, administration territoriale, communication, affaires sociales, promotion de la femme et de la famille, animaux et élevage, forces de défense).

### 2. But de l'évaluation

Cette évaluation a deux buts principaux la redevabilité et l'apprentissage. La redevabilité concerne la reddition des comptes au bailleur ainsi qu'à la population qui était censée bénéficier des actions, notamment sur la mesure dans laquelle les interventions mises en œuvre dans le cadre de la composante « Survie et Développement du jeune enfant » du programme de coopération entre l'UNICEF et le Gouvernement du Cameroun, ont atteint leurs objectifs envisagés ou pas.

En ce qui concerne l'apprentissage, cette évaluation devrait informer l'UNICEF sur la manière (i) d'augmenter la couverture, l'efficacité et l'efficience des interventions ; (ii) apprécier la pertinence des stratégies adoptées par les partenaires de mise en œuvre, et (iii) confirmer ou donner des suggestions pour la révision des approches utilisées par l'UNICEF dans le secteur de la santé.



Les résultats de l'évaluation seront utilisés par divers acteurs dont les principaux sont : Le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), Le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), UNICEF, les Agences du Systèmes des Nations Unies (UNFPA – OMS – ONUFEMMES), les ONG Internationales œuvrant dans la santé, les Organisations de la Société Civile Nationale et les organisations à base communautaire.

### **3. Objectifs de l'évaluation**

Trois objectifs étaient assignés à l'évaluation : (i) générer les évidences quant à l'atteinte ou non des résultats définis au moment de la conception du Programme ; (ii) mettre en exergue les facteurs imprévus qui ont favorisé ou entravé l'atteinte des résultats et ; (iii) identifier les leçons apprises et d'éventuelles bonnes pratiques pouvant être diffusées pour améliorer la santé du couple mère-enfant au-delà des zones d'interventions du Programme.

### **4. Portée de l'évaluation**

Sur le plan chronologique, l'évaluation a prioritairement couvert les interventions menées avec l'appui du Programme durant la période 2013 – 2017. Cependant, lors de la phase de cadrage il a été convenu d'étendre cette période jusqu'à janvier 2019 pour mieux prendre en compte les changements réalisés après la période d'intervention du projet et ainsi mieux apprécier les aspects liés à la durabilité de l'intervention. Sur le plan thématique, l'évaluation a couvert l'ensemble des interventions au niveau stratégique, opérationnel et communautaire en matière de lutte contre les principales causes de la mortalité néonatale, infantile et juvénile. Sur le plan géographique, l'évaluation a couvert le niveau central et les quatre régions d'intervention du Programme (Est, Adamaoua, Nord, Extrême-Nord).

### **5. Critères et question d'évaluation**

L'évaluation a été guidée par 6 critères, dont quatre critères de l'OCDE/CAD (pertinence, efficience, efficacité, durabilité) et deux critères supplémentaires dont le genre, équité et droits humains ainsi que la coordination. Le critère d'impact n'a pas été inclus. Treize questions ont été développées dans les Termes de Reference pour guider l'évaluation, ces questions ont été détaillées par les questions de travail et assortis d'indicateurs dans la matrice de l'évaluation.

### **6. Méthodologie**

L'évaluation repose sur une approche inclusive et participative qui a utilisé les méthodes quantitatives et qualitatives pour collecter et analyser les informations auprès des bénéficiaires et différentes catégories d'acteurs et de structures impliqués dans la mise en œuvre du programme. Ces méthodes se complétaient et se renforçaient mutuellement. Alors que les données quantitatives, essentiellement tirées des sources secondaires ont permis d'apprécier au plan quantitatif les changements produits par les interventions, les données qualitatives ont apporté des informations pour mieux comprendre les différentes dynamiques de changement. Les données qualitatives ont été collectées à travers les entretiens individuels approfondis ou entretiens semi-structurés, les discussions de groupe focalisées ainsi que l'observation directe.

Les personnes interviewées ont été identifiées par l'échantillonnage à choix raisonné afin d'accéder aux informateurs disposant d'une connaissance approfondie et qui pouvaient mieux retracer la logique d'intervention et les stratégies qui ont permis d'activer les logiques de changement prévues par le Programme. De ces personnes, l'équipe de l'évaluation a pu obtenir d'abondantes informations utiles et qui ont permis de reconstruire l'historique des différentes interventions du Programme, des résultats et des contraintes qui ont marqué sa mise en œuvre. Sachant qu'en dehors des campagnes de vaccination

certaines interventions du programme n'ont pas couvert tous les districts, le premier niveau d'échantillonnage était au niveau de districts pour identifier les formations sanitaires et les bénéficiaires attendus. Les informateurs clés au niveau communautaire quant à eux étaient choisis parmi les membres de l'administration du district et de la formation sanitaire. Les critères d'inclusion spécifiques ont été développés et ont permis d'aboutir à un échantillon qui a couvert l'ensemble des quatre régions prioritaires, la totalité des districts à faible couverture vaccinale et a pris en compte la diversité socioculturelle de la population des zones d'intervention y compris les personnes les plus démunies. En total 793 personnes (511 femmes, 282 hommes) ont été rencontrées et interviewées soit individuellement soit lors des discussions de focus groupe.

La statistique descriptive a été utilisée pour analyser les données quantitatives, tandis que les données qualitatives ont été soumises à une analyse de contenu. La triangulation a été utilisée comme outil de validation et de consolidation des données. L'approche s'est basée sur la diversification des angles d'analyse concernant différentes questions. Pour une même question, l'équipe a recherché les éléments de réponse par diverses méthodes, diverses sources, et différents membres de l'équipe d'évaluation.

Sur le terrain, la principale difficulté a été l'absence de certains informateurs clés. Ces absences étaient dues soit à la mutation en dehors de la zone d'intervention du programme, soit à leur départ en retraite. Pour pallier ces absences, l'évaluation a cherché de les contacter par téléphone et a pu retrouver la majorité des personnes recherchées. Autres limites de cette évaluation sont liées au manque de certaines données recherchées par la revue documentaire, notamment faible alignement entre les données de suivi et les indicateurs de performance ou une structuration insuffisante des données financières.

## 6. Principaux constats

**Pertinence :** Les choix stratégiques effectués au niveau des interventions mises en œuvre sont pertinents et répondent aux besoins prioritaires des enfants et des femmes. Quelques insuffisances dans le ciblage et l'intégration des interventions ont atténué l'ampleur des gains générés par les appuis apportés. Les besoins des groupes spécifiques tels que ceux des populations pygmées, réfugiés et les habitants des zones difficiles d'accès, ont fait l'objet de réponses spécifiques notamment en matière de prévention des maladies évitables par la vaccination. La coordination des interventions a souffert de la grande verticalité des principaux programmes et des acteurs de la Santé au Cameroun. Du niveau stratégique au niveau local, les acteurs du Programme n'ont pas toujours réussi à adopter une approche intégrée et coordonnée pour servir la même cible (mère/nouveau-né/enfant/adolescent). Cela est par exemple le cas des agents de santé communautaires (ASC). Chaque grand programme de la santé a eu tendance à se doter de son agent de santé. L'absence d'un cadre harmonisé de gestion des ASC a généré des pertes en efficacité.

**Efficacité :** Les interventions menées dans le développement et/ou la mise à jour des normes et standards ont permis de résorber significativement la crise de confiance entre le système de santé et les communautés bénéficiaires et booster la demande et l'utilisation. De même, grâce à la sous-composante santé, les politiques du secteur de la santé intègrent maintenant mieux les priorités de la mère et de l'enfant bien que la majorité des politiques ne soit pas mise en œuvre de manière effective.

Dans les zones prioritaires et bien qu'en deçà des niveaux ciblés, les indicateurs clés (couverture vaccinale, utilisation des MILDA, CPN, etc.) montrent une nette amélioration par rapport à l'année 2012. La compétition pour les ressources créée par les situations d'urgence non-envisagée en 2012 compte parmi les facteurs ayant limité la performance. Le niveau d'atteint des résultats aurait pu être plus élevé si l'offre d'un paquet intégré et les synergies entre différentes sections avaient été généralisées. Lors des entretiens et discussions de focus groupe, les bénéficiaires et personnel de santé rencontrés ont attesté l'efficacité des activités, mais ils ont aussi soulevé que certaines parmi eux n'ont pas été assez focalisées ce que peut résulter en « saupoudrage ».

A la faveur de l'engagement à la réponse polio, le recentrage du Programme sur la vaccination a été un choix salubre pour l'ensemble du système de vaccination. L'arrêt de la circulation du poliovirus sauvage est effectif malgré les limites de la capitalisation des ressources polio sur le système vaccinal. Les campagnes de vaccination ont apporté (i) des moyens financiers et logistiques ayant permis d'atteindre des zones, localités et groupes jamais couvertes auparavant, (ii) la culture des micro-plans avec suivi et évaluation des acteurs sur le terrain et (iii) une recherche active des perdus de vue. L'enquête de terrain a montré que en général les campagnes de vaccination contre la polio et la vaccination de routine ne s'excluent pas sauf dans les zones à faible acceptabilité de la vaccination ou le porte à porte et l'offre de vaccination sans contrepartie ont favorisé le délaissement de la vaccination de routine.

La multiplicité et la diversité des approches d'engagement et de rémunération des ASC développées par les différents partenaires ne favorisent pas l'intégration et l'efficacité des interventions au niveau communautaire. L'audit des décès maternels est une réalité sur le terrain même si les mesures recommandées n'ont pas souvent été mises en œuvre. L'audit des décès néo-natals n'est pas encore intégré y compris dans les outils de notification des décès. L'analyse approfondie des principales causes de décès infantiles renforcée par l'approche sur le cycle de vie, a permis de mieux refléter les priorités des enfants dans les politiques et programmes. Concernant la prise en charge dans les formations sanitaires, le développement des normes, standards et protocoles de prise en charge des pathologies spécifique à certaines tranches d'âges a permis de renforcer la qualité des services.

Le Programme santé a contribué significativement au relèvement du niveau de compétences techniques et managériales des structures d'ancrage tant dans les services centraux que déconcentrés. En matière de mise à niveau du plateau technique, les formations sanitaires ont été dotées en équipements et médicaments requis pour la prise en charge des mères et des enfants. Les nouvelles capacités ont aussi permis d'améliorer le système de référence. Le principal avantage comparatif reconnu au Programme appuyé par l'UNICEF est surtout technique.

**Efficience** : Les ressources financières apportées par l'UNICEF ont été affectées à l'assistance technique, l'acquisition des vaccins, le soutien au système de santé (achat des médicaments, formation des personnels et renforcement des plateaux techniques), la production des évidences et à la mobilisation communautaire. L'analyse comparative s'est limitée aux coûts homologués par la mercuriale des marchés publics. En plus de la garantie de qualité qu'offre la chaîne d'acquisition des biens et services par l'UNICEF, ses coûts sont moins élevés que ceux pratiqués par les prestataires de l'Etat. Aussi dans le domaine du renforcement des capacités techniques, les coûts par tête atteints par l'UNICEF étaient plus avantageux.

Au niveau des ressources humaines, l'organisation des sessions de mise à niveau en groupe et la systématisation de la supervision formative ont permis de maximiser les ressources allouées au développement des capacités. Le déploiement des appuis matériels (intrants médicaux et équipements) a bénéficié en priorité aux formations sanitaires les plus nécessiteuses notamment celles situées dans les zones à faible performance. Les ressources dépensées ont servi à temps et de manière assez efficiente à l'acquisition et la distribution des intrants essentiels pour les campagnes de vaccination. Le suivi des activités sur le terrain et l'audit financier menés par les équipes des bureaux de zones, ainsi que l'accompagnement à distance par des consultants ont été d'un grand apport dans l'amélioration de la gestion des approvisionnements et des stocks.

Pour les vaccins et autres intrants de vaccination et de prise en charge, le circuit d'approvisionnement entre l'Unicef, le niveau central et les délégations régionales est assez bien traçable ; à partir des Districts Sanitaires (DS), le circuit devient flou. Cependant, les MILDA sont directement acheminés jusqu'aux points de distribution sur la base de plans régionaux de distribution conjointement validés et suivis.

L'acquisition à temps des vaccins et intrants de vaccination dépend de la capacité des acteurs impliqués dans le dispositif de co-financement entre l'Etat et les partenaires techniques et financières à honorer leurs engagements dans les délais arrêtés par le système de planification. Par ailleurs, et s'il n'a pas été observé d'insuffisances notoires dans les prévisions en vaccins et intrants de vaccination, les approvisionnements ont été perturbés à partir des Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) à cause du manque de financements et de moyens de transport permettant aux DS de s'approvisionner au niveau régional et à cause de l'insuffisance des capacités de stockage des structures périphériques. Des ruptures de stocks sont souvent observées au niveau opérationnel avec des surstocks au niveau régional.

Au terme de l'analyse, il ressort qu'en dehors des périodes de grosses difficultés financières, les prestataires ont toujours disposé des intrants de vaccination dans les délais. Les décalages observés entre les ressources engagées et les performances vaccinales sont dus aux dysfonctionnements du mécanisme de financement ainsi qu'aux insuffisances des capacités techniques, managériales et logistiques de la chaîne logistique et de la chaîne de froid.

**Durabilité** : Même si la composante santé a associé un volet préventif avant et après la naissance, et un volet curatif – les exercices de planification menés lors des sessions annuelles ont été réalisés sans réelle intégration ni synergie (par exemple la supervision a été faite séparément) et sans affirmation du leadership national. La durabilité de la composante santé a été entravée par plusieurs facteurs. La conjoncture macroéconomique n'a pas généré le niveau de croissance attendu pour permettre à l'Etat Camerounais d'allouer les ressources de manière plus conséquente. Le système de santé n'a pas pu se doter des infrastructures nécessaires pour assurer des plateaux techniques satisfaisants ainsi qu'une meilleure répartition des ressources humaines. De même, la croissance économique n'a pas permis une réduction significative de la pauvreté. La paupérisation des populations rurales n'a pas permis de générer un pouvoir d'achat suffisant pour soutenir une demande solvable des services de santé. L'exemple de la vaccination montre qu'en l'absence des appuis des partenaires extérieurs, les capacités budgétaires de l'Etat ne permettent pas de garantir une offre durable des services de vaccination aux pauvres.

**Genre, équité et droits humains** : Les données de l'Enquête par Grappes et a Indicateurs Multiples (MICS) de 2014 montrent que les enfants issues des ménages les plus pauvres et vivant en zone rural couraient trois fois plus le risque de mourir avant l'âge de 5 ans que les enfants des ménages aisés et vivant en milieu urbain. En donnant une place plus importante aux femmes, aux personnes économiquement vulnérables et aux habitants du monde rural, l'évaluation a permis de cerner et de prendre en compte les perceptions des couches qui ont le plus besoin des interventions du Programme. Leur participation a permis de mieux cerner comment les dimensions de l'offre et de la demande pouvaient mieux s'arrimer pour contribuer à accélérer la réduction de la mortalité infantile.

La décision du Programme de se focaliser prioritairement dans les quatre régions où se trouvent les populations le plus vulnérables (Adamaoua, Est, Nord, Extrême-Nord) est la preuve d'un engagement en faveur de l'équité. Au sein de ces régions, les Districts et Aires de Santé les moins performantes étaient ciblées en priorité pour le déploiement des interventions (enregistrement des naissances, santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile). Les données collectées montrent que l'implication des femmes et d'autres personnes socialement et/ou économiquement vulnérable a été plus effective pendant la mise en œuvre. Aucune preuve de participation directe pendant la conception et le suivi n'a pu être apporté. L'implication des femmes pendant les campagnes de vaccination a permis de réduire la proportion des enfants manqués de 7 à moins de 3% dans les districts prioritaires. Les femmes sont représentées dans les Comités de Santé des Districts ainsi que les comités de gestion des formations sanitaires. Ces acteurs spécifiques sont également représentés dans les groupes des Agents de Santé Communautaire. Aussi, les groupes de femmes ont été régulièrement mis à contribution dans la préparation des campagnes de vaccination. Elles ont été un des canaux d'information les plus efficaces.

La proportion des parents informés avant les campagnes a dépassé les 95%. Il s'en est suivi une réduction significative des enfants manqués pendant les campagnes.

**Coordination** : En dehors de certains projets limités à des Districts de Santé<sup>1</sup>, la coordination entre différents partenaires et niveaux de la pyramide sanitaire n'a pas été effective. La mise en œuvre des interventions du Programme n'a pu se défaire de la forte verticalisation qui existe au niveau des services du Ministère de la Santé Publique où chaque grand Programme (paludisme – vaccination – SIDA) dispose d'une organisation quasi autonome allant du niveau central au niveau le plus décentralisé. Au niveau communautaire, chaque grand Programme avait ses propres relais, manquant ainsi l'opportunité de bénéficier des synergies et de la mutualisation des ressources. Au sein des Agences du Système des Nations Unies et bien visant les mêmes cibles (enfants et femmes en âge de procréer), l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF, ne sont pas arrivés à mettre en place des mécanismes efficaces et contraignants de coordination ; la dernière initiative de retraite conjointe pourrait constituer une bonne base à de tels mécanismes de coordination. Au sein du Programme appuyé par l'UNICEF, la stratégie d'intégration de la santé aux secteurs du WASH et de la nutrition a amélioré l'efficacité et l'efficience des ressources pour une meilleure qualité des services rendus aux enfants et aux mères dans les formations sanitaires.

## 7. Leçons apprises

Deux principales leçons apprises ont été identifiées sur la base des constats de cette évaluation.

(1) **L'intégration des campagnes polio dans les activités de routine** contribue à l'efficacité des activités de vaccination. Pour faire face au déficit de logistique qui impacte négativement les activités de vaccination en stratégie avancée, un Centre de Santé Intégré peut intégrer la campagne polio dans le calendrier annuel des activités de routine.

(2) **L'approche intersectorielles contribue à améliorer la qualité des services dans les formations sanitaires.** Par exemple si le programme réalise des travaux d'adduction d'eau, d'électrification par panneaux solaire et la construction de latrines séparées, dans les localités bénéficiaires situées en milieu rural enclavé, ces interventions favorisent la stabilisation du personnel de santé et renforcent la continuité et la pérennisation du service au-delà des activités d'urgence.

## 8. Conclusions finales

L'approche d'intervention était **pertinente** aux réalités contextuelles. Alors que l'amélioration de la qualité des services offerts répondaient aux besoins immédiats des populations vulnérable habitant les zones faiblement dotées en infrastructures et équipements de santé, les interventions dans le domaine des politiques, des stratégies, des normes et des standards ont permis non seulement d'offrir à l'ensemble des enfants du Cameroun des meilleures conditions de santé mais aussi, de poser les jalons de changements plus durables dans le temps.

L'**efficacité** du programme a été moyennement satisfaisante. Après 5 années de mise en œuvre, l'on a constaté une réduction significative de la mortalité des enfants de moins de 5 ans malgré la persistance des disparités socioéconomiques. Les formations sanitaires du renforcement du plateau technique et des stocks de médicaments ont été mis à la disposition des formations sanitaires pour la prise en charge gratuite des réfugiés, notamment dans les régions de l'Est et de l'Extrême-Nord. Les appuis apportés au système de santé ont permis aussi de renforcer la pratique de la supervision formative à l'échelle du système de santé. L'introduction du traitement préventif intermittent dans les zones à forte endémicité du paludisme saisonnier et la distribution de la MILDA ont permis de réduire l'incidence et la gravité des cas de paludisme principalement chez la mère et l'enfant de moins de 5 ans. Les appuis apportés au

---

<sup>1</sup> SIDA H4 et H6+

Le système vaccinal ont permis de réduire la proportion des enfants manqués pendant les campagnes de vaccination. L'équipe d'évaluation a aussi observé une augmentation du recours des femmes aux consultations prénatales. Les politiques de santé intègrent de mieux en mieux la prise en compte des besoins spécifiques de la mère, de l'enfant et des adolescents. Pendant la période évaluée, les changements survenus dans le contexte programmatique ont atténué les effets générés par les interventions du Programme sur les bénéficiaires. La multiplication des situations d'urgences a créé des effets concurrentiels et parfois d'éviction au détriment des priorités du Programme. La multiplication des épidémies dans le pays et la sous-région a créé une concurrence aux ressources défavorable aux priorités du Programme. La difficulté de mobiliser les ressources budgétaires et les ressources de l'Aide Publique au Développement ont contraint le Programme à limiter ses interventions à des espaces géographiques assez limités.

Les ressources dépensées ont servi à temps et de manière assez **efficace** à l'acquisition et la distribution des intrants essentiels pour les campagnes de vaccination. Le suivi des activités sur le terrain et l'audit financier menés par les équipes des bureaux de zones, ainsi que l'accompagnement à distance par des consultants ont été d'un grand apport dans l'amélioration de la gestion des approvisionnements et des stocks.

La durabilité du programme est moyennement satisfaisante. En effet, le modèle serait davantage durable s'il parvient à mettre en place des mécanismes de mobilisation des ressources endogènes au niveau opérationnel et local. Compte tenu de l'importance du financement, la forte dépendance vis-à-vis des ressources mises à disposition par les partenaires externes constitue un risque majeur.

Lors de la planification et la mise en œuvre, des efforts ont été faits pour la prise en compte **du genre, l'équité et des droits humains**. L'équipe d'évaluation a également constaté que sur le terrain, de nombreux acteurs interviennent avec peu de **coordination** entre eux. L'exigence de l'accompagnement par les services étatiques crée un effet de concurrence défavorable et une grande pression sur les ressources humaines insuffisantes en ce qui concerne leur nombre. Il en est de même des agents de santé communautaires. L'absence d'harmonisation de leur traitement affecte négativement leur contribution aux résultats de la santé.

## 9. Recommandations

Au terme de cette évaluation et à la lueur des différents constats et conclusions mis en évidence, plusieurs recommandations (stratégiques et opérationnelles) ont été formulées en vue de l'amélioration du programme dans le futur. Ces recommandations ont été l'objet d'échanges de validation entre l'équipe d'évaluation et le staff du Bureau Pays de l'UNICEF ainsi que les autres parties prenantes.

Recommandations Stratégiques	Destinataire(s)	Niveau de priorité
<b>RS1</b> : Développer des paquets d'interventions intégrés dans les zones identifiées au préalable pour atteindre des populations vivant dans les zones à très forte vulnérabilité.	MINSANTE & UNICEF	Haut
<b>RS2</b> : Replacer le District de Santé au Centre de la mise en œuvre des politiques et Programmes de Santé.	MINSANTE & UNICEF	Haut
<b>RS3</b> : Focaliser les appuis du Programme à un nombre de priorités limité choisies suivant leur importance pour la	MINSANTE & UNICEF	Haut

Recommandations Stratégiques	Destinataire(s)	Niveau de priorité
santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.		
<b>RS4</b> : Mener un plaidoyer en faveur de l'augmentation du budget de la santé et de l'amélioration de sa décentralisation et de sa gouvernance	MINSANTE & UNICEF	Haut
<b>RS5</b> : Renforcer la prise en compte de la dimension genre dans les analyses, la priorisation, l'allocation des ressources et le suivi des performances	MINSANTE & UNICEF	Moyen

Recommandations Opérationnelles	Destinataire(s)	Niveau de priorité
<b>RO1</b> : Continuer à renforcer les capacités techniques des services de SMNI (formation, équipements, intrants, adduction d'eau) dans les structures retenues après ciblage des zones d'intervention	MINSANTE – UNICEF et autres partenaires de la santé	Haut
<b>RO2</b> : Redynamiser, renforcer et généraliser l'audit des décès maternels et néonataux dans le cadre d'un partenariat avec d'autres PTF concernés (ex : OMS, UNFPA)	MINSANTE – UNICEF et autres partenaires de la santé	Haut
<b>RO3</b> : Renforcer l'implication des femmes et groupes vulnérables dans les actions de santé	Délégués Régionaux de la Santé Chef des Districts de Santé UNICEF	Moyen

# 1. CONTEXTE ET OBJET DE L'ÉVALUATION

## 1.1. Contexte

Cette évaluation concerne la composante « Survie et Développement du Jeune Enfant » du *Country Programme Document* (CPD) signé par l'UNICEF et le gouvernement du Cameroun pour la période 2013-2017.

Le tableau 1 ci-dessous présente une synthèse montrant l'alignement entre les éléments de contexte, la justification des interventions, les cibles et les résultats attendus.

**Tableau 1 : Alignement des interventions au contexte**

Contexte	Objectif du programme	Bénéficiaires et groupes cibles	Résultats attendus
En 2011, dans les ménages les plus pauvres on enregistre 7,1 % d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin, 81,8 % d'accouchements à domicile, 57,1 % d'enfants de 5-14 ans qui travaillent et 28 % d'enfants de moins de 5 ans enregistrés à la naissance	Améliorer l'offre, la qualité, la demande et l'utilisation des services de vaccination	<b>Directs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants de moins de 5 ans</li> <li>- Femmes enceintes et allaitantes</li> </ul> <b>Indirects</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnels de santé</li> <li>- Responsables et membres de structures de mobilisation sociale</li> </ul>	Augmenter le niveau de couverture vaccinale chez les enfants et les femmes des communautés les plus vulnérables
Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 146 décès pour 1 000 naissances vivantes pour la période 1996-2001 à 136 décès pour la période 2001-2006 et 122 décès pour la période 2006-2011. La cible de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4) fixée à 76 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015 n'a pas été atteinte	Lutter contre les principales maladies tueuses des enfants de moins de 5 ans	<b>Indirects</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnels de santé</li> <li>- Responsables et membres de structures de mobilisation sociale</li> <li>- Familles et communautés</li> </ul> <b>Directs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants de moins de 5 ans</li> <li>- Femmes enceintes et allaitantes</li> </ul>	Réduire l'incidence des principales maladies tueuses des enfants (infections respiratoire aigues – diarrhées – autres causes de la prématurité)
Certaines normes sociales (mariages et grossesses précoces, mutilations génitales féminines, refus de collaborer avec le personnel sanitaire de sexe opposé, etc.) continuent d'avoir un impact négatif sur la santé de la mère et de l'enfant	Promouvoir les normes sociales positives et changement des normes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorités traditionnelles,</li> <li>- Leaders communautaires</li> <li>- Gardiens des normes socioculturelles</li> </ul>	Adoption des Pratiques Familiales Essentielles par les parents, les familles et les communautés
La proportion des enfants de moins de cinq ans testés positifs au paludisme est élevée (30% en 2011).  La prévalence de la fièvre chez les enfants de cette tranche d'âge s'est aggravée en passant de 17,2 % en 2006 à 26,0 % en 2011, alors que les infections respiratoires aigües	Faire baisser la prévalence et la gravité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes  Améliorer la prise en charge des cas de fièvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants de moins de 5 ans</li> <li>- Prestataires de services dans les formations sanitaires</li> <li>- Agents de Santé Communautaire</li> </ul>	Prévention du paludisme par l'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA)  Traitement prophylactique saisonnier du paludisme



Contexte	Objectif du programme	Bénéficiaires et groupes cibles	Résultats attendus
(IRA) touchent 5,4 % de cette cible en 2011 contre 7,6 % en 2006.  La mortalité néonatale a augmenté entre 2004 et 2011, et augmenté de 29 à 31 décès pour 1000 naissances vivantes.	en communauté et dans les formations sanitaires  Capaciter les prestataires de services et les relais communautaires pour un diagnostic précoce et un référencement à temps des cas d'infections respiratoires aiguës		Réduction des cas de mortalités dus aux causes (paludisme - IRA)
Les politiques de santé ne prennent pas suffisamment en compte les dimensions genre, équité ainsi que les préoccupations des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes	Replacer l'enfant au cœur des politiques de santé	- Responsables en charge de la formulation des politiques de santé	Les politiques de santé intègrent mieux les besoins des enfants, des femmes enceintes notamment les plus vulnérables

Le CPD s'était fixé comme principal objectif de contribuer à l'accélération des progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) avec une attention particulière à la survie, au développement et à la protection intégrée des enfants, notamment les plus vulnérables<sup>2</sup>. Le programme était censé contribuer à l'amélioration de l'offre et de la demande des services de santé maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) tout en assurant un environnement favorable au développement et à la survie de l'enfant. Cependant, contrairement à la planification initiale, le contexte programmatique a été marqué par d'importants défis structurels. En plus de la demande déjà existante, le Programme a été ajusté pour répondre à la demande créée par les mouvements de populations générées par les crises socio-politiques sur les frontières avec la République Centrafricaine et celle du nord-est du Nigéria. De plus, le Programme s'est trouvé à appuyer le système de santé national pour l'aider à faire face à plusieurs épidémies inattendues, notamment celles du choléra, de la rougeole, de la polio et de la fièvre jaune.

Le tableau 2 ci-dessous donne une estimation des bénéficiaires attendus du Programme en 2015. En l'absence d'un recensement récent, les données contenues dans le tableau sont tirées des projections effectuées par le Bureau Central des Recensements et Etudes de Populations (BUCREP).

**Tableau 2 : Estimations des bénéficiaires attendus dans les régions prioritaires**

Groupes d'âges	Répartition par sexe		
	Masculin	Féminin	Ensemble
<b>Région de l'Extrême-Nord</b>			
Enfants de moins de 5 ans	398 519	386 793	785 312
Population de 15 à 49 ans	746 841	880 794	1 627 635
<b>Région du NORD</b>			
Enfants de moins de 5 ans	242 895	239 359	482 254
Population de 15 à 49 ans	505 673	574 553	1 080 226
<b>Région de l'EST (2015)</b>			
Enfants de moins de 5 ans	78 712	76 579	155 291
Population de 15 à 49 ans	187 404	197 332	384 736

<sup>2</sup> CPAP 2013-2017

Groupes d'âges	Répartition par sexe		
	Masculin	Féminin	Ensemble
<b>Région de l'ADAMAOUA (2015)</b>			
Enfants de moins de 5 ans	107 718	107 084	214 802
Population de 15 à 49 ans	257 337	282 384	539 721

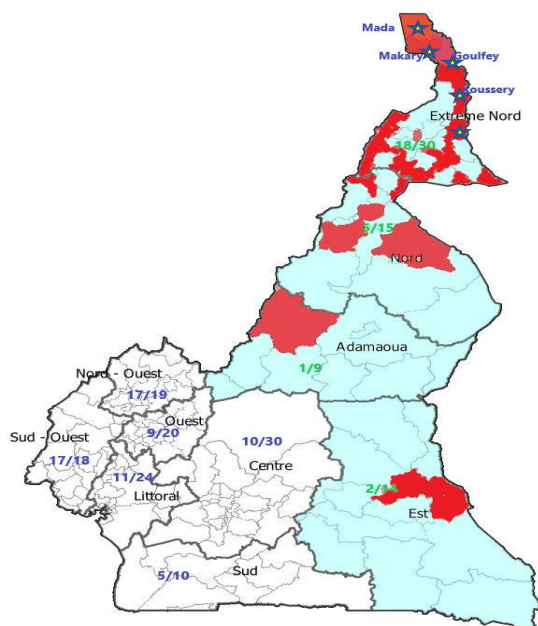


Figure 1 : Carte des zones prioritaires

## 1.2. Objet de l'évaluation

Globalement la composante « Survie et Développement du Jeune Enfant » du CPD cible les enfants de moins de 5 ans et beaucoup moins la mère, le but étant de contribuer à la baisse de la mortalité infantile-juvénile avec une emphase sur le nouveau-né. Les activités mises en œuvre dans le cadre de cette composante ont comme objectif d'appuyer le Gouvernement dans l'amélioration de l'offre, de la demande et de l'environnement en le rendant plus favorable à l'enfant à travers la création des partenariats avec des ONG locales, et en interne, afin d'assurer la mise en place de synergies en réponse aux urgences actuelles. Plus spécifiquement, la composante appuie quatre régions prioritaires du pays (Est, Adamaoua, Nord et Extrême-nord), ainsi que la région du Centre.

La composante s'est articulée autour de trois sous-composantes dont (i) la santé de la mère et de l'enfant, (ii) la nutrition, et (iii) l'eau, hygiène et l'assainissement.

La sous-composante santé, objet de la présente évaluation, devait agir « en synergie et/ou en complémentarité en faveur de la survie de l'enfant, notamment à travers la mise en œuvre de l'approche intégrée à base communautaire »<sup>3</sup>. Il s'agissait dans ce cadre de s'appuyer sur des stratégies permettant (i) la prise en compte de l'enfant dans les stratégies et politiques nationale, (ii) un meilleur ciblage de la vulnérabilité en particulier dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord, (iii) le

<sup>3</sup> CPAP 2013-2017

renforcement des capacité des ressources humaines et du partenariat stratégique avec la société civile et le secteur privé, et (iv) le renforcement de l’approche à base communautaire et la mise à profit d’approches innovantes pour asseoir une stratégie communautaire assurant des services à haut impact sur la santé de la mère et de l’enfant et la promotion des PFE en faveur de la santé de l’enfant.

A la base de la conception du Programme, il avait été constaté un nombre assez important de goulots d’étranglements. En effet, le niveau d’utilisation effective était très en deçà de l’offre disponible. L’une des plus importantes causes de décès maternels et infantiles était la faible utilisation des services, elle-même alimentée par la mauvaise qualité.

La théorie de changement (cf. Annex 2) qui a guidé l’exécution du Programme visait à améliorer la qualité des services par le renforcement des capacités des personnels, l’appui à la fourniture de quelques médicaments importants, le renforcement du plateau technique par l’acquisition des équipements notamment ceux destinés à la prise en charge de la prématurité. Du côté de la demande, la Communication pour le Développement (C4D) s’appuyait sur les structures communautaires à la base pour disséminer l’information sur les services disponibles et les conditions d’accès ainsi que sur les pratiques familiales essentielles (PFE). Au niveau stratégique, la mise à jour des politiques, stratégies, normes et standards de santé infantile et du nouveau-né étaient conduites par les services centraux. En plus de remettre l’enfant au centre des politiques de santé, la composante a soutenu le plaidoyer pour un meilleur financement public de la santé.

Dans l’ensemble, la théorie de changement a été respectée malgré les nombreuses urgences qui ont parfois menacé de créer une déviation des priorités nationales. La lutte contre la malaria a aussi été soutenue à travers le traitement saisonnier et la distribution des moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action.

Selon la planification initiale, le coût de mise en œuvre de la composante était estimé à USD **36.626.000**. La ventilation par année du budget est présentée dans le tableau 3 ci-dessous.

**Tableau 3 : Récapitulatif du budget par année de financement**

Composantes Programmes	Source	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
<b>Survie du Jeune Enfant</b>	Ressources Régulières	1.419.000	1.419.000	1.419.000	1.419.000	1.419.000	7.095.000
	Autres Ressources	4.490.000	4.487.000	4.487.000	4.487.000	4.487.000	29.531.000
	<b>Total</b>	<b>5.909.000</b>	<b>5.906.000</b>	<b>5.906.000</b>	<b>5.906.000</b>	<b>5.906.000</b>	<b>36.626.000</b>

Au terme de la mise en œuvre, les dépenses globales de la composante s’élevaient à USD 44,931,236. Cette augmentation du budget prévu est due au volume incrémenté de la réponse humanitaire dans l’ensemble du Programme Pays. L’essentiel des fonds nécessaires à la mise en œuvre du Programme a été mobilisé et mis à disposition par l’UNICEF. Le Gouvernement n’a pas toujours mobilisé sa contribution qui devait être de 15% des contributions apportées par l’UNICEF.

Le Programme a essentiellement été mis en œuvre par les structures du MINSANTE tant au niveau stratégique qu’au niveau régional et local. Au niveau communautaire, les interventions ont bénéficié de l’appui des Relais Communautaires pour faciliter le référencement des cas du niveau communautaire dans le but d’améliorer l’accès aux soins et de réduire le risque de décès des enfants de moins de 5 ans. Dans la mise en œuvre du Programme, les Délégués Régionaux de la Santé et les Chefs des Districts de Santé

ont joué un rôle de premier plan. Au niveau Central, les Directions Techniques du MINSANTE notamment la Direction de la Coopération (DCOOP), la Direction de la Lutte Contre la Maladie (DLM) et la Direction de la Santé Familiale (DSF) ont été les principaux acteurs.

Le Programme a également bénéficié de l'apport des partenaires techniques et financiers tels que SIDA et DFID. Les fonds mis à la disposition par le SIDA ont permis d'exécuter deux projets spécifiques qui sont SIDA H4 et SIDA H6. Plusieurs Agences des Nations Unies ont parfois agi ensemble dans les Districts de Santé.

### **Parties prenantes**

Le Programme évalué inclus quatre principales parties prenantes : le Gouvernement du Cameroun, l'UNICEF, les communautés et les bailleurs de fonds. Les acteurs Gouvernementaux se subdivisent en acteurs du niveau central, du niveau régional et du niveau local (District de Santé). Les acteurs du niveau central sont responsables de la définition des priorités et du choix des axes stratégiques du Programme. Ils veillent également à l'alignement du Programme aux priorités globales, régionales, nationales et locales. L'UNICEF suit aussi la même structuration et vient en appui aux fonctions du Gouvernement. Au niveau du terrain, les bureaux de terrain de l'UNICEF apportent un accompagnement technique aux structures déconcentrées pour l'amélioration de la qualité des services et l'application des stratégies spécifiques.

Au moyen de l'utilisation des services disponibles et de l'adoption des Pratiques Familiales Essentielles, les communautés s'approprient les interventions et les traduisent en résultats pour la santé. Les enfants sont conduits dans les unités de prestation des soins et bénéficient des pratiques promues par les différentes interventions.

Les partenaires techniques et financiers quant à eux contribuent à la réalisation des interventions par la mise à dispositions des ressources nécessaires à l'acquisition et la mise à disposition des principaux intrants.

## **2. BUT DE L'EVALUATION**

L'évaluation a eu deux buts identifiés de commun accord entre l'UNICEF et le MINSANTE : Tout d'abord, la reddition des comptes au bailleur ainsi qu'à la population qui était censée bénéficier du programme, notamment pour ce qui concerne l'atteinte des résultats dans le cadre de la composante « Survie et Développement du jeune enfant ».

En ce qui concerne l'apprentissage, cette évaluation devrait informer :

- (i) La direction de l'UNICEF sur la manière d'augmenter la couverture, l'efficacité et l'efficience des interventions du secteur de la santé envisagées dans le programme de pays en cours, y compris les interventions d'urgence et la résilience ;
- (ii) La pertinence des stratégies sélectionnées par les partenaires de mise en œuvre de l'UNICEF, y compris les services fournis aux groupes de population clés et la coordination avec d'autres organisations ;
- (iii) La révision des approches utilisées par l'UNICEF dans le secteur de la santé (si nécessaire).

L'évaluation a été commanditée par le Gouvernement et l'UNICEF. Pour le Gouvernement, les résultats de l'évaluation permettront d'opérer des choix mieux informés sur les orientations de la gestion des domaines comme la vaccination, la lutte contre le paludisme, la participation communautaire et les approches à base communautaires. Quant à l'UNICEF, les résultats de l'évaluation permettront d'opérer des choix plus judicieux en matière d'engagement dans les priorités nationales dans le domaine de la

santé. D'autres utilisateurs à l'instar de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'UNFPA, les ONG internationales et locales intervenant dans le domaine de la santé feront aussi usage des résultats pour éclairer leurs choix de positionnement géographique et thématique. Enfin, les populations à la base y tireront des leçons importantes sur l'importance de l'effectivité et la qualité de leur participation pour l'amélioration de leur santé notamment celle des enfants et des femmes.

