



République du Niger
Fraternité-Travail-Progress
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, DE LA POPULATION ET DES AFFAIRES SOCIALES

unicef 
for every child

ÉVALUATION FORMATIVE DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES DE SURVIE DE L'ENFANT AU NIGER (2019-2021)

RAPPORT FINAL

Evaluation réalisée par :
Cabinet CEERFE

Pr Seni Kouanda : Chef d'équipe
Dr Aloys Zongo : Expert national
Dr Sondé Issaka : Expert national
Dr Halima Boubacar Maïnassara : Experte nationale

Décembre 2023



Table des matières

I. RESUME EXECUTIF	7
II. CONTEXTE DE L'EVALUATION.....	12
2.1. Contexte du programme évalué.....	12
2.2. Statut et besoins des groupes cibles.....	12
2.3. Aspects liés aux droits de l'homme, à l'égalité des sexes et l'équité	12
2.4. Aspects programmatiques et/ou thématiques	13
2.5. Historique de cette évaluation	15
2.6. Approches communautaires mises en œuvre	15
2.7. Données générales de la zone d'intervention	16
2.8. Raisons pour lesquelles l'évaluation a été commanditée	16
III. Objet de l'évaluation	17
3.1. Présentation des interventions	17
3.2. Statut de mise en œuvre.....	18
3.3. La théorie du changement	19
3.4. Rôles et responsabilités des acteurs.....	20
3.5. Cartographie des sites d'interventions appuyés par l'UNICEF.....	24
3.6. Importance de l'évaluation pour l'UNICEF.....	25
IV. But de l'évaluation	26
4.1. But	26
4.2. Utilisateurs et utilisations de l'évaluation	26
V. OBJECTIFS DE L'EVALUATION.....	27
VI. Portée de l'évaluation.....	28
6.1. Portée Thématique.....	28
6.2. Portée Géographique	28
6.3. Portée Chronologique.....	29
VII. CRITERES ET QUESTIONS DE L'EVALUATION.....	29
VIII. METHODOLOGIE	29
8.1. Approche d'évaluation	29
8.2. Méthodes et outils de collecte des données	30
8.2.1. Méthodes de collecte des données	30
8.2.2. Outils de collecte	31
8.3. Stratégies d'échantillonnage.....	32

8.4. Analyse et assurance qualité des données	34
8.4.1. Formation des enquêteurs	34
8.4.2. Supervision et contrôle qualité de la collecte	34
8.4.3. Analyse des données	35
8.5. Considérations éthiques et principes de l'évaluation	35
8.6. Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation	37
IX. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES	39
9.1. Pertinence	39
9.2. Cohérence	42
9.3. Efficacité	44
9.4. Efficience	50
Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.	50
9.5. Durabilité.....	63
9.6. Droits humains, genre et équité.....	66
X. LEÇONS APPRISES	73
XI. CONCLUSIONS FINALES	74
XII. RECOMMANDATIONS	76
XIII. ANNEXES	78