#### **Utilisateurs et utilisations de l'évaluation**

**Ministère de la santé Publique.** Comme l'ensemble des secteurs de la vie nationale, le MINSANTE participe au processus d'actualisation des politiques sectorielles en perspective de la mise en œuvre de la nouvelle politique nationale de développement. Les résultats de l'évaluation produiront des évidences sur les choix des priorités à prendre en compte à moyen et long terme. Les résultats de l'évaluation permettront aussi de faire des choix plus raisonnés sur les stratégies d'accompagnement des politiques de santé dans le sens d'une meilleure re-focalisation du système de santé sur les priorités de la population. Au niveau communautaire, il est attendu que les résultats de l'évaluation contribuent à montrer comment rebâtir et renforcer les relations entre les populations et le système de santé.

**UNICEF.** Le Bureau pays est en année de programmation. Les résultats de l'évaluation permettront de mieux éclairer les choix à faire dans le positionnement de l'UNICEF dans le secteur de la santé dans l'optique de maximiser sa contribution à l'accélération de la réduction de la mortalité infantile avec un focus particulier sur la composante néonatale. Ce besoin de repositionnement se pose avec acuité dans un contexte de raréfaction des ressources financières. Ces résultats seront d'autant plus importants pour la redéfinition des stratégies pouvant permettre au Programme de mieux aider le Gouvernement à remonter les niveaux de couverture vaccinale et contribuer indirectement à la réduction de la mortalité infantile par un meilleur contrôle des maladies évitables par la vaccination. Les résultats de l'évaluation seront aussi utilisés dans la réalisation de bilan commun de pays pour les agences du Système des Nations Unies. Les résultats de l'évaluation aideront aussi à alimenter les mécanismes de redevabilité vis-à-vis des donateurs et des différentes instances de l'organisation.

**Autres Agences du Système des Nations Unies.** Six Agences du Système des Nations Unies ont contribué à la mise en œuvre du projet H6 qui visaient à améliorer la qualité des services dans des districts prioritaires de la région de l'Extrême-Nord. En plus de rendre compte de la perception qu'ont les populations des interventions menées en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

**Agents Relais Communautaires.** Ils jouent un rôle de plus en plus important dans la mise en œuvre de diverses interventions au niveau communautaire. En montrant comment leur action a contribué à l'atteinte des résultats, ces acteurs de la santé apprendront de l'évaluation les approches qui pourraient faciliter leur rôle de jonction entre les formations sanitaires et les communautés.

**Communautés à la base.** En tant que bénéficiaires finaux, les communautés à la base apprendront de l'évaluation des leçons pour maximiser leur contribution à l'amélioration de l'utilisation des services disponibles prioritairement en faveur des enfants de moins de 5 ans et des mères gestantes ou allaitantes.

### **3. OBJECTIFS DE L'EVALUATION**

Trois objectifs étaient assignés à l'évaluation ainsi qu'il suit :

- (i) Générer les évidences quant à l'atteinte ou non des résultats définis au moment de la conception du Programme ;
- (ii) Mettre en exergue les facteurs imprévus qui ont soit favorisés ou entravés l'atteinte des résultats et ;

- (iii) Identifier les leçons apprises et d'éventuelles bonnes pratiques pouvant être mises à échelle pour améliorer la santé du couple mère-enfant au-delà des zones d'interventions du Programme.

## 4. PORTEE DE L'EVALUATION

### 4.1. Portée thématique

L'évaluation s'est concentrée sur les interventions faisant partie du Programme de Coopération Cameroun – UNICEF. Ainsi, sur le plan thématique, l'évaluation a porté sur les interventions à haut impact visant la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et le renforcement du système de soins dans les districts les plus vulnérables des zones prioritaires d'intervention. Plus spécifiquement, le focus a été mis sur (i) les interventions d'appui à la vaccination, (ii) le renforcement du système de santé, (iii) la lutte contre la mortalité néonatale en particulier une de ses principales causes (la prématurité) et (iv) la perception des communautés par rapport à l'offre de services, en particulier concernant les aspects appuyés par le Programme Pays.

### 4.2. Portée géographique

L'évaluation a porté sur les interventions menées par le Programme de Coopération Cameroun – UNICEF à travers le niveau central constitué par les services centraux du ministère de la santé publique et pour les services régionaux et opérationnels dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. Elle s'est concentrée sur ces quatre régions en cherchant à dégager des éléments qui témoignent des changements insufflés par le Programme au niveau stratégique, opérationnel et communautaire.

### 4.3. Portée chronologique

L'évaluation a couvert la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2013 jusqu'au 31 décembre 2017. Cependant, du fait que l'évaluation a eu lieu en 2019, le présent rapport intègre des mesures correctives déjà mises en œuvre après la période du projet (donc après 2017).

## 5. CRITERES ET QUESTIONS D'EVALUATION

L'évaluation a été menée sur la base des quatre critères OECDE/DAC suivants : pertinence, efficacité, efficience et durabilité. Deux critères additionnels portant sur genre, équité et droits humains, ainsi que la coordination ont également été examinés. Il est à noter que dans les TdR le dernier critère retenu était le « partenariat » cependant lors du processus de l'évaluation le critère « coordination » s'avéré plus aligné avec la demande des commanditaires et est utilisé dans le rapport pour faciliter la compréhension. Le critère d'impact n'était pas inclus faute d'absence d'une ligne de base.

Les questions de l'évaluation ont été organisées par critère et sont présentées ci-dessous.

### **Pertinence**

- Dans quelle mesure les interventions sanitaires du Plan d'Action du Programme Pays (PAPP) de l'UNICEF ont été développées pour répondre aux besoins essentiels des groupes de populations dont ils étaient censés servir ?
- Dans quelle mesure les sous composantes du programme sont mises en œuvre selon une approche coordonnée ?

### **Efficacité**

- Dans quelle mesure les différentes activités du Programme santé de l'enfant de l'UNICEF ont atteint leurs résultats attendus pour la période 2013-2017 ?
- Dans quelle mesure les besoins des enfants abordés dans ces politiques diffèrent-ils de ce qui s'était passé avant le début de la mise en œuvre en 2013 ?
- Quels sont les avantages comparatifs du programme et la valeur ajoutée en termes de contribution au renforcement des capacités tant au niveau national, régional ou local ?

### **Efficiencie**

- Quels ont été les coûts des ressources humaines et des approvisionnements et logistiques, et ce coût est-il raisonnable au regard d'interventions similaires dans ces zones ?
- Dans quelles mesures les approvisionnements et distributions des fournitures ont-ils été effectués en temps opportun ? Les ressources mobilisées ont-elles été converties en résultats attendus à temps et de la manière la plus efficiente ?

### **Durabilité**

- Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles été conçues de manière que leur mise en œuvre puisse continuer sans l'appui de l'UNICEF à l'issue du cycle de programmation ?
- Quels sont les avantages générés par les interventions appuyées par l'UNICEF pourraient être soutenus par le Gouvernement, les familles, les communautés ou les organisations à base communautaire ?

### **Genre, équité et droits humains**

- Comment les questions de l'égalité du genre et des iniquités socio-sanitaires ont été prises en compte par le programme ?
- Les personnes vivant avec un handicap et autres personnes socialement marginalisées ont-elles été effectivement impliquées dans les mécanismes de participation communautaire ?

### **Coordination**

- Dans quelle mesure le programme a-t-il développé des partenariats aux différents niveaux (national, régional, local ou international) avec les organisations de la société civile, le système des Nations Unies, les autres partenaires au développement ou avec le secteur privé afin d'appuyer le système de santé et l'offre de services ?
- Dans quelle mesure le programme a-t-il facilité la production, le partage et la diffusion de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions en santé ?

Ces questions d'évaluation ont été transformées en question de travail assortis d'indicateurs, de sources d'informations et méthodes de collecte constituant ainsi la matrice d'évaluation (voir annexe 8) qui a été validée par le comité de pilotage regroupant les représentants des structures impliquées du Ministère de la Santé et des Sections Santé et Coordination de l'UNICEF avant le lancement effectif des opérations de collecte. Les 13 principales questions d'évaluation ont été déclinées en 67 sous-questions de travail. Ces dernières ont ensuite donné lieu au développement des outils de collecte des données – qualitatives et quantitatives – (annexe 5) et les grilles de synthèse facilitante ainsi l'analyse et le dialogue avec tous les informateurs ciblés.

## 6. METHODOLOGIE

Afin de répondre aux différentes questions d'évaluation et d'attendre les buts envisagés de cette évaluation, l'équipe d'évaluation a adopté une approche inclusive et participative basée sur la combinaison de méthodes et d'instruments qualitatifs<sup>4</sup> et quantitatifs. La participation et la collaboration de l'ensemble des acteurs ciblés était un des enjeux importants pour assurer l'exhaustivité, la qualité et la robustesse des évidences et par la suite l'acceptation des conclusions et des recommandations. Ces méthodes ont permis d'une part apporter des informations factuelles et mesurables, et d'autre part, des informations explicatives permettant de mieux comprendre le processus de mise en œuvre du Programme dans la diversité des conditions contextuelles des zones d'intervention. Toutes les parties prenantes ont été associées : acteurs de pilotage, de planification, de mise en œuvre et de suivi ainsi que les bénéficiaires attendus.

L'équipe entendait avant tout reconstruire la logique d'intervention avant d'analyser la performance à la lumière des questions et critères de l'évaluation. Par ailleurs, la méthodologie de l'évaluation a été en ligne avec l'approche basée sur les droits humains, du genre et de l'équité homme/femme, urbains/ruraux, réfugiés/communautés hôtes. Afin d'assurer la représentativité et donner voix à ces différents sous-ensembles, une attention particulière a été donnée à la constitution de l'échantillon et des localités à visiter. L'évaluation s'est basée sur les données primaires pour le volet qualitatif et sur les données secondaires pour le volet quantitatif.

### 6.1 Méthodes et outils de collecte des données

#### 6.1.1 Données quantitatives

L'évaluation a utilisée des données quantitatives provenant des sources secondaires. Cinq types de données ont été initialement identifiés comme précisé ci-dessous. Cependant, d'autres données collectées se sont avérées utiles, et ont été intégrées à notre analyse.

- Les données relatives aux indicateurs d'impact, d'effet ou de produit qui ont permis l'appréciation des changements notés en relation – directe ou indirecte – avec le programme et servant de base à l'analyse de son efficacité ;
- Les informations relatives au nombre et type de personnels recrutés et/ou formés dans le cadre de la mise en œuvre du Programme permettant de participer à l'appréciation de l'efficacité du Programme et de la durabilité de son action ;
- Les informations relatives aux quantités d'équipements et d'intrants acquis, stockés et distribués, complétant l'appréciation de l'exécution du programme et renseignant indirectement, sur la disponibilité et l'accès aux services ;
- Les ressources financières qui ont servi à l'analyse budgétaire du programme afin de dégager une certaine efficacité quant à la planification, à la mobilisation et à l'exécution des ressources ayant servi au programme de santé ;
- Les données relatives aux activités planifiées et aux activités réalisées, région par région, afin de pouvoir reconstruire la Théorie de Changement (annexe 2) de la première phase du Programme conformément à la réalité qui a prévalu pendant la mise en œuvre.

Toutes ces données ont été, au fur et à mesure, saisies dans des grilles de collecte qui ont permis de procéder aux synthèses et aux calculs nécessaires. Les grilles ont été transférées dans un modèle « Excel » permettant d'avoir, dans le même outil, et sur des feuilles séparées mais liées, les différentes informations

---

<sup>4</sup> Entretiens individuels, discussions de groupe, observations sur site



collectées avec la possibilité d'en faire des (i) tableaux synthétiques, (ii) des tableaux croisés dynamiques et (iii) des graphiques se réactualisant au fur et à mesure de la saisie et qui ont servi de base à l'analyse quantitative.

### **6.1.2 Données qualitatives**

Les données qualitatives ont été collectées à travers les entretiens individuels approfondis ou entretiens semi-structurés (ESS), les discussions de groupe focalisées (FGDs), les récits de vie ainsi que l'observation directe.

#### **Les entretiens semi-structurés**

Les entretiens semi-structurés ont été menés avec les informateurs clés à différents niveaux (central, régional et communautaire) pour collecter leurs avis, perceptions et pour tracer l'historique de la mise en œuvre du programme.

Les entretiens se sont déroulés dans des endroits qui permettaient de respecter la confidentialité des informations et sans influence de tiers extérieurs. Pour chaque entretien, l'équipe d'évaluation a veillé à s'assurer au préalable du consentement des enquêtés après leur avoir expliqué le but et la portée de l'entretien. Les entretiens ont été conduits de manière complémentaire par l'équipe de consultants et l'équipe d'enquêteurs. Les enquêteurs se sont déployés aux niveaux opérationnels et communautaires alors que les consultants se sont chargés des informateurs institutionnels à différents niveaux. Les entretiens ont été traités progressivement (au jour le jour) afin de repérer les points de saturation (redondance des réponses) ; ce qui a permis d'optimiser la durée de la collecte des données. Les guides d'entretien ont été conçus (en annexe 5) sur la base de la matrice d'évaluation (en annexe 8) et ont permis d'aborder l'ensemble des thématiques en fonction du profil de l'informateur.

#### **Les discussions de focus groupes**

Les Discussions de Focus Groupe (FGD) ont permis collecter (et comparer) les données sur les perceptions et les opinions des bénéficiaires par rapport à leur appréciation de la mise en œuvre du Programme et de son impact sur l'amélioration de leur santé. Les FGD permettent pas seulement obtenir les informations de multiples personnes au même moment, mais sont aussi utiles pour analyser la dynamique du groupe et construire la compréhension commune d'un sujet.

Les populations qui sont les principaux détenteurs de droit à la santé ont pu participer à ces exercices et discuter des éléments positifs des interventions, éléments négatifs, succès, échecs, potentialités, contraintes, etc. Les focus groups (plus sous la forme de mapping social) ont facilité la triangulation des informations recueillies à travers les autres outils.

Les discussions de groupes ont été conduites par les évaluateurs tous étudiants en cycle doctoral dans les universités camerounaises. En plus des compétences techniques, tous ces chercheurs chevronnés jouissent aussi d'une bonne connaissance de la zone d'intervention du Programme. Chaque équipe disposait d'au moins un membre qui maîtrisait les langues parlées par les communautés. Ceci permettait de limiter les pertes d'informations dues à la traduction par des tiers. En plus de l'enregistrement audio, chaque équipe disposait d'un modérateur, d'un observateur et de deux preneurs de notes.

#### **Les observations directes**

Le Programme a été mis en œuvre dans un contexte caractérisé par la pauvreté, l'analphabétisme, le poids et la grande influence des croyances, normes et pratiques socioculturelles. Compte tenu du fait que le Programme n'a pas mis en place un dispositif et des stratégies robustes pour contrôler les interactions, il est probable que ces effets aient eu diverses influences sur la mise en œuvre et les résultats obtenus.

L'observation a été ajoutée aux méthodes de collecte des données retenues pour identifier les éventuelles dissonances entre les déclarations et les réalités quotidiennes (pratiques – états des infrastructures – pratiques professionnelles). Cette technique servait également de premier filtre opérationnel de la triangulation des informations.

Dans les formations sanitaires, l'observation des praticiens en situation de travail a permis de juger de l'efficacité des formations reçues et le recours quotidien aux instruments mis à disposition par le Programme. Au sein des communautés, l'observation a permis de voir les Agents de Santé Communautaires à l'œuvre. Il était aussi attendu qu'elle mette en exergue divers canaux et formes d'influence que les réalités contextuelles ont pu avoir sur les réalisations du Programme. Lors de la collecte d'information sur le terrain, l'équipe d'évaluation a visité les structures de santé retenues dans l'échantillon (l'hôpital régional, un hôpital de district et un CSI dans chaque région). Ce qui a permis d'observer l'état des infrastructures, des équipements et des stocks avec un focus sur la qualité de la gestion des intrants, en particulier ceux acquis dans le cadre du Programme santé. Une grille d'observation a été conçue à cet effet (cf. Annexe 3).

### **Les récits de vie**

Bien que partageant le même espace de vie et des conditions quasi identiques d'accès aux services sociaux de base notamment la santé, les enfants, les femmes, les familles et les communautés ne vivent pas les problèmes de santé de la même manière. Ainsi, toute intervention menée dans le but soit de résoudre ce problème partiellement ou entièrement sera ressentie, appréciée et jugée différemment. Au-delà des grands groupes, l'équipe d'évaluation a cherché à cerner comment les interventions menées par le Programme ont influé sur la vie de certains bénéficiaires. Les entretiens approfondis cherchent à mettre en exergue et reconstruire l'historicité et la chronologie des changements positifs ou négatifs attribuables aux projets sur la santé des enfants, des femmes ainsi que sur les connaissances et aptitudes techniques des prestataires en services dans les aires et districts de santé bénéficiaires du Programme.

Les personnes interrogées dans ce cadre étaient identifiées pendant les entretiens ou en groupe avec divers informateurs clés tant dans les structures d'offre des services de santé que dans les communautés. En plus des critères de choix déjà appliqués pour les informateurs, un deuxième groupe de critères a été pris en compte à savoir, la connaissance du Programme, une durée de résidence d'au moins 5 années dans la zone d'intervention du Programme, une utilisation active des prestations offertes, le consentement à fournir les informations et l'autorisation d'utiliser ces informations dans le cadre de l'élaboration du rapport d'évaluation. Conformément aux dispositions nationales en vigueur en matière d'éthique, les sujets mineurs n'étaient pas éligibles pour les entretiens approfondis.

Tout comme les autres informations et autant que les conditions le permettaient, les entretiens par des observations ont été complétés par les observations.

#### **6.1.3 Echantillonnage**

L'échantillonnage par **choix raisonnés a été utilisé pour identifier les personnes** à interviewer. S'inspirant des orientations de Patton (2014), la méthode des choix raisonnés visait à identifier les personnes disposant d'une bonne connaissance du Programme et de ses interventions. De ces personnes, l'on pouvait tirer d'abondantes informations utiles à compréhension du Programme, de ses interventions, de ses résultats et des contraintes qui ont marqué sa mise en œuvre. Sachant qu'en dehors des campagnes de vaccination certaines interventions du Programme n'ont pas couvert tous les districts, le district a constitué le premier niveau d'échantillonnage. Des critères de choix des personnes, des structures et des localités à visiter sont présentés ci-dessous.

### **Critères de choix des informateurs clés**

- Être professionnel du secteur de la santé
- Avoir pris part aux travaux de planification, mise en œuvre, revues sectorielles et nationales
- Avoir été responsable ou acteur des interventions du programme dans une structure de niveau central, régional, district, communautaire
- Avoir contribué à la production de divers documents cadres du Programme
- Avoir participé aux missions de supervision

### **Critères de choix des structures de santé**

- Être située dans les districts prioritaires du Programme
- Formation sanitaire du niveau régional, District, Aire de Santé
- Être située dans l'une des régions prioritaires du Programme
- Avoir bénéficié d'au moins deux interventions du Programme
- Avoir des personnels qui ont bénéficié des formations continues administrées avec l'appui du Programme
- Avoir fourni des services aux femmes enceintes, nouveau-nés, nourrissons, jeunes enfants, adolescents avec l'appui du Programme
- Avoir des aires de santé à faible performance

### **Critères de choix des communautés**

- Avoir bénéficié des interventions du Programme de manière continue sur une durée minimale de trois ans
- Disposer en son sein des relais communautaires actifs
- Disposer des structures d'accompagnement et de participation communautaires actives
- Disposer des leaders communautaires actifs qui œuvrent en faveur de l'amélioration des conditions de santé

La collecte des données sur le terrain a permis de rencontrer un grand nombre de personnes ressources (490 au niveau communautaire) impliquées dans les actions appuyées par l'UNICEF en matière de santé maternelle et infantile. Cet échantillon de personnes ressources a été composé de plusieurs sous-catégories. Ainsi, nous avons procédé à un maillage représentatif des différents acteurs. Dans le cadre de la présente évaluation, la représentativité n'est pas à considérer dans le sens qu'on lui donne dans les statistiques quantitatives. Il ne s'agissait pas de trouver un quelconque poids jugé approprié pour un seuil de significativité. Il faut plutôt comprendre ici la notion de représentativité comme la prise en compte de l'ensemble de la diversité socioculturelle qui caractérise les quatre régions d'intervention du Programme. Ceci se justifie par le caractère déterminant du poids des croyances, des normes et des pratiques socioculturelles dans le processus conduisant à la décision d'utiliser ou non les services de santé pour prévenir ou prendre en charge un problème de santé affectant la mère ou l'enfant de moins de 5 ans.

Sur le plan géographique, bien que resté focalisé dans quatre régions, le Programme n'a pas couvert tous les Districts de Santé. L'équipe d'évaluation a visité l'ensemble des Districts couverts par le Programme. Les données ont aussi été collectées à Yaoundé – pour les informateurs. Les listes détaillées des personnes rencontrées et des sites visités sont présentées en annexe 4.

**Au niveau institutionnel central**, toutes les institutions impliquées dans la conception et la mise en œuvre du Programme ont été sollicitées, et leurs informateurs ciblés ont été interviewés sur la base de guides d'entretien semi-structurés couvrant les thématiques relevant de leurs domaines d'intervention comme spécifié dans la matrice d'évaluation en annexe 8. Cet échantillon comprend (i) les équipes du Ministère

de la santé concernées et/ou bénéficiaires des interventions du programme (ex : PEV, Prise en Charge Intégrale des Maladies de l'Enfant (PCIME), santé maternelle et néonatale, Directions et Divisions de la promotion de la santé, de la coopération, etc. ) ; (ii) l'équipe du Bureau UNICEF en particulier le personnel de Management, la composante santé et la section suivi et évaluation<sup>5</sup>, et (iii) les équipes des principaux partenaires techniques et financiers du secteur santé et impliquées dans l'action de santé maternelle, infantile et des adolescents (ex : OMS, UNFPA, CHAI, etc. ).

**Au niveau des quatre régions cibles (Est, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord)**, l'échantillon institutionnel a couvert : (i) les équipes régionales de la santé (DRSP), (ii) les équipes cadre des districts de la santé (ECD), (iii) les structures de santé : hôpitaux régionaux, hôpitaux de district, centres de santé intégrés, et (v) les équipes des Bureaux UNICEF à Bertoua et à Maroua.

Comme déjà mentionné, **au niveau communautaire**, trois méthodes de collecte des données ont été combinées pour s'assurer une solide représentativité du point de vue des bénéficiaires : des entretiens individuels semi-structurés, des entretiens approfondis et des focus groupes.

Le nombre des participants aux **focus groupes** a été quasi équitablement réparti sur les quatre régions et comprend 370 femmes et 120 hommes pour un total d'environ **490 informateurs** communautaires ayant participé aux différents focus groups. Chaque focus group comprenait 8 à 12 participants. Lors du choix des participants, nous avons veillé à organiser des FGDs avec des informateurs du niveau rural, du niveau urbain et du péri-urbain vu que des gradients sociaux importants existent entre les indicateurs clés de la SRMNI en fonction du milieu de vie des populations.

Le groupe ciblé par les **entretiens individuels semi-structurés** a été quasi équitablement réparti sur les quatre régions et les trois milieux, et comprend dans chaque région environ (i) 6 femmes enceintes, (ii) 6 femmes allaitantes, (iii) 6 pères d'enfants de moins de 5 ans, (iv) 6 adolescents et jeunes, (v) 3 chefs de villages ou leaders communautaires, (vi) 3 agents de santé communautaire et (vii) 3 responsables des organisations à base communautaire (OBC) pour un total de **132 informateurs** communautaires participant aux différents entretiens individuels menés dans les quatre régions..

Parmi les personnes appartenant aux quatre groupes ci-dessus ciblés par les entretiens semi-structurés (mères, pères, adolescents et jeunes, et leaders communautaires) et de manière complémentaire entre régions, **neuf récits de vies** ont été retenus recueillis pour leur pertinence par rapport aux questions essentielles d'évaluation.

Au total, toutes techniques confondues, l'évaluation a permis d'échanger avec **793** informateurs entre bénéficiaires, responsables gouvernementaux, staffs de l'UNICEF, acteurs de mise en œuvre et Partenaires onusien et bilatéraux, et aux différents niveaux (central, régional et communautaire).

**Tableau 4 : Récapitulatif de l'échantillon**

Méthodes	Informateurs ciblés	Femmes	Hommes	Total
Entretiens individuels	Acteurs de niveau stratégiques en charge de l'élaboration des politiques et des programmes de santé	7	30	37
	Acteurs du niveau régional et local en charge de la coordination et de la mise en œuvre des interventions	34	100	134

<sup>5</sup> Nous avons souhaité rencontrer les sections des opérations et du Supply, mais leurs calendriers respectifs ne l'ont pas permis

Entretiens semi-structurés	Acteurs du niveau communautaire ayant contribué à la mise œuvre et/ou ayant bénéficié des interventions du Programme	100	32	132
Discussions de groupes	Bénéficiaires (hommes et femmes) du niveau communautaire <sup>6</sup>	370	120	490
<b>Nombre total d'informateurs</b>		<b>511</b>	<b>282</b>	<b>793</b>

#### 6.1.4 Analyse des données collectées

L'analyse s'est faite autour des questions d'évaluation et en complémentarité entre les données primaires, qualitatives et les données secondaires, quantitatives. Les données qualitatives issues des entretiens individuels et de groupe ont été enregistrées, transcrites, saisies sous Word et rangées dans différents dossiers électroniques. Après une consolidation, ces données ont été transférées dans le logiciel Atlas-Ti 6.0 pour un traitement informatique. Par consolidation, il faut entendre une écoute minutieuse des enregistrements pour approfondir la compréhension des termes utilisés par les interlocuteurs à l'effet d'établir le consensus et harmoniser la compréhension. Les enregistrements ont été confrontés aux notes prises par les membres de l'équipe de collecte pendant les entretiens. Une analyse de contenu thématique des verbatim générés à partir de ce logiciel a été faite.

L'exploitation des données qualitatives a suivi le processus de micro-analyse à travers ses différentes phases d'immersion et de mise à distance. Cette approche a ainsi permis aux évaluateurs de prendre la distance nécessaire avec les données pour se libérer des éventuels préjugés.

Une fois les données stabilisées, l'analyse s'est poursuivie dans une approche qui a intégré le mot à mot, ligne par ligne et épisode par épisode autour des thématiques dominantes identifiées. Ces différentes approches ont permis de garantir que seules les opinions des informateurs ont été reflétés dans les constats et que les conclusions qui en découlent sont dignes de confiance.

Les données quantitatives saisies et synthétisées dans des grilles ont été analysées à la lumière des données prévisionnelles contenues dans les différents outils de planification et de programmation budgétaires (PAPP, plans de travaux, Accords de Programme (PCA), plans sectoriels santé, etc.). Le modèle développé pour les données quantitatives a permis le croisement de ces données entre elles (par exemple dans des colonnes juxtaposées ou en dégageant des moyennes).

Les analyses, qualitatives et quantitatives, ont été triangulées afin de dégager des évidences solides aux conclusions retenues. La triangulation a été utilisée comme outil de validation et de consolidation des données ; c'est une approche basée sur la diversification des angles d'analyse concernant différentes questions : les méthodes, les sources, les évaluateurs.

Le rapport d'évaluation a été rédigé suivant un plan détaillé et préétabli conformément aux normes et standards du GNUE et d'UNICEF.

#### 6.1.5 Interactions entre l'équipe d'évaluation et le Comité de pilotage

Comme indiqué dans les TDRs, l'équipe d'évaluation a travaillé en étroite collaboration avec le comité de pilotage établi dans le cadre de cette évaluation. En dehors des échanges quotidiens, des sessions de travail formelles se sont tenues pour : (i) parvenir à une compréhension commune des questions d'évaluation ; (ii) collecter les attentes additionnelles non-exprimées clairement dans les TDRs ; (iii) choisir les parties du programme à couvrir dans l'évaluation ; (iv) valider la matrice d'évaluation et de la méthodologie de collecte ; (v) valider les instruments de collecte et du plan de travail sur le terrain ; (vi) débriefer sur la mission de terrain et les premières tendances découlant de la collecte ; (vii) examiner en

<sup>6</sup> 80% des personnes interrogées sont des femmes

interne différents drafts du rapport final. Les échanges se faisaient tant en présentielle qu'à distance sous la forme des téléconférences Skype et des échanges de correspondances par courrier électronique.

## 6.2 Difficultés rencontrées et limites de l'évaluation

La principale difficulté réside dans le fait que la composante santé du Programme de coopération Cameroun-UNICEF s'est fixée des résultats d'effet et de produits au niveau communautaire et au niveau du renforcement du système de santé alors qu'en réalité peu de ressources financières et d'appui technique ont été orientés aux points de fourniture des services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile à la base. Ce qui rend le lien entre les appuis du Programme et les résultats sur le terrain plus compliqué que prévu à démontrer.

Par ailleurs, l'éparpillement de certains appuis, parfois quasi-négligeables dans certaines structures ou sites opérationnels vient renforcer cette difficulté qui a été contournée en évaluant les avancées notées en matière de Santé Reproductive Maternelle Néonatale Infantile et des Adolescents (SRMNIA) en cherchant à dégager une appréciation qualitative de l'apport de cette composante santé sans évidence quantifiée.

Une principale limite a été l'insuffisance des données quantitatives récentes et fiables rendues disponibles pour la conduite de l'évaluation. En effet :

- La dernière enquête nationale (MICS) remonte à 2014, soit un an après le début du Programme ; elle a permis de consolider une situation de base mais n'a pas servi l'évaluation des avancées car le programme a continué jusqu'à fin 2017 ;
- La plupart des rapports mensuels d'activités ne sont pas alignés aux indicateurs retenus pour le suivi de la performance ;
- Les données des rapports d'activités rendus disponibles n'ont pas permis de développer une matrice avec activités planifiées et activités réalisées, afin de soutenir l'analyse de la composante santé. De plus, l'équipe n'a pas pu disposer de rapports régionaux d'activités malgré ses recherches sur le terrain pour les obtenir ;
- Les tableaux financiers ont été produits et rendus disponibles pour toute la période. Cependant la similitude entre les montants mobilisés et les montants décaissés – par dépense – n'a pas permis l'exploitation de ces données pour pouvoir pleinement mesurer l'efficacité et l'efficience des dépenses du Programme.

Les tableaux des acquisitions (Supply) n'ont pas pu être utilisés pour cause d'absence de lisibilité de la planification des acquisitions de tels équipements. Les plans de distribution des équipements manquaient aussi de clarté et l'équipe n'a pas pu les consulter.

L'évaluation n'a eu qu'un accès partiel aux informations concernant la réalisation des activités liées aux 14 interventions à haut impact. De ce fait la partie sur l'efficacité de l'intervention reste en partie incomplète pour ce qui concerne l'atteinte des résultats escomptés pour la période 2013-2017.

**Tableau 5: Difficultés rencontrées et les mesures d'atténuation proposées**

Difficultés rencontrées	Mesures d'atténuation mises en place
Absence de lien direct entre les choix d'allocation des ressources et les résultats recherchés au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstruction de la théorie de changement à partir des entretiens avec les acteurs du niveau central</li> </ul>
Absence du flot continu de données de suivi de la mise en œuvre pendant la durée de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des données d'enquêtes ménages et estimations disponibles pour apprécier les</li> </ul>

Difficultés rencontrées	Mesures d'atténuation mises en place
	tendances des principaux indicateurs d'impact des thématiques d'ancrage du Programme
Faible alignement entre les données de suivi et les principaux indicateurs de performance retenus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation des séances d'échanges avec les acteurs ayant pris part à la mise en œuvre</li> </ul>
Insuffisante structuration des données financières ne permettant pas de catégoriser les coûts du Programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstruction des grandes masses de dépenses par thématique pour rebâtir les liens entre les dépenses et les résultats</li> <li>• Recodification des dépenses</li> </ul>

### 6.3 Prise en compte du genre, équité et droits humains

Les évidences disponibles sur les liens entre la santé de l'enfant et le statut socioéconomique de la mère, ainsi que les connaissances sur les normes socioculturelles et les obstacles sexospécifiques à l'accès aux services, aux connaissances, aux ressources et à la prise de décisions font que la participation des femmes à l'évaluation a été une priorité. Les femmes ont donc été ciblées en tant que source majeure d'information, par exemple dans le cadre de groupes de discussion organisés exclusivement avec les femmes. Les femmes et les hommes ont été interviewés pour comprendre les processus d'intervention, la participation communautaire et le succès des approches utilisées par le Programme.

### 6.4 Considérations éthiques

Les orientations du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation ont été prises en compte dans toutes les phases de la présente évaluation. L'anonymat et la confidentialité ont été assurés à toutes les personnes qui ont contribué à l'évaluation en qualité d'informateurs.

L'équipe d'évaluation a accordé une attention particulière à l'objectivité et à l'indépendance des jugements formulés. Un processus de contrôle des possibles contamination des constats par les opinions des membres de l'équipe a été soigneusement appliqué.

A la demande de l'équipe en charge de la gestion de l'évaluation, l'UNICEF a sollicité et obtenu du MINSANTE, une lettre d'introduction qui a facilité l'accès aux structures de santé et l'ensemble des personnes ayant pris part à la mise en œuvre du Programme. Pour les personnels des services étatiques, les correspondances internes ont permis aux informateurs de pouvoir donner leurs avis et partager les informations sur le Programme. Sur la base de la correspondance du MINSANTE, les responsables du niveau régional ont répercuté les instructions reçues du niveau central au niveau local.

**Confidentialité.** Les interviews se sont déroulés à huis clos, garantissant ainsi la confidentialité des échanges entre l'équipe d'évaluation et les informateurs ciblés. Toutes les prises de vues étaient soumises à l'autorisation des personnes responsables des structures. Au niveau communautaire, et afin de tenir compte des normes socioculturelles, les mères ont été interviewées dans des espaces ouverts, généralement sous les arbres et pas dans des espaces clos. Cet espace conventionnel assurait non seulement la confiance, la sécurité à tous les acteurs, mais aussi permettait d'assouplir l'effet de la canicule.

**Consentement.** Avant le début de chaque entretien, le processus était clairement expliqué ainsi que l'usage qui devait être fait des informations collectées. L'enregistrement des entretiens a été laissé au libre choix des personnes interviewées. Conformément aux lois nationales, l'équipe n'a pas sollicité la signature de fiches de consentement, tous les interviewés étant des personnes majeures et civilement responsables de leurs actes.

**Intégrité.** Les évaluateurs ont mis en exergue et en toute objectivité les différentes insuffisances notées dans la conception et la gestion du Programme évalué. Des questions non-incluses dans les TDRs mais nécessaires pour aboutir à des conclusions plus robustes ont été partagées avec les membres de l'équipe de coordination.

**Indépendance.** En plus de n'avoir pas été associés à la gestion du Programme évalué, les évaluateurs ont veillé à ce que toute personne qui aurait pu être impliquée dans le programme (personnel de UNICEF, gouvernement) ne soit pas associée à la collecte des données au-delà de la facilitation des rendez-vous.

**Impartialité.** Dans l'ensemble du processus d'évaluation, les membres de l'équipe ont veillé à ne pas faire valoir leurs opinions dans la formulation des constats, conclusions et recommandations.

**Crédibilité.** Le plan de collecte des données s'est déroulé sans problèmes majeurs. Les équipes ont visité les sites d'intervention du Programme et accédé aux informations souhaitées. Les méthodes utilisées et le soin accordé à l'analyse permettent de garantir la crédibilité et la validité des conclusions.

**Absence des conflits d'intérêt.** Les acteurs impliqués dans le processus d'évaluation ne sont pas impliqués dans le processus de mise en œuvre de la coopération Cameroun – UNICEF. Seules leurs compétences techniques ont été mises à contribution pour analyser le programme. Les conclusions positives ou négatives de l'évaluation n'ont pas d'enjeu pour eux.



## **7. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES (PAR CRITERE)**

Cette section présente les constats et conclusions préliminaires de l'évaluation, regroupés par critère d'évaluation. L'équipe d'évaluation a répondu à toutes les questions évaluatives et a numéroté tous les paragraphes concernant les constats. Les conclusions préliminaires, qui ont été numérotées aussi, sont éparpillées tout au long du texte et dument encadrées. Afin d'assurer la pertinence et crédibilité des conclusions préliminaires, l'équipe d'évaluation a référencié les numéros exacts des paragraphes des constats sur lesquelles se fonde chacune dédites conclusions.

## 7.1 Pertinence

### Questions d'évaluation

- Dans quelle mesure les interventions de l'UNICEF en matière de santé ont-elles été élaborées pour répondre aux besoins clés des groupes de population auxquels elles étaient censées répondre ?
- Dans quelle mesure les sous-composantes du programme sont-elles mises en œuvre dans une approche coordonnée ?



Figure 2 : Centre de santé ayant bénéficié du Programme

### 7.1.1 Dans quelle mesure les interventions de l'UNICEF en matière de santé ont-elles été élaborées pour répondre aux besoins clés des groupes de population auxquels elles étaient censées répondre ?

1. Cette question a été examinée à l'aide des documents disponibles notamment du Plan d'Action du Programme Pays (CPAP) et les informations fournies par les personnes interrogées au niveau central, régional, district sanitaire et communautaire.
2. La revue du Rapport de l'Analyse de la Situation (SitAn 2012) a montré les besoins des enfants ont été analysés suivant l'approche cycle de vie. Cette analyse a été alimentée par les données des enquêtes de ménages notamment l'EDS/MICS 2011, les consultations participatives menées dans le cadre de la formulation du Document de Stratégie pour le Croissance et l'Emploi 2010 – 2019 ainsi que les analyses menées dans le cadre de l'élaboration des stratégies sectorielles des ministères ayant en charge le mandat des enfants.
3. Les interviews menées avec les acteurs ayant contribué à la formulation du Programme tant du côté de l'UNICEF que du Ministère de la Santé Publique ont révélé la réduction des mortalités infantile et maternelles étaient une priorité dans un contexte de faible recul de la pauvreté et de crise

(nutritionnelle et alimentaire). Les analyses approfondies des données ont permis d'identifier les principales tueuses des enfants et des femmes. Le programme s'est aligné à ces analyses.

4. L'analyse documentaire montre que le programme a été conduit en suivant deux logiques. Dans la première moitié du cycle, les interventions visaient clairement la réduction de la mortalité infantile à travers la délivrance du paquet d'interventions à haut impact sur les principales causes de la mortalité mises en exergue par diverses études et enquêtes. Il en ressort que les choix du Programme cadraient bien aux priorités nationales telles qu'exprimées dans les documents cadres notamment la Stratégie Sectorielle de la Santé.
5. Les interventions couvraient l'appui pour une meilleure prise en compte des besoins de la mère et de l'enfant dans les documents de politiques, stratégies, programmes prioritaires du secteur de la santé. La résorption des déficits de compétences techniques et managériales des personnels en charge de l'offre dans les unités de prestation des services aux enfants. Les interventions ont également touché le niveau communautaire pour renforcer la demande et l'utilisation effective des services.
6. Dans un deuxième temps, et au terme de l'examen des performances à mi-parcours en 2015, les performances obtenues, les difficultés rencontrées et le changement des directives de planification<sup>7</sup> ont conduit à un recentrage du positionnement stratégique du Programme dans le domaine de la Santé. Conscient que les ressources disponibles ne permettraient pas de couvrir l'ensemble de la demande qui s'est accrue par les déplacements des personnes à la suite des crises, la résurgence de la poliomyélite et les épidémies de rougeole, les décideurs du Programme ont décidé de se refocaliser sur la vaccination et la lutte contre les principales causes de la mortalité néonatale.
7. La mise en œuvre du paquet intégré contenant trois volets (i) préventif avant la naissance à travers l'appui au suivi prénatal avec distribution de micronutriments et de MILDA, l'appui à l'accouchement assisté par les personnes qualifiées en milieu propre et à travers la vaccination des femmes enceintes et la mise à disposition des kits SONEU ; (ii) préventif après la naissance à travers l'appui au suivi post-natal de la mère et du nouveau-né, l'appui à la vaccination de l'enfant au cours de la première année de vie et à travers la distribution et l'appui à l'utilisation des MILDA pour les enfants de moins de cinq ans ; (iii) curatif en termes de soins du nouveau-né et de l'enfant (qui inclue la PCMINE), à travers les soins du nouveau-né en général avec en particulier la prise en charge de la prématurité et la PCIMNE clinique et communautaire en cas de diarrhée, de paludisme ou d'IRA qui constituent les principales causes de mortalité néo-natale et infanto-juvénile cadre bien aux besoins des familles et des communautés.
8. La redynamisation des interventions relevant de la promotion de la santé cadre aussi avec les besoins de la communauté. En effet, l'introduction des agents de santé communautaires couplée à l'action de relais communautaire a aussi permis au Programme de cadrer les interventions aux us et coutumes de chaque localité d'intervention. Les résultats ont montré une adhésion des populations aux pratiques bénéfiques à la santé de l'enfant notamment la prise en charge des cas de diarrhée par la thérapie par réhydratation orale. L'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action a aussi connu des améliorations dans les zones d'intervention du Programme.

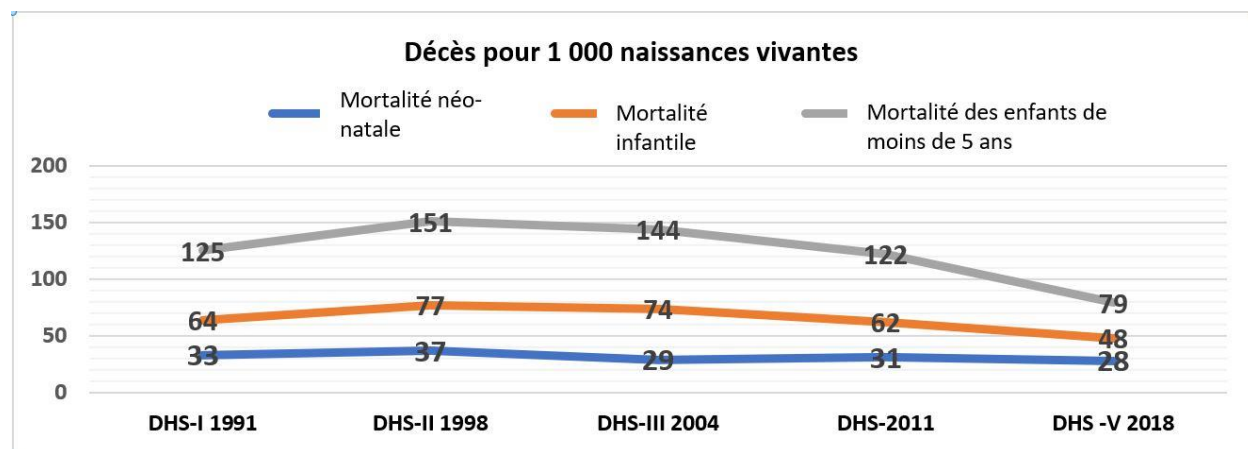
### **Adaptation des stratégies à l'évolution du Programme**

---

<sup>7</sup> L'UNICEF est passé de la structure simplifiée qui comprenait les résultats de composante Programme et les Résultats Intermédiaire à une structure plus Classique avec Impact – Effet – produits.

9. Après deux années de mise en œuvre du CPAP 2013-2017, la publication des résultats de la MICS 5 (2014), a confirmé la pertinence des choix de positionnement stratégique opéré par le Programme. Quelques ajustements ont toutefois été rendus nécessaires à la faveur d'une meilleure appréciation des goulots d'étranglement.
10. De même, les situations d'urgence à l'Extrême-Nord et à l'Est du Pays ayant accentuées les flux de réfugiés et de déplacement interne vers des zones déjà éprouvées par l'indigence de l'offre des services sociaux de base ont été intégrés dans le portefeuille du Programme. Une réponse adéquate a été développée tout en intégrant les besoins des populations hôtes.
11. La revue à mi-parcours – réalisée en 2015 – a été l'occasion de procéder aux réorientations stratégiques prenant en compte ces différentes considérations.
12. Dans la matrice des résultats révisée, de nouveaux indicateurs – de processus pour leur majorité (12 indicateurs sur 22) – ont été introduits. Ce recadrage des indicateurs de suivi correspond mieux aux besoins de gestion du Programme.
13. L'autre réorientation stratégique importante a concerné un recentrage plus important sur la santé du nouveau-né au vu de l'importance de la mortalité néonatale représentant jusqu'à 46% de la mortalité infantile.
14. Par ailleurs, sur les huit dernières années, le rythme<sup>8</sup> de réduction de la mortalité néonatale a été plus lent que celui du reste de la mortalité infanto-juvénile (voir graphique 1 ci-dessous). Il a été décidé de focaliser davantage la composante santé sur le renforcement de l'offre et de la demande des soins du nouveau-né (renforcement des capacités des prestataires, acquisition d'équipement, etc.). Un accent particulier a été mis sur la prévention (suivi prénatal) et la prise en charge de la prématurité comme l'une des trois principales causes de la mort néo-natale à travers le renforcement du plateau technique des maternités et services de pédiatrie des hôpitaux régionaux et de district.

**Figure 3 : Tendances des mortalités des enfants de moins de 5 ans au Cameroun**



15. La Mortalité Néonatale (MNN) représente une part importante de la Mortalité Infanto Juvénile (MIJ). La MNN a un rythme de réduction plus lent comparé à la MI et à la MIJ. Le Programme a procédé à un changement de stratégie pour accroître l'efficacité (causes évitables des décès néonataux) et corriger les disparités (lien d'évidence entre décès néonataux et accès à des soins efficaces du nouveau-né).

<sup>8</sup> Estimations de la mortalité des moins de 5 ans par le groupe inter-agence des Nations Unies

## Effets des situations d'urgence sur les orientations stratégiques du Programme

16. Conformément aux engagements organisationnels pour les enfants (*Core Commitments for Children -CCC*), le Programme s'est toujours promptement mobilisé auprès des populations affectées par les crises humanitaires. Ainsi en-a-t-il été pour les populations déplacées interne et transfrontalières consécutivement aux crises Centrafricaine à l'Est et Boko Haram à l'Extrême-Nord. Ces situations d'urgence humanitaire ont obligé l'ensemble des Partenaires à développer des réponses adaptées, chacun selon son mandat ; le Système des Nations Unies (SNU) était coordonné par OCHA et le HCR (dans les camps).

Cela a doublement influencé le Programme initialement orienté « développement » :

- Les équipes (centrales et régionales) ont été fortement sollicitées par la planification, la mobilisation des ressources et le suivi de la réponse humanitaire au détriment des actions de développement. Le déploiement des équipes a suivi la montée des urgences. Dans l'attente de l'aboutissement des recrutements, l'UNICEF a fait recours aux personnels communément appelés Stop-Team pour assurer sa présence auprès des personnes en détresse.
- La mobilisation des ressources pour l'urgence s'est faite au dépend des besoins du Programme de Développement.

### 7.1.2 Dans quelle mesure les sous-composantes du programme sont-elles mises en œuvre dans une approche coordonnée ?

17. La plupart des informateurs rencontrés a décrit l'intégration des différentes activités de la sous composante santé comme faible et avec peu de complémentarité. En effet, les différents appuis des volets préventifs et curatifs ne se font pas toujours de manière convergente dans les mêmes zones et ne ciblent pas toujours les mêmes groupes d'enfants, ce qui n'est pas en faveur de l'efficacité du Programme. Par ailleurs, et en l'absence de vision commune – avant l'avènement des KRCs en 2018 – et en présence de responsabilités diverses et de financements thématiques, il était très difficile aux responsables centraux de travailler de manière intégrée et complémentaire en l'absence de volonté manifeste et d'instruments solides les poussant vers cette intégration. Le « fractionnement » de la section Survie du jeune enfant a renforcé les obstacles à la coordination entre la composante santé et les autres composantes « nutrition », et « WASH » qui participent toutes à l'amélioration de la santé des enfants de moins de 5 ans.

18. Sur le terrain, la faiblesse de la coordination des structures administratives et techniques nationales bénéficiaires de ces appuis, et la spécificité de certains financements ciblant certaines thématiques et/ou certaines zones n'ont pas permis de tirer pleinement avantage des opportunités d'intégration. En effet, la couverture des districts n'a pas été harmonisée, et il n'est pas rare de retrouver les appuis en PCIMNE dans des districts différents de ceux qui ont bénéficié d'appuis en soins du nouveau-né qui à leur tour sont différents des districts ayant bénéficié d'appui au suivi prénatal, à l'accouchement assisté ou au post-partum. Ceci ne renforce pas le continuum des soins dans le système national de santé qui paraît peu efficace dans sa prise en charge des besoins de santé des enfants à différents stades de leur vie.

### Coordination des approches dans le pilotage et la mise en œuvre des sous-composantes

19. Le CPD 2013-2017 avait prévu (i) « de recentrer l'essentiel des interventions du Programme dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est » vu leurs indicateurs de couverture largement en dessous des moyennes nationales, (ii) « de doter ces régions d'une masse critique d'interventions intégrées » et (iii) d'assurer « une bonne articulation desdites interventions » visant

un travail conjoint des différents acteurs et bénéficiaires avec un renforcement des mécanismes d'intégration et des actions intersectorielles lors des étapes de programmation, de mise en œuvre et de suivi pour des résultats efficaces et durables.

« *Le cloisonnement entre financements de projets de l'UNICEF ne facilite pas la coordination, la complémentarité et l'intégration des appuis de l'UNICEF* ». (Dir\_DRSP)

20. Dans les faits, le processus d'élaboration du Plan de travail annuel (PTA) ne garantit pas cette coordination et cette synergie lors de la mise en œuvre. En effet, chaque responsable de sous-composante travaille en parallèle – souvent avec son homologue national – pour élaborer le PTA relevant de sa sous-composante sans réflexion commune au préalable, voire sans vision commune clairement affichée et connue de tous.

« *L'intégration est vraiment théorique car nous manquons d'orientations managériales claires et formalisées en la matière ; depuis 2018, les KRCs ont constitué ce ciment qui manquait* ». (Cadre\_centre\_UNICEF)

21. Par ailleurs, lors du suivi tant national que régional, il n'a pas été mis en évidence d'instruments solides garantissant cette intégration. Les rares missions conjointes ont été suscitées les bailleurs de fonds et n'ont pas toujours été le fruit d'une volonté interne d'intégration.

#### **Coordination dans la micro-planification des activités**

22. **Au niveau central**, les PTA du Programme de coopération ont toujours été consolidés sur la base d'une volonté de cohérence et d'harmonie avec les Plans du Ministère de la santé appelés Plans triennaux glissants (PTG). Ce processus aurait dû garantir une planification conjointe entre les sous-composantes qui se réfèrent aux mêmes PTG, d'autant plus que les équipes centrales et régionales de l'UNICEF participent en général activement aux ateliers de planification. Dans les faits, les planifications restent parallèles.

« *Nous venons avec nos plans verticaux que nous devons nécessairement intégrer aux PTG des PTF* ». Un cadre national MINSANTE

« *La forme est là, mais en fait, l'UNICEF a déjà fixé ses propres priorités avant de nous inviter aux ateliers de planification* ». Partenaire national

23. Par ailleurs, au début de la période 2013-2017, la composante ne comptait que trois équipes d'une à deux personnes maximum (Santé, Nutrition, WASH) qui se réunissaient assez régulièrement et qui pouvaient effectivement travailler ensemble et assurer une planification conjointe ; cependant, les missions de terrain étaient séparées en fonction des sous-composantes. Par la suite, les sous-composantes se sont étoffées, et la section Survie et développement de l'enfant s'est fractionnée en trois (Santé, Nutrition, WASH) rendant plus difficile ce travail conjoint, en particulier pour une planification conjointe.

« *Lors des ateliers de planification, nous n'avons pas le temps de planifier ensemble : une demi-journée de planification dans le cadre d'atelier avec des groupes de travail par sous-composante qui travaillent en parallèle : donc on se met ensemble sans véritable intégration* ». Cadre de la section santé UNICEF à Yaoundé.

24. A titre d'illustration, le PPAC pour la vaccination est une des boussoles principales de l'action, à laquelle devraient s'ajuster les Plans de travail glissants (PTG) comportant des activités de coopération partenariale harmonisées avec les orientations du MINSANTE. Néanmoins, l'équipe d'évaluation a trouvé qu'au sein de l'Unicef, certaines propositions de mobilisation des ressources sont élaborées conjointement entre certaines sous-composantes favorisant ainsi les planifications conjointes. Enfin, la tenue régulière de sessions annuelles de revues régionales suivies de planification régionale puis de consolidation nationale, avec cadrage financier, constitue un autre cadre facilitant ces planifications complémentaires.
25. **Au niveau régional**, la planification des activités locales, dès le départ, est faite de manière effectivement conjointe avec les Equipes Cadre de District (ECD) et les structures hospitalières. Toutefois, à la fin du processus, les plans opérationnels validés ne prennent en compte que les interventions retenues par la section santé de l'Unicef. Des micro-planifications associant la Délégation régionale de la santé en matière de vaccination et AVS ainsi que des plans intégrés de communication, financés par l'Unicef, relèvent d'un cadrage prédéfini strict. L'appui des Bureaux de zones avec des cadres polyvalents – responsables de plusieurs sous-composantes (santé, nutrition, VIH, Wash) – est en faveur de l'intégration des plans régionaux respectifs de ces différentes thématiques.
26. **Au niveau local**, l'on relève une certaine volonté de micro-planification conjointe, perceptible au travers de plan de développement du district qui intègre les activités de PCIMNE, de VIH et de nutrition. Cependant, ces plans ne semblent pas toujours respectés dans leur mise en œuvre. Les interventions appuyées par les BZ sont intégrées dans les plans des districts, mais la faible participation des autres partenaires locaux limite la définition des véritables priorités du district, d'où une planification peu efficace.
27. Au-delà des interventions de santé appuyées par la Composante, le DS ne constitue pas réellement l'unité géographique, technique et managériale opérationnelle de la mise en œuvre du Programme santé dans sa globalité. Malgré une attention particulière accordée à la viabilisation de ces DS dans les Stratégies Sectorielles de la Santé (SSS) précédentes, force est de constater que l'ECD n'assure pas la coordination et le suivi de l'ensemble des actions de santé dans sa zone d'intervention.
28. Pour améliorer la coordination au niveau local, plusieurs informateurs s'accordent sur la nécessité de replacer le DS au centre des préoccupations et de lui donner les moyens humains et matériels nécessaires pour jouer pleinement son rôle de leadership sur la santé du district. Ce choix s'alignerait parfaitement avec la volonté affichée de décentralisation avec implication plus forte des collectivités locales et redynamisation des comités de santé aux différents niveaux.

#### **Niveau d'intégration des activités lors de la mise en œuvre et du suivi sur le terrain**

29. Il est noté un certain effort d'intégration – non systématique – au niveau des districts sanitaires pour la supervision des associations féminines ou la collecte des données pour le DHIS2 même si certains outils restent spécifiques et donc verticaux. On retrouve cette intégration aussi dans la formation des ASC polyvalents.
30. Cependant, il n'a pas été mis en évidence d'orientations claires – de la part du MINSANTE ou de l'UNICEF – rendant cette intégration de mise en œuvre et du suivi quasi-obligatoire pour les différents acteurs dans la SMNIA. Les interventions ne sont pas considérées de façon holistique avec un niveau d'intégration variant d'une région à une autre. La plupart des interlocuteurs ont souligné un faible niveau d'intégration lors de la mise en œuvre et il n'existe pas de directives claires pour le monitoring conjoint. Par exemple, il existe une supervision séparée de la vaccination et de la nutrition.

### Conclusions préliminaires Pertinence

**PERT 1 :** Les interventions sanitaires inscrites dans le CPAP du Programme et mises en œuvre dans le cadre de la composante santé répondent aux besoins prioritaires des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes. Ces interventions sont aussi appropriées pour réduire l'incidence des principales causes des décès des enfants de moins de 5 ans. Fort de ce qui précède et en dehors du fait qu'au niveau opérationnel et communautaire, les interventions du Programme n'ont pu couvrir l'ensemble des populations des régions ciblées, les réponses apportées, les stratégies utilisées et l'implication des communautés à la résolution des problèmes ciblés, l'évaluation conclue que le paquet offert par la composante santé maternelle et infantile est resté pertinent tout au long du cycle. (Paragraphe 1 à 8)

**PERT 2 :** Tout au long de sa mise en œuvre, le Programme a su s'adapter aux évolutions contextuelles notamment l'émergence des situations d'urgence humanitaires. A chaque fois, des réorientations stratégiques ayant mis en avant des questions ressorties prioritaires telle que la santé néonatale et ses principales causes dont la prématurité, l'asphyxie et l'infection néonatale ont reçu l'attention méritée pour le bien-être de l'enfant. Les évolutions contextuelles ont aussi montré la nécessité de renforcer ses volets communautaires dans une zone (les quatre régions) où la couverture géographique par les services formels est très limitée par l'insuffisance des investissements publics et la faible attractivité pour les personnels de santé. (Paragraphe 9 à 16)

**PERT 3 :** Le montage de la sous-composante santé facilite la complémentarité thématique des unités en réponse aux besoins prioritaires de santé des enfants avec un volet préventif avant la naissance, un volet préventif après la naissance et un volet curatif en termes de soins du nouveau-né et du jeune enfant. Cependant, et malgré les efforts menés par les deux partenaires (MINSANTE et UNICEF), force est de constater que la planification et la mise en œuvre des sous composantes du Programme santé ne sont pas suffisamment intégrées. Si au niveau de la planification les informations collectées permettent de conclure à l'existence d'une coordination, au niveau opérationnel, les interventions ont suivi la verticalité des programmes auxquels elles sont ancrées au sein du MINSANTE. Il manque : (i) une vision commune claire, (ii) une volonté manifeste d'intégration de part et d'autre, et (iii) des sources de financement qui couvrent plusieurs thématiques. La tenue de revues annuelles régionales suivies de la planification puis de consolidation nationale, avec cadrage financier, constitue un autre cadre facilitant ces planifications complémentaires ; cependant, ces planifications ont tendance à rester parallèles. Au niveau régional, la planification des activités est faite avec les ECD et les structures hospitalières. Au niveau local, l'on relève une certaine volonté de micro-planification conjointe, perceptible au travers de plan de développement du district même si ces plans ne sont pas toujours respectés dans leur mise en œuvre. En effet, le DS ne constitue pas le noyau de la mise en œuvre du Programme santé dans sa globalité. (Paragraphe 17 à 30)



## 7.2 Efficacité

### Questions d'évaluation

- Dans quelle mesure les différentes activités du volet Programme de santé de l'enfant de l'UNICEF ont-elles atteint les résultats escomptés pour la période 2013-2017 ?
- Dans quelle mesure la façon dont les questions relatives aux enfants sont abordées dans ces politiques est-elle différente de ce qui s'est passé avant le début de la mise en œuvre en 2013 ?
- Quels ont été les avantages comparatifs et la valeur ajoutée du programme en termes de contribution aux processus politiques nationaux, régionaux et locaux et au renforcement des capacités ?



Figure 4: Discussion de focus groupes avec les femmes

### 7.2.1 Dans quelle mesure les différentes activités du volet Programme de santé de l'enfant de l'UNICEF ont-elles atteint les résultats escomptés pour la période 2013-2017 ?

#### Mesurabilité des résultats planifiés

31. A sa formulation initiale, la matrice de résultats du CPAP était organisée en structure dite simplifiée comprenant (i) des résultats de composante du Programme (PCR) et (ii) des résultats intermédiaires (IR). La chaîne des résultats de la Composante santé se présentait tel que décrit ci-dessous.

#### Encadré 1. Principaux résultats de la composante santé

**PCR1** : « D'ici 2017, les mères et les enfants sont effectivement couverts par les interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et mortalité au niveau des formations sanitaires et communautés des zones d'interventions y compris les zones en situation d'urgences ».

**IR 1.1** : « D'ici 2017 au moins 80% des enfants de 0-59 mois utilisent le paquet d'interventions intégré à haut impact au niveau des zones d'intervention y compris les zones d'urgences » ;

**IR 1.2**. « D'ici 2017, au moins 50% des mères ciblées par le programme utilisent le paquet d'intervention intégré à haut impact au niveau des zones d'interventions y compris les zones d'urgences » ;

**IR 1.3** (C4D) « D'ici 2017, les leaders, les organisations à base communautaires, les familles et les jeunes des zones ciblées s'approprient les interventions visant l'adoption des normes et pratiques favorables à la survie, au développement, et à la protection des enfants y compris en situation d'urgence ».

32. Cette chaîne ne permet pas de voir avec clarté la logique de changement permettant de passer des Résultats Intermédiaires (IRs) aux Résultats de Composantes Programme (PCRs). La revue documentaire a permis de recenser au total 14 interventions dites « à haut impact » sur la santé infantile et maternelle. La logique programmatique ne permet pas de d'établir une liste d'interventions. Les indicateurs de mesure des progrès du PCR et des IRs souffrent aussi de la même insuffisance de précision. Le tableau détaillé est inclus en annexe 6.
33. A la faveur de la revue à mi-parcours du Programme et au retour de l'UNICEF à la structure classique préconisée par la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), ce cadre de résultats fut revu et amélioré, avec des indicateurs plus précis respectant mieux l'esprit de complémentarité entre indicateurs. La nouvelle chaîne des résultats elle aussi avait trop d'indicateurs, 26 au total dont 10 pour les effets et 16 pour les produits. Le Programme ne se positionnait plus sur les impacts. Pendant la revue à mi-parcours de 2015, une théorie de changement plus explicite a été formulée. Contrairement au programme initial, l'attention est passée de la promotion de l'adoption et utilisation des interventions à haut impact sans précision à une meilleure focalisation sur deux axes (i) l'environnement favorable (Les politiques, les stratégies les lois et les plans, et les normes) ; (ii) l'utilisation des services de santé.
34. Les données des deux tableaux ci-dessus montrent que les performances du Programme sont allées croissantes du début vers la fin du cycle. Les échanges avec les acteurs ont permis de comprendre qu'à la première phase du cycle, le Programme souffrait de l'action conjointe de l'insuffisance des ressources financières et des choix de priorités pas en parfaite adéquation avec les avantages comparatifs du partenariat. Les ajustements apportés pendant la RMP de 2015 et la capitalisation des ressources mobilisées dans le cadre de la réponse aux urgences humanitaires ont boosté la performance. La vaccination est restée le domaine où les gains se sont avérés difficiles à maintenir d'une année à l'autre.

**Tableau 6 : Performance du Programme durant la période 2013- 2015**

Résultats Intermédiaires	Indicateur	Référence 2012	Cible 2017	Statut 2015	Niveau d'atteinte
D'ici 2017 au moins 80% des enfants de 0-59 mois utilisent le paquet d'interventions intégré à haut impact au niveau des zones d'intervention y	Taux de couverture vaccinale de la DTC-HepB-Hit 3	68%	90%	78%	Moyen
	Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu au moins le VAT2 +	73,9%	80%	57%	Niveau faible

Résultats Intermédiaires	Indicateur	Référence 2012	Cible 2017	Statut 2015	Niveau d'atteinte
compris les zones d'urgences	Proportion des districts qui ont une couverture $\geq$ à 80% en DTC-HepB-Hib 3	66.0%	80%	80%	Bon niveau
	Proportion de districts de santé mettant en œuvre la PCIME dans les 4 régions ciblées	32% (21 sur 66)	80%	50%	Moyen
D'ici 2017, au moins 50% des mères ciblées par le programme utilisent le paquet d'intervention intégré à haut impact au niveau des zones d'interventions y compris les zones d'urgences	Proportion de femmes enceintes ayant effectué 4 consultations prénatales (4 CPN)	64%	80%	75%	Moyen
	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçues au moins deux doses du TPI contre le paludisme dans les 4 régions ciblées	40%	80%	70%	Moyen
	Proportion des Hôpitaux de district et régionaux offrant les services de SONEUC dans les 4 régions	28%	60%	Régionaux : <b>100%</b> Districts : <b>58%</b>	Satisfaisant
	Proportion des femmes en post partum ayant bénéficié d'au moins 01 consultation post natale dans les 4 régions ciblées	42%	70%	70%	Bon niveau

Tableau 7: Performance du programme durant la période 2016 – 2017

Produit	Indicateur	Référence 2015	Cible 2017	Statut 2017	Niveau d'atteinte
Les politiques nationales, les lois, les normes, les stratégies et les plans basés sur les évidences sont adoptées pour la mise à échelle des interventions de santé à haut impact	Nombre de documents adoptés	03	13	10	Satisfaisant
Les couvertures des interventions à haut impact de la mère sont	Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu au moins le VAT2 +	73,9%	80%	Adamaoua : 72 Est : 80	Mauvais

Produit	Indicateur	Référence 2015	Cible 2017	Statut 2017	Niveau d'atteinte
améliorées dans les zones d'interventions.				Nord : Extrême-Nord :	
	Pourcentage d'enfant ayant reçu le Penta 3	78%	85%	82%	Satisfaisant
Les ménages utilisent les services de santé en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au niveau des formations sanitaires	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous moustiquaire la nuit précédente	54,8%	80	75%	Satisfaisant

35. Les constats détaillés concernant l'atteinte des résultats ont été organisés ci-après par IR en fonction des données disponibles comme indiqué précédemment dans la partie sur les limitations de l'évaluation. En fonction des données disponibles, notre analyse a souvent porté sur la vaccination car ceci facilitait la mesurabilité des résultats et le suivi des résultats à fréquence régulière.

**IR 1.1 : « D'ici 2017 au moins 80% des enfants de 0-59 mois utilisent le paquet d'interventions intégré à haut impact au niveau des zones d'intervention y compris les zones d'urgences ».**

### Tendance des principaux indicateurs de santé infanto-juvénile

36. En 2014, la mortalité infantile était de 60 décès pour mille naissances vivantes et la mortalité néonatale de 28 décès pour mille naissances vivantes<sup>9</sup>. Alors que le taux de la mortalité de l'enfant de moins de cinq ans était estimé à 103 pour mille naissances vivantes<sup>10</sup> avec de fortes disparités régionales, (118,2 à l'Adamaoua, 132 à l'Extrême Nord et 164,5 dans la région du Nord-Ouest<sup>11</sup>).

37. Dans l'ensemble, les tendances des principaux indicateurs de la mortalité infantile sont baissières de 2014 à 2019. Toutefois, le rythme de réduction de la mortalité infantile a considérablement ralenti passant d'une moyenne de 4 points de pourcent par an entre 2014 – 2017 à une moyenne de deux points par an entre 2017 et 2019. A ce rythme, le Cameroun n'atteindra pas les objectifs recommandés par l'OMS notamment pour la mortalité infanto-juvénile (76 pour mille naissances vivantes<sup>12</sup>).

38. L'analyse de performance de la couverture vaccinale permet de comprendre les déterminants de cette tendance. La couverture vaccinale a reculé depuis 2017. L'objectif de 80% de Districts de Santé ayant au moins 85% de couverture en DTC3 n'a pas été atteint. Le nombre de districts de santé ayant un niveau de couverture de DTC3 d'au moins 85% a baissé entre 2016 et 2017. La baisse s'est poursuivie jusqu'en 2018 et le premier semestre 2019. La vaccination fait face à de nombreux problèmes allant de l'acquisition des vaccins aux déficits de la chaîne de froid. De plus nombre de ces districts se trouvent dans les régions septentrionales (du nord) où la couverture en services de

<sup>9</sup> Rapport 100 indicateurs Cameroun

<sup>10</sup> Rapport 100 indicateurs Cameroun

<sup>11</sup> MICS 2014

<sup>12</sup> Rapport 100 indicateurs Cameroun

vaccination ne progresse plus du fait de l'effet conjugué de la crise sécuritaire et du manque de financement pour la vaccination.

39. Les données partielles de suivi des performances du Programme mises à disposition par l'équipe UNICEF sont résumées dans le tableau 6 ci-dessous. Il est important de noter que les changements apportés à la matrice des résultats en 2015 ne permettent pas de suivre la dynamique des indicateurs pendant les cinq années du cycle. La tendance observée au terme de la première année de mise en œuvre montrait déjà une dynamique peu satisfaisante. Les informations obtenues des acteurs interviewés nous ont permis de comprendre que l'insuffisance des ressources n'a pas permis au programme de se déployer suivant ce qui avait été planifié au début du cycle. La totalité des interventions à haut impact n'a pu être mise en œuvre dans l'ensemble des districts de santé ciblés. Les financements disponibles étaient destinés à des zones et à des interventions choisies par les donateurs.

**Tableau 8 : Performance du Programme au terme de la première année de mise en œuvre**

Résultats intermédiaires	Indicateurs	Référence 2012	Cible 2017	Performance 2013
D'ici 2017 au moins 80% des enfants de 0-59 mois reçoivent le paquet d'interventions intégré à haut impact sur la réduction de la morbidité et mortalité au niveau des formations sanitaires et communautés des zones d'intervention y compris les zones d'urgences	Taux de couverture vaccinale en DTC-Hep B+Hib 3 des enfants de moins de 12 mois	68	90%	Adamaoua : 87,76% ; Est : 84,74% ;
	Proportion de districts de santé mettant en œuvre la PCIME dans les 4 régions ciblées	32% (21/66)	80%	36% (24/66)
D'ici 2017, au moins 50% des mères ciblées par le programme utilisent le paquet d'intervention intégré à haut impact au niveau des zones d'interventions y compris les zones d'urgences.	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçues au moins deux doses du TPI contre le paludisme dans les 4 régions ciblées	40%	80%	Adamaoua : 22 % Est : 19 % Extrême-Nord : 26 % Nord : 17 %

40. Au profit des décisions prises pendant la revue à mi-parcours en 2015, le Programme s'est refocalisé sur la vaccination. Bénéficiant d'une meilleure disponibilité des ressources financières, le programme a apporté une contribution plus vigoureuse à la levée des goulots d'étranglement qui entravaient la performance de la vaccination. Ceci a conduit à une meilleure gestion des vaccins et autres intrants. Comme le montrent les chiffres contenus dans le tableau ci-dessous, les ruptures de stocks de vaccins ont été jugulées, les capacités de stockage ont été accrues et les stratégies de mobilisation ont permis de ramener à moins de 5 % la proportion d'enfants qui manquent la vaccination pendant les campagnes.

**Tableau 9 : Performance du Programme de vaccination au terme de l'année 2016**

Produits	Indicateurs	Référence 2015	Cible 2017	Performance 2016
Les mères, les nouveaux et les jeunes enfants et les adolescents sont vaccinés en routine et en stratégie avancée	Nombre de mois avec rupture de stock du DTC	0 mois	0 mois	0 mois
	Nombre de jours cumulés de rupture de stock du DTC au niveau régional	40 jours	14 jours	Nord : 0 Extrême-Nord : 3
	Couverture vaccinale en Penta 3	83%	90%	National : 83% Adamaoua : 90% Est : 90% Ouest : 90%
Les enfants âgés de 0 à 5 ans sont effectivement vaccinés pendant les campagnes polio	Pourcentages de parents informés avant la campagne	95%	> 95%	88%

41. Le Programme a aussi mené une recherche sur les déterminants socio-anthropologiques de la santé de la mère et du nouveau-né. Cette recherche a permis de mettre en exergue des facteurs tels que : l'autorisation préalable du mari/partenaire avant tout recours aux soins, l'interdiction de ne pas sortir le nouveau-né de la maison familiale durant les 8 premiers jours de sa vie ce qui affecte le recours aux consultations médicales pendant la première semaine de vie, la sortie des femmes de la formation sanitaire dans les 24 heures qui suivent l'accouchement ce qui limite le suivi post-partum. Ces facteurs limitent l'utilisation des services de santé par les mères et les nouveau-nés. Ces évidences ont permis d'actualiser les protocoles, normes et standards de prise en charge de ces deux groupes cibles dans les formations sanitaires.

### **Tendance de la couverture vaccinale adéquate pour les enfants de moins d'un an**

42. Les échanges sur le terrain et l'examen des documents de référence<sup>13</sup> auprès des structures visitées ont témoigné d'un déploiement approprié des activités de vaccination au cours de la période concernée.

43. Grâce aux appuis conséquents de l'Unicef à savoir (i) renforcement des capacités du personnel de santé, (ii) consolidation de la chaîne du froid (CdF) avec des équipements solaires et autres capacités de stockage des vaccins et intrants, (iii) dotation en motos pour les activités avancées, (iv) supervisions formatives hors campagne, les conditions ont été optimisées pour pouvoir vacciner les enfants de moins d'un an. Subséquemment, nous avons noté des taux acceptables de couverture vaccinale DTC3 dépassant les 85%<sup>14</sup> bien que ces chiffres restent en deçà de l'objectif gouvernemental visé de 90% et

<sup>13</sup> Rapports d'activités PEV 2013-2017

<sup>14</sup> PTA et Rapports d'activités PEV 2013-2017

que la tendance de couverture entre 2013 et 2017 aurait été plutôt à la baisse (88,59% en 2013 et 85,8% en 2017)<sup>15</sup>. Par ailleurs, les différents informateurs clés s'accordent sur une diminution sensible des perdus de vue avec un taux d'abandon spécifique < 10%<sup>16</sup>.

### Conclusion Préliminaire Efficacité

**EFFIC 1 :** Le changement survenu dans le cadre des résultats pendant la revue à mi-parcours ne permet pas d'apprécier les changements induits par les interventions appuyées par le Programme sur la totalité des cinq années du cycle. Les performances du Programme étaient plutôt mitigées pendant les trois premières années de mise en œuvre. Les interventions planifiées par le Programme ont été réalisées en dépit des contraintes de l'environnement Programmatique. Les difficultés de mobilisation des ressources n'ont pas permis de délivrer la totalité du paquet planifié et de couvrir l'ensemble des districts de santé des 4 régions prioritaires. Les couvertures vaccinales ciblées n'ont pas pu être atteintes notamment pour le DTC3. Pour des causes de financement, certains vaccins ont connu des ruptures de stocks. (Par. 32, 33, 38) Toutefois, l'amélioration des performances en matière de mobilisation de ressources intervenue pendant la deuxième moitié du cycle a considérablement boosté la capacité de déploiement du Programme. Ces ressources ont permis de servir les populations des zones les plus vulnérables et de contribuer à une évolution positive des indicateurs. Les effets perturbateurs des crises sécuritaires sur les infrastructures de santé ont aussi limité les performances et la durabilité des résultats du Programme. Le changement des priorités à la revue mi-parcours a permis au Programme d'atteindre les cibles fixées dans le domaine de la disponibilité d'un vaccin de qualité. (Par 40)

### Forces et faiblesses de la réponse « polio »

44. A la suite de l'apparition du dernier cas de polio en 2014, des campagnes mensuelles de vaccination contre cette maladie ont été organisées dans le Pays, et en particulier dans les quatre régions cibles du Programme. Il s'agissait de campagnes « porte à porte » amenant les vaccinateurs à atteindre chaque ménage afin de vacciner tous les enfants qui s'y trouvaient, avec une recherche active des « zéro dose », c'est-à-dire des enfants qui n'ont jamais bénéficié de vaccination. Par la suite, et au fur et à mesure de la réduction du risque d'épidémie polio, les campagnes ont été espacées jusqu'en 2017, année durant laquelle, une seule campagne annuelle fut organisée.
45. De l'avis des mères interrogées pendant l'enquête qualitative, les campagnes répétitives de vaccination contre la polio ne dissuadent pas pour autant les femmes à se rendre dans les centres de santé pour la vaccination de routine. Certaines femmes absentes de leurs domiciles pendant les campagnes, s'empressent de se rattraper en allant se faire vacciner dans les structures de santé.
46. L'enquête de terrain montre que les campagnes de vaccination contre la polio et la vaccination de routine ne s'excluent donc pas.

*« Après ou avant la campagne polio, il faut faire vacciner nos enfants. Il n'y a pas que la polio. Par exemple, quand l'enfant naît, il faut le BCG, c'est un vaccin. Ce n'est pas seulement la polio et le BCG. Il faut venir vacciner l'enfant à l'hôpital et non à la maison ». Il ajoute : « Quand on fait les campagnes, on a besoin*

<sup>15</sup> PTA et Rapports d'activités PEV 2013-2017

<sup>16</sup> PTA et Rapports d'activités PEV 2013-2017

*d'amener l'enfant à l'hôpital parce que l'enfant a une fiche de vaccination et après avoir vacciné l'enfant, si l'enfant tombe malade après, il faut l'amener à l'hôpital pour qu'il se soigne. »*  
(FGD\_PE\_ES\_BR\_ND\_ZUn).

47. A l'échelle de la zone couverte par l'évaluation, les interactions entre campagnes polio et vaccination ont eu des forces et des faiblesses résumées dans le tableau disponible en annexe 9.

### **Couverture en PCIMNE des enfants malades vus dans les structures de santé**

48. Le Programme a appuyé la formation en soins essentiels du nouveau-né dans ses zones cibles, la mise en œuvre de la surveillance hebdomadaire des décès du nouveau-né, la révision des curricula, l'élaboration des guides de formation des prestataires et de prise en charge des NNé, l'équipement des formations sanitaires et l'approvisionnement en intrants. L'UNICEF a aussi contribué au renforcement des capacités techniques (formation des formateurs et prestataires), l'élaboration de la politique nationale de développement sanitaire (PNDS), du plan opérationnel sur la santé du nouveau-né 2014-2015 puis 2016-2018 et du guide des interventions sous directives communautaires, la politique de santé communautaire, ainsi que la tenue de réunions régulières de coordination au niveau du comité technique de la santé du nouveau-né.

49. La PCIMNE est lourde et prend suffisamment de temps au prestataire. Malgré les formations réalisées, les besoins ne sont pas encore entièrement couverts.