Liste des tableaux

<i>Tableau 1</i> : Présentation succincte de l'objet de l'évaluation	17
<i>Tableau 2</i> : Rôles et responsabilités des principaux acteurs du niveau central.....	20
<i>Tableau 3</i> : Rôles et responsabilités des principaux acteurs du niveau intermédiaire	22
<i>Tableau 4</i> : Rôles et responsabilités des principaux acteurs du niveau district.....	22
<i>Tableau 5</i> : Utilisateurs et utilisation de l'évaluation	26
<i>Tableau 6</i> : Cartographie des zones d'intervention des approches communautaires au Niger	28
<i>Tableau 7</i> : Bilan de la collecte des données	32
<i>Tableau 8</i> : Effectif des RCOM par sexe et des bénéficiaires selon les catégories socio professionnelles ...	33
<i>Tableau 9</i> : Bilan désagrégé de la collecte par sexe et par outil de collecte	33
<i>Tableau 10</i> : Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation.....	37
<i>Tableau 11</i> : Pertinence - Résultats.....	39
<i>Tableau 12</i> : Critères de qualité/performance CAD (sur une échelle de A à D).....	42
<i>Tableau 13</i> : Cohérence – Résultats.....	42
<i>Tableau 14</i> : Critères de qualité/performance CAD (sur une échelle de A à D).....	44
<i>Tableau 15</i> : Efficacité- Résultats	45
<i>Tableau 16</i> : Critères de qualité/performance CAD (sur une échelle de A à D).....	49
<i>Tableau 17</i> : Efficience - Résultats	50
<i>Tableau 18</i> : Répartition des RCOM par district	55
<i>Tableau 19</i> : Situation des RCOM formés pour les 3 interventions dans chaque région.....	55
<i>Tableau 20</i> : Perception sur la charge de travail des relais communautaires	61
<i>Tableau 21</i> : Critères de qualité/performance CAD	63
<i>Tableau 22</i> : Durabilité - Résultats	63
<i>Tableau 23</i> : Critères de qualité CAD.....	65
<i>Tableau 24</i> : Droits de l'Homme, genre et équité - Résultats	66
<i>Tableau 25</i> : Droits humains, genre et équité- Résultats.....	67
<i>Tableau 26</i> : Implication et participation des relais et médiatrices communautaires dans les interventions .	69
<i>Tableau 27</i> : Equité selon les RCOM - Réponses des relais et médiatrices communautaires	71
<i>Tableau 28</i> : Synthèse des recommandations stratégiques	76
<i>Tableau 29</i> : Synthèse des recommandations d'ordre opérationnel.....	77

Liste des figures

Pour la carte de la zone d'intervention, voir <i>Figure 2</i> : Carte des interventions en santé du Niger.....	16
<i>Figure 1</i> : Modèle logique des approches communautaires de survie de l'enfant au Niger.....	19
<i>Figure 2</i> : Carte des interventions en santé du Niger.....	25
<i>Figure 3</i> : Proportions de relais qui disposent d'un document contractuel à jour.....	54
<i>Figure 4</i> : Situation de la planification mensuelle des cibles dans les districts sanitaires	54
<i>Figure 5</i> : Satisfaction du déroulement de la formation.....	56
<i>Figure 6</i> : Satisfaction de la durée de la formation	56
<i>Figure 7</i> : Disponibilité des RCOM.....	57
<i>Figure 8</i> : Situation des ressources favorisant l'offre de services communautaires	58
<i>Figure 9</i> : Perception sur la motivation financière des acteurs communautaires.....	59
<i>Figure 10</i> : Perception sur la motivation non financière des acteurs communautaires.....	59
<i>Figure 11</i> : Répartition entre région des relais qui travaillent avec les tradipraticiens de Santé (TPS).....	61

Liste des acronymes

ANVD : Agence Nationale des Volontaires pour le Développement
ASC : Agent de Santé Communautaire
BM : Banque Mondiale
CEERFE : Conseils Etudes Enquêtes Recherches et Formation en Epidémiologie et Information Biomédicale
COGES : Comité de Gestion
COSAH : Comité de Santé et de l'Hygiène
COSAN : Comité de Santé
CPN : Consultation Pré Natale
CRS : Catholic Relief Service
CS : Centre de Santé
CSI : Centre de Santé Intégrée
CSU : Couverture Sanitaire Universelle
DEP : Direction des Etudes et de la Planification
DGSP : Direction Générale de la Santé Publique
DHIS2: District Health Information System 2
DRSP : Directeur (tion) Régional (e) de la Santé Publique
DS : District Sanitaire
DS : Direction des Statistiques
DSC : Direction de la Santé Communautaire
DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DUR : Durabilité
ECD : Equipe Cadre de District
EFFICA : Efficacité
EFFIC : Efficience
EVH : Enfants Vivant avec Handicap
EGDH : Egalités des Genres et Droits Humain, Equité
FBRc : Financement Basé sur les Résultats au niveau communautaire
FM : Fond Mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme
GEROS: Global Evaluation