*« Grâce à l'appui du Programme, les formateurs ont été formés et tous les districts ont eu un ou deux agents formés en PCIMNE mais un certain nombre de FOSA n'appliquent pas l'approche PCIMNE ».*  
(PF\_PCIMNE\_DRSP).

50. Un certain nombre d'hôpitaux, de CMA et de CSI visités assurent la PCIMNE aux enfants malades. La principale complication rencontrée par les prestataires chez les NNé est la détresse respiratoire.

*« A la salle de réanimation pédiatrique, seules deux couveuses sur cinq sont fonctionnelles ; les anciennes couveuses sont utilisées comme simples lits de la salle ».* (SF\_Resp\_Mat\_HR)

51. Le Programme ambitionnait de porter de 21 à 66 le nombre de districts qui offrent la PCIME aux mères et aux nouveau-nés. Les interventions menées ont permis de doter tous les districts ciblés en personnels compétents pour offrir les soins appropriés. La mobilité des personnels de santé en dehors des zones prioritaires du Programme a diminué les gains qu'on était en droit d'attendre pour les mères et les enfants vulnérables. La suivi post-formation et les supervisions formatives se sont avérées être de mesures efficaces pour limiter l'incidence de la rotation des personnels.

### **Evaluation de l'offre des services obstétricaux et néonataux**

52. La couverture géographique en SONEUB et SONEUC est loin d'être totale dans toutes les régions, en particulier les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Cependant, la couverture géographique en SONEUB qui selon les personnes interrogées avait dépassé les 80% dans certaines zones sanitaires, a par la suite régressé dans certaines zones et se situe en deçà de 60% à cause de la mobilité géographique du personnel. Les personnes compétentes et qualifiées en SONEUB étaient remplacées par celles qui n'avaient pas les qualifications requises faute d'avoir reçu les formations dispensées par le Programme.

53. Le Programme a donc permis de former une partie non-négligeable des prestataires sur les SONEU, en particulier sur les soins du NNé, sur l'accompagnement post-formation sous forme de tutorat, et



dans certains cas, en fournissant des équipements. Depuis 2016, ce volet de formation en SONEU a été délaissé au profit de l'UNFPA.

54. Les différents hôpitaux régionaux et de districts visités offrent des SONEUC de manière assez disparate en termes de complétude des services et de qualité des prestations. La présence du personnel qualifié compétent ainsi que l'acquisition et la maintenance d'équipements essentiels (couveuses, oxygène, lunettes, banques de sang, etc.) constituent les deux principaux facteurs de différenciation de l'offre des SONEUC entre structures hospitalières de la pyramide sanitaire. Sept hôpitaux de la zone d'intervention ont été équipés en banques de sang dans le cadre du projet conjoint avec d'autres agences des Nations Unies.
55. Dans un hôpital, l'espace dédié à la néonatalogie est réduit, loin de la maternité et ne dispose ni de photothérapie, ni de chaise kangourou et est aussi en rupture d'oxygène depuis plusieurs mois et manque du personnel qualifié.

*« La maternité a un besoin urgent en ressources humaines formées : il y a huit sages-femmes titulaires – dont seules quatre sont formées en SONEUC – et quatre sages-femmes stagiaires non formées. La maternité a besoin de renforcement des capacités en SONEUC et SONEUB ».*

*Sage-femme responsable de la maternité*

### **L'enregistrement des naissances**

56. L'absence de fluidité de l'information entre le système de santé et les services d'état civil a été identifiée comme clé de voute limitant l'enregistrement des naissances. D'autres facteurs s'ajoutent notamment : le laxisme des parents et la non-transmission des déclarations des naissances par les structures de formations sanitaires.
57. Les observations ont montré que certains parents sont laxistes et ne prennent pas au sérieux la question de l'acte de naissance de leurs enfants. Sur cet aspect, les évaluateurs ont tenu à s'approcher des pères d'enfants pour en savoir plus. Les trois témoignages ci-après font état de cette négligence parentale :

*« ... les problèmes d'acte de naissance ça été au départ négligé par nous même les parents. Vous voyez, on a un centre d'État Civil sur place qui fait les actes. Mais on a commencé à négliger dès le départ. Quand l'enfant naît, tu oublies et tu dis que je vais faire l'acte après. [..]. Moi-même qui vous parle, j'ai au moins trois à quatre enfants qui n'ont pas d'acte de naissance. Et maintenant pour les faire, ça commence à coûter cher on parle de dix mille. Ici on donne onze mille parce qu'il faut payer l'essence pour la moto de l'officier » (FGD\_PE\_ES\_BU\_TA\_01\_ZNu).*

### **La non délivrance de la déclaration depuis l'hôpital.**

58. Les données collectées sur le terrain montrent également que le personnel de santé n'a pas toujours été prompt à établir la déclaration de naissance, document qui est préalable à l'établissement de l'acte de naissance.

*« Quand l'enfant est né dans la clinique, j'ai demandé la déclaration ; la sage-femme ne faisait que me « jongler ». Elle m'a demandé d'amener le carnet de l'enfant ce que j'ai fait avec les différentes visites. Jusqu'aujourd'hui, elle ne m'a jamais remis la déclaration de naissance. Oui ! je l'ai remis le carnet mais elle ne m'a jamais remis la déclaration » (IDI\_PE\_ES\_BR\_TA\_02\_ZUn).*

### Des lenteurs administratives au niveau de la mairie

59. Si au niveau de l'hôpital des failles existent, des défaillances dans la célérité d'établissement des actes de naissance pour les enfants déclarés se font aussi ressentir au niveau des mairies. Il est question ici des lenteurs administratives qui ne facilitent pas le processus. Les observations dans l'Est, l'Extrême-Nord et l'Adamaoua mettent en évidence ces lenteurs, révélées par toutes les personnes rencontrées.

*« Pour moi je vois qu'il y a trop de procédures puisque dernièrement j'ai ma petite sœur à la maison, elle est montée pour faire cet acte... Elle est montée pour faire l'acte, arrivé là-bas, on a reporté plusieurs fois avec l'argent du transport, ça devient cher, donc il y a trop de procédures à remplir »* (FGD\_JG\_AD\_NU\_TA\_ZUn).

60. D'une intervention à l'autre, venant des régions différentes, l'on remarque la récurrence d'un concept : celui de « procédures ». Dans la scénographie sociale ordinaire, ce concept est souvent utilisé, et ne désigne pas moins le fait pour l'administration d'être assez lente pour exaspérer les usagers. Il n'est pas rare d'entendre : « c'est une question de procédures », pour légitimer les lenteurs de l'administration publique.

### **IR 1. 2. « D'ici 2017, au moins 50% des mères ciblées par le programme utilisent le paquet d'intervention intégré à haut impact au niveau des zones d'interventions y compris les zones d'urgences »**

#### **Utilisation des MILDA par les femmes et les enfants de moins de 5 ans**

61. Le Programme a contribué à la campagne 2012/2013 de distribution des moustiquaires. Un total de 12 193 500 MILDA ont été distribuées sur l'étendue du territoire national<sup>17</sup>. En 2015, une deuxième campagne de masse de distribution des MILDA a couvert les régions du Nord-Ouest et de l'Est. Ces campagnes ont porté la possession d'au moins une MILDA dans le ménage à une couverture de 80%. Les régions à forte concentration de réfugiées et déplacées, ont bénéficié d'activités supplémentaires de distribution ciblées<sup>18</sup>.

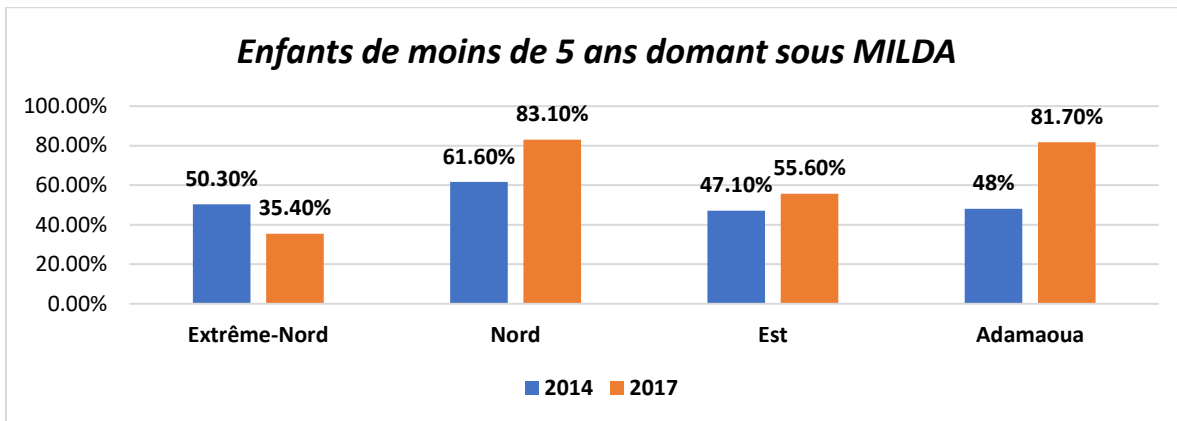
62. En 2013 la proportion des enfants de moins de 5 ans qui dormaient sous MILDA était de 46% pour une cible de couverture de 80% en 2017. On note de manière globale une évolution continue de l'utilisation des MILDA au sein de la population de 40% (2013) à 60% (2017). Mais elle reste très en deçà des objectifs de 80% fixés par le programme au niveau de la zone d'intervention. D'importantes disparités entre les régions existent.

---

<sup>17</sup> RAM 2015

<sup>18</sup> RAM 2015

Figure 5 : Evolution de la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA



63. On remarque ainsi que les régions du Nord et de l'Adamaoua sont au-delà des couvertures attendues en 2017 avec respectivement 83,1% et 81,1% alors que l'extrême Nord est resté à 35,4% bien en deçà de la moyenne nationale (58,7%). Cette différence est le résultat de plusieurs tours de campagnes de distributions conduites par le Programme et certains partenaires.
64. L'utilisation des MILDA demeure confrontée à des barrières socio-culturelles dans un contexte d'analphabétisme et de pauvreté. La lutte antivectorielle par l'utilisation des MILDA et les pulvérisations intra domiciliaires constituent des stratégies prioritaires en matière de prévention du paludisme retenues dans la SSS 2016-2027.

#### Couverture des femmes enceintes en 4<sup>e</sup> Consultation Prénatale (CPN4)

65. La couverture en CPN reste en deçà de la cible nationale. Le taux de CPN4<sup>19</sup> a même régressé entre 2011 (62,2%) et 2014 (58,8%)<sup>20</sup>.
66. Selon les informateurs clés sur le terrain, cette faiblesse de couverture serait liée à différents facteurs parmi lesquels la pauvreté, l'enclavement durant une bonne partie de l'année, l'insuffisance en personnel formé, ainsi que des considérations socio-culturelles. Au lieu de se rendre en consultation prénatale dans une formation sanitaire, les femmes préfèrent se rendre auprès des matrones. L'évaluation a montré que l'introduction du chèque santé a amélioré la couverture en CPN, mais cette amélioration est restée insuffisante ; par exemple, la proportion de CPN4 dans l'Extrême-Nord n'aurait évolué durant les cinq ans que de 6,6 points (passant de 32,17 % en 2013 à 38,80 % en 2017)<sup>21</sup>.

Selon un responsable régional de santé « avec les mouvements de populations, certaines femmes, quand elles sont enceintes repartent chez-elles, d'où déperdition en CPN ». Un chef de CSI au nord ajoutera : « au nord, pour aller en CPN, la femme a besoin de l'autorisation de son mari ».

67. En effet, et particulièrement dans les deux régions du Nord et de l'Extrême-Nord, il apparaît que la décision pour une femme de se faire consulter dépend de l'accord du mari, même absent. Certains maris se donnent des raisons religieuses pour exiger que leurs femmes ne puissent être consultées que par des agents de santé femmes ; selon certains informateurs la gestation, la grossesse et

<sup>19</sup> EDS/MICS 2011 & EDS 2014

<sup>20</sup> MICS 2014

<sup>21</sup> DIHS 2018

l'accouchement restent entourés par des croyances fondées autour des mythes et sont frappés du sceau du secret.

### Accès des femmes enceintes et enfants séropositives au traitement ARV

68. La PTME a été mise à échelle dans l'ensemble du Pays. Même si les quatre régions cibles<sup>22</sup> restent légèrement en retard par rapport au reste du Pays, la PTME paraît être une intervention effectivement intégrée aux paquets d'activités des différents niveaux de soins, en particulier au niveau des CMA et des CSI.

**Tableau 10 : Cascade PTME dans les quatre régions en 2017**

Régions	FE-CPN1	FE-Dépistées	FE-Dépistées positives	FE/ARV	% FE dépistées positives sous ARV
Extrême Nord	143 984	108 333	1 800	1 271	70,6%
Nord	88 928	77 304	1 586	1 462	92,2%
Adamaoua	51 269	44 201	2 124	2 041	96,1%
Est	16 957	44 238	3 028	2 507	82,8%

Source : Rapport de progrès PTME N°12, CNLS/GTC, 2017

69. Le programme appuie le volet de renforcement des capacités en PTME au niveau de la plupart des formations sanitaires et la prise en charge pédiatrique du SIDA au niveau de quelques formations sanitaires.

70. Globalement<sup>23</sup>, pour les quatre régions, plus de neuf femmes enceintes sur dix (91%) vues en CPN1 ont bénéficié de dépistage du VIH et retiré leurs résultats. Parmi les femmes dépistées VIH+, 85,3% ont été mises sous ARV conformément au protocole de l'option B+. Cependant, seules 52,3% des femmes enceintes séropositives sous ARV ont accouché dans une structure de santé avec les compétences techniques requises. La quasi-totalité (98,1%) de leurs nouveau-nés ont été mis sous ARV prophylactiques. Ces résultats démontrent que l'effort de couverture restant est essentiellement lié aux couvertures restantes en CPN et en accouchement assisté qui sont les interventions « porteuses » de la PTME.

71. Selon les équipes des DRSP et des DS rencontrées, la PTME est assurée dans toutes les formations sanitaires avec une disponibilité continue des ARV : les structures offrent les services de dépistage, accompagné de counseling et d'annonce de résultats. Il n'est pas rare que, pour éviter la stigmatisation, les femmes enceintes séropositives aient recours, pour leur prise en charge, à d'autres formations sanitaires au niveau d'autres districts ou régions. Des cas de perte des femmes sont simplement le transfèrement à la base des couvertures dépassant les 100% comme c'est le cas pour les enfants nés de mères séropositives ayant accouché dans une structure de santé et mis sous ARV au Nord et à l'Extrême Nord avec, respectivement, 103% et 105%<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Adamoua, Est, Extrême Nord et Nord

<sup>23</sup> Rapport de progrès PTME N°12, CNLS/GTC, 2017

<sup>24</sup> Rapport de progrès PTME N°12, CNLS/GTC, 2017

« La PTME est assurée au niveau du CMA avec des activités de counseling, de dépistage (laboratoire) et de prise en charge. Néanmoins les locaux restent non appropriés pour assurer la confidentialité et l'accueil ». (MC\_CMA\_DS).

### Accouchements assistés et suivi post-natal par un personnel qualifié compétent

72. Globalement, le nombre d'accouchements assistés dans les quatre régions cibles est en augmentation continue entre 2014 et 2017 à l'exception de l'Adamaoua qui aurait stagné, voire diminué légèrement en 2017.

**Tableau 11 : Nombre total d'accouchements assistés par région et par an**

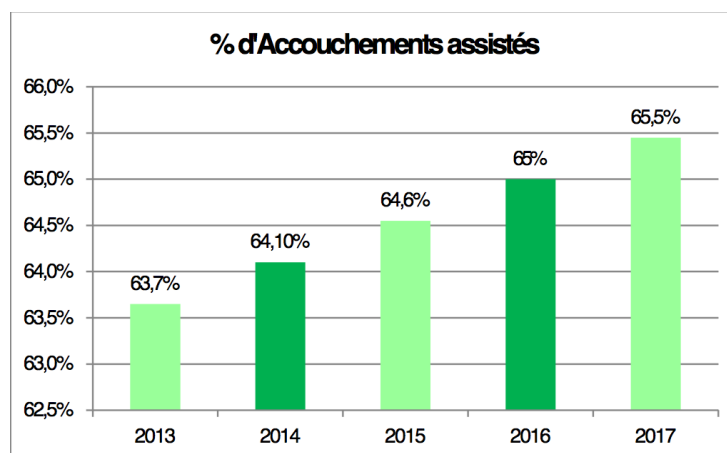
Régions	2014	2015	2016	2017
Adamaoua	10 102	10 722	16 445	16 140
Est	6 488	8 067	10 621	13 512
Extrême Nord	23 837	26 022	33 313	41 859
Nord	14 411	15 642	18 550	27 558

Source : rapport 100 indicateurs santé Cameroun 2017.

73. Plus d'un tiers des femmes enceintes ont accouché en 2017 sans assistance du personnel qualifié. Les barrières financières et socio-culturelles font partie des principaux obstacles à l'utilisation de ce service essentiel.

74. Il faut noter que le système de santé reste confronté à des défis structurels. Ainsi, le peu de progrès enregistré dans le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié compétent est lié au manque de personnels qualifiés et plateau technique adéquat. Certains hôpitaux jouent le rôle de structures de formation et d'encadrement des élèves des écoles de santé car pour pallier le déficit en personnel, les formations sanitaires font recours au personnel bénévole (diplômés sortant des écoles) et aux élèves stagiaires.

**Figure 6: Evolution du taux national d'accouchements assistés entre 2013 et 2017**

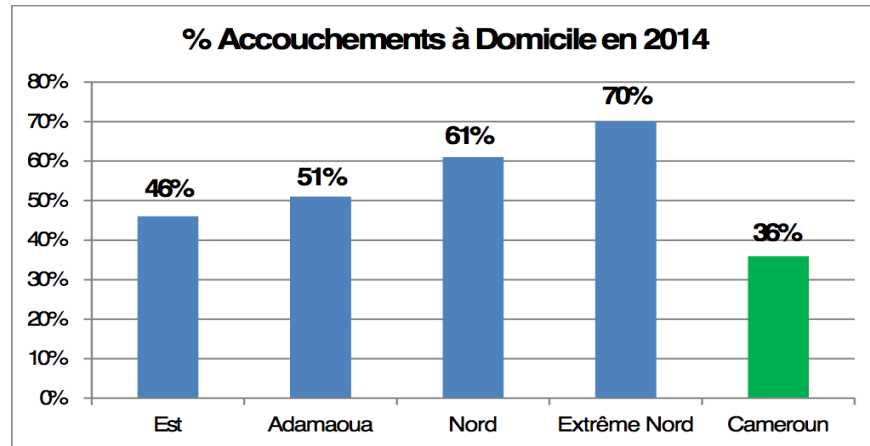


Source : Rapport 100 indicateur (pour 2016) et dossier d'investissement SRMNIAJ (pour 2014)

75. La quasi-totalité des salles d'accouchement visitées ne disposent pas d'assez de tables et celles qui existent sont vétustes. Certaines ne disposent pas d'eau courante. Il se pose aussi un problème de lits

et de kits d'accouchement qui sont très insuffisants dans les formations sanitaires. Pour les formations sanitaires dotées d'une ambulance en état de fonctionnement, celles-ci ne sont pas adaptées au terrain qu'elles sont censées couvrir (exemple de l'ambulance de l'hôpital de Garoua).

**Figure 7: Taux des accouchements à domicile dans les quatre régions cibles en 2014**



Source : MICS 2014

76. Les risques de décès – maternel et néonatal – sont fortement liés au fait que, dans plus d'un tiers des cas (35,9%), les accouchements ne sont pas assistés dans un établissement de santé ayant les capacités techniques nécessaires<sup>25</sup>. Dans les quatre régions cibles, la situation est largement plus grave : plus de la moitié – ou des deux tiers en Extrême Nord – des accouchements se déroulent à domicile.
77. En matière de réanimation néonatale, certains hôpitaux ne disposent pas de matériel de réanimation à proximité des salles d'accouchement et des blocs chirurgicaux, obligeant à transférer le nouveau-né en pédiatrie, parfois en plein air sur une distance dépassant les 300 à 400 mètres. L'approvisionnement en médicaments se fait à travers l'antenne de la CENAME. Les médicaments non disponibles, et qui sont parfois les plus fréquents, sont achetés auprès des fournisseurs agréés.
78. Cependant, les échanges avec les informateurs clés à différents niveaux apprécient l'appui de l'UNICEF qui a permis de former les prestataires en SONEUB et SONEUC, en PCIMNE et la mise en œuvre des recommandations issues des audits des décès maternels ; cet appui a permis aussi l'équipement de certaines structures de soins (CMA et Hôpitaux en particulier) en kits de réanimation du nouveau-né.
79. Une approche communautaire innovante aurait été initiée par d'autres partenaires dans certains districts de l'Extrême-Nord consistant en une reconversion des accoucheuses traditionnelles en matrone référente, et qui a impacté positivement l'utilisation des services de CPN et d'accouchement assisté<sup>26</sup>.
80. Les soins post-partum sont limités du fait des capacités très faibles des structures sanitaires – qu'elles soient hôpital ou centre CMA ou CSI – en literies fonctionnelles pouvant garder les femmes qui viennent d'accoucher au-delà des premières heures. Les constats sur le terrain montrent qu'après

<sup>25</sup> Dossier d'investissement pour l'amélioration de la SRMNEAJ au Cameroun 2017-2020

<sup>26</sup> Entretien avec l'ECD de Maroua

l'accouchement, les femmes sont à peine gardées durant les 4 à 6 premières heures puis libérées<sup>27</sup>. En plus d'aller contre les directives de l'OMS qui recommandent un séjour minimal de 24 heures après l'accouchement, cette pratique est très risquée en cas de complications du post-partum avec de possibles effets négatifs sur le nouveau-né. Cette pratique est aussi nourrie par l'insuffisance des équipements.

« Nous n'avons que six lits dans la salle de travail qui servent également pour le post-partum, raison pour laquelle les femmes en post-partum immédiat ne séjournent que pendant 6h, avec un 1<sup>er</sup> rendez-vous à 6 jours et un 2<sup>ème</sup> à 6 semaines pour la vaccination du nouveau-né. Ici, les équipements sont très obsolètes qu'il s'agisse des lits, des deux tables d'accouchement, du matériel de réanimation du nouveau-né (ballon et appareil d'aspiration) ou de la table chauffante pour réanimer le nouveau-né ; la salle de réanimation du nouveau-né n'a pas d'oxygène et tout l'hôpital n'a pas d'eau courante ».

Le médecin responsable de la maternité dans un hôpital.



Figure 8: Dispositif d'approvisionnement en eau mis en place dans deux formations sanitaires

81. Par la suite, le post-partum quasi-immédiat (dans les 6 jours) est celui respecté par les deux tiers des femmes ayant accouché dans une structure de santé. Son impact dépend beaucoup de la qualité des services qui y sont offerts tant pour le nouveau-né que pour sa mère.
82. Ainsi, un tiers des mères et leurs nouveaux nés n'utilisent pas les services du post-partum à cause (i) de l'insuffisance de communication sur le sujet lors de la CPN ou après l'accouchement, (ii) du coût du transport en l'absence de signes nécessitant une demande forte de soins ou (iii) à cause de considérations socio-culturelles.

### Evaluation des audits des décès maternels et néonataux

83. Initialement, les audits des décès maternels n'étaient pas pris en compte dans l'évaluation. La demande expresse de l'inclure dans l'évaluation a été faite par la Direction de la Santé Familiale (DSF)

<sup>27</sup> L'OMS recommande 3 à 4 jours et un minimum d'une journée d'hospitalisation pour permettre un meilleur Suivi médical des éventuels risques pour la santé de la mère et du nouveau-né

du Ministère de la Santé Publique. Durant la période 2013 et 2014, le Programme Cameroun – UNICEF a aussi contribué à la mise en place du programme national de réduction de la mortalité maternelle.

84. La revue des décès maternels a été officiellement instituée au Cameroun en 2013 par une décision du Ministre de la Santé Publique. L'UNICEF faisait partie des acteurs qui contribuaient à l'initiative d'accélération de mortalité maternelle.

85. Les décès maternels ne sont audités de manière systématique que dans certaines structures de santé, en particulier certains hôpitaux. Au sein de ces structures, des comités de revue des décès maternels ont été mis en place et se réunissent une fois par

mois. Les recommandations vers la communauté sont envoyées au district sanitaire concerné et au comité de gestion, mais restent le plus souvent sans suite.

86. Sur le terrain, les audits des décès maternels ne sont pas effectifs dans bon nombre de formations sanitaires. En effet, les données de 2017 montrent que la couverture de la revue des décès maternels reste encore faible. En effet, 7 régions sur 10 ont une couverture des décès de moins de 50% et seules 3 régions sur 10 ont une couverture des décès de plus de 50%<sup>28</sup>.

87. Par ailleurs, les audits des décès néonataux ne sont quasiment pas intégrés et la cause avancée serait leur non prise en compte dans les outils actuels d'audit. Dans d'autres cas, l'absence du personnel qualifié en charge de la prise en charge des NNé en est la cause.

88. Parallèlement, il faut noter la mise en place d'un réseau « social » de communication entre prestataires spécialisés en charge des mères et des nouveaux nés dans le but d'assurer des échanges

#### Témoignages de Prestataires sur l'audit des décès

*« Les décès maternels sont audités, un comité a été créé à cet effet. Il tient des réunions après un décès maternel et partage les résolutions. .... Si un décès maternel survient, une réunion de revue présidée par le chef du service se tient. Des résolutions y sont prises et le rapport est partagé avec le DS qui a référé et la DRSP. Le décès le plus récent a eu lieu le 28 janvier 2019. Il s'agissait d'une patiente référée pour éclampsie. Les mesures retenues par le Comité ne sont pas encore mises en œuvre à ce jour bien que la plupart ne nécessitent pas d'argent ».* **Sage-femme dans un hôpital régional**

*« Les revues des décès maternels se tiennent depuis 2017. Un comité d'audit des décès a été mis sur pieds comprenant le Directeur de l'hôpital, le médecin Gynécologue-Obstétricien, le médecin Pédiatre, les infirmières Major de la maternité et de la Néonatalogie et un représentant du district de santé. Les échanges se font autour du résumé clinique de la patiente décédée et des résolutions sont prises pour une amélioration. Les recommandations portent essentiellement sur les besoins en formation et équipement de la maternité. La maternité a exprimé des besoins d'un deuxième masque de réanimation (seul un est disponible), de couveuse et d'extracteur d'oxygène. Les décès des NN ne sont pas audités avec comme cause principale l'absence de fiche spécifiques y affèrent, malgré la demande faite à l'UNICEF pour sa disponibilité. Les recommandations des audits sont mises en œuvre mais de manière insuffisante car seuls les goulots d'étranglement intrinsèques à l'hôpital sont pris en comptes (formation, équipement). Cependant les causes du 1er retard qui relèvent de la communauté ne sont pas adressés ».* **Gynécologue d'un autre hôpital régional**

<sup>28</sup> Rapport 100 indicateurs de santé, Cameroun 2017



réguliers sur la santé péri-natale. Ce réseau appelé RESEAU PERINAT était destiné à promouvoir les échanges d'expérience entre praticiens pour une meilleure prise en charge des cas de maladies des enfants. Ce mécanisme d'échanges a amplifié les actions de renforcement des capacités des personnels de santé menées par le Programme. En améliorant le partage d'expériences entre les praticiens de santé, le réseau PERINAT a amélioré la prise en charge des pathologies de l'enfant et donc a ainsi contribué à l'atteinte des résultats du Programme. Toutefois, cette contribution a été amoindrie parce que le réseau s'est limité aux villes principales de Yaoundé et Douala. L'extension à d'autres localités ne s'est pas effectuée au rythme souhaité.

« Il y a un an, la revue des décès néonataux se faisait, mais elle est actuellement arrêtée car le pédiatre est allé en formation ». (Maj\_SNNe\_HR)

**IR 1.3 (C4D) « D'ici 2017, les leaders, les organisations à base communautaires, les familles et les jeunes des zones ciblées s'approprient les interventions visant l'adoption des normes et pratiques favorables à la survie, au développement, et à la protection des enfants y compris en situation d'urgence ».**

### **Intérêt accordé par les populations à la vaccination**

89. Dans les quatre régions cibles, les entretiens semi-structurés sur les perceptions de la vaccination ont permis de dégager trois éléments fondamentaux à savoir les opinions sur la nécessité de la vaccination, l'intérêt des femmes à faire vacciner leurs enfants et la vaccination effective des enfants.

### **Perceptions sur l'intérêt de la vaccination**

90. Dans les quatre régions couvertes, il se dégage unanimement la perception que la vaccination améliore la santé et le bien-être des enfants. De ce fait, elle est donc nécessaire pour prévenir les maladies chez les enfants comme la rougeole, la tuberculose et le tétanos.

« À mon avis c'est important, très bien même (...). Depuis que ces vaccinations sont amenées, les enfants restent à la maison, ils dorment et n'empêchent pas leur mère de dormir aussi. En l'absence de ces vaccinations, tous les jours on se retrouvait avec les enfants malades » ; « La vaccination est très nécessaire, car quand tu n'as même pas les moyens, on vient à la maison et on te donne un remède et on te vaccine » (Entretien FGD\_JG\_NO\_GR\_NS\_01).

91. S'agissant de la perception de l'importance et la nécessité de la vaccination de la femme enceinte durant la grossesse et de l'enfant après la naissance et pendant sa croissance, les réponses sont divergentes comme le montrent les citations ci-dessous. Alors que certaines mères comprennent bien l'importance de la vaccination, d'autres mentionnent des expériences malheureuses et qu'ils attribuent à l'administration du vaccin. Selon le cas, ces perceptions influencent grandement la demande ou le refus de la vaccination.

« Quand on te pique, ça te donne la force de porter la grossesse. Et ça donne aussi la force au bébé. Ça protège le bébé jusqu'à l'accouchement » (FGD Femmes enceintes, Est...). « Moi, je peux dire que c'est nécessaire parce qu'une femme enceinte doit être vaccinée. C'est pour aussi (...) la protection du bébé ». « Pendant qu'elle est enceinte et pendant qu'elle allaite » (FGD\_JF\_ES\_BU\_ND\_ZNu)

92. Dans certains Districts de santé, il coexiste la perception selon laquelle « le vaccin rend l'enfant malade ».

« ... C'est seulement à cause de ça [vaccin]. Moi-même j'ai eu le cas-là, la maladie a pris l'enfant, ... quand il a commencé à ramper et il est mort. Moi, j'ai décidé de ne plus vacciner mes enfants. C'était le BCG, l'enfant a commencé la maladie le même jour jusqu'à ce qu'il soit mort, **j'ai décidé plus jamais, je ne pars faire vacciner mes enfants ! Plus jamais !** » (FGD\_FEA\_ES\_BU\_ND\_ZNu)

93. Un autre facteur non-négligeable en rapport avec le refus de la vaccination est l'influence de certains nouveaux mouvements religieux qui déconseillent à leurs sympathisants la vaccination et d'autres soins médicaux.

« Bon il y a des cas, parce qu'il n'y a jamais de règles sans exception. Il y a des gens qui ont pris l'affaire de la religion comme un obstacle aux soins médicaux. Ainsi, certains religieux trouvent que c'est mieux que leurs enfants ne se fassent pas vacciner. » (FGD\_PE\_ES\_BR\_ND\_ZUn).

« Il y a des gens qui s'interdisent d'envoyer leurs enfants à l'hôpital à cause de l'église ; le Sous-préfet est même venu ici plus de deux fois pour ce problème. » (FGD Femmes enceintes, Est).

94. Selon certaines femmes âgées (et notamment des grandes mères), les vaccins seraient des « produits fabriqués pour tuer les enfants ». Elles interdisent donc de ce fait de vacciner les enfants. Et même lorsqu'on réussit à vacciner les enfants à leur insu, elles recommandent de leur donner rapidement du jus de citron pour, disent-elles, annihiler l'effet du médicament dans l'organisme de l'enfant.

95. Par ailleurs d'autres facteurs liés au milieu et aux insuffisances du système de santé sont de nature à démotiver les populations :

- Pesanteurs socioculturelles qui faussent l'internalisation de l'importance ou de l'innocuité basique de la vaccination ;
- Effet de saturation des messages et non prise en compte en général des cibles masculines (maris et pères) lors des campagnes ;
- Ruptures en vaccins ou réfrigérateurs de conservation non fonctionnels.

96. Il en a résulté ainsi des performances mitigées en termes de couverture vaccinale. Selon les estimations faites dans le cadre de l'engagement du Cameroun aux résultats clés pour les enfants (KRC), la région de l'Extrême-Nord compte encore plus d'un million d'enfants non-vaccinés. Les actions de communication sociale menées en faveur de la demande de la vaccination n'ont pas réussi à changer les attitudes de certaines communautés. Le refus de la vaccination des enfants demeure malgré l'amélioration de l'offre de service. Dans l'ensemble du pays, les couvertures n'ont pas atteint les niveaux attendus. Dans la zone prioritaire du Programme, moins de 60% des Districts de Santé ont atteint le niveau de 85% de couverture en DTC3.

### 7.2.2 Dans quelle mesure la façon dont les questions relatives aux enfants sont abordées dans les politiques est-elle différente de ce qui s'est passé avant le début de la mise en œuvre en 2013 ?

97. Pour analyser cette question, l'équipe a procédé à l'analyse de la documentation collectée auprès des différentes institutions qui ont contribué à la mise en œuvre du Programme. L'analyse a porté sur la comparaison des documents cadres du secteur de la santé durant la période ayant précédé la mise en place du Programme.

98. L'analyse a permis de montrer qu'un grand nombre de documents ont été élaborés pendant la durée du cycle programmatique évalué. Parmi les documents élaborés avec l'appui technique et financier du Programme, l'on a pu recenser :
- a) La Stratégie Sectorielle de la Santé 2001 – 2015
  - b) La Stratégie Sectorielle de la Santé 2016 – 2027
  - c) Le Plan National de Développement Sanitaire
  - d) La Politique Nationale de Santé Communautaire au Cameroun
  - e) Le Guide de Prise en charge du nouveau-né
  - f) Le Guide des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
99. L'investissement du Programme dans l'élaboration de ces documents rentre dans la contribution à l'émergence d'un environnement plus favorable ainsi qu'à l'extension des gains du Programme aux enfants et aux mères qui vivent en dehors des zones d'intervention du Programme.
100. L'analyse montre que dans la stratégie Sectorielle de la Santé 2001 – 2015, l'enfant n'est pas pris comme cible ayant des besoins spécifiques. Aucun objectif visant spécifiquement l'enfant n'a été mentionné dans la stratégie sectorielle 2001 – 2015. L'enfance est considérée globalement, ignorant ainsi les vulnérabilités spécifiques liées à différentes étapes de son cycle de vie. Il en est de même des adolescents. Les besoins de l'enfant en matière de santé de l'enfant sont traités indirectement par la santé maternelle et les programmes de lutte contre les grandes endémies. Selon les évaluateurs, c'est cet état de choses qui semble justifier le peu d'intérêt accordé à la réponse aux principales causes de prématurité.
101. En reconnaissant l'enfant et la mère comme des cibles spécifiques, la stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027 a permis des avancées significatives. Dans cette nouvelle stratégie, deux objectifs visant le couple mère – enfant ont été formulés. Ces deux objectifs stipulent (1) d'ici 2027, assurer une prise en charge globale et selon les normes des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au niveau communautaire et dans au moins 80% de structures sanitaires ; (2) d'ici 2027, amener 75% des familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale. Cette évolution du cadre stratégique de la santé en faveur de la mère et de l'enfant est le résultat du plaidoyer de haut niveau mené par l'UNICEF dans le cadre du Programme et des appuis techniques et financiers mobilisés et déployés par les Programmes aux moments clés de l'élaboration de ces documents.
102. Dans le même ordre d'idées, la politique nationale de santé communautaire au Cameroun a consacré le principe de participation des membres de la communauté à la définition des priorités et la mise en œuvre des Programmes de Santé. Couplée avec l'action des Organisations à Base Communautaires, le Programme a permis une meilleure prise en compte des besoins de l'enfants dans les politiques, programmes et actions de santé au niveaux stratégique, opérationnel et local.
103. L'ensemble du dispositif est complété par le guide de prise en charge du nouveau-né à différents niveaux des structures et services de la pyramide sanitaire nationale. Les directives de ce guide fournissent au praticien de la santé toutes les attitudes à adopter avec un de la surveillance de la grossesse à la période post-néonatale. Des directives sont également données pour la surveillance, la revue des décès périnataux, néonataux et la riposte.

## Conclusion Préliminaire Efficacité

**EFFIC2** : L'analyse a permis de montrer que le plaidoyer, les appuis techniques et financiers mobilisés par le Programme ont permis d'améliorer le traitement des problèmes de santé maternelle et infantile dans les documents de politiques et stratégies du secteur de la santé. A la faveur de l'alignement aux ODD, le PNDS 2016 – 2027 consacre une présence plus accrue de la mère et de l'enfant comme cibles ayant des besoins spécifiques et nécessitant des réponses spécifiques. (Par 101 et 102)

### 7.2.3. Quels ont été les avantages comparatifs et la valeur ajoutée du programme en termes de contribution aux processus politiques nationaux, régionaux et locaux et au renforcement des capacités ?

104. Dans un contexte où le secteur de la santé ne dispose pas d'un référentiel des priorités thématiques et territoriales, l'UNICEF a été à l'écoute des acteurs pour détecter les besoins les plus pressants. Au niveau central, l'élaboration/mise-à-jour des documents de politiques, normes et standards de prise en charge des problématiques spécifiques à la mère et à l'enfant ont bénéficié de l'appui du Programme. L'expertise technique requise a été, selon le cas, mobilisée pour assurer un accompagnement optimal des équipes du Ministère de la Santé Publique. Ceci a permis une meilleure focalisation des politiques/stratégies aux besoins prioritaires des cibles.
105. Le Programme a plaidé et soutenu une approche de planification basée sur les évidences avec une meilleure prise en compte des principales causes de mortalité maternelle et infantile. Ainsi, le Programme a supporté le développement des capacités en élaboration des Cadre de Dépenses à Moyen Terme focalisés sur la réduction des goulots d'étranglement qui entrave l'utilisation et l'efficacité des interventions. Les responsables en charge de la planification au sein du Ministère de la Santé ont également été capacités en plaidoyer technique pour mieux maîtriser l'espace budgétaire et négocier l'augmentation des allocations du budget publique à la santé. Le plaidoyer mené par l'UNICEF dans le cadre du Programme a ainsi permis de reconnaître la spécificité des cibles mère et enfant. Des questions telles que la prématurité et d'autres causes de la mortalité maternelle et celle des moins de 5 ans fait déjà l'objet d'un suivi spécifique. Dans ce même cadre, des pratiques innovantes comme « le Kanguru » ont été introduites pour lutter contre la mortalité néonatale.
106. Au niveau régional, les analyses effectuées ont permis au Programme d'identifier la micro-planification comme facteur déterminant de la performance des Districts de Santé. Les micro-plans des Districts ont ainsi favorisé une meilleure intégration des priorités et des ressources disponibles. L'opérationnalisation de certains micro-plans a souffert de l'insuffisance des ressources et leur mobilisation suivant la programmation.
107. Au niveau communautaire, les analyses faites avec l'appui de l'UNICEF ont révélé la nécessité d'une meilleure implication des acteurs (Administrations Publiques – Société Civile – Autorités traditionnelles et religieuses) pour une meilleure mobilisation/capitalisation des ressources domestiques en faveur de la vaccination. Les Fora des Gouverneurs ont ainsi été mis en place pour pérenniser les gains systémiques engrangés par la réponse polio.

### **Renforcement des capacités de pilotage, de coordination et de suivi grâce à l'apport du Programme**

108. Le secteur de la Santé ne dispose pas d'une politique explicite de formation continue des personnels en fonction. Le Programme a appuyé le développement des capacités des personnels affectés dans les structures d'ancrage au sein du Ministère de la Santé Publique.

109. Les actions de formation continue ont ciblé prioritairement la Gestion Axée sur les Résultats lors des moments de planification (annuelle ou semestrielle) ; la coordination et le suivi (supervisions par niveau : central vers les régions et régional vers les districts). Ainsi, (i) des cadres centraux et régionaux du Ministère ont bénéficié de formations ou de participation à des rencontres internationales ; (ii) des ateliers centraux et régionaux de planification ont été techniquement et financièrement soutenus par le Programme ; (iii) les réunions de coordination ont été facilitées ; et (iv) le système d'information sanitaire a reçu des appuis. Dans certains cas, des dotations en équipements et en logistique ont été mobilisées.

Pour les directions centrales<sup>29</sup> le Programme a apporté un appui non négligeable en matière de formation, de partage d'expérience et en favorisant la participation des cadres aux rencontres internationales ou en appui matériel.

*« L'UNICEF est le principal partenaire qui a accompagné la région dans le domaine de la santé. Au départ en 2014, l'UNICEF était présente pour « capaciter » l'équipe et appuyer l'élaboration des documents stratégiques (Plans Régionaux de Développement) ; mais après, le Programme a relâché ses appuis ». (EC\_DRSP).*

*« L'Unicef appuie la supervision formative. L'Unicef appuie les plans AVS et aide à l'élaboration des micro-plans de vaccination ». (EC\_DS)*

110. Cependant, les appuis déployés dans le volet management et coordination n'ont pas été à la hauteur des besoins exprimés aux niveaux intermédiaire et périphérique. Les ECD et les équipes DRSP manquent de capacités techniques en santé publique et en gestion du système de santé.

*« Certains MCD et même certains DRSP n'ont pas les compétences minimales en santé publique, ce qui ne leur permet pas d'appréhender certaines situations ou de répondre efficacement à certains problèmes » (Resp\_Centr\_UNICEF).*

111. Le déficit de compétence des équipes des DRSP et des DS constitue un frein à la bonne coordination et au suivi efficace des structures de santé relevant de leur responsabilité, et d'autre part, la situation des infrastructures et des équipements ne permet pas une amélioration effective de l'offre et de la qualité des services essentiels de SMNIA.

*« Le Programme n'a pas suffisamment appuyé les capacités de suivi et évaluation ; d'où insuffisance de disponibilité et d'analyse des données à cause d'un système peu efficace dans la remontée et la qualité des données. Le DHIS2 a amélioré la complétude des données dans certaines régions ; cependant, la qualité reste largement insuffisante avec des systèmes parallèles pour d'autres programmes (paludisme, VIH, PEV) ». (Cadre\_BZ\_UNICEF)*

112. Au niveau de l'offre de services, le programme a renforcé les capacités des prestataires, amélioré le système de référence ainsi que le plateau technique des structures ciblées. Les personnels de santé ont été formés en techniques d'administration soins essentiels du nouveau-né et la formation des médecins sur les SONEUC. Plus de 90 sessions de formation ont été réalisées entre 2013-2015 en plus de certains équipements des plateaux techniques des FOSA.

### **Cas particulier du renforcement des capacités de pilotage, de coordination et de suivi des bureaux de zone**

<sup>29</sup> DSF, DPS, DLM et DOSTS

113. Les rencontres et échanges réguliers, et l'accompagnement par l'équipe centrale de l'UNICEF ont régulièrement renforcé les capacités techniques des équipes des bureaux de zones. Cependant, les cadres rencontrés estiment avoir encore besoin de renforcement de leurs compétences, en particulier dans un environnement de surcharge et de diversification du travail.

114. Ainsi, en accompagnant les responsables régionaux et opérationnels dans leurs planifications et dans leur suivi, ils sont considérés par ces partenaires comme suffisamment capables d'aider à prendre les décisions qui s'imposent devant une insuffisance ou une faiblesse qui se dresse devant l'exécution des activités. Parfois, ce sont les prestataires qui cherchent auprès de cette équipe de Bureau de Zone les réponses à des questions hautement techniques.

#### Conclusions Préliminaires Efficacité

**EFFIC3 :** Globalement, les interventions de la composante santé du Programme de Coopération Cameroun-UNICEF ont apporté un appui conséquent et apprécié dans l'amélioration de la qualité des services offerts aux populations dans les zones ciblées. Les interventions menées dans le développement/mise à jour des normes et standards ont permis de résorber significativement la crise de confiance entre le système de santé et les communautés bénéficiaires et booster la demande et l'utilisation. De même, les politiques du secteur de la santé intègrent mieux les priorités de la mère et de l'enfant bien que la majorité des politiques ne soit pas mise en œuvre effective. (Par. 32, 33, 38)

**EFFIC4 :** L'analyse approfondie des principales causes de décès infantiles renforcée par l'approche cycle de vie, a permis de mieux refléter les priorités des enfants dans les politiques et programmes. Néanmoins, les décès maternels ne sont audités de manière systématique que dans certaines structures de santé, en particulier certains hôpitaux et les audits des décès néonataux ne sont quasiment pas intégrés à cause de leur non prise en compte dans les outils actuels d'audit. (Par. 84-86) Concernant la prise en charge dans les formations sanitaires, le développement des normes, standards et protocoles de prise en charge des pathologies spécifique à certaines tranches d'âges permet de renforcer la qualité des services. Ces documents donnent au personnel soignant les orientations nécessaires à une prise en charge plus efficace des problèmes de santé de l'enfant. (Par. 100, 101)

**EFFIC5 :** Le principal avantage comparatif reconnu au Programme appuyé par l'UNICEF est surtout sa capacité technique. Tant au niveau local, national que régional, des capacités pour influencer au-delà du simple apport des appuis financiers. Cependant, la position des Bureaux de zone les mettant en contact avec les prestataires du niveau opérationnel et intermédiaire, oblige leurs équipes à répondre – parfois en urgence – à des situations problématiques sans avoir les prérogatives et les moyens nécessaires, et sans avoir toujours les capacités techniques requises. Par ailleurs, le Programme santé a contribué significativement au relèvement du niveau de compétences techniques et managériales des structures d'ancrage tant dans les services centraux que déconcentrés. En matière de mise à niveau du plateau technique, les formations sanitaires ont été dotées en équipements et médicaments requis pour la prise en charge des mères et des enfants. Les nouvelles capacités ont permis d'améliorer le système de référence. (Par. 112 – 114)

## 7.3 Efficience

### Questions d'évaluation

- Quel a été le coût des ressources humaines et de l'offre de service en comparaison avec des coûts d'interventions similaires dans les zones cibles identifiées ?
- Dans quelle mesure la livraison des fournitures était-elle opportune ? les ressources mobilisées sont-elles converties en résultats en temps opportun et de la manière la plus rentable ?

Figure 9 : Personnel de santé interviewé pendant la collecte des données sur le terrain



### 7.3.1 Quel a été le coût des ressources humaines et de l'offre de service en comparaison avec des coûts d'interventions similaires dans les zones cibles identifiées ?

115. La période sous revue a été marquée par la rareté des ressources financière dans un contexte d'augmentation quasi exponentiel de la demande. L'équipe a analysé les données financières fournies par l'UNICEF et a interrogé quelques acteurs clés.

116. Comme le montre le tableau ci-dessous, les interventions appuyées par le Programme ont couté environ 43 millions de dollars américains.

Tableau 12: Répartition des fonds dépensés en fonction de la catégorie de dépense

	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Acq Intrants	569 358	853 590	2 205 858	6 536 399	3 759 226	13 355 073
Acq Equipem	38 708	390 947	751 208	783 015	-	1 925 170
Appui Activités	1 697 667	5 223 112	4 558 993	2 855 179	2 945 734	15 583 017
Assist Techn	20 010	173 498	272 662	968 241	1 137 171	2 551 572
Appui RH	325 923	1 086 401	1 692 618	475 476	446 757	3 701 252
Appui Managem Coord	379 816	290 064	555 056	3 629 687	1 028 741	5 503 548
<b>Total</b>	<b>3 031 481</b>	<b>8 017 612</b>	<b>10 036 394</b>	<b>15 247 997</b>	<b>9 317 628</b>	<b>42 619 632</b>

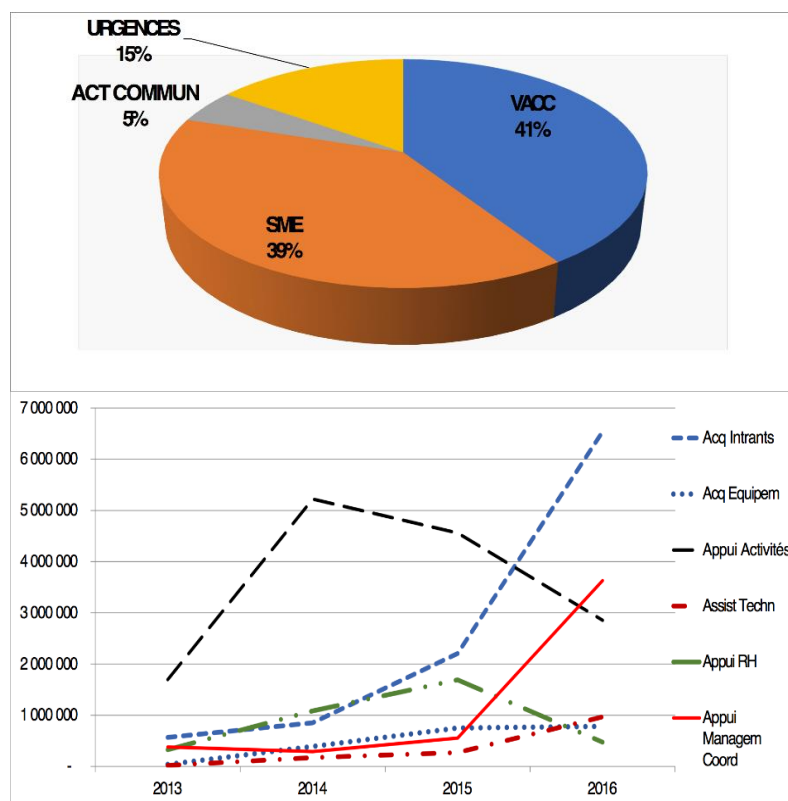
117. L'essentiel des ressources mobilisées est allé à l'acquisition des intrants et à l'appui de la mise en œuvre des interventions. Les coûts directs des ressources humaines représentent 8.6% environ. Dans les intrants, l'acquisition des vaccins représente la quasi-totalité des dépenses.

118. Contrairement à d'autres partenaires du secteur pour qui l'assistance technique correspond parfois à plus de 30% des dépenses totales, le Programme présente un profil de coût plus intéressant qui privilégie le service aux communautés au détriment d'autres types de coûts. En choisissant de ne pas créer des mécanismes d'intervention parallèles, les financements de l'UNICEF contribuent aussi à un transfert des capacités plus intense.

119. Dans un contexte où les financements publics du secteur de la Santé sont encore très en deçà des normes internationalement préconisées, le risque de voir l'UNICEF passer aux yeux des acteurs de la santé du statut de partenaire technique à celui de partenaire financier est grand. C'est pourquoi, toute perspective de réduction des financements mobilisés en faveur des interventions de développement a toujours été très mal perçue par les responsables du Ministère de la Santé Publique.

120. Au vu de la non désagrégation des dépenses en 2017, nous limiterons notre analyse aux quatre premières années (2013-2016).

Figure 10 : Répartition des dépenses classées par sous-composante



publiques de prestation des services de santé.

121. Telles que le montrent les données extraites de Vision, les dépenses classées et pouvant être analysées sont largement dominées par la vaccination (VACC) suivie de celles relatives à la santé de la mère et de l'enfant (SME) qui se répartissent 80% des dépenses (en rappelant que cette répartition ne porte que sur 30% de l'ensemble des ressources financières exécutées). Les activités communautaires n'auraient bénéficié que de 5% de la dépense totale de la composante, ce qui ne serait pas en cohérence avec le choix stratégique affiché par le programme.

122. Tirées à la hausse par la réponse aux urgences, les dépenses en faveur de l'acquisition des intrants ne contribuent pas à l'accélération de la dynamique vers une plus grande autonomisation des structures



Au sujet du choix des allocations, les Partenaires nationaux opposent que « *l'accent aurait été davantage mis sur l'assistance technique au détriment de l'appui financier direct en réponse aux besoins du secteur depuis que le Pays est classé à revenu intermédiaire* ».

123. Les appuis au management et à la coordination concerneraient essentiellement les structures du niveau central malgré le besoin évident au niveau intermédiaire et opérationnel.
124. Force est de constater que sur le terrain, la plupart des interventions ne peuvent pas encore se passer de l'appui de l'UNICEF (voir durabilité des acquis plus loin). Ces choix risquent de mettre en cause certains acquis du Programme en particulier dans les domaines de la vaccination, de la santé néonatale et de la continuité de la PCIMNE dans les zones bénéficiaires.
125. Du fait que nous n'ayons pas eu accès aux archives financières, l'analyse comparative n'a pas été menée avec toute la rigueur exprimée dans les TDRs. Notre analyse s'est limitée aux coûts homologués par la mercuriale des marchés publics. En plus de la garantie de qualité qu'offre la chaîne d'acquisition des biens et services par l'UNICEF, les coûts pratiqués par l'UNICEF sont moindres comparés à ceux pratiqués par les prestataires de l'Etat. Dans le domaine du renforcement des capacités techniques, les coûts par tête de l'UNICEF sont plus avantageux. Une formation que l'UNICEF programme pour trois jours dure généralement deux à trois jours de plus chez les autres partenaires renchérissant ainsi les coûts.

### 7.3.2 Dans quelle mesure la livraison des fournitures était-elle opportune ? Les ressources mobilisées sont-elles converties en résultats en temps opportun et de la manière la plus rentable ?

126. Comme dans d'autres secteurs, la performance du système d'approvisionnement et de distribution des intrants est un des principaux déterminants de la performance.
127. Le vaccin a été choisi comme intrant traceur de l'analyse. N'étant pas producteur des vaccins qu'il consomme, le Cameroun s'approvisionne en vaccins dans les circuits mondialement connus. Deux sous-groupes de vaccins ont été construits à savoir les vaccins destinés à la routine et les vaccins destinés à servir pendant les campagnes. Tant pour la routine que pour les campagnes, la disponibilité du vaccin au point terminal d'administration aux enfants et autres personnes ciblées dans les délais est capitale.
128. Au Cameroun, l'acquisition des vaccins rentre dans un processus de co-financement entre l'Etat et GAVI avec la participation de l'UNICEF comme intermédiaire pour la commande. Pendant la période couverte par l'évaluation, le pays a fait face à de nombreux épisodes de rupture de stocks<sup>30</sup> des vaccins essentiels. A cause de ces ruptures, certains enfants n'ont pu bénéficier des vaccins auxquels ils ont droit à la naissance.
129. En plus des ruptures de stocks, le pays a connu des pertes de vaccins. Les pertes ont été causées par l'effet cumulé du déficit de compétences techniques des gestionnaires et logisticiens de la

<sup>30</sup> En 2015, le pays a connu une grosse perte en vaccins (VPI, VPO, VAA) due à l'espace de stockage réduit au niveau central, et à une mauvaise gestion des stocks à tous les niveaux. En 2018, les faibles performances de la vaccination de routine, notées à tous les niveaux, étaient dues, entre autres, à la rupture en vaccins pendant 3 mois au début de l'année (BCG, RR, VAT et seringues à BCG). Des ruptures en antibiotiques ont été signalées depuis les stocks de la CENAME, probablement à la suite d'insuffisances dans le processus de mobilisation des ressources et de passation des commandes.

vaccination dans l'ensemble du système de santé. En plus de l'insuffisance des compétences managériales, le déficit du dispositif de stockage de la chaîne de froid a aussi fait défaut.

130. Bien que les ruptures aient été jugulées, l'effectivité du co-financement de l'Etat n'a pas toujours été garantie. Le déblocage des financements autonomes tout comme les parts de co-financement étatique sont toujours tardifs, affectant négativement la planification des approvisionnements, et provoquant des ruptures de stocks surtout pour les vaccins de routine.

*« Le pays achète seul les vaccins de routine et avec GAVI les vaccins cofinancés, à travers l'Unicef. Mais, la quote-part du pays est toujours tardive, provoquant ainsi des ruptures de stocks surtout pour les vaccins traditionnels... ». (Dir\_Centr\_MSP)*

131. L'Unicef a apporté un appui à l'évaluation de la Gestion Efficace des vaccins (EGEV) en 2013, puis à l'élaboration d'un Plan d'amélioration de cette gestion des vaccins. Plusieurs actions ont été menées pour la mise en œuvre de ce plan : appui technique à travers la mise à disposition d'un consultant, renforcement des capacités des acteurs en gestion des stocks de vaccins, gestion informatisée des données, et appui aux inventaires des vaccins.

132. S'il n'a pas été observé d'insuffisances notoires dans les prévisions, les retards dans la mise à disposition des intrants surviennent le plus souvent à partir des Délégations Régionales de la Santé Publique. L'une des causes communément évoquées se rapporte à l'insuffisance/absence des financements et de moyens de transport. Bien que le vaccin soit disponible au niveau régional, les DS approvisionnés par le niveau régional n'arrivent pas à livrer aux structures périphériques. Ainsi, des intrants s'accumulent parfois au niveau régional car les DS ne viennent pas s'y approvisionner.

133. Par ailleurs, l'insuffisance de la chaîne de froid des formations sanitaires périphériques les contraint à conserver leurs vaccins au district. Ce cas de figure complique le monitoring de la gestion des stocks entre la région et les districts de santé, ainsi que le partage des informations concernant les approvisionnements.

134. Se pose également le problème de manque de visibilité dans l'utilisation des vaccins, dans les besoins des districts et des CSI en intrants essentiels, ce qui oblige souvent les responsables régionaux ou centraux à anticiper les commandes sur les prévisions afin d'éviter les ruptures. Les coordonnateurs régionaux du PEV se basent sur les données de consommation des districts pour estimer les besoins régionaux.

Une fois mis à la disposition des formations sanitaires se situant en bout de chaîne, les risques de péremption existent et sont surtout consécutifs au dysfonctionnement du dispositif de gestion. Des commandes additionnelles sont souvent faites compte non-tenu du besoin réel. Des produits acquis à des coûts d'importantes ressources financières ont atteint la date de péremption sans être utilisés, ce qui limite le coût-efficacité du Programme. Néanmoins, le Programme a aidé le MINSANTE à trouver des solutions à travers le renforcement de la gestion des stocks et appui en équipement et matériel.

*« Lors de ces ruptures de stocks, l'Unicef est toujours intervenu à travers l'accompagnement par un consultant, la mise en place d'outils de gestion des stocks, la dotation en chaîne du froid et en matériel informatique ». (EC\_DRSP)*

135. Enfin, la synergie et la coordination entre les partenaires, en matière de distribution des vaccins et autres médicaments, ne s'est véritablement concrétisée qu'en matière de réponse aux urgences.

### Conclusions Préliminaires Efficience

**EFFICIENCE 1 :** Les dépenses classées et pouvant être analysées sont largement dominées par les dépenses de vaccination suivies de celles relatives à la santé de la mère et de l'enfant qui se répartissent les 80%, ce qui est en cohérence avec les choix thématiques du Programme. L'augmentation des dépenses en faveur de l'acquisition des intrants n'est pas en faveur d'une autonomisation du Programme qui serait l'argument soutenant les deux autres augmentations. Sur le terrain, vu que la plupart des interventions ne peuvent pas encore se passer de l'appui financier de l'UNICEF, ces choix risquent de mettre en cause certains acquis du Programme en particulier dans les domaines de la vaccination, de la santé néonatale et de la PCIMNE. (Par. 118, 121, 124, 132, 134)

**EFFICIENCE 2 :** La performance d'ensemble du Programme est satisfaisante. A enveloppe financière égales, le circuit de dépenses pour acquisition des biens et services de l'UNICEF est plus efficient que celui du Gouvernement. (Par.125)

**EFFICIENCE 3 :** Les ressources dépensées ont servi à temps et de manière assez efficiente à l'acquisition et la distribution des intrants essentiels pour les campagnes de vaccination. Le suivi des activités sur le terrain et l'audit financier menés par les équipes des bureaux de zones, ainsi que l'accompagnement à distance par des consultants ont été d'un grand apport dans l'amélioration de la gestion des approvisionnements et des stocks. Pour les vaccins et autres intrants de vaccination et de prise en charge, le circuit d'approvisionnement entre l'Unicef, le niveau central et les délégations régionales est assez bien traçable ; à partir des DS, le circuit devient flou, à l'exception des MILDA qui sont directement acheminés jusqu'aux points de distribution. L'acquisition à temps des vaccins et intrants de vaccination dépend de la capacité des acteurs impliqués dans le dispositif de co-financement entre l'Etat et les PTF à honorer leurs engagements dans les délais arrêtés par le système de planification. Par ailleurs, et s'il n'a pas été observé d'insuffisances notoires dans les prévisions en vaccins et intrants de vaccination, les approvisionnements ont été perturbés à partir des DRSP à cause du manque de financements et de moyens de transport permettant aux DS de s'approvisionner au niveau régional. Des ruptures de stocks sont souvent observées au niveau local avec des surstocks au niveau régional. Les décalages observés entre les ressources engagées et les performances vaccinales sont dus aux dysfonctionnements du mécanisme de financement ainsi qu'aux insuffisances des capacités techniques, managériales et logistiques de la chaîne logistique et de la chaîne de froid. (Par. 126 à 137)

## 7.4 Durabilité

### Questions d'évaluation

- Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles été conçues pour que leur mise en œuvre puisse se poursuivre sans l'appui de l'UNICEF une fois le cycle du programme terminé ?
- Quels avantages (le cas échéant) générés par les interventions appuyées par l'UNICEF pourraient être soutenus par le gouvernement, les familles, les communautés individuelles et les organisations communautaires ?

Figure 11 : Discussion de Focus Groupe avec les utilisatrices des services de santé



### 7.4.1 Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles été conçues pour que leur mise en œuvre puisse se poursuivre sans l'appui de l'UNICEF une fois le cycle du programme terminé ?

136. Sachant que les interventions du Programme contribuent à l'amélioration de la situation des droits des enfants, la durabilité est une préoccupation importante.
137. Le souci voire l'exigence de la durabilité des acquis du Programme a été prise en compte tant dans la formulation – l'engagement des parties prenantes – le choix des stratégies de mise en œuvre des interventions retenues dans le portefeuille du Programme tout au long du cycle couvert par l'évaluation.
138. Pendant la phase de planification, le Programme a fait usage de l'approche basée sur les droits humains couplée avec l'approche connue sous le nom de "Tanahashi" qui permet d'identifier l'ensemble des goulots d'étranglement qui entravent la qualité et l'utilisation des services rendus aux usagers. La combinaison des deux approches permet au Programme de ne pas se limiter à apporter des réponses aux manifestations des problèmes et de se focaliser sur les causes profondes des différentes facettes des problèmes qui empêchent chaque enfant de jouir pleinement de ses droits à

la santé. L'approche participative adoptée pendant les travaux de planification et de revue périodique des performances permet aussi aux acteurs impliqués d'acquérir le savoir-faire qui est généralement porté au-delà des limites du Programme. L'approche des droits humains apporte aussi une plus-value dans la mesure où elle permet de faire un état des lieux des manques de capacités systémiques. Pendant la période évaluée, le Programme a organisé plusieurs ateliers de planification.

139. L'introduction des outils innovants tels que EQUIST et la production des cas d'investissement ont produit suffisamment d'évidences pour éclairer la prise de décision en faveur de l'augmentation de la durabilité des gains engrangés par le Programme. Ces outils ont permis aux responsables de la santé de prendre des décisions plus éclairées pendant le cadrage des programmes dans le secteur de la santé.
140. Dans le domaine de l'engagement des partenaires, le Programme a changé de paradigme par rapport aux populations à la base. Elles ne sont plus considérées comme bénéficiaires exclusifs, mais comme acteurs à part entière et de premier plan pour le changement. Les études de type Connaissances-Attitudes-Pratiques (CAP) ont été menées pour mieux cerner les dimensions socioculturelles des différents problèmes de santé des enfants. La promotion des pratiques familiales essentielles et l'engagement communautaire ont permis aux familles et communautés de mieux prendre en charge les problèmes de santé affectant les enfants et cela même à domicile. L'adoption des pratiques familiales essentielles par les communautés est porteuse d'opportunités pour des changements de longue durée en faveur de la santé des enfants.
141. Concernant le financement des interventions et du secteur de la santé en général, le Programme a soutenu la production des Revues des Dépenses Publiques qui ont montré comment l'efficacité pouvait être améliorée sans forcément augmenter les allocations budgétaires publiques.
142. L'expérimentation des approches intégrées santé-WASH à travers la construction des systèmes d'adductions d'eau potables dans les formations sanitaires, a été d'un très grand apport pour l'amélioration de l'hygiène. L'électrification des formations sanitaires au moyen des panneaux solaires et la construction de blocs de latrines dans les institutions sanitaires sont des réalisations qui contribuent à accroître la durabilité des acquis.
143. Sur le plan de la réponse à l'urgence humanitaire, la durabilité a été prise en compte par le choix d'investir dans le renforcement de la résilience des systèmes en place. Dans la région de l'Est, en plus de la mise à disposition des médicaments, des ressources mobilisées ont été affectées au renforcement des plateaux techniques des formations sanitaires qui servent à la fois les réfugiés et les communautés hôtes.
144. La réponse polio a permis de mettre en place des dynamiques innovantes dans l'engagement des acteurs multisectoriels en faveur de la vaccination. Pour ne pas perdre ces précieux acquis, le Programme, dans la dynamique de construction de l'héritage positif de la polio « polio legacy » a mené un plaidoyer stratégique qui a abouti à la création des instances régionales appelées « Forum du Gouverneur ». Cette plateforme qui regroupe les acteurs étatiques, les organisations de la Société Civile et les représentants des communautés remet l'autorité administrative au centre de l'action en faveur des droits des enfants. Ceci constitue un modèle de durabilité dans la dimension coordination et mobilisation des acteurs autour du bien-être de l'enfant.
145. Les pratiques familiales essentielles, la mobilisation des acteurs multisectoriels en faveur de la vaccination et les approches intégrées santé-WASH sont des exemples concluants que les familles et les communautés peuvent s'approprier et mettre à l'échelle dans la durée.

#### 7.4.2 Quels avantages (le cas échéant) générés par les interventions appuyées par l'UNICEF pourraient être soutenus par le gouvernement, les familles, les communautés individuelles et les organisations communautaires ?

146. Nonobstant les contraintes budgétaires de l'Etat, le Gouvernement pourrait redéfinir sa politique de santé aux fins d'appropriation des interventions ci-après listées :

- Vaccination de routine : financements des activités de vaccination de routine (stratégies avancées, etc.), achat et gestion des vaccins, renforcement des capacités et supervision formative régulière à tous les niveaux, renforcement de la chaîne du froid (CdF) avec des équipements solaires et maintenance régulière de cette CdF.
- Prise en charge des Nouveaux Nés (NNé) en difficulté : (i) renforcement des capacités des personnels en SONU à travers le tutorat des spécialistes, (ii) fourniture aux hôpitaux et CMA d'équipements pour les nouveau-nés, (iii) adduction d'eau et électrification des hôpitaux de districts et des CMA péri-urbains ;
- Redynamisation des comités de santé des hôpitaux, des CMA et des CSI : (i) en révisant les textes en vigueur, (ii) en supervisant leur mise en place (par les DRSP et les ECD) et (iii) en sensibilisant les communautés à travers des canaux officiels (fora régionaux) et des programmes de sensibilisation ;
- Renforcement de l'approche communautaire avec prise en charge de la motivation des agents de santé communautaire (ASC) ;
- Construction et équipement des infrastructures.

#### Actions pouvant être menées par les Organisations à Base Communautaire

147. Bien qu'il existe peu d'association dont les objectifs visent principalement les questions de santé, les Organisations à base communautaire s'impliquent ou sont impliquées dans les activités de santé menées dans leurs communautés. Au sein de leurs associations, elles reçoivent des agents de santé communautaire et sont souvent conviés à participer aux campagnes de santé notamment les campagnes « polio ». Elles participent également à la sensibilisation sur les PFE et contre certaines pratiques néfastes (ex : accouchements à domicile).

« Les ASC descendent nous voir pour faire des entretiens avec nous sur la santé, la CPN, la vaccination, et pour nous dire comment faire avec notre santé. Avant, on avait une femme accoucheuse dans notre association, mais depuis que ces ASC viennent nous donner des conseils, s'il y a un accouchement, c'est au centre de santé qu'on envoie les femmes ». (IDI\_OBC\_NO\_GU\_NS\_01)

« En matière de santé, quand il y a la campagne comme la polio, je suis engagée en tant que secrétaire ; on m'appelle pour venir les aider à faire la campagne et je sensibilise la population : je parle aux femmes des problèmes du choléra et des autres maladies. J'appuie aussi la traduction des messages en fufuldé ». (IDI\_OBC\_NO\_GU\_NS\_02)

148. On se rend compte avec ces intervenants que les OBC reçoivent au cours des assemblées générales, des mobilisateurs qui les entretiennent et les forment sur les questions de santé en leur donnant des outils permettant de sensibiliser leurs paires sur les PFE et les pratiques néfastes à éviter. Pour ce qui est du cas particulier de la polio, les OBC sont impliquées en tant que sensibilisateurs auprès des femmes qui résistent à accepter le vaccin de la polio dans les communautés.

149. Cette implication des OBC à la formation des communautés va jusqu'à la reconversion des matrones c'est-à-dire les accoucheuses traditionnelles en agent de référence des femmes parturientes vers les formations sanitaires.

*« Avant, ce sont ces femmes qui font accoucher les femmes à la maison, et après on a compris que cela a des conséquences néfastes, et c'est comme ça que nous avons laissé cette pratique ; moi-même j'en faisais partie, mais maintenant je ne fais plus ça. Oui je les amène au centre de santé, quand on les amène on les laisse, ce sont les infirmiers qui s'occupent d'elles » (IDI\_OBC\_NO\_GU\_NS\_01)*

150. L'équipe d'évaluation a constaté qu'à travers les OBC, les accoucheuses traditionnelles sont identifiées et recrutées au sein des formations sanitaires pour qu'elles contribuent plus efficacement à l'amélioration des soins aux femmes enceintes et lors de l'accouchement.

151. Malgré l'adoption d'une stratégie nationale de santé communautaire, il n'y a pas encore un cadre formalisé, et surtout harmonisé, d'implication et de participation de l'ensemble des acteurs communautaires. A titre d'exemple, les OBC implantées dans les quartiers et villages, et animées par leurs adhérents auraient dû s'investir pour (i) sensibiliser toute la population autour des pratiques et comportements à respecter, et celles ou ceux qu'il faudra abandonner, (ii) mobiliser toutes les personnes ayant besoin de soins (préventifs ou curatifs) et les accompagner dans la FOSA la plus proche et la plus adaptée au besoin, (iii) susciter la solidarité communautaire et l'entraide autour de soins lourds ne pouvant être supportés par le ménage et (iv) participer activement aux réflexions menées dans leur zone d'intervention en jouant le rôle de porte-parole des bénéficiaires potentiels.

#### **Actions pouvant être menées par les communautés et les familles**

152. Selon les informateurs institutionnels, la prise en charge (motivation) des ASC et des relais, la sensibilisation par les paires, la distribution de certains produits comme la MILDA ou le Praziquantel, la recherche des cas perdus de vue, la production de certains aliments (légumes, fruits, céréales, etc.) peuvent être menées par la communauté.

*Par ailleurs, « les pratiques familiales essentielles, en les soutenant par un solide programme de communication et en utilisant les capacités propres des communautés, par exemple, à travers une redynamisation à grande échelle des relais peuvent être mises en application par les communautés ». (EC\_DS)*

153. Concernant la vaccination, des messages sont diffusés dans les radios communautaires pour amener les parents à rattraper les vaccins de leurs enfants.

*« Quand les enfants ne sont pas vaccinés, on annonce à la radio et on dit à ceux qui n'ont pas vacciné de venir vacciner les enfants. Si la femme entend, elle part dire au père qui prend son enfant et part à l'hôpital pour le vacciner » (Entretien IDI\_JG\_NO\_GR\_NS\_01)*

#### **Initiatives endogènes pour réduire l'exclusion sanitaire des communautés rurales**

154. Plusieurs initiatives locales ont été menées pour lutter contre l'exclusion aux soins de santé. Ces initiatives s'observent aussi bien dans les communautés qu'au niveau de certaines formations sanitaires.

*« Si nous avons une personne qui est malade dans notre quartier, et que la personne n'a pas assez de moyens pour aller à l'hôpital, on fait la « main levée » : chacun donne ce qu'il peut donner ». (FGD\_JG\_NO\_GR\_NS\_01)*

155. Au niveau des communautés, les populations organisent des collectes de fonds (« main levée ») pour soutenir certains de leurs membres en difficulté financière d'accès aux soins.

#### Conclusions Préliminaires sur la durabilité

**DUR1 :** La durabilité et l'extension des gains générés au-delà des zones d'intervention ont été prises en compte dans toutes les phases du cycle de Programme. Les approches et processus utilisés pendant sa formulation (approche basée sur les droits humains) – l'analyse des goulots d'étranglement qui empêchent les interventions à haut impact de contribuer à l'atteinte des résultats – l'implication des communautés – la mise en place du cadre de concertation « polio legacy » pour capitaliser les acquis de la réponse polio – les stratégies WASH-in-Health sont appropriées pour porter les gains du Programme dans la durée. Pour accroître les bénéfices pour les enfants et améliorer la prestation des services de santé (curatifs et préventifs) le modèle serait davantage durable s'il parvenait à mettre en place des mécanismes de mobilisation des ressources endogènes au niveau opérationnel et local. Compte tenu de l'importance du financement, la forte dépendance vis-à-vis des ressources mises à disposition par les partenaires externes constitue un risque majeur. (Par. 138, 142, 144 – 146)

**DUR2 :** Pour assurer la continuité des principales interventions du Programme (construction, équipement, mobilisation des ressources humaines et activités de vaccination, de suivi prénatal, d'accouchement et de PCIMNE) et la pérennité des acquis une augmentation substantielle de l'allocation budgétaire de l'état au profit du secteur de la santé et une amélioration notable de sa gouvernance serait nécessaire. En complément de l'action gouvernementale, les acteurs communautaires mènent des actions qui, s'ils sont informés de leur pertinence et sont appuyés par les partenaires au développement, peuvent globalement concerner (i) la sensibilisation autour des PFE, (ii) la mobilisation des personnes ayant besoin de soins (préventifs ou curatifs) et leur accompagnement dans les FOSA, (iii) l'appui et l'organisation de l'entraide sociale et (iv) la représentation des bénéficiaires dans les réflexions concernant leur santé. Enfin, les communautés pourraient être encouragées à participer davantage à la gestion de leur santé en s'impliquant fortement dans la gestion et le fonctionnement des comités de santé à différents niveaux, en prenant en charge et/ou en soutenant leurs agents communautaires (ASC ou RC) et en participant activement aux actions de sensibilisation, de mobilisation sociale et de distribution des intrants promotionnels essentiels. (Par. 146, 149, 151)



## 7.5 Genre, équité et droits humains

### Questions de l'évaluation

- Comment les égalités entre les sexes et autres iniquités sociales liées à la santé ont-elles été abordés par le programme ?
- Les personnes vivant avec handicap et autres personnes socialement marginalisées ont-elles été expressément impliquées aux mécanismes participatifs communautaires ?

Figure 12 : Discussion en groupes avec les hommes et femmes bénéficiaires, Extrême-Nord



### 7.5.1 Comment les égalités entre les sexes et autres iniquités sociales liées à la santé ont-elles été abordés par le programme ?

156. L'équipe d'évaluation a examiné les choix de position géographique du Programme, le choix des partenaires d'accompagnement, l'implication de la communauté, la désagrégation des données de suivi du Programme.

157. Les informations ayant servi à la formulation du Programme en 2013 et sa revue à mi-parcours de 2015 étaient issues des enquêtes EDS-MICS de 2011 et de la MICS 2014. Ces données ont révélé d'importantes disparités régionales dans les indicateurs de base de la santé et du bien-être de l'enfant de moins de 5 ans. L'exposition au risque de décès de l'enfant avant le 5<sup>ème</sup> anniversaire varie principalement selon la région et le quintile économique du ménage dont l'enfant est issu. La décision du Programme de se focaliser prioritairement dans les quatre régions les plus vulnérables (Adamaoua, Est, Nord, Extrême-Nord) est la preuve d'un engagement en faveur de l'équité. Au sein de ces régions, les Districts et Aires de Santé les moins performantes étaient ciblées en priorité.

Le choix a été fait « en fonction de critères fédérateurs, notamment la vulnérabilité sanitaire et l'accès aux services de santé »<sup>31</sup>.

158. Dans le document de Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015, l'engagement de l'État pour améliorer l'accès aux soins pour certains groupes cibles prioritaires (femmes enceintes, enfants, personnes âgées ou atteintes de maladies identifiées) est aussi une preuve de l'engagement à corriger les disparités sociales existantes.

<sup>31</sup> CPAP 2013-2017

159. En mettant en exergue les différents goulots d'étranglement, l'application des déterminants de Tanahashi a permis de mettre en exergue l'ensemble des facteurs socioculturels (pratiques et croyances) qui alimentent les problèmes de santé et de bien-être de l'enfant. Ces analyses ont mis en relief les différents acteurs familiaux et communautaires dont la contribution est déterminante et indispensable pour améliorer le bien-être sanitaire de l'enfant. A titre d'illustration, le rôle joué par les belles-mères dans le recours aux soins pré et post néonataux.

160. La prise en compte du genre fait face à des défis tel le faible niveau d'alphabétisation des femmes qui ne leur permet pas de jouer pleinement certains rôles dans les structures communautaires. C'est pour cette raison que les hommes sont plus nombreux parmi les Agents de Santé Communautaire (ASC). Leur implication est également limitée par les contraintes socioculturelles. Les maris refusent de libérer leurs femmes ou leurs filles pour remplir des fonctions au profit de la communauté. Conscient du pouvoir des hommes, le Programme les implique désormais dans les interventions menées en faveur des femmes et des enfants.

*« Les hommes sont pris en compte dans la santé maternelle à travers l'existence d'une école des maris pour améliorer les pratiques essentielles ».*

161. Par ailleurs, le Programme a contractualisé avec des associations féminines et renforcé leurs capacités pour mener certaines activités et interventions de mobilisation des femmes pour la vaccination des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer, pour les CPN et pour faciliter l'accouchement dans les structures de santé.

162. La réponse aux urgences – liées à l'épidémie de polio et à la crise humanitaire dans le septentrion – ont significativement intégré les critères d'identification des districts prioritaires autour du niveau de couverture vaccinale et de présence de réfugiés ou des personnes en déplacement interne (PDI). Cependant, dans le cadre de la mise en place du projet H6, une analyse de l'équité dans les 7 DS de l'Extrême Nord avait été initiée mais elle n'aurait pas été suivie d'actions spécifiques pour adresser les iniquités.

163. Concernant la vulnérabilité sociale, les données collectées montrent que la pauvreté financière frappe plus les femmes que les hommes notamment en zones rurales. Les femmes sont d'autant plus vulnérables qu'elles dépendent au quotidien du « bon vouloir » des hommes. La solution a été partiellement apportée par l'introduction du chèque santé. Le Programme ne disposait pas de suffisamment de ressources pour mettre en œuvre les transferts monétaires qui auraient facilité la résorption des goulots d'étranglement financiers.

164. L'analyse de la chaîne des résultats montre que la prise en compte de la dimension genre dans les indicateurs n'a pas été systématique. Enfin, à l'exception du sexe et de l'âge, les données produites par le système d'information sanitaires n'étaient pas suffisamment désagrégées pour mener les analyses des performances suivant l'équité et le genre. Il n'a donc pas été possible de mettre en exergue des différences de performance en fonction du sexe et de l'appartenance socioéconomique de l'enfant.

#### **7.5.2 Les personnes vivant avec handicap et autres personnes socialement marginalisées ont-elles été expressément impliquées aux mécanismes participatifs communautaires ?**

165. Le système de santé dispose de deux types de structures participatives à savoir le Comité de Santé du District (COSADI) et le Comité de Santé (COSA). Ces structures sont respectivement rattachées au District de Santé et aux formations sanitaires de type Centre Médical d'Arrondissement (CMA) ou alors le Centre de Santé Intégré (CSI). Ces structures jouent le rôle de canal de communication entre

la formation sanitaire de rattachement et la communauté. Néanmoins, les populations ignorent souvent l'existence de ces comités et leurs missions auprès des familles. Ce qui prédit déjà de leur faible participation à ces COSA, COGE, COSADI ou COGEDI.

166. En l'absence de statistiques officielles, les projections estiment à environ 2,5% la proportion des personnes avec handicap dans la population totale. L'équipe d'évaluation a pu constater que des personnes avec handicap siégeaient dans les instances des COSADI et des COSA. L'équipe d'évaluation a découvert que ces personnes y siégeaient en raison des compétences qu'elles avaient développées et qui sont reconnues par leurs communautés. Le critère de choix qui prime donc est plus la valeur intrinsèque que le fait d'être porteur d'un handicap quelconque. L'équipe a aussi relevé que là où elles siègent dans les structures en charge des mécanismes participatifs, les personnes vivant avec un handicap agissent en défense des personnes vulnérables. Cependant, là où aucune personne vulnérable ne siège dans les structures participatives, les intérêts des groupes à vulnérabilité spécifique ne reçoivent une attention qu'après une plainte parfois portée par les Organisations de la Société Civile défenseuses des droits des personnes marginalisées. Dans certaines formations sanitaires, le paiement des frais de session ne conditionne pas la prise en charge des cas des enfants malades ou alors des femmes pauvres qui doivent accoucher.

167. Dans les régions septentrionales, la participation des femmes et d'autres personnes socialement vulnérables dans les systèmes locaux de représentation communautaire est limitée. En limitant la participation de la femme à la vie publique, les normes sociales empêchent la femme de prendre une part active dans les instances de participation sociale. C'est ce qui justifie la faible représentation des femmes dans les groupes tels que les Relais Communautaires.

168. En plus des normes sociales, les textes régissant l'organisation et le fonctionnement des COSADI, COSA, COGES, CODI ne font pas explicitement obligation aux personnels en charge de veiller à la représentativité des catégories sociales à vulnérabilité spécifique.

#### **Conclusions Préliminaires Genre, équité et droits humains**

**GEH1 :** Les questions de genre et d'équité ont été abordées dans le CPAP, même si pas toujours fondées sur des bases factuelles robustes. Lors de la mise en œuvre, des efforts ont été faits pour la prise en compte des besoins sexo-spécifiques des différents groupes de la population (ex. femmes enceintes), mais des obstacles d'ordre socio-économique et culturel (alphabétisation et manque d'autonomie des femmes) se dressent devant une implication plus active des femmes dans la prise de décision, et les comités et structures mis en place. (Par. 160 -165)

**GEH2 :** La participation des communautés se fait à travers des comités de santé (COSA) installés dans la communauté et chargés de la gestion de leur santé. Des cas de personnes vivant avec handicap et siégeant dans les structures participatives ont été identifiés. Néanmoins, ces personnes rejoignent ces structures davantage par cooptation ou reconnaissance de leurs valeurs et mérites intrinsèques. Le fait d'être porteur de handicap ou alors d'être issu d'un groupe vulnérable de la société n'est pas pris en compte dans leur choix. Dans les aires et districts de santé où les personnes vulnérables siègent dans les COSADI ou COSA, les préoccupations des personnes vulnérables et/ou marginalisées sont mieux prises en compte. (Par. 166)

## 7.6 Coordination

### Questions d'évaluation

- Dans quelle mesure le programme a-t-il établi un partenariat avec les homologues nationaux, régionaux, locaux et internationaux du développement, les organisations de la société civile, la famille des Nations Unies et le secteur privé pour soutenir le système de santé et la prestation de services ?
- Dans quelle mesure le programme a-t-il facilité la production, le partage et la diffusion de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions sanitaires ?

Figure 13 : D'autres partenaires qui apportent des appuis aux formations sanitaires appuyées par le Programme



### 7.6.1 Dans quelle mesure le programme a-t-il établi un partenariat avec les homologues nationaux, régionaux, locaux et internationaux du développement, les organisations de la société civile, la famille des Nations Unies et le secteur privé pour soutenir le système de santé et la prestation de services ?

169. Pour atteindre les résultats qu'il s'est fixé, conscient de ses avantages comparatifs dans son environnement programmatique, le Programme a développé des partenariats de divers ordres.

170. Le principal acteur d'exécution du Programme a été le Ministère de la Santé Publique dont les institutions ont servi d'ancrage d'opérationnalisation du Programme. Divers partenariats ont été développés tant pour accompagner la mise en œuvre des interventions sur le terrain que pour influencer le Gouvernement à lever quelques goulots d'étranglement systémiques qui empêchent le progrès des différents indicateurs sectoriels.

171. Avec les Agences du système des Nations Unies au Cameroun, le Programme a agi conjointement avec l'Organisation Mondiale de la Santé prioritairement pour renforcer les activités de vaccination et du système de santé dans son ensemble. En plus d'avoir aidé le pays à juguler les ruptures de vaccins, le partenariat avec l'OMS a aidé au renforcement de la chaîne de froid par des interventions

directes ainsi que par l'influence positive auprès du Gouvernement pour renforcer l'engagement budgétaire en faveur du secteur de la santé. Avec d'autres Agences onusiennes, le Programme a mis en œuvre les projets H4+ et H6 dans les districts de santé très vulnérables des régions de l'Extrême-Nord et du Nord. Ces partenariats ont surtout été orientés par les ressources financières mises à disposition par les donateurs. De tels partenariats ne se sont pas construits autour des ressources propres des différentes agences. Des formations sanitaires ont ainsi pu bénéficier du renforcement du plateau technique, de la fourniture des médicaments et autres produits essentiels à la prise en charge de la santé infantile et de la santé de la reproduction. L'efficacité de ces partenariats a fortement été atténuée par la volonté de chaque partenaire de mettre en exergue son mandat parfois au détriment de la plus-value de l'action commune. L'exigence de l'accompagnement par les services étatiques crée un effet de concurrence défavorable et une grande pression sur les ressources humaines du système de santé insuffisantes en ce qui concerne leur nombre. Il en est de même des agents relais communautaires. L'absence d'harmonisation de leur traitement affecte négativement leur contribution aux résultats de la santé.

172. Les données collectées auprès des informateurs n'ont pas permis de produire des évidences robustes de la collaboration entre le Programme et les acteurs du secteur privé national ou local.
173. La collaboration avec les Organisations de la Société Civile s'est surtout faite dans le cadre de la réponse aux situations d'urgence tant dans la région de l'Est en faveur des réfugiés centrafricains que dans la région de l'Est en faveur des réfugiés Nigériens et autres déplacés internes de la crise Boko Haram. Ces ONG & OBC ont assuré la prestation des services de santé dans les camps de réfugiés et les communautés accueillant les réfugiés et déplacés internes. Leur apport a été déterminant pour la vaccination des enfants aux portes d'entrées sur le territoire camerounais. Ces organisations ont également contribué à la distribution des MILDAs et la promotion des pratiques familiales essentielles.
174. Certains PTF (ex : GAVI à travers le RSS<sup>32</sup>) font de ce renforcement du leadership du MSP une de leurs priorités, conscient qu'il s'agit de la garantie d'efficacité (meilleur suivi), d'efficience (meilleure coordination et synergie) et de durabilité des acquis (intégration des actions appuyées dans le développement régulier du secteur, y compris le renforcement du système de santé). Néanmoins l'évaluation note que l'appui du Programme santé de l'UNICEF au leadership du MSP est resté timide et peu structuré, ne pouvant impacter positivement ce partenariat en faveur de la santé de l'enfant et de la mère.
175. Par ailleurs, il existe des mécanismes formalisés de coordination entre PTF dont en particulier le Groupe Thématique « Santé » et les rencontres conjointes de planification et de suivi pour les Partenaires engagés dans le même projet (ex : le projet H6 avec UNICEF, OMS, UNFPA, etc.). Le groupe thématique santé regroupe les PTF « santé » avec UNICEF comme membre et OMS comme chef de file ; ses réunions sont mensuelles avec présence des partenaires bilatéraux. « Il existe une réunion mensuelle de tous les partenaires techniques et financiers, dans laquelle des orientations sont reçues pour une meilleure synergie des actions<sup>33</sup> ». Cependant, cette coordination reste très insuffisante et ne garantit pas la synergie nécessaire et ne permet pas d'éviter, les « doublons », voire les antagonismes. L'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF, ciblant les mêmes groupes (enfants et femmes) et engagés, dans la plupart des cas, dans les mêmes domaines d'action ne sont pas arrivés à mettre en

---

<sup>32</sup> RSS : Renforcement du système de santé

<sup>33</sup> Citation d'un PTF du SNU

place des mécanismes efficaces de coordination ; la dernière initiative de retraite conjointe pourrait constituer une bonne base à de tels mécanismes de coordination.

176. Le partage des frontières terrestres entre le Cameroun et les pays voisins (Nigéria – Tchad – République Centrafricaine) offre des opportunités de collaboration pour une approche transfrontalière intégrée de résolution des problèmes de santé maternelle et infantile.

#### 7.6.2 Dans quelle mesure le programme a-t-il facilité la production, le partage et la diffusion de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions sanitaires ?

#### Capacités du Programme à recentrer l'action de santé autour des interventions à haut impact de la SRMNI

177. Il n'a pas été mis en évidence de programme structuré de plaidoyer visant un réel recentrage des priorités sectorielles santé autour des interventions à haut impact. Cependant, la plupart des rencontres ont été mises à profit par les responsables de l'UNICEF de différents niveaux pour rappeler l'importance des interventions à haut impact en vue d'une amélioration effective et durable de la santé des enfants et des femmes.

178. Au niveau régional, le programme a mené un plaidoyer auprès des autorités administratives régionales, sous-préfectorales et municipales pour les impliquer dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile créant parfois un comité dit « comité régional ». Ce qui a facilité le recentrage des interventions à haut impact et la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires.

#### Partage et diffusion des bonnes pratiques en matière de SRMNI

179. Le PAPP 2013-2017 avait prévu la mise en place d'un système gestion de connaissance pour « systématiser la génération, le stockage et le partage des connaissances ». Cependant, les différents outils de planification n'ont pas spécifié les thématiques visées par le partage et la diffusion des bonnes pratiques en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile.
180. Malgré l'existence de bonnes pratiques, notamment dans le domaine de la vaccination et de l'approche communautaire, ces leçons n'ont pas été suffisamment documentées dans l'optique de leur capitalisation et de leur reproduction au niveau des régions.
181. Il faut noter dans l'exercice de documentation, de partage et de diffusion des bonnes pratiques en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile n'a pas été clairement intégré tant au niveau de la section santé qu'au niveau des bureaux de zones.

*« Pas de partage d'expériences dans la sous-région ou en interne en dehors de la gestion transfrontalière des épidémies. La lutte contre la polio est harmonisée dans le bassin du Lac Tchad. Il existe une certaine communication entre les régions transfrontalières ». (EC-DRSP)*

#### Appui du Programme aux échanges interpays ou sous régionaux.

182. Dans le cadre de la réponse aux urgences, le programme a soutenu des échanges autour de la gestion transfrontalière des épidémies, en particulier dans la région du Nord mais aussi à l'intérieur du pays lors des réunions d'évaluation (Ex. à Bertoua) et de monitoring du PEV.

*« Le programme n'a pas organisé ou facilité l'organisation de rencontres d'échanges d'expériences entre les districts ou régions sauf dans le cadre de la riposte aux épidémies autour du lac ». (Resp\_centr\_UNICEF)*

### Conclusions Préliminaires Coordination

**COORD1 :** Comme prévu, le programme a initié et mis en œuvre des partenariats. Les partenariats les plus en vue sont ceux développés dans le cadre des projets SIDA H4, H4+ et H6. La collaboration avec GAVI a été très bénéfique à la vaccination notamment la disponibilité des vaccins, le renforcement de la chaîne de froid et la mobilisation communautaire. La collaboration avec les organisations à base communautaires a aussi favorisé l'émergence d'un environnement communautaire plus propice à la santé maternelle et infantile. Néanmoins l'effet de l'ensemble de ces partenariats sur les résultats escomptés a été mitigé à cause des problèmes de mobilisation des ressources et de coordination entre les différents acteurs. L'exigence de l'accompagnement par les services étatiques crée un effet de concurrence défavorable et une grande pression sur les ressources humaines insuffisantes. Il en est de même des agents relais communautaires. L'absence d'harmonisation de leur traitement affecte négativement leur contribution aux résultats de la santé. (Par. 171, 173, 175, 177)

**COORD2 :** Le plaidoyer en faveur d'un recentrage des priorités sectorielles santé autour des interventions à haut impact n'est pas structuré malgré que la plupart des rencontres soient mises à profit par les responsables de l'UNICEF de différents niveaux pour leur rappeler leur importance la nécessité de ce recentrage pour une amélioration effective et durable de la santé des enfants et des femmes. (Par. 177, 178)

**COORD3 :** Malgré que le CPAP 2013-2017 avait prévu de « *systématiser la génération, le stockage et le partage des connaissances* », les documents cadres du Programme n'ont pas spécifié les thématiques précises ni d'entités techniques chargées de la documentation, du partage et de la diffusion des bonnes pratiques. La culture du partage de l'information reste à construire, et le système national d'information est peu développé au niveau opérationnel et a été plutôt bâti sur une logique de transmission de données sans analyse préalable. A l'exception des échanges dans le cadre de la réponse aux urgences, il n'a pas été mis en évidence de réunions d'échanges inter-régionales ou avec d'autres pays. (Par. 179, 181, 183)

## 8. CONCLUSIONS FINALES

Les conclusions finales de l'évaluation présentées ci-dessous sont regroupées par critères de l'évaluation. Ces conclusions bâtissent sur les différents constats et conclusions préliminaire présentés dans la section précédente. Cependant, lesdites conclusions n'émanent pas uniquement de l'analyse de données réalisée par l'équipe de l'évaluation mais aussi des échanges tenus entre l'équipe et les différentes parties prenantes.

### Pertinence

Les interventions sanitaires inscrites dans le CPAP du Programme et mises en œuvre dans le cadre de la composante santé répondent aux besoins prioritaires des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes identifiés au préalable. (PERT1) Alors que l'amélioration de la qualité des services offerts répondait aux besoins immédiats des populations économiquement vulnérable habitant les zones faiblement dotées en infrastructures et équipements de santé, les interventions dans le domaine des politiques, des stratégies, des normes et des standards ont permis non seulement d'offrir à l'ensemble des enfants du Cameroun des meilleures conditions de santé mais aussi, de poser les jalons de changements plus durables dans le temps. (PERT2)

### Efficacité

Le changement survenu dans le cadre des résultats pendant la revue à mi-parcours ne permet pas d'apprécier les changements induits par les interventions appuyées par le Programme sur la totalité des cinq années du cycle. Les performances du Programme étaient plutôt mitigées pendant les trois premières années de mise en œuvre. Les interventions planifiées par le Programme ont été réalisées en dépit des contraintes de l'environnement Programmatique (crises humanitaires, conjoncture économique faible). Les difficultés de mobilisation des ressources n'ont pas permis de délivrer la totalité du paquet planifié et de couvrir l'ensemble des districts de santé des 4 régions prioritaires. Toutefois, l'amélioration des performances en matière de mobilisation de ressources intervenue pendant la deuxième moitié du cycle a considérablement boosté la capacité de déploiement du Programme. Ces ressources ont permis de servir les populations des zones les plus vulnérables et de contribuer à une évolution positive des indicateurs. (EFFIC1) Les actions du Programme ont permis d'améliorer la prise en compte des problèmes de santé maternelle et infantile dans les documents de politiques et stratégies du secteur de la santé. (EFFIC2) Globalement, les interventions de la composante santé du Programme de Coopération Cameroun-UNICEF ont apporté un appui conséquent et apprécié dans l'amélioration de la qualité des services offerts aux populations dans les zones ciblées et vu le niveau d'atteinte des indicateurs son efficacité a été jugée moyennement satisfaisante. (EFFIC3) Le principal avantage comparatif reconnu au Programme de l'UNICEF est surtout sa capacité technique. Tant au niveau local, national que régional, des capacités pour influencer au-delà du simple apport des appuis financiers. (EFFIC5)

### Efficiences

Les dépenses classées et pouvant être analysées sont largement dominées par les dépenses de vaccination suivies de celles relatives à la santé de la mère et de l'enfant qui se répartissent les 80%, ce qui est en cohérence avec les choix thématiques du Programme. (EFFICIENCE1) A enveloppe financière égales, le circuit de dépenses pour acquisition des biens et services de l'UNICEF est plus efficient que celui du Gouvernement. (EFFICIENCE2) Les ressources dépensées ont servi à temps et de manière assez efficiente à l'acquisition et la distribution des intrants essentiels pour les campagnes de vaccination. Le suivi des activités sur le terrain et l'audit financier menés par les équipes des bureaux de zones, ainsi que l'accompagnement à distance par des consultants ont été d'un grand apport dans l'amélioration de la gestion des approvisionnements et des stocks.



En dehors des périodes de grandes difficultés financières, les vaccins ont toujours été disponible dans les délais. Les décalages observés entre les ressources engagées et les performances vaccinales sont dus aux dysfonctionnements du mécanisme de financement ainsi qu'aux insuffisances des capacités techniques, managériales et logistiques de la chaîne logistique et de la chaîne de froid. (EFFICIENCE3)

### Durabilité

La durabilité et l'extension des gains générés au-delà des zones d'intervention ont été prises en compte dans toutes les phases du cycle de Programme. Les approches et processus utilisés pendant sa formulation sont appropriées pour porter les gains du Programme dans la durée. (DUR1) Compte tenu de l'importance du financement, la forte dépendance vis-à-vis des ressources mises à disposition par les partenaires externes constitue un risque majeur. Pour assurer la continuité des principales interventions du et la pérennité des acquis une augmentation substantielle de l'allocation budgétaire de l'état au profit du secteur de la santé et une amélioration notable de sa gouvernance serait nécessaire. (DUR2)

### Genre, équité et droits humains

Lors de la planification et la mise en œuvre, des efforts ont été faits pour la prise en compte des besoins sexo-spécifiques des différents groupes de la population. Néanmoins, des obstacles d'ordre socio-économique et culturel (alphabétisation et faible autonomie des femmes) se dressent devant une implication plus active des femmes dans les structures mis en place et dans les actions menées. (GEH1) Certaines personnes vivant avec handicap sont impliquées dans les structures participatives. Néanmoins, ces personnes rejoignent ces structures davantage par cooptation ou reconnaissance de leurs valeurs et mérites intrinsèques. Le fait d'être porteur de handicap ou alors d'être issu d'un groupe vulnérable de la société n'est pas pris en compte dans leur choix. Dans les aires et districts de santé où les personnes vulnérables siègent dans les COSADI ou COSA, les préoccupations des personnes vulnérables et/ou marginalisées sont mieux pris en compte. (GEH2)

### Coordination

Comme prévu, le programme a initié et mis en œuvre des partenariats. Les partenariats les plus en vue sont ceux développés dans le cadre des projets SIDA H4, H4+ et H6. Néanmoins de nombreux acteurs intervenants dans la santé se côtoient sur le terrain sans un minimum de coordination. L'exigence de l'accompagnement par les services étatiques crée un effet de concurrence défavorable et une grande pression sur les ressources humaines insuffisantes. Il en est de même des agents relais communautaires. L'absence d'harmonisation de leur traitement affecte négativement leur contribution aux résultats de la santé. (COORD1) Malgré que le CPAP 2013-2017 avait prévu de « *systématiser la génération, le stockage et le partage des connaissances* », les documents cadres du Programme n'ont pas spécifié les thématiques précises ni d'entités techniques chargées de la documentation, du partage et de la diffusion des bonnes pratiques. La culture du partage de l'information reste à construire. A l'exception des échanges dans le cadre de la réponse aux urgences, il n'a pas été mis en évidence de réunions d'échanges inter-régionales ou avec d'autres pays. (COORD2)

## 9. LEÇONS APPRISSES

**LA1 : L'intégration des campagnes polio dans les activités de routine contribue à l'efficacité des activités de vaccination.** Pour faire face au déficit de logistique qui impacte négativement les activités de vaccination en stratégie avancée, un Centre de Santé Intégré peut intégrer la campagne polio dans le calendrier annuel des activités de routine.

Cette pratique a été identifiée dans un Centre de Santé Intégré de la région de l'Extrême-Nord. Le CSI dispose des moyens logistiques réduits à une seule moto pour couvrir l'ensemble des besoins. Cette moto couvrait l'ensemble des besoins en transport des intrants et des vaccinateurs pendant les activités avancées. Contrairement aux autres formations sanitaires, la réponse polio n'a pas du tout empêché le bon déroulement des activités de vaccination de routine. Le responsable de la formation sanitaire a intégré les campagnes polio dans le calendrier annuel établi pour les activités de routine. Cette pratique a permis le renforcement des activités de vaccination de routine et d'éviter les effets contreproductifs des campagnes de riposte polio sur la demande et l'utilisation de la vaccination de routine.

**LA2 : L'approche intersectorielles contribue à améliorer la qualité des services dans les formations sanitaires.** Par exemple si le programme réalise des travaux d'adduction d'eau, d'électrification par panneaux solaire et la construction de latrines séparées, dans les localités bénéficiaires situées en milieu rural enclavé, ces interventions favorisent la stabilisation du personnel de santé et renforcent la continuité et la pérennisation du service au-delà des activités d'urgence.

## 10. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette évaluation et à la lueur des différents résultats et conclusions mis en évidences, plusieurs recommandations (stratégiques et opérationnelles) ont été formulées en vue de l'amélioration du programme dans le futur. Ces recommandations ont fait l'objet d'échanges de validation entre l'équipe d'évaluation et le staff du Bureau Pays de l'UNICEF ainsi que les autres parties prenantes. Lesdits échanges se sont concentrés notamment sur deux aspects des recommandations, notamment la faisabilité et la pertinence face au contexte de mise en œuvre. Cela a permis aussi de finaliser la priorisation des recommandations.

### Recommandations stratégiques

Constats	Conclusions	Recommandation	Destinateur(s)	Niveau de Priorité
Les interventions développées répondent aux besoins prioritaires des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes. Cependant, la couverture géographique est faible comparée aux besoins. (Par. 2-4)	Les choix stratégiques sont pertinents. Le Programme a besoin d'une plus grande concentration géographique pour accroître l'impact des appuis apportés (PERT1)	<b>RS1</b> : Développer des paquets d'interventions intégrés dans les zones identifiés au préalable pour atteindre des populations vivant dans les zones à très forte vulnérabilité - Cartographier les zones les zones ayant les niveaux d'indicateurs les plus faibles - Proposer une liste de districts de santé prioritaires pour les appuis du Programme	MINSANTE & UNICEF	Haut
Le montage initial de la composante santé envisageait initialement une complémentarité thématique et des synergies d'actions entre un volet préventif (avant la naissance et après la naissance) et un volet curatif. L'évaluation a constaté que l'intégration n'a pas été effective par manque	Malgré les efforts menés par les deux partenaires (MINSANTE et UNICEF), force est de constater que la planification et la mise en œuvre des sous composantes du Programme santé ne sont pas suffisamment intégrées. Si au niveau de la planification les informations collectées permettent de conclure à l'existence d'une coordination, au	<b>RS2</b> : Replacer le District de Santé au Centre de la mise en œuvre des politiques et Programmes de Santé - Renforcer l'intégration de la fonction de planification du système de santé sous le leadership régional et local - Renforcer le leadership technique et managérial du District de Santé dans la planification du Programme	MINSANTE & UNICEF	Haut

Constats	Conclusions	Recommandation	Destinateur(s)	Niveau de Priorité
(i) d'une vision claire partagée par tous les acteurs, (ii) de volonté manifeste, et (iii) du manque de ressources financières pendant la première phase du cycle. (Par. 17 - 21)	niveau opérationnel, les interventions ont suivi la verticalité des programmes auxquels elles sont ancrées au sein du MINSANTE. (PERT3)	- Redynamiser et renforcer l'approche de gestion de la santé centrée sur le District et doter le District de Santé des moyens techniques, humains et logistiques nécessaires à son repositionnement		
		<b>RS3</b> : Focaliser les appuis du Programme à un nombre de priorités limité choisies suivant leur importance pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	MINSANTE & UNICEF	Haut
L'appui technique et financier de l'UNICEF reste indispensable pour la planification, la mise œuvre et le suivi des interventions à haut impact sur la santé des enfants et des mères. (Par. 146)	Pour assurer la continuité des principales interventions du Programme (construction, équipement, mobilisation des ressources humaines et activités de vaccination, de suivi prénatal, d'accouchement et de PCIMNE) et la pérennité des acquis une augmentation substantielle de l'allocation budgétaire de l'état au profit du secteur de la santé et une amélioration notable de sa gouvernance serait nécessaire. (DUR2)	<b>RS4</b> : Mener un plaidoyer en faveur de l'augmentation du budget de la santé et de l'amélioration de sa décentralisation et de sa gouvernance - Accroître l'implication des autorités municipales et des leaders communautaires dans le choix des priorités, la planification et la gestion des interventions du Programme	MINSANTE – UNICEF	Haut

Constats	Conclusions	Recommandation	Destinateur(s)	Niveau de Priorité
<p>Les questions de genre et d'équité ont été abordées de façon superficielle dans les documents de Programme. Le cadre de résultats ne comporte pas d'indicateur spécifique et précis dédié au suivi des questions du genre. Les évaluations annuelles successives abordent les questions de genre, d'équité et des populations à besoins spécifiques. Pour certains indicateurs, les données sont désagrégées par sexe. (Par. 165)</p>	<p>Les questions de genre et d'équité ont été abordées dans le CPAP, même si pas toujours fondées sur des bases factuelles robustes. Lors de la mise en œuvre, des efforts ont été faits pour la prise en compte des besoins sexo-spécifiques des différents groupes de la population (ex. femmes enceintes), mais des obstacles d'ordre socio-économique et culturel (alphabétisation et manque d'autonomie des femmes) se dressent devant une implication plus active des femmes dans la prise de décision, et les comités et structures mis en place. (GEH1)</p>	<p><b>RS5</b> : Renforcer la prise en compte de la dimension genre dans les analyses, la priorisation, l'allocation des ressources et le suivi des performances</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les capacités de gestions des programmes de santé basée sur les évidences</li> </ul>	<p>MINSANTE – UNICEF</p>	<p>Moyen</p>

## Recommandations opérationnelles

Constats	Conclusions	Libellé	Responsables	Niveau de Priorité
Le programme a renforcé les capacités des prestataires, amélioré le système de référence ainsi que le plateau technique des structures ciblées (112)	Le principal avantage comparatif reconnu au Programme appuyé par l'UNICEF est surtout sa capacité technique. (EFFIC5)	<b>RO1</b> : Continuer à renforcer les capacités techniques des services de SMNI (formation, équipements, intrants, adduction d'eau) dans les structures retenues après ciblage des zones d'intervention - Renforcer les capacités des équipes cadres des DRSP et des districts dans les zones d'intervention	MINSANTE – UNICEF et autres partenaires de la santé	Haut
L'audit des décès maternels est une réalité sur le terrain, cependant, les mesures recommandées ne connaissent souvent pas de suite et l'audit des décès néonataux n'est pas encore intégré (Par. 84 - 87)	Les décès maternels ne sont audités de manière systématique que dans certaines structures de santé, en particulier certains hôpitaux et les audits des décès néonataux ne sont quasiment pas intégrés (EFFIC4)	<b>RO2</b> : Redynamiser, renforcer et généraliser l'audit des décès maternels et néonataux dans le cadre d'un partenariat avec d'autres PTF concernés (ex : OMS, UNFPA)	MINSANTE – UNICEF et autres partenaires de la santé	Haut
La prise en compte du genre fait face à des défis tel le faible niveau d'alphabétisation des femmes qui ne leur permet pas de jouer pleinement certains rôles dans les structures communautaires. C'est pour cette raison que les hommes sont plus nombreux parmi les Agents de Santé Communautaire (ASC).	Lors de la mise en œuvre, des efforts ont été faits pour la prise en compte des besoins sexo-spécifiques des différents groupes de la population (ex. femmes enceintes), mais des obstacles d'ordre socio-économique et culturel (alphabétisation et manque	<b>RO3</b> : Renforcer l'implication des femmes et groupes vulnérables dans les actions de la santé	Délégués Régionaux de la Santé Chef des Districts de Santé – UNICEF	Moyen

<p>Leur implication est également limitée par les contraintes socioculturelles. Les maris refusent de libérer leurs femmes ou leurs filles pour remplir des fonctions au profit de la communauté. (Par. 160)</p>	<p>d'autonomie des femmes) se dressent devant une implication plus active des femmes dans la prise de décision, et les comités et structures mis en place. (GEH1) Dans les aires et districts de santé où les personnes vulnérables siègent dans les COSADI ou COSA, les préoccupations des personnes vulnérables et/ou marginalisées sont mieux pris en compte. (GEH2)</p>			
--	---	--	--	--

## 11. ANNEXES

### Annexe 1 : Termes de Référence de l'évaluation

#### 1. Evaluation Object

UNICEF Cameroun is commissioning a summative evaluation of its health interventions implemented between 2013 and 2017. The conduct of this evaluation is envisaged in the 2018—2020 Costed Evaluation Plan developed as part of the UNICEF Country Planning Document (CPD). The CPD interventions to be evaluated are to be understood as UNICEF's contribution to the reduction in the country's neonatal, child and maternal mortality<sup>34</sup>. Though focused on curbing children and maternal deaths in the country, the Programme to be evaluated was also geared towards the strengthening of key components of the national health system.

After the CPD approval by the Executive Board, Cameroon's Government and UNICEF signed the Country Programme Action Plan (CPAP) in April 3<sup>rd</sup> 2013 covering the period 2013-2017. The overall goal of this programme was to hasten Country's progress towards achieving Millennium Development Goals targets. The Country Programme was anchored on the five goals of the then Strategic Plan. Each goal area was assigned three results at outcome level. The Child Survival and Development Programme Component was made-up of three sub-components, namely: Child Health, Child and lactating women Nutrition and Water, Hygiene and Sanitation<sup>35</sup>.

As spelled out in UNICEF Theory of Change (annex 1), the Child health sub-component of the Programme was planned as UNICEF's contribution to the national effort of curbing under-five and maternal mortalities. This sub-component was focused on the attainment of the following results:

- (i) Improving immunization among children and women;
- (ii) Controlling malaria (promotion, prevention and treatment);
- (iii) Improving the integrated management of childhood illnesses in children under-five Promoting maternal, neonatal, infant and reproductive health.

Key results expected assigned to the sub-component are listed below:

- (i) 80% coverage rate of key high impact interventions among under-five children;
- (ii) 50% coverage of high impact interventions (Tetanus vaccine and use of LLINs in pregnant women) among children in the intervention zones.

The implementation of the 2013 – 2017 country programme (box 1) focused on four priority regions, namely East, Adamawa, North and Far-North. These regions have the lowest level of indicators in almost all the domains of children rights. More than half of the children in the country are found there. All these initiatives were developed and implemented by UNICEF with the participation of the two zonal offices present in the four vulnerable targeted regions (Adamawa, East, Far-North and North).

---

<sup>34</sup> Based on evidence pooled from household's surveys such as MICS and DHS, main children killers in the country include the following: malaria, diarrhea, pneumonia and neonatal preventable diseases.

<sup>35</sup> All UNICEF's supported interventions were carried-out within the framework of the National Health Sector Strategic Plan 2001-2015, 2016-2027 and all related compasses.



### Box 1. UNICEF Cameroun Health Programme Key Components

Overall, UNICEF-supported health interventions included the following components:

- 1) Development and revision of policy, strategic, normative documents, including the Health Sector Strategic document, EPI (Expanded Program of Immunization), Malaria, Reproductive Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH), Community Based Interventions, Integrated Management of Child Illnesses, Seasonal Malarial Chemo Prevention, RMNCAH strategic documents;
- 2) Support to the country's Government in developing an RMNCAH investment case;
- 3) Strengthening of the Cold Chain and Logistic (CL&L) and equipment for the EPI, MNCH components in terms of Solar refrigerators, central and regional cold rooms, cold boxes, electronic devices for temperature monitoring, refrigerated truck for vaccines, current stabilizers, electric generators, motor bikes, moto-ambulances, vehicles, Emergence Obstetrical and Neonatal Care (EmONC), new-born care, ITC equipment;
- 4) Vaccine supply and provision of medicines, especially for refugees and Internally Displaced Populations (IDPs);
- 5) Human resource capacity building in Mid Level Management (MLM) course, EmONC, New-born care, Integrated Community Cases Management (ICCM), Cold Chain, Micro planning for immunization, Inter personal communication;
- 6) Improvement of data quality on maternal, newborn and child health in collaboration with the health information Unit in the Ministry of Public Health; and
- 7) Delivery of community health services (e.g. for the prevention and treatment of pneumonia, malaria and diarrhoea, increased immunisation coverage);
- 8) Establishment of governor fora in 08 (eight) regions and one division of the Logone and Chari in the Far North region.
- 9) Massive distribution of Long Lasting Insecticide Nets (LLINs) with provision of complementary LLINs to complete the Gaps; The promotion of the use of LLINs; Tetanus diphtheria Vaccine to pregnant women and Women of Child Bearing Age (WCBA); Vitamin A in post-partum; EmONC kits in some health facilities; Bikes-ambulances, blood banks for pregnant women.

These interventions were implemented in a changing and progressively unstable context. Contrary to the time when the programme was designed, emergency situations requiring response occurred. For instance, the Programme needed to contribute to unplanned strong nationwide polio response action, once many cases of wild polio virus got confirmed in several health districts<sup>36</sup>. As per the response plan put in place in accordance with strategies advocated by the Global Polio Eradication Initiative (GPEI), 22 vaccination campaigns were conducted from the beginning of the program until December 2015.

In addition, three independent external evaluations were conducted in April and September 2014, as well as in April 2015 to assess the effectiveness of the response to stop or restrain the circulation of the virus

---

<sup>36</sup> Between the 20<sup>th</sup> of October 2013 and the 9<sup>th</sup> of July 2014 Cameroon experienced a large polio outbreak with the confirmation of nine (09) cases of wild poliovirus, identified in 4 regions of the country: 4 in the West region, and 1 in the South region (Kribi health district) followed by 2 cases in the Central Region (health district of Djoungolo and Yoko), and 2 in the East region among Central African refugees (Kette health district).

and its transmission to the Central African sub region<sup>37</sup>. Furthermore, the socio-political crisis in the Central African Republic spilled-over and the number of Boko Haram attacks along the border with the Far North region of Cameroon arose. As a result, three of the country's regions ended up hosting nearly 300,000 refugees who fled for their lives from the Central African Republic Internally Displaced Populations (IDP) arrived from Nigeria in search of security moved from borders to inlands in the country's Far North region, as well in the northern regions, attacks perpetrated by Boko Haram activists claimed many lives, damaged basic infrastructures of social services, mainly in health and education. Hundreds of thousands were also forced to abandon their homes and properties in their strive to preserve their lives. A humanitarian response was put in place to meet the needs of all these IDPs.

In order to respond to the egregious effects of this crisis, several strategic readjustments in UNICEF work were needed given that the then existing system was unable to provide an appropriate and adequate level of services to both refugees, IDP and host communities in the region.

Readjustments concerning program refocus on polio and humanitarian responses (Central African and Nigerian Refugees) were jointly decided by Government and UNICEF-authorized personnel, based on evidence gathered from the field of operations. One of the most important arguments was to fill the gaps existing in the health system's technical, logistic and managerial capacity which hindered a timely and effective response to the key demands of the people affected (either directly or indirectly) by the emergency.

In addition, the implementation of the program was characterized by several other challenges, especially in the following areas: strengthening surveillance, cold chain management, ownership of vaccination activities by local communities, and reach of some populations (islander, Bororo, pygmies, nomads, refugees). In line with the "Polio End Game" strategy, Cameroon introduced the Inactivated Injectable Polio Vaccine in routine immunizations on July 15th, 2015 and successfully switched from trivalent Oral Polio Vaccine (tOPV) to bivalent Oral Polio Vaccine (bOPV) on April 20th, 2016.

UNICEF key Partners in the implementation of this programme included the following:

- International organizations: WHO;
- Civil Society: Community-based organizations, including Women's groups, as well as National and international NGOS;
- Governmental agencies: Ministry of Health, territorial administration, communication, social affairs, Women and Family promotion, Animal and husbandry, defense forces.

## 2. Evaluation Purpose

The evaluation has two purposes: accountability and learning.

- With respect to accountability, this evaluation will yield evidence on whether UNICEF's supported interventions have either succeeded or failed in their effort to contribute to the improvement of the health of children's and women's dwelling in Country Programme intervention zones.
- With respect to learning, this evaluation is expected to inform:

---

<sup>37</sup> During the reporting period, from July 2015 to November 2017, sixteen (16) supplementary immunization activities (SIAs) were scheduled, coupled with nine (11) local immunization days (LIDs) organized in the priority regions of the Lake Chad basin response, following the confirmation of WPV1 in the Nigerian state of Borno. On December 2015, April 2016 and April 2017, the NIDs also included Vitamin A supplementation and deworming.

- UNICEF management' decision on how to increase the coverage, effectiveness, efficiency of the health sector interventions envisaged in the ongoing Country Programme, including emergency response and resilience;
- Relevance analysis of strategies selected by the UNICEF Implementing partners, including the delivery to key population groups and the coordination with other organizations;
- Confirmation/revision of management approaches of ongoing development, investments and researches in health sector.

### 3. Evaluation Objectives

Evaluation is expected to:

- provide robust evidences on the level of achievement of planned results;
- provide insights into any unforeseen challenges and/or opportunities that happened and how it affected the delivery and/or strategic results;
- identify lessons learned as well as potential good practices that can be taken to scale.

Specifically, the objective of this summative evaluation is to:

#### **(a) Independently and rigorously assess:**

- The quality of the health program component conception (strategic positioning – implicit/explicit Theory of Change – relevancy to needs of beneficiaries);
- Appropriateness of implementation approaches and strategies used with special focus on synergies with major stakeholders of the health sector;
- Program's effects on the health system strengthening – communities – families – community health workers;
- Effects (if any) of repeated campaigns on utilization of routine immunization services notably in the most deprived districts and communities.

#### **(b) Identify:**

- Lessons learned and good practices that can be proposed for scale-up;
- Possible alternative approaches that would have permitted to achieve better results (children and mothers served) with the same amount of resources invested in the Program;
- innovative approaches to encourage families and communities to use health services.

From a strategic perspective, UNICEF made resources available to support the development of several strategic documents aimed to enhance the children's living conditions: the Strategic Plan to maintain the Maternal and Newborn Tetanus 2014-2020, the National policy of community health, the Guidelines on the delivery of community-led health services, The National Strategic Reproductive, Maternal, Newborn and child and Adolescent Plan 2014-2020, the newborn health Operational Plan, the Newborn care treatment guide. All such strategic documents were aimed to address some technical, procedural and legal systemic weaknesses at the national level.

From an operational perspective, UNICEF joined with partners and other key stakeholders in the national health arena to strengthen and scale-up cost-effective and high-impact interventions for the most deprived mothers and children. Such interventions included the following: malaria prevention (LLINs and Seasonal Malaria Chemoprophylaxis (SMC), Integrated Management of Childhood Diseases (IMNCI),

community-led health interventions that featured an integrated Community Case management (ICCM) component, newborn care, immunization with introduction of new vaccines, Supplementary Immunization Activities (SIAs), Cold Chain and Logistic capacity strengthening. UNICEF's supported intervention improved quality, demand and use of services.

#### **4. Scope**

##### *Thematic scope*

Since many partners are involved in the health sector, the evaluation will focus mainly on interventions supported at strategic level (revision of norms – policy formulation – evidence generation – policy/strategies formulation). Thematically, the evaluation will focus on two major domains:

- High impact interventions aimed at reducing neonatal mortality: with respect to immunization, the evaluation will analyze the results achieved by UNICEF's support to cold chain, vaccine management, increase in demand and utilization uptake. Evaluators will also examine UNICEF's contribution to the reinforcement of cold-chain, bottleneck-reduction and the quality of vaccines served to children;
- System strengthening in the most vulnerable districts of the priority intervention zones: the evaluation team will focus on the quality of services provided to the populations; as well as on the way UNICEF could address key systemic bottlenecks, including in the areas of partnership management and sector's coordination platforms and committees.

##### *Geographical scope*

The evaluation will cover UNICEF support to the central services of the Ministry of Public Health as well as the formulation of norms, standards and policies in four Health Districts in the East – Adamawa – North – Far-North regions.

##### *Chronological scope*

The period to be scrutinized starts from January 1, 2013 through December 31, 2017.

#### **5. Evaluation Context**

Though in continuous decrease, under-five mortality is still high in Cameroon. To accelerate reduction, UNICEF and the Ministry of public health would like to learn from past years' interventions and adjust ongoing and future interventions. Additionally, UNICEF in West and Central Africa is committed to make the difference for the children of the region within the next four years. Immunization of among key areas where UNICEF wants to achieve significant progress. Evaluation results will permit UNICEF to revisit its strategic positioning in the health sector in Cameroun, notably in the domain of immunization. Evaluation results will be used to adjust implementation strategies and approaches to revamp performance of immunization in Cameroon.

Secondly, Cameroon has not reached vaccination autonomy and the Expanded Immunization Program is mainly sponsored by external resources. GAVI, one of the key contributors to immunization funding in Cameroon will be withdrawing very soon. It is very important to engage the Government to compensate the resulting funding gap. Evidences pooled from the evaluation will support UNICEF's high-level advocacy to national (Government and Chambers of Parliament), local authorities and private sector in favor of domestic resources mobilization.

Thirdly, UNICEF and it partners would like to know how relevant were their strategies as well as their strategic choices articulated in the Health Component Theory of Change provided in Annex 1.

## 6. Evaluation criteria

The evaluation will be conducted based on the following criteria: relevance, effectiveness, efficiency, sustainability, gender & equity, and partnerships.

## 7. Evaluation questions

The evaluation team will be required to develop a strategy that could assist UNICEF in addressing all the following suggested questions:

### 1. *Relevance*

- 1.1. To what extent were UNICEF CPD health interventions developed to respond to the key needs of the populations groups whom they were expected to serve?
- 1.2. To what extent are program's sub-components implemented in a coordinated approach?

### 2. *Effectiveness*

- 2.1. To what extent have the different activities under UNICEF Child health program component achieved their expected results for the period 2013 – 2017?
- 2.2. To what extent is the way children issues are discussed in these policies any different to what happened before implementation started in 2013?
- 2.3. What have the Program's comparative advantages and value-added been, in terms of contributing to national, regional and local policy processes and capacity-building?

### 3. *Efficiency*

- 3.1. What was the cost of human resources and supply and how do they fare with the costs of similar interventions in the identified target areas?
- 3.2. To what extent was the delivery of supplies timely? resources mobilized converted to outputs in a timely and the most cost-effective manner?

### 4. *Sustainability*

- 4.1. To what extent was the program's interventions designed so that their implementation could continue without UNICEF support once the program cycle ended?
- 4.2. What benefits (if any) generated by UNICEF's supported interventions could be sustained by Government, families, individual communities, community-based organizations?

### 5. *Gender and Equity*

- 5.1. How have gender equalities and other social health related inequities been addressed by the program?
- 5.2. Have handicapped and other socially marginalized people been expressly in community participatory mechanisms?

### 6. *Partnerships*

- 6.1. To what extent has the program built partnership with national, regional, local and international development counterparts, civil society organizations, UN family and private sector to support health system and service delivery?
- 6.2. To what extent has the program facilitated the production, sharing and dissemination of new knowledge on implementation approaches of health interventions?

Throughout the evaluation process, equity and gender equality will be used as crosscutting concerns<sup>38</sup>. Each aspect of the evaluation will demonstrate how the poorest were targeted, served and participated.

## 8. Methodology

This evaluation will be a mixed methods theory-based evaluation with a strong participatory component and a distinct focus on equity. The evaluation will include a programmatic documents' review and will require primary data collection, too.

The document review will include the following:

- A document review on all major interventions performed by the Country Programme in the health sector;
- A review of relevant performance evaluation done during the referred period;
- Review of consortium administration and other data;

The use of the monitoring data, which has been gathered to date and undertake additional data collection, will be maximised as much as possible.

Primary data collection will include the conduct of a survey and semi-structured interviews aimed to provide further insight into how UNICEF-Health is working with key stakeholders including:

- The national Health sector coordination body;
- Programme management staff (personnel working in the areas of Donor Partnerships, data, performance-based management, resources Administration, Financial management);
- Key informants in communities selected for pilot and other demonstrative approaches
- Representatives from the global health community in all intervention zones;
- Staff of other related funding and technical organisations that are working in health sector in Cameroon; as well as peer organizations in health sector
- Representatives of the government at central, decentralized, operational and grassroots levels
- Leaders of CBO's, NGO's, CBO's that participated to program implementation.

To gather data required to effectively provide meaningful answers to evaluation questions, the consultants will develop a mixed method oriented methodology. While quantitative data will inform about the magnitude of interventions conducted in health sector (e.g. the number of children and women served), qualitative methods will gather data that will tell the story of approached and strategies used by UNICEF to address major bottlenecks that were hampering demand and utilization and explain improvement of health conditions of populations. Qualitative approaches will also give the floor to key stakeholders, by gauging their perceptions of the overall Programme, including its effects and modalities of community engagement.

Last but not the least, the methodology should be designed robustly enough to permit the evaluation process to tell if some of the progress noted are sufficiently grounded in the communities to guarantee a minimum sustainability of gains produced by UNICEF's supported interventions.

## 9. Evaluation process

---

<sup>38</sup> In line with the 2014 UNEG *Guidance Note on the Integration of Gender inequality and human rights into Evaluation*.

Maintaining the spirit of partnership and participation that guides UNICEF’s approach to managing interventions in Health sector, the Ministry of Public Health, UNICEF and other strategic programme partners agreed that:

- An Advisory Committee (composed of a representative from each of Ministry of Public Health, Ministry of Economy and Planning and UNICEF) will be set up to guide the evaluation and to secure quality and independence throughout the process. The Advisory Committee will be responsible for finalizing the evaluation TORs, providing all required information or documentation, facilitate access of evaluation team to and key informants. The Advisory Committee will be responsible for approving the evaluator’s work plan and methodology, verifying preliminary findings, providing feedback on the draft evaluation report and approving the final version of the report;
- Technical stewardship will be ensured by dedicated staffs in UNICEF Country and Regional Offices;
- UNICEF will hire the evaluation team and take charge of all financial implications of the contract. As the evaluation manager, the UNICEF PM&E Chief will closely monitor the evaluation process in line with milestones articulated in these TORs, review data collection instruments, and liaise with and inform the Advisory Committee and UNICEF Regional Office on progress;
- Quality assurance of evaluation deliverables will be performed by Regional Evaluation Advisor in the UNICEF Regional Office, including the TORs, inception report (methodology - evaluation design), evaluation report and recommendations;
- The final report of the evaluation must be a publicly available document. Evaluation findings will be published in a the most suitable users’ friendly way. The Ministry of Public Health and UNICEF will prepare a dissemination plan for the evaluation report. A joint Government and UNICEF management response will be part of the final evaluation report. that includes, among others, a record of agreement/disagreement with the findings and recommendations from the evaluation that will be prepared for circulation within the consortium organisations and

## 10. Evaluation Outputs

The expected outputs of this independent evaluation are as follows:

- An inception report (“*note de cadrage*” in French) including an Evaluation framework, a work plan, the recommended methodology, approach and data collection instruments;
- Presentation of preliminary findings + Power Point Presentation and draft outline of the structure of the evaluation report;
- Draft evaluation report;
- Final evaluation report by the evaluators of no more than 45 pages (excluding annexes) that responds to the questions outlined in these TORs, and incorporates feedback obtained on the draft report. The report should be formatted as per the guide on formatting evaluation reports.
- An user-friendly executive summary of no more than 2 pages.
- Annexes with details on the methodology, informants, and data collection instruments.

## 11. Timeline and Milestones

Below are the timeline and milestones envisaged in the evaluation of UNICEF’s supported interventions in health sector. The specific details will need to be confirmed in negotiation with the evaluation team and the Advisory Committee to ensure timely completion of the evaluation and delivery of the evaluation report.

Activity	Date	Milestone
Targeted call for evaluators	End of June, 2018	
Selection of evaluators	By July 12, 2018	
Contract start-up	By July 25, 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contract signature by both parties</li> </ul>
Submission and presentation of evaluation work plan and methodology to Advisory Committee for feedback	By July 30, 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Work plan</li> <li>• Evaluation framework</li> </ul>
Approval of work plan and evaluation design	By August 3, 2018	
Document review and data collection	August 4-31, 2018	
Presentation of preliminary findings and submission of detailed Evaluation Report Outline to Advisory Committee	Late August 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progress report</li> <li>• Power Point on preliminary findings</li> <li>• Evaluation Report Table of Contents</li> </ul>
Presentation of draft report and discussion in workshop with Advisory Committee	September 15, 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Draft evaluation report</li> </ul>
Submission of final evaluation report	October 15, 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Final evaluation report</li> </ul>

## 12. Evaluation Team

The evaluation team will consist of five members of in four domains of expertise as follows **(i)** evaluation expert and team leader; **(ii)** expert in health system management; **(iii)** expert in immunization; **(iv)** expert in public health for child and newborn health; **(v)** expert in qualitative approaches. Academic backgrounds, technical skills and work experience required from team leader and members are detailed below.

### ***i) Evaluator and team leader (international)***

- Graduated in social sciences or any other recognized equivalent field;
- At least 10 years of relevant work experience in conducting evaluations and operational researches missions in developing countries;
- Ability to work in an iterative, collaborative team approach; ability to give and receive constructive feedback;
- Strong communication skills including negotiation skills;
- Knowledge of the field of innovation and research in the context of global health.



- Experience in the design and conduct of program-level evaluation of multi-partner initiatives, from a systems perspective;
- Strong report writing and presentation skills, ability to communicate complex technical ideas using non-technical language to diverse audiences (*an electronic copy of the most recent evaluation report authored by the consultant will need to be included in the application*);
- Ability to work in multi-organizational initiatives; a focus on innovation in health science and technology) research in the context of low and middle-income countries;
- Knowledge of evaluating initiatives that fund innovation research for development, particularly aspects relating to innovation derived from research (dissemination, commercialization and knowledge translation);
- Fluency in written and spoken English; written and spoken French or a capacity to ensure that interview and other data collection can be undertaken in French with francophone recipients of DIF-Health.

**ii) Expert in health system management (international)**

- Graduated in health or any other recognized equivalent field;
- At least 10 years of relevant work experience in conducting evaluations and operational researches missions in developing countries;
- Ability to work in an iterative, collaborative team approach; ability to give and receive constructive feedback;
- Strong communication skills including negotiation skills;
- Experience in being part of an evaluation team;
- Very good report writing and presentation skills, ability to communicate complex technical ideas using non-technical language to diverse audiences (*the electronic copy of a recent evaluation report whose the consultant has been a primary author will need to be included in the application*);
- Fluency in written and spoken English; written and spoken French or a capacity to ensure that interview and other data collection can be undertaken in French with francophone recipients of DIF-Health.

**iii) Expert in immunization (Cameroonian national)**

- Graduated in health or any other recognized equivalent field;
- At least 10 years of relevant work experience in conducting evaluations and operational researches missions in developing countries;
- Ability to work in an iterative, collaborative team approach; ability to give and receive constructive feedback;
- Strong communication skills including negotiation skills;
- Experience in being part of an evaluation team;
- Very good report writing and presentation skills, ability to communicate complex technical ideas using non-technical language to diverse audiences (*a copy of a recent evaluation report whose the consultant has been a primary author will need to be included in the application*);

- Fluency in written and spoken English; written and spoken French or a capacity to ensure that interview and other data collection can be undertaken in French with francophone recipients of DIF-Health.

**iv) *Expert in newborn and child health (International)***

- Graduated in medical sciences at doctorate level;
- Expert knowledge in one or more of the Grand Challenge areas (new talent for global health research, point of care diagnostics, maternal neo-natal and child health, and non-communicable diseases).

**v) *Expert in qualitative approach (Cameroonian national)***

- Graduated in anthropology, health or medical sociology or in any other equivalent field
- Proven practical expertise in social development research activities;
- Involvement in at least three researches/evaluations or studies over the past five years;
- Good knowledge of social development issues on the East – Adamawa – North – Far-North.
- Proven experience in design – collection – analysis – report writing of qualitative data.

**13. Contract arrangements:**

Total contract period is for 90 days starting August, 2018 and ending October 2018.

- ***Evaluation team leader:*** 90 days
- ***Expert in health system management:*** 70 days
- ***Expert in immunization:*** 70 days
- ***Expert in newborn and child health:*** 70 days
- ***Expert in qualitative approach:*** 70 days

The detailed planning proposed by the team leader will clearly demonstrate how each of the team members will contribute to the process and to the final evaluation report.

**14. Selection criteria:**

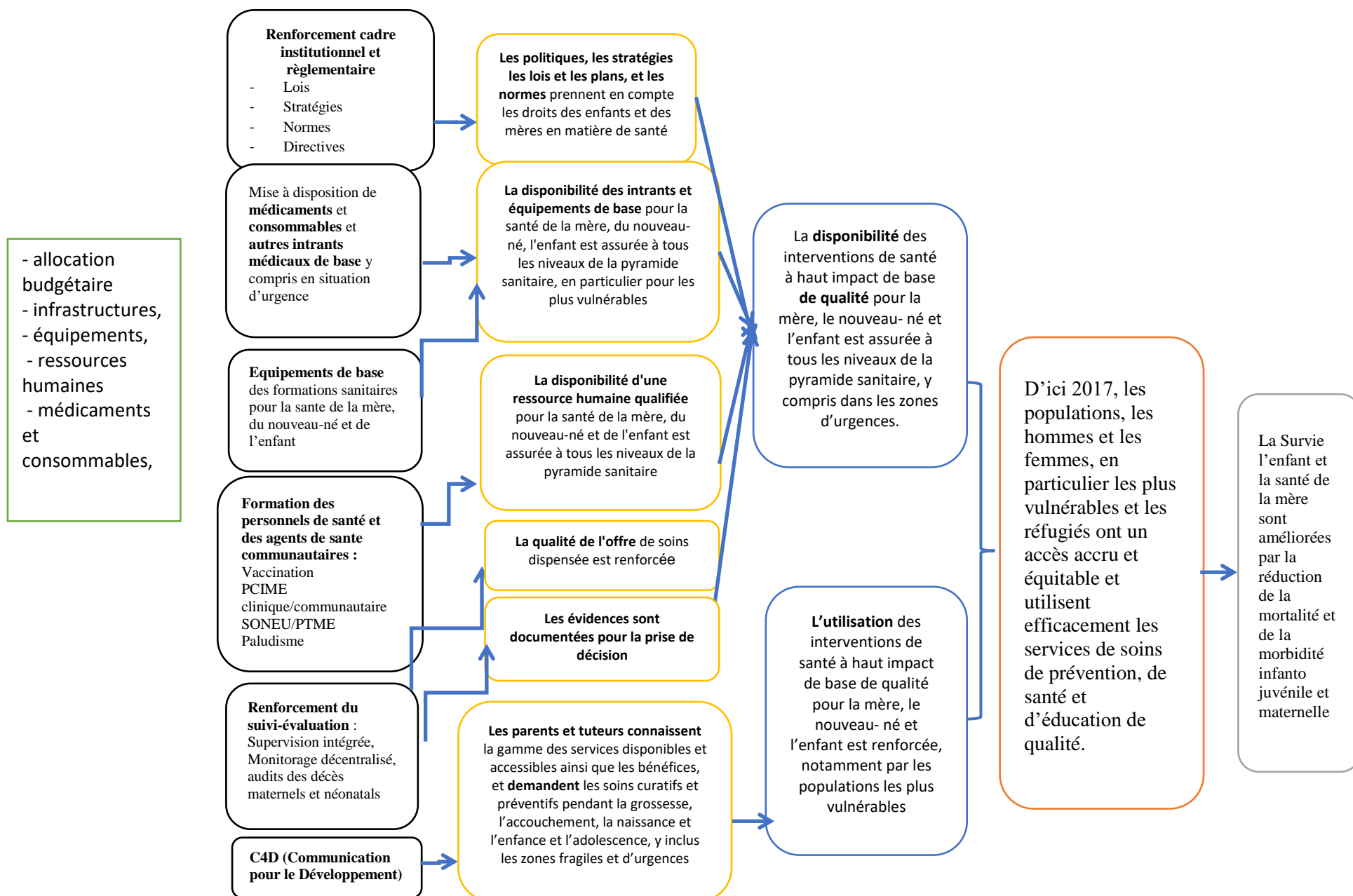
Applicants will be assessed in accordance with their ability to meet the following criteria:

- Experience in working in complex institutional settings and with high-level officials.
- Knowledge of consortium level and/or program level evaluation of research and innovation for development.
- Knowledge of the field of global health and the Grand Challenge niche areas.
- Knowledge and understanding of how health research impacts the lives of people living in the developing world.

Interested groups of individuals or evaluation firms should forward their CV's, a cover letter (along with a sample of a recent evaluation report) to the hiring team in UNICEF Cameroon ([xxxxx@unicef.org](mailto:xxxxx@unicef.org)) fifteen days after the publication of the bidding.

Only short-listed candidates will be contacted by UNICEF hiring personnel for contracting purposes.

## Annexe 2. Théorie du changement du programme



### Annexe 3 : Liste des personnes interviewées

#### Niveau Central

Institutions	Personnes interviewées	Total
Ministère de la santé	Chef Division de la Coopération	1
	Directeur de la santé familiale	1
	Sous-directeur de santé maternelle et infantile	3
	Secrétaire Permanent Programme élargi de vaccination	4
	Sous-direction chargée du SNIS/DEP	1
	Gestionnaire des stocks CENAME	1
	Sous-directeur de la santé communautaire/DOSTS	1
	Directeur de la promotion de la santé (DPS)	1
	Chef de Division de la recherche opérationnelle en santé (DROS)	1
	Directeur de la lutte contre la Maladie, des Epidémies et Pandémies (DLMEP)	1
UNICEF	Management (Représentant et Représentant Adjoint)	2
	Chef Section Santé	6
	Chef Section C4D	1
	Chef Section Planification, Suivi & Evaluation	2
	Représentant-Adjoint Chargé des Opérations	2
	Chef Unité Section Supply	2
OMS	Chargé du PEV	1
	Chargé de la santé de la mère et du nouveau-né	1
UNFPA	Chargé de la santé de la mère et du nouveau-né/SR	1
	Chargé de la santé des adolescents et des jeunes	1
	Chargé suivi Evaluation	1
Fondation Clinton	Responsable vaccination	1
Coopération française	Chargé du Programme santé	1
Total		37

#### Niveau régional

Institutions	Personnes interviewées	Total
Délégations Régionale de la Santé Publiques	Délégués Régionaux	4
	Chargés de la Santé reproductive/PTME	4
	Chargés du PEV	4
	Chargés du suivi et de l'information	4
	Points focaux C4D	4
	Chargés de la gestion des médicaments et consommables	4
	Chargés de la gestion des stocks régionaux de vaccination	4
Equipes cadres de district de santé	Médecin chef du District	4
	Chef bureau santé(vaccination)	4
	Charge de la santé maternelle et infantile	4

Institutions	Personnes interviewées	Total
	Gestionnaire du stock de vaccination	4
	Point focal C4D	4
	Représentant de la communauté dans le comité de gestion de district	4
	Responsables SNIS	4
L'hôpital régional	Directeur de l'hôpital	4
	Responsable du service de maternité	4
	Responsable du service de pédiatrie	4
	Responsable de la gestion des médicaments et consommables	4
	Responsable SNIS	4
Un hôpital de district par région	Directeur de l'hôpital	4
	Sage-femme responsable du service d'accouchement	4
	Responsable de la gestion des médicaments et consommables	4
Un CSI par région	Responsable du CSI	4
	Sage-femme responsable des CPN	4
	Responsable de vaccination	4
	Responsable de la gestion des médicaments et consommables	4
Bureau de zones UNICEF (pour 2 régions)	Chef de bureau de zone	2
	Responsable santé et PEV	2
	Point focal C4D	2
	Responsable Supply	2
Autres Partenaires locaux	Responsables des Partenaires	8
Total des 4 régions		134

#### Niveau communautaire

Techniques	Types d'informateurs	Nombre de techniques par région	Nombre total d'informateurs pour les 4 régions
Focus groups	Femmes en grossesse ou allaitantes	6	200
	Pères d'enfants de moins de 5 ans	3	100
	Adolescents et Jeunes (garçon 1 et fille 1)	2	90
Entretiens semi-structurés	Femmes enceinte	6	24
	Femmes allaitantes	6	24
	Pères d'enfants de moins de 5 ans	6	24
	Adolescents et Jeunes	6	24
	Leaders communautaires	3	12
	Agents santé communautaire	3	12
	Responsables OBC	3	12
		TOTAL	522

**Annexe 4 : Lieux visités pendant la phase de terrain**

<b>Régions</b>	<b>Lieux visités</b>
<b>Extrême-Nord</b>	Maroua - Makabaye - Minawao - Gaschiga - Mokolo - Mora
<b>Nord</b>	Gaoura - Poumpouméré - Takasko - Ngong - Pitoa
<b>Adamaoua</b>	Ngaoundéré - Meskine - Meiganga - Beka Hoséré - Ngaoundal
<b>Est</b>	Bertoua - Abong Mbang - Domé - Bonis - Mballa - Garoua Boulai

## Annexe 5 : Outils de collecte des données

### GUIDE D'ENTRETIEN / FOCUS GROUP DISCUSSION

Destiné à l'Équipe Santé au sein du Bureau de Zone UNICEF  
(à Bertoua ou à Maroua)

#### Mot d'introduction

Commencer par vous présenter : Mme/M. ...., Consultant BAC-Santé.

Nous vous rencontrons dans le cadre d'une évaluation indépendante du Programme santé de l'UNICEF.

Dans ce cadre, nous voudrions recueillir vos avis sur un ensemble d'aspects liés à ce Programme, en vous précisant que nous sommes totalement indépendants de l'UNICEF et en vous garantissant la confidentialité pour vos propos.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, l'enregistrement de notre échange nous garantit la fiabilité de leur prise en compte, et nous voudrions pour cela votre accord.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour le temps que vous nous accorderiez.

#### 1. Pertinence du Programme

- Le Programme santé de l'UNICEF a-t-il contribué à répondre aux besoins sanitaires des enfants et des femmes dans les zones d'intervention ?
- Les sous composantes du Programme santé sont-elles complémentaires dans la prise en compte des besoins des enfants dans les zones d'intervention (Complémentarité thématique et géographique)
- Les plans opérationnels de la région intègrent-ils les interventions du programme à tous les niveaux ?

#### 2. Coordination du Programme

- L'approche de pilotage et de mise en œuvre des sous-composantes a-t-elle prévu les mécanismes garantissant une coordination efficace lors de leur mise en œuvre ?
- En préparation de la mise en œuvre, la micro-planification était-elle conjointe ?
- Lors de la mise en œuvre, quel est le niveau d'intégration des interventions de santé appuyées par l'UNICEF entre elles et au sein du Programme régional santé ?
- Y avait-il un système conjoint de suivi entre sous-composantes du Programme ?

#### 3. Efficacité du Programme

- Quel effet la réponse « polio » a-t-elle eu sur la vaccination de routine ? Les moyens de la « polio » ont-ils servi à renforcer la vaccination de routine ou d'autres interventions de santé ? En matière de :
  - Gestion de la chaîne de froid
  - Système d'approvisionnements vaccins consommables
  - Offre et Utilisation des services
  - Renforcement des capacités
- Les districts de santé assurent-ils une PCIMNE aux enfants vus dans ces structures ?
- Quelle est la couverture géographique des aires de santé en SONEUB ? en SONEUC ?
- Les décès maternels ont-ils été systématiquement audités ?
- Les recommandations issues des revues des décès maternels ont-elles été mise en œuvre ? Sinon, quelle suite leur a été donnée ?
- Les ménages bénéficient-ils de visites d'ASC à domicile ? Quel contenu et quelle régularité
- Quel effet du système de motivation des ASC sur les résultats du Programme ?
- Les enfants nés dans les structures de santé sont-ils systématiquement référés aux centres d'état civil pour enregistrement et établissement d'acte de naissance ?
- En quoi, les situations d'urgence sur les frontières Est et Nord ont-elles affecté les orientations stratégiques du Programme ?
- En quoi le Programme santé a-t-il renforcé les capacités de pilotage, de coordination et de suivi des instances régionales et opérationnelles du Ministère de la santé ?
  - Quel est l'effet du programme sur le système d'information sanitaire ? (collecte analyse)

- En quoi le Programme santé a-t-il renforcé les capacités de pilotage, de coordination et de suivi des bureaux de zones de l'UNICEF ?

#### **4. Efficience du Programme**

- Les ressources dépensées ont-elles servi à temps et de manière la plus efficace à l'acquisition et à la distribution des intrants essentiels aux sous composantes ?
- Y a-t-il eu des insuffisances dans les prévisions (gaspillage, péremption) ou dans les stockages (destruction, mauvaise qualité) ?
- Les circuits de distribution ont-ils été équitables et efficaces ?

#### **5. Durabilité du Programme**

- Quelles sont les interventions ne nécessitant plus l'appui de l'UNICEF ?
- Quelles sont les interventions qui restent totalement ou partiellement dépendantes de l'appui de l'UNICEF ?
- Aurait-on pu procéder autrement afin de minimiser cette dépendance de l'appui de l'UNICEF ?
- Dans quelle mesure les interventions appuyées par l'Unicef dans le cadre de la réponse aux urgences a prévu le passage de l'urgence au développement ?

#### **6. Genre et équité dans le Programme**

- Le programme a-t-il cherché à mieux caractériser et cartographier l'exclusion par sous-composante ?
- Quelles interventions, actions ou mesures ont été planifiées en vue d'assurer un accès des services essentiels SMNI aux ménages les plus vulnérables (non couverts par le système de santé) ?
- Comment la question du genre a été prise en compte dans les planifications des sous-composantes ?
- Comment les mécanismes de participation communautaires ont-ils fonctionné dans les zones d'intervention ? Quel a été le niveau de prise en compte du genre ?
- Y avait-il des comités formels ou d'autres instruments formalisant cette approche communautaire ?
- Quel a été le niveau de participation des personnes handicapées et autres personnes socialement marginalisées ?

#### **7. Partenariat autour du Programme le Programme**

- Quels mécanismes de coordination ont été mis en place et à quel niveau ?
- Comment ces mécanismes de coordination ont-ils favorisé la complémentarité et la synergie des interventions des acteurs au niveau central et régional ?
- Quel est le rôle joué par l'UNICEF dans la mise en place, le pilotage et la pérennisation de ces mécanismes ?
- Le Programme a-t-il permis de mener un plaidoyer à tous les niveaux en faveur d'un recentrage autour des interventions à haut impact sur la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ?
- Le Programme avait-il en son sein une thématique ciblant le partage et la diffusion des bonnes pratiques en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ?
- Le Programme disposait-il d'une entité ou d'un service dédié à la documentation, au partage et à la diffusion des bonnes pratiques en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ?
- Le Programme a-t-il organisé, ou facilité l'organisation de rencontres d'échange d'expériences
- Quel appui le programme a apporté aux processus de décentralisation ou de déconcentration du pays ?

#### **8. Recommandations**

- Quelles recommandations seraient-elles pertinentes pour le programme futur ?

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour votre patience.

Nous souhaiterions revenir vous voir en cas de besoin pour préciser certains aspects.

## **ÉVALUATION DU PROGRAMME SANTÉ UNICEF CAMEROUN**



## GUIDE D'ENTRETIEN / FOCUS GROUP DISCUSSION

### *Groupes cibles:*

- *Agents de santé communautaire & assimilés*

### **Mot d'introduction**

Commencer par vous présenter : Mme/M. ...., Consultant BAC-Santé.

Nous vous rencontrons dans le cadre d'une évaluation indépendante du Programme santé de l'UNICEF.

A cet effet, nous voudrions recueillir vos avis sur un ensemble d'aspects liés à ce Programme, en vous précisant que nous sommes totalement indépendants de l'UNICEF et en vous garantissant la confidentialité pour vos propos.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénients, l'enregistrement de notre échange nous garantit la fiabilité de leur prise en compte, et nous voudrions pour cela votre accord.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour le temps que vous nous accorderiez

1. (En quoi consiste votre travail en tant qu'ASC) Depuis quand êtes-vous un agent de santé communautaire? Qui vous a choisi ou désigné? (Comment êtes-vous devenu ASC) Êtes-vous satisfait de votre situation? (En quoi consiste votre travail d'ASC) (Qu'est-ce qui vous encourage à faire ce travail) Êtes-vous motivé pour votre travail? Si oui, comment? Si non, pensez-vous que le bénévolat est durable?

Est-ce qu'il existe une bonne coordination entre vous et le centre de santé ? si non quelles sont les difficultés liées à cette absence de coordination ?

2. (Quels sont les besoins des populations d'ici en matière de santé ?) Les soins offerts par la structure de santé répondent-ils aux besoins des populations? Si oui, quel a été l'apport du Programme « UNICEF » dans ce sens? Probe : (Quels sont les problèmes de santé dans la localité ? Qu'est-ce qui est fait pour répondre à ces problèmes de santé ? Dans ce qui est fait, quel est l'apport de l'Unicef ?)
3. Avez-vous participé aux campagnes de vaccination polio? Si oui, quand et comment? (Quel a été votre rôle pendant la dernière campagne de vaccination Polio?) Selon vous, ces campagnes ont-elles eu un effet positif ou négatif sur la vaccination de routine (régulière dans les structures de santé)?
4. Menez-vous des visites à domicile? Si oui quand et à quelle périodicité? A quoi servent ces visites à domicile?
5. Que pensez-vous de l'intérêt des populations pour la vaccination : augmente-t-il ou au contraire diminue-t-il? S'il diminue, quels sont les principaux facteurs de cette régression? (Est-ce qu'il existe des personnes qui commencent à prendre le vaccin puis arrêtent ? si oui quelles sont les causes)

6. Est-ce que tous les habitants du village ont facilement accès aux soins du centre de santé? Si non, pourquoi? Qu'est-ce qui est fait pour lutter efficacement contre cette exclusion ?
7. Les enfants nés dans les structures de santé sont-ils systématiquement référés aux centres d'état civil pour enregistrement et établissement d'acte de naissance ?
8. Y a-t-il au village un comité de santé communautaire ? La communauté est-elle représentée dans ce comité? Ce comité est-il utile pour la communauté? Si oui, comment ? (Effectivité, fonctionnalité et efficacité)
9. Est-ce qu'il existe les cas de mortalités néonatales et périnatales dans la communauté, si oui quels sont les facteurs ?

**Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour votre patience.**

**Nous souhaiterions revenir vous voir en cas de besoin pour préciser certains aspects.**

## ÉVALUATION DU PROGRAMME SANTÉ UNICEF CAMEROUN

### GUIDE D'ENTRETIEN / FOCUS GROUP DISCUSSION

#### Groupes cibles:

- *Femmes en grossesse et femmes allaitantes*
- *Pères d'enfants de moins de 5 ans*
- *Adolescents et jeunes*

#### Mot d'introduction

Commencer par vous présenter : Mme/M. ...., Consultant BAC-Santé.

Nous vous rencontrons dans le cadre d'une évaluation indépendante du Programme santé de l'UNICEF.

A cet effet, nous voudrions recueillir vos avis sur un ensemble d'aspects liés à ce Programme, en vous précisant que nous sommes totalement indépendants de l'UNICEF et en vous garantissant la confidentialité pour vos propos.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénients, l'enregistrement de notre échange nous garantit la fiabilité de leur prise en compte, et nous voudrions pour cela votre accord.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour le temps que vous nous accorderiez.

10. Est-ce que vous connaissez l'Unicef ? Si oui, quelles sont actions que vous avez remarquées de l'Unicef dans la communauté ? Quels sont les cas d'intervention de l'Unicef que vous avez vécu ?
11. Quel est l'hôpital où vous allez souvent quand vous êtes malade ou quand vous partez faire soigner un de vos proches.
12. Avez-vous bénéficié de soins à domicile ou dans le centre de santé ou à l'hôpital? Si oui, êtes-vous satisfait du service offert? Avez-vous été bien accueilli? Quel degré de satisfaction des populations des services offerts ?
- S'il s'agit d'une femme en grossesse ou allaitante, discuter des grossesses précédentes et de l'accouchement, de la vaccination des éventuels enfants et d'une éventuelle distribution de moustiquaire.
  - S'il s'agit d'un Père d'enfant, discutez de l'accès géographique et financier des services offerts, ainsi que des soins offerts à sa conjointe et à son ou ses enfants.
  - S'il s'agit d'un jeune ou d'un adolescent, discutez de l'accueil et des services adaptés aux besoins des jeunes.
13. Est-ce que vous connaissez la campagne polio ? Si oui, quelle est la structure ou l'organisation qui pourvoit cette campagne dans la communauté? Avez-vous bénéficié ou participé à une campagne de polio? Si oui, qu'est-ce qu'elle a apporté de bon pour la santé des petits enfants? Avec ces campagnes, les mères ont-elles besoin d'aller vacciner leurs enfants au centre de santé?
14. Votre ménage a-t-il bénéficié de la visite d'un agent de santé communautaire? Si oui quand et à quelle périodicité? Que vous a apporté cet agent durant cette visite? (De façon précise, qu'est-ce qu'ils vous ont dit ou apporté de nouveau et de remarquable dans le domaine de la santé).
15. Est-ce que la vaccination est nécessaire? Si oui, pour qui : les enfants? De quel âge? Les femmes? À quelle période? Les femmes dans votre communauté amènent-elles leurs enfants se vacciner au centre de santé? Si non, pourquoi ?
16. Est-ce que tous les habitants du village ont facilement accès aux soins du centre de santé? Si non, pourquoi? Qu'est-ce qui est fait pour lutter efficacement contre cette exclusion ?
17. Y a-t-il un agent de santé communautaire dans votre village? Si oui, pensez-vous nécessaire qu'il reçoive une motivation? Financière ou matérielle? Qui devrait payer ou donner cette motivation?
18. Les enfants nés dans les structures de santé sont-ils systématiquement référés aux centres d'état civil pour enregistrement et établissement d'acte de naissance ? si non pourquoi ?
19. Y a-t-il au village un comité de santé communautaire ? La communauté est-elle représentée dans ce comité? Ce comité est-il utile pour la communauté? Si oui, comment ? (Effectivité, fonctionnalité et efficacité)
20. Est-ce qu'il existe les cas de mortalités néonatales et périnatales dans la communauté, si oui quels sont les facteurs ?

**Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour votre patience.**

**Nous souhaiterions revenir vous voir en cas de besoin pour préciser certains aspects.**

## GUIDE D'OBSERVATION

### Destiné aux équipes de terrain pour l'observation au sein communautés, formations sanitaires et personnels de santé

#### **Pratiques de santé de l'enfant observées en communauté et recours aux soins**

- Les Agents de santé communautaires sont-ils actifs dans la communauté ?
- Le relais communautaire ou la formation sanitaire sont-ils les premières sources auxquels les ménages recourent quand un enfant présente un problème de santé ?
- A-t-on observé des cas de préférence des pratiques recommandées par les traditions en lieu et places du recours aux structures de santé ?
- Prendre le maximum de photos qui illustrent les observations

#### **Formations sanitaires**

- Existe-t-il des affiches ou autres éléments visibles qui témoignent de l'intervention Programme ?
- L'infrastructure présente-t-elle des signes visibles de vétusté ou de dégradation précoce ?
- Les équipements donnés par le Programme sont-ils visibles ?
- Ces équipements sont-ils installés ?
- Quel est l'état général de fonctionnement ?
- Des pannes ont-elles été mentionnées ?
- Les pratiques minimales d'hygiène ont-elles été observées dans l'institution bénéficiaires ?
- Les documents des normes et standards élaborés avec l'appui du Programme ont-ils été vus dans l'institution ?
- A-t-on observé des clients au sein de la formation sanitaire au moment du passage des équipes de collecte des données ?
- Quelques pratiques recommandées ont-elles été observé chez les personnels ?
- Que peut-on dire des relations clients – prestataires au sein de cette formation sanitaire ?
- Prendre le maximum de photos qui illustrent les observations

## Annexe 6 : Interventions à haut impact

Catégorie	Contenu du paquet	Pyramide de l'échelle sanitaire	Paquet offert par le Programme	Accessibilité aux informations pendant l'évaluation
Soins familiaux / communautaire	1. Soins de nouveau-né et soins spéciaux pour les petits-poids de naissance	Communautaire	Toutes	Collectée
	2. Allaitement précoce, exclusive et prolongé + alimentation complémentaire	Communautaire	Aucune	Non collectée
	3. Utilisation des moustiquaires traitées avec insecticide, eau potable, utilisation des latrines et pratiques d'hygiène	Communautaire	Uniquement MILDA	Collectée
	4. Réhydrations orale avec Zinc pour la diarrhée	Communautaire	Toutes	Collectée
	5. Prise en charge communautaire de la pneumonie, de la malaria, des infections respiratoires et de la malnutrition sévère sans complications	Communautaire	Toutes à l'exception de malnutrition	Collectée
	6. Prévention HIV/SIDA ; Soins et appui pour les orphelins	Communautaire	Aucune	Non-collectée
Services programmables orientés vers la population	7. Supplémentations avec des Micronutriments	CMA/CSI/HD/HR	Aucune	Non-collectée
	8. Immunisation des enfants et des mères	CMA/CSI/HD/HR	Toutes	Collectée
	9. Soins prénatales et postnatales	CMA/CSI/HD/HR	Toutes	Collectée
	10. Planning familiale	CMA/CSI/HD/HR	Aucune	Non-collectée
	11. Prévention transmission HIV Mère –Enfant	CMA/CSI/HD/HR	Aucune	Non-collectée
Services non programmables orientés vers l'individu	12. Soins qualifiés pendant l'accouchement	CMA/CSI/HD/HR	Toutes	Collectée
	13. Prise en charge de diarrhée, pneumonie, malaria, infections néonatales malnutrition sévère, très petit poids de naissance, HIV/SIDA et la tuberculose	CMA/CSI/HD/HR	Toutes à l'exception du VIH	Collectée pour la prise en charge des diarrhées
	14. Soins obstétricaux en néonataux d'urgence	CMA/CSI/HD/HR	Toutes	Collectée

## Annexe 7 : Références bibliographiques

- Aperçu réalisation Extrême-Nord décembre 2017.
- Base de données NU CAMEROUN.
- Cameroon\_Investment\_Case\_2017-2020.
- Cameroon-UNDAF\_2018-2020.
- Cameroun\_WHO\_UNICEF\_JRF\_2017\_FR\_AFRO.
- Christophe Lejeune (2014), Manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer
- CPAP 2013-2017 CMR UNICEF-Final-31\_03\_13.
- Déclaration pec communautaire de la MAS- OMS UNICEF PAM.
- Descriptif Programme Unicef Cameroun 2013-2017.
- JRF\_data\_pour\_2012\_français\_AFR\_Final du 21-03-2013.
- JRF\_data\_pour\_2013\_français\_AFRO\_version Finale du 11 avril 2014.
- JRF\_data\_pour\_2014\_français AFR-version du 11-04-2015.
- Manuel situation urgences UNICEF.
- Matrice mortalité infanto-juvenile\_NU\_Cameroun.
- Michael Quinn Patton (2014), Qualitative Research & Evaluation Methods, Fourth Edition
- MINSANTE – UNICEF (2017), Guide de prise en charge du nouveau-né
- MINSANTE – UNICEF (2017), Politique Nationale de Santé Communautaire
- MoU Plan Transition Polio.
- ND\_PTA\_06042015.
- NU\_CAMER\_Trends in maternal mortality 1990-2010
- NU\_CAMEROUN\_PROJECTIONS AU 1er JUILLET 2018-2020
- Plan Atténuation des risques.
- Plan de communication Transition Polio.
- Plan de développement des capacités et gestion des RH.
- Plan de plaidoyer et mobilisation des ressources Transition Polio.
- Plan de transition Polio\_Complet\_Nov\_2017.
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020.
- PNDS 2001-2015\_

- PNDS 2016 - 2027
- Point d'Action Débriefing de la Revue Annuelle Bertoua Nov 2018
- Présentation PP: EST\_Final\_OBRA\_debriefing\_13 novembre.
- Présentation PP: Examen interne des conclusions de la RMP 2015-santé.
- PTA 2013
- PTA 2014
- PTA 2016
- PTA 2017
- PTA 2018
- PTG Régional 2018 - 2020 - Adamoua
- PTG Régional 2018 - 2020 - Est
- RAM 2016.
- RAM 2017.
- RAM 2015
- RAM-SJE-2013.
- Rapport 100 indicateurs santé Cameroun 2017
- Rapport 2016 du SNU CAMEROUN.
- Rapport Annuel\_2017\_
- Rapport d'Activités PEV 2011
- Rapport d'Activités PEV 2012
- Rapport d'Activités PEV 2013
- Rapport de la Réunion du comité de suivi du Forum à l'est
- Rapport de l'analyse de l'équité vaccinale au CAMEROUN-2018.
- Rapport d'évaluation de la SSS 2001-2015.
- Rapport EDS-MICS 2011
- Rapport final CNS 2013
- Rapport général atelier PTG EST-Adamaoua
- Rapport General RMP 2015
- Rapport MICS 2014

- Rapport Commissions Sectorielles
- Recommandations forum décembre 2015 - Est
- Renforcement capacité cycle 2013-2017
- Résumé et business Plan de Transition Polio.
- Résumé Enquête anthropologique SNN CAMER
- RMP 2015
- RMP UNDAF CAMEROUN 2015.
- Schéma du Cadre de résultats 2015
- Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027
- SUE C. Funnel, Patricia J. Rogers (2011), Purposeful Program Theory: Effective use of theories of change and logic models
- Sharan B. Merriam (2009), Qualitative Research, a guide to design and implementation
- Synthèse de l'Analyse de la Situation.
- WHO\_UNICEF\_JRF\_2016\_FR\_AFR\_VF\_V du 30-03-2017



## **Annexe 7 : Informations sur l'équipe d'évaluation**

- Dr HAMED Mohamed Nedhirou, Consultant principal, expert en évaluation basée sur l'évidence, Coordinateur de l'équipe.
- Dr DIOP Cheikh Oumar, Consultant international associé, Spécialiste en gestion du système de santé.
- Dr ANNE Ahmed Tidjane, Consultant international associé, Spécialiste en santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile.
- Dr SOCPA Antoine, Consultant national associé, Spécialiste en recherche qualitative.

## Annexe 8 : Matrice d'évaluation

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
<b>1. Pertinence</b>			
Dans quelle mesure les interventions sanitaires du CPD de l'UNICEF ont été développées pour répondre aux besoins essentiels des groupes de populations dont ils étaient censés servir ?	Les stratégies du CPD sont-elles en cohérence avec les documents stratégiques nationaux de santé (stratégie sectorielle de santé, PNDS) ?	Tableau comparatif entre les priorités du CPD et celles de la stratégie sectorielle et/ou du PNDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie sectorielle</li> <li>• PNDS</li> <li>• CPD</li> </ul>
	Les besoins sanitaires des enfants et des femmes dans les zones d'intervention étaient-ils bien connus au démarrage du programme ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalités maternelle, néonatale et infanto-juvénile</li> <li>• Prévalence respective des principales causes de mortalité et de morbidité chez l'enfant et la mère</li> <li>• Couvertures en interventions à haut impact chez l'enfant dans les zones d'intervention (vaccination, MILDA, PEC des cas de palu, de diarrhée et d'IRA, ...)</li> <li>• Couvertures en interventions à haut impact chez les femmes enceintes et accouchées dans les zones d'intervention (CPN, TPI, VAT, AA, CPoN, PTME)</li> <li>• Appréciation de la pertinence par les acteurs et les bénéficiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDS et MICS</li> <li>• Rapports d'enquêtes épidémiologiques</li> <li>• Rapports d'enquêtes de couverture : vaccinale, palu, PCIME, SRMNEA</li> <li>• Rapports d'activités des programmes et des régions</li> <li>• Rapport d'évaluation à mi-parcours</li> <li>• Rapports d'activités des intervenants de mise en œuvre</li> <li>• Annuaires statistiques et Données du SNIS</li> <li>• Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>• Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>• Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>• Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	La matrice programmatique du « CPD-santé » est-elle conforme aux besoins prioritaires des enfants dans les zones d'intervention ?	Tableau comparatif entre indicateurs de la situation de base et indicateurs de la matrice du CPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrice des indicateurs du CPD</li> <li>• Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> </ul>
Dans quelle mesure les sous composantes du programme sont mises en œuvre selon une approche coordonnée ?	Les sous composantes du Programme santé sont-elles complémentaires dans la prise en compte des besoins des enfants dans les zones d'intervention (Complémentarité thématique et géographique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie des interventions par sous-composante et par zone sanitaire ou district de santé</li> <li>• Proportion de zones sanitaires ou districts de santé où tout le paquet « infantile » (vaccination, MILDA, PCIME, ARV pédiatrique) est mis en œuvre.</li> <li>• Proportion de zones sanitaires ou districts de santé où tout le paquet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrice des interventions du CPD</li> <li>• Matrices des plans de travail annuels</li> <li>• Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>• Rapports d'activités des intervenants de mise en œuvre</li> <li>• Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>• Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>• Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
		« maternel » (CPN avec VAT, TPI et PTME ; AA ; CPoN) est mis en œuvre	
	L'approche de pilotage et de mise en œuvre des sous-composantes a-t-elle prévu les mécanismes garantissant une coordination efficace lors de leur mise en œuvre ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste et brève description des comités de coordination mis en place lors de la programmation, de la mise en œuvre ou du suivi</li> <li>Existence de notes, TDR ou autre document formalisant les mécanismes de coordination entre sous-composantes</li> <li>Dates, ordres du jour et PV de réunions tenues entre responsables de sous-composantes</li> <li>Appréciations de la coordination à différents niveaux par les acteurs et les bénéficiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Textes mettant en place les Comités du programme à différents niveaux</li> <li>TDR des comités et autres entités de pilotage et de mise en œuvre</li> <li>PV des réunions tenues dans le cadre du Programme</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
	En préparation de la mise en œuvre, la micro-planification était-elle conjointe ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence de TDR ou de tout document décrivant le processus de planification du programme en général, et du programme santé en particulier</li> <li>Appréciation du processus de planification par les acteurs du secteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TDR ou document décrivant le processus de planification du programme</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
	Lors de la mise en œuvre, quel est le niveau d'intégration des interventions de santé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartographie des activités par sous-composante et par zone sanitaire ou district de santé</li> <li>Existence de missions conjointes de suivi de deux ou plusieurs sous-composantes</li> <li>Existence de rapport conjoint d'activité entre deux ou plusieurs sous-composantes</li> <li>Appréciation de l'intégration de la mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matrice des interventions du CPD</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> <li>Rapports d'activités des intervenants de mise en œuvre</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
<b>2. Efficacité</b>			
Dans quelle mesure les différentes activités du Programme santé de l'enfant de l'UNICEF ont atteint leurs	Les résultats du Programme santé étaient-ils précis, clairement définis et mesurables ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Précision et mesurabilité des résultats par sous-composante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matrice de résultats du CPD</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les intervenants de mise en œuvre</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
résultats attendus pour la période 2013-2017 ?	Quelle est la tendance d'évolution des principaux indicateurs de santé infanto-juvénile ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mortalité néo-natale de 2013 à 2017</li> <li>Mortalité infantile de 2013 à 2017</li> <li>Mortalité infanto-juvénile de 2013 à 2017</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports d'enquêtes MICS ou EDS</li> </ul>
	Les enfants de moins d'un an ont-ils bénéficié de la couverture vaccinale adéquate ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés</li> <li>Taux de couverture vaccinale annuelle (de 2013 à 2017) en Penta chez les moins d'un an</li> <li>Couverture vaccinale en Penta chez les moins d'un an dans chaque district en 2017</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de suivi des activités du PEV</li> <li>Données SNIS sur la vaccination</li> <li>Rapports d'enquêtes de couverture vaccinale</li> <li>Rapports des missions de suivi</li> </ul>
	Quel effet la réponse « polio » a-t-elle eu sur la vaccination de routine ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identification des campagnes menées en réponse à l'épidémie</li> <li>Zones couvertes par les campagnes polio</li> <li>Effet du financement des campagnes polio sur la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination de routine</li> <li>Appréciation des prestataires à différents niveaux de l'effet des campagnes polio sur l'offre et la demande des services de vaccination de routine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de campagnes polio</li> <li>Rapports vaccination (RMA)</li> <li>Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	Les femmes et les enfants de moins de 5 ans dorment-ils sous MILDA ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILDA</li> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) de femmes enceintes qui dorment sous une MILDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports des campagnes de distribution des MILDA</li> <li>Rapports d'enquêtes sur le paludisme</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports des missions de suivi et de gestion des stocks</li> </ul>
	Comment l'incidence du paludisme a-t-elle évolué chez les moins de 5ans ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incidence annuelle ou nombre de cas annuels (de 2013 à 2017) du paludisme chez les moins de 5ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports d'enquêtes sur le paludisme</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Données du SNIS sur le paludisme</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> </ul>
	Les femmes enceintes bénéficient-elles des 4 CPN prévues ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Données du SNIS sur les CPN</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> </ul>
	Les femmes enceintes suivies ont-elles bénéficié de 2 doses de TPI contre le paludisme ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) de femmes enceintes ayant reçues au moins deux doses de TPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports d'enquêtes sur le paludisme</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Données du SNIS sur les CPN</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Données du SNIS sur le paludisme</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> </ul>
	Les femmes enceintes suivies ont-elles bénéficié au moins de 2 doses de VAT ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) de femmes enceintes vaccinées (VAT 2 et +) contre le tétanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de suivi des activités du PEV</li> <li>Données du SNIS sur les CPN</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> </ul>
	Les femmes séropositives et leurs enfants ont-ils bénéficié d'ARV?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) d'enfants éligibles mis sous ARV</li> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) de femmes enceintes séropositives mises sous ARV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de suivi des activités de PTME</li> <li>Données SNIS sur la PTME</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> </ul>
	Les femmes enceintes ont-elles bénéficié d'accouchement assisté par un personnel qualifié ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) d'accouchements effectués par un personnel de santé qualifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de suivi des activités en faveur des AA</li> <li>Données du SNIS sur les AA</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> </ul>
	Quelle est la répartition des accouchements en fonction du mode de naissance ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) d'accouchements eutociques</li> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) d'accouchements dystociques</li> <li>Taux annuel (de 2013 à 2017) de césarienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de suivi des activités en faveur des AA</li> <li>Données du SNIS sur les AA</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> </ul>
	Les accouchées ont-elles bénéficié de suivi post-natal ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) de femmes en post partum ayant bénéficié d'au moins 01 consultation post natale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Données du SNIS sur les CPoN</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> </ul>
	Les décès maternels ont-ils été systématiquement audités ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de structures offrant l'accouchement, et assurant un audit des décès maternels</li> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) de décès maternels audités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de suivi des décès maternels</li> <li>Registres des décès maternels</li> <li>Rapports des audits des décès maternels</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> <li>Entretiens avec les responsables et personnels de santé sur le terrain</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau régional</li> </ul>
	Les districts de santé assurent-ils une PCIMNE aux enfants vus dans ces structures ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (de 2013 à 2017) de districts de santé assurant une PCIMNE aux enfants malades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de suivi des activités de PCIMNE</li> <li>Registres de PEC des enfants malades</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> <li>Entretiens avec les responsables et personnels de santé sur le terrain</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau régional</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
	Quelle est la couverture géographique des aires de santé en SONEUB ? en SONEUC ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (en 2013 et en 2017) d'aires de santé offrant les SONEUB</li> <li>Proportion annuelle (en 2013 et en 2017) d'aires de santé offrant les SONEUC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports de missions de suivi</li> <li>Rapports d'enquêtes SONU</li> <li>Entretiens avec les responsables et personnels de santé sur le terrain</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau régional</li> </ul>
	Les hôpitaux de district offrent-ils des SONEUC ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion annuelle (en 2013 et en 2017) d'hôpitaux de districts offrant les SONEUC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de missions de suivi</li> <li>Rapports d'enquêtes SONU</li> <li>Entretiens avec les responsables et personnels de santé sur le terrain</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau régional</li> </ul>
	Les hôpitaux régionaux offrent-ils des SONEUC ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre annuel (en 2013 et en 2017) d'hôpitaux régionaux offrant les SONEUC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de missions de suivi</li> <li>Rapports d'enquêtes SONU</li> <li>Entretiens avec les responsables et personnels de santé sur le terrain</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau régional</li> </ul>
	Les ménages bénéficient-ils de visites d'ASC à domicile ? Quel contenu et quelle qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion actuelle de ménages enquêtés ayant bénéficié de visites d'ASC à domicile</li> <li>Appréciation par les ménages des visites d'ASC (pertinence, régularité, utilité)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau régional</li> </ul>
	Quel intérêt les populations accordent à la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolution de la couverture vaccinale</li> <li>Perception des populations de l'apport de la vaccination</li> <li>Principaux obstacles à la vaccination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport des enquêtes de couverture vaccinale</li> <li>Rapport mensuel d'activités</li> <li>Entretien avec les bénéficiaires</li> </ul>
	Quel effet du système de motivation des ASC sur les résultats du Programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des systèmes de motivation mis en œuvre</li> <li>Perception des ASC de la motivation perçue</li> <li>Apport de la communauté à la motivation des ASC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>Entretiens avec les ASC</li> <li>Entretiens avec les responsables et personnels de santé sur le terrain</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau régional</li> <li>Entretiens avec autres intervenants</li> </ul>
	Les enfants nés dans les structures de santé sont-ils systématiquement référés aux centres d'état civil pour enregistrement et établissement d'acte de naissance ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion enfants nés dans les structures de santé et inclus dans l'échantillon ayant été référés aux centres d'état civil pour enregistrement et établissement d'acte de naissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>Entretiens avec les responsables et personnels de santé sur le terrain</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau régional</li> </ul>
	Quel degré de satisfaction des populations des services offerts ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Degré d'implication des communautés dans la gestion de leur santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports d'enquêtes de satisfaction</li> <li>Entretiens avec les bénéficiaires</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Degré de satisfaction des services de santé maternelle, néonatale et infantile</li> </ul>	
Dans quelle mesure les questions relatives aux enfants abordées dans ces politiques différent-elles de ce qui s'était passé avant le début de la mise en œuvre en 2013?	Y a-t-il eu un changement stratégique dans les réponses apportées aux problèmes de santé des enfants ? Qu'est ce qui a validé ces changements ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Principaux problèmes de santé des enfants au démarrage (2013), à mi-parcours (2015) et en fin de programme (2017)</li> <li>Principales priorités stratégiques au démarrage (2013), à mi-parcours (2015) et en fin de programme (2017)</li> <li>Principaux facteurs/arguments responsables des éventuels changements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document du CPD</li> <li>PTAs successifs (2013 à 2017)</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
	En quoi, les situations d'urgence sur les frontières Est et Nord ont-elles affecté les orientations stratégiques du Programme ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bref historique des principaux déplacements de populations sur les trois frontières</li> <li>Corrélation entre changements opérés (voir ci-dessus) et principaux phénomènes migratoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> <li>Entretiens avec les intervenants de mise en œuvre</li> </ul>
Quels sont les avantages comparatifs du programme et la valeur ajoutée en termes de contribution au renforcement des capacités tant au niveau national, régional ou local?	En quoi le Programme santé a-t-il renforcé les capacités de pilotage, de coordination et de suivi des instances centrales du Ministère de la santé et de l'UNICEF ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartographie des formations réalisées au profit des cadres des instances centrales du Ministère de la santé par domaine, par niveau (central, régional) et par entité</li> <li>Part des dépenses pour renforcement des capacités et du fonctionnement des instances du Ministère de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de supervision</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	En quoi le Programme santé a-t-il renforcé les capacités de pilotage, de coordination et de suivi des instances régionales et opérationnelles du Ministère de la santé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de rencontres, ateliers, réunions ou missions de supervision organisées avec l'appui du Programme</li> <li>Analyse du SIS au niveau opérationnel</li> <li>Effet du DHIS 2 sur la complétude et la qualité des données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de supervision</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	En quoi le Programme santé a-t-il renforcé les capacités de pilotage, de coordination et de suivi des bureaux de zones de l'UNICEF ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre et nature des formations bénéficiant aux équipes des bureaux de zones</li> <li>Coûts de fonctionnement des bureaux de zones</li> <li>Nombre et nature des missions de supervision formatives organisées au bénéfice de ces bureaux de zones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de supervision</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
	En quoi le Programme santé a-t-il renforcé les capacités des prestataires des niveaux opérationnels ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse du processus d'identification des bénéficiaires de formation</li> <li>Nombre et nature des formations bénéficiant aux prestataires</li> <li>Effet des formations reçues sur l'amélioration des services offerts aux populations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretiens avec les prestataires</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
<b>3. Efficience</b>			
Quel a été le coût des ressources humaines et des approvisionnements et logistiques, et ce coût est-il raisonnable au regard d'interventions similaires dans ces zones ?	Quelles ressources ont été mobilisées, engagées et dépensées par sous-composante ?	Ressources mobilisées, engagées et dépensées par sous-composante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>Plans de mobilisation des ressources</li> <li>Plans annuels d'activités</li> <li>PCAs signés</li> <li>Rapports financiers de mise en œuvre</li> <li>Données du système de gestion VISION</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours</li> </ul>
	Quelle a été la part des ressources dépensée en faveur du développement des ressources humaines par sous-composante ? Cette dépense était-elle pertinente ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montant des ressources dépensées en faveur du développement des ressources humaines par sous-composante</li> <li>Appréciation de la dépense en faveur du développement des ressources humaines par les acteurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>Plans de mobilisation des ressources</li> <li>Plans annuels d'activités</li> <li>PCAs signés</li> <li>Rapports financiers de mise en œuvre</li> <li>Données du système de gestion VISION</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours</li> </ul>
	Quelle a été la part des ressources dépensée pour les approvisionnements par sous-composante ? Cette dépense était-elle pertinente ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montant des ressources dépensées en faveur des approvisionnements par sous-composante</li> <li>Appréciation de la dépense en faveur de l'acquisition des intrants par les acteurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>Plans de mobilisation des ressources</li> <li>Plans annuels d'activités</li> <li>PCAs signés</li> <li>Rapports financiers de mise en œuvre</li> <li>Données du système de gestion VISION</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours</li> </ul>
	Quelle a été la part des ressources dépensée pour l'acquisition de la logistique par sous-composante ? Cette dépense était-elle pertinente ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montant des ressources dépensées en faveur des équipements par sous-composante</li> <li>Montant des ressources dépensées en faveur de la logistique roulante par sous-composante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>Plans de mobilisation des ressources</li> <li>Plans annuels d'activités</li> <li>PCAs signés</li> <li>Rapports financiers de mise en œuvre</li> <li>Données du système de gestion VISION</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours</li> </ul>
Les approvisionnements et distributions des fournitures ont-ils été effectués en temps	Les ressources dépensées ont-elles été mises en place à temps pour l'acquisition et la	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantités acquises en intrants essentiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports d'acquisitions des approvisionnements et des équipements</li> <li>Rapports de suivi des stocks</li> </ul>



Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
opportun ? Les ressources mobilisées ont-elles été converties en résultats attendus à temps et de la manière la plus rentable ?	distribution des intrants essentiels aux sous composantes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantités rendues disponibles jusqu'au niveau opérationnel</li> <li>Nombre, niveau et durée de ruptures de stocks</li> <li>Quantités en intrants essentiels périmés</li> <li>Délais de livraison (délai entre acquisition nationale et livraison au point d'utilisation ou de distribution)</li> <li>Appréciation des acteurs de la santé quant à la rapidité et à l'efficacité des acquisitions et des distributions</li> <li>Apprécier le système d'archivage des pièces justificatives</li> <li>Vérifier le niveau d'application des recommandations des audits financiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports des missions de suivi</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
	Y a-t-il eu des insuffisances dans les prévisions (gaspillage, péremption) ou dans les stockages (destruction, mauvaise qualité)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantités acquises en intrants en fonction de besoins théoriques des populations cibles</li> <li>Analyse du système d'approvisionnement et de distribution</li> <li>Identification des ruptures de stocks et analyse de leurs causes éventuelles</li> <li>Proportion d'intrants périmés</li> <li>Qualité des stockages à différents niveaux</li> <li>Appréciation des bénéficiaires de la pertinence des intrants distribués et de l'équité dans les distributions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de missions de suivi</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> </ul>
	Les circuits de distribution ont-ils été équitables et efficaces ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Description des circuits de distribution</li> <li>Accès des populations cibles aux points de distribution ou d'utilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles été conçues de sorte que leur mise en œuvre pourrait continuer sans l'appui de l'UNICEF une fois le cycle du programme terminé?	Quelles sont les interventions ne nécessitant plus l'appui de l'UNICEF ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interventions ayant bénéficié d'un appui direct de l'UNICEF et celles n'ayant bénéficié que d'un appui indirect de l'UNICEF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de suivi</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
	Quelles sont les interventions qui restent totalement ou partiellement dépendantes de l'appui de l'UNICEF ?		

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
	<p>Dans quelle mesure les interventions appuyées par l'UNICEF dans le cadre de la réponse aux urgences ont prévu un passage de l'urgence au développement ?</p> <p>Aurait-on pu procéder autrement afin de minimiser cette dépendance de l'appui de l'UNICEF ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions encore totalement ou partiellement dépendantes de l'appui de l'UNICEF</li> <li>• Modalités de passage de l'urgence au développement</li> <li>• Interventions ne nécessitant plus d'appui de l'UNICEF et pouvant être assurées par les services Gouvernementaux</li> <li>• Interventions ne nécessitant plus d'appui de l'UNICEF et pouvant être assurées par les organisations à base communautaire</li> <li>• Interventions ne nécessitant plus d'appui de l'UNICEF et pouvant être assurées par les es familles et les communautés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>• Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
<p>Dans un tel cas, quels sont les avantages générés par les interventions appuyées par l'UNICEF et qui pourraient être soutenus par le Gouvernement, les familles, les communautés ou les organisations à base communautaire ?</p>	<p>Parmi les interventions ne nécessitant plus l'appui de l'UNICEF, lesquelles pourraient être assurées par le Gouvernement et comment ?</p> <p>Parmi celles-ci, lesquelles pourraient être assurées par les organisations à base communautaire et comment ?</p> <p>Parmi celles-ci, lesquelles pourraient être assurées par les familles et les communautés, et comment ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions ayant bénéficié d'un appui direct de l'UNICEF et celles n'ayant bénéficié que d'un appui indirect de l'UNICEF</li> <li>• Interventions encore totalement ou partiellement dépendantes de l'appui de l'UNICEF</li> <li>• Modalités de passage de l'urgence au développement</li> <li>• Interventions ne nécessitant plus d'appui de l'UNICEF et pouvant être assurées par les services Gouvernementaux</li> <li>• Interventions ne nécessitant plus d'appui de l'UNICEF et pouvant être assurées par les organisations à base communautaire</li> <li>• Interventions ne nécessitant plus d'appui de l'UNICEF et pouvant être assurées par les es familles et les communautés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports de suivi</li> <li>• Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>• Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>• Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>• Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>• Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
<b>4. Genre et équité</b>			
<p>Comment les questions de genre et les inéquités sociales</p>	<p>Les questions de genre et d'équité ont-elles été expressément abordées dans le</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grille d'analyse des documents du Programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document de CPD</li> <li>• PTAs</li> <li>• Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
et sanitaires ont été prises en compte par le programme ?	document de référence du programme ? Où et comment ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en compte des questions de genre dans les documents du Programme</li> <li>Bechmarking de la prise en compte du genre dans des interventions similaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports d'évaluation pour programmes similaires d'ailleurs</li> </ul>
	Quelles interventions prennent en compte la question du genre lors de sa mise en œuvre ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grille d'analyse des documents du Programme</li> <li>Prise en compte des questions de genre dans les documents du Programme</li> <li>Bechmarking de la prise en compte du genre dans des interventions similaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>PTAs</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports d'évaluation pour programmes similaires d'ailleurs</li> </ul>
	Le programme a-t-il cherché à mieux caractériser et cartographier l'exclusion par sous-composante ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité d'une cartographie de l'exclusion</li> <li>Liste et description des activités visant à mieux connaître l'exclusion et ses causes</li> <li>Disponibilité de rapport analysant les goulots d'étranglement à l'utilisation des services et les facteurs responsables de cette exclusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PTAs</li> <li>Rapports de mise en œuvre et de suivi</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	Est-ce que les actions du Programme ont permis de toucher les plus vulnérables (non couverts par le système de santé)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolution de l'accès et de l'utilisation des soins en lien avec les principales interventions du Programme (ex : vaccination de routine, MILDA, PCIME, CPN, AA)</li> <li>Accès aux soins par zone sanitaire ou par district de santé (ex : vaccination de routine, MILDA, PCIME, CPN, AA)</li> <li>Accès aux soins essentiels en fonction du quintile de pauvreté (ex : vaccination de routine, MILDA, PCIME, CPN, AA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EDS et MICS</li> <li>Rapports d'enquêtes épidémiologiques</li> <li>Rapports d'enquêtes de couverture : vaccinale, palu, PCIME, SRMNEA</li> <li>Rapports d'activités des programmes et des régions</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports d'activités des intervenants de mise en œuvre</li> <li>Annuaire statistiques et Données du SNIS</li> <li>Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	Quelles interventions, actions ou mesures ont été effectivement mises en œuvre en vue d'assurer un accès des services essentiels SMNI aux ménages les plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grille d'analyse des documents du Programme</li> <li>Liste et brève description des actions ou mesures mises en œuvre dans le but de réduire l'exclusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>PTAs</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Rapports d'évaluation pour programmes similaires d'ailleurs</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
	vulnérables (non couverts par le système de santé)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benchmarking de la lutte efficace contre l'exclusion dans des interventions similaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretiens avec les bénéficiaires</li> <li>• Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>• Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
	Le niveau d'exclusion était-il connu au démarrage du programme ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux soins essentiels du nouveau-né et de l'enfant par zone sanitaire ou district de santé</li> <li>• Principaux facteurs d'exclusion des soins essentiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDS/MICS 2011</li> <li>• MICS 2014</li> <li>• Rapports d'enquêtes ménages</li> <li>• Document CPD</li> <li>• Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>• Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> </ul>
Les personnes handicapées et autres personnes socialement marginalisées ont-elles été effectivement impliquées dans les mécanismes de participation communautaire ?	Comment les mécanismes de participation communautaires ont-ils fonctionné dans les zones d'intervention ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de mécanismes formalisés de participation communautaire au niveau opérationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique / stratégies de santé communautaire</li> </ul>
	Y avait-il des comités formels ou d'autres instruments formalisant cette approche communautaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Degré de participation, niveau de fonctionnement et apports de ces mécanismes de participation communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textes / TDR des comités de participation communautaire</li> </ul>
	Quel a été le niveau de participation des personnes handicapées et autres personnes socialement marginalisées ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Composition détaillée de chaque comité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretiens avec les bénéficiaires</li> </ul>
<b>5. Partenariats</b>			
Dans quelle mesure le programme a-t-il développé des partenariats aux différents niveaux (national, régional, local ou international) avec les organisations de la société civile, le système des Nations Unies, les autres partenaires au développement ou avec le secteur privé afin d'appuyer	Quels mécanismes de coordination ont été mis en place et à quel niveau ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de cadres de coordination</li> <li>• Rôles du Gouvernement et de l'UNICEF</li> <li>• Représentativité de la société civile, de la famille des Nations Unies, des autres partenaires au développement et du secteur privé</li> <li>• Nombre et régularité des réunions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textes / TDR des comités de coordination du Programme</li> <li>• Textes / TDR des comités de coordination entre agences</li> <li>• Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>• Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	Comment ces mécanismes de coordination ont-ils favorisé la complémentarité et la synergie des interventions des acteurs au niveau central, régional et local ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répartition des responsabilités entre membres</li> </ul>	

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
le système de santé et l'offre de services ?	Quel est le rôle joué par l'UNICEF dans la mise en place, le pilotage et la pérennisation de ces mécanismes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilités de l'UNICEF dans l'organisation de la coordination</li> </ul>	
Dans quelle mesure le programme a facilité la production, le partage et la diffusion de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions en santé ?	Le Programme a-t-il permis de mener un plaidoyer à tous les niveaux en faveur d'un recentrage autour des interventions à haut impact sur la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ?	Actions de plaidoyer menées en faveur d'un recentrage autour des interventions à haut impact sur la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>PTAs</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	Le Programme avait-il en son sein une thématique ciblant le partage et la diffusion des bonnes pratiques en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grille d'analyse des composantes et sous composantes du Programme</li> <li>Organigramme de Composante santé au sein de la section survie</li> <li>Existence d'entité/service dédié à la documentation, au partage et à la diffusion des bonnes pratiques en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>PTAs</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	Le Programme disposait-il d'une entité ou d'un service dédié à la documentation, au partage et à la diffusion des bonnes pratiques en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grille d'analyse des composantes et sous composantes du Programme</li> <li>Organigramme de Composante santé au sein de la section survie</li> <li>Existence d'entité/service dédié à la documentation, au partage et à la diffusion des bonnes pratiques en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>PTAs</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>
	Quel appui le programme a apporté aux processus de décentralisation ou de déconcentration du pays?	Appréciations des acteurs à différents niveaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document de CPD</li> <li>PTAs</li> <li>Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>

Question d'évaluation	Question de travail	Indicateurs	Sources et méthodes de collecte pour la période 2013 - 2017
	Le Programme a-t-il organisé, ou facilité l'organisation de rencontres d'échange d'expériences entre Pays de la sous-région et/ou en interne.	Organisation de rencontres/ateliers/réunions d'échange d'expériences entre Pays de la sous-région et/ou en interne	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Document de CPD</li> <li>● PTAs</li> <li>● Rapport d'évaluation à mi-parcours du CPD (2015)</li> <li>● Entretiens avec les responsables centraux et régionaux du Ministère de la santé</li> <li>● Entretiens avec l'équipe UNICEF au niveau central et régional</li> <li>● Entretiens avec les représentants des autres agences</li> </ul>

Annexe 9 : Forces et faiblesses des interactions campagnes polio – vaccination de routine

Domaines de comparaison	Forces	Faiblesses	Conclusion
<b>Approvisionnement en vaccins de qualité</b>	La série de campagnes organisées pour la réponse polio a contribué au renforcement de la logistique de la vaccination de routine	Pas d'amélioration significative de la gestion des vaccins, le niveau des pertes n'a pas considérablement changé	Les campagnes polio n'ont pas permis au système vaccinal national de résorber les problèmes structurels
<b>Logistique</b>	Acquisition des équipements de la chaîne du froid (porte-vaccins, chambres froides, réfrigérateurs solaires), et du matériel roulant (motos, véhicules, camion frigorifique)	La réponse polio n'a pas assez investi dans la création/mise à jour de la capacité de gestion de la logistique	Les équipements acquis dans le cadre des campagnes polio ont boosté la logistique du système vaccinal
<b>Prestation des services</b>	Recherche active des enfants perdus de vue et des enfants « zéro dose », et rattrapage de leur calendrier vaccinal	<i>Les campagnes ont souvent été des opportunités manquées de rattrapage pour la vaccination de routine.</i>	Les campagnes polio ont permis d'apporter le vaccin aux communautés et groupes les moins bien servis
<b>Surveillance épidémiologique</b>	Amélioration de la surveillance et de la recherche active des cas de maladies évitables par la vaccination	L'approche adoptée n'a pas été suffisamment intégratrice. D'autres épidémies telles que la rougeole ont resurgi	Une approche plus intégrée aurait permis à la réponse polio de booster l'ensemble du système vaccinal
<b>Communication</b>	L'appui de l'Unicef lors des campagnes aurait permis l'amélioration de la sensibilisation, de la mobilisation sociale et du plaidoyer en faveur de la vaccination avec implication de différents acteurs : responsables administratifs, traditionnels et religieux, société civile, ONG, media publics, privés et communautaires, sensibilisation des communautés sur les autres maladies évitables par la vaccination	La multiplicité des campagnes a indirectement facilité la propagation de rumeurs de « stérilisation des fillettes » à travers la vaccination : selon un responsable de vaccination dans un hôpital, « <i>les populations se disent que si elles viennent jusqu'à nous sans contrepartie demandée, c'est qu'il y a quelque chose derrière</i> ». Selon un responsable national au MSP « <i>les campagnes dans les écoles ont renforcé les rumeurs d'effet stérilisant de la vaccination auprès des</i>	L'approche de communication adoptée a certes permis de porter la bonne information jusqu'aux couches les plus résistantes mais elle n'a pas su faire face à la désinformation.

Domaines de comparaison	Forces	Faiblesses	Conclusion
		<i>adolescentes, d'où un autre effet sur l'absentéisme des écoliers et des étudiants ».</i>	
<b>Gestion du Programme de vaccination</b>	Amélioration notable de la micro-planification, de la coordination et de la supervision formative de proximité	L'évaluation n'a trouvé que très peu d'évidence de capitalisation des acquis des campagnes. De plus, l'amélioration des outils de collecte des données des campagnes a très peu contribué à l'amélioration de ceux de la vaccination de routine. De plus, le système d'information n'a pas suffisamment concerné le domaine de la gestion des données financières	En dehors de la micro-planification, la réponse polio n'a pas amélioré significativement la gestion des Programmes de vaccination.
<b>Renforcement des capacités et gestion des ressources humaines</b>	Élaboration des plans intégrés de communication, formation en C4D, appui à la surveillance épidémiologique et à la gestion financière	Les campagnes polio exercent une forte pression sur les ressources du système de Santé entraînant parfois des effets désavantageux sur d'autres priorités y compris celle sur la vaccination de routine.	Une bonne intégration des activités de riposte polio dans le calendrier vaccinal permettra de limiter la charge additionnelle sur les ressources humaines surtout dans les zones faiblement dotées.
<b>Financement</b>	L'apport financier pour les campagnes de vaccination a indirectement servi la vaccination de routine	Le financement de la réponse polio a renforcé la dépense vis-à-vis des ressources extérieures. Selon un responsable national de la santé, « <i>les campagnes sont fortement poussées et financées de l'extérieur alors que la routine repose de plus en plus sur l'effort national</i> ».	Le financement de la réponse polio n'a pas aidé à accélérer la marche du pays vers l'indépendance vaccinale. Aussi, la durabilité des acquis n'est pas garantie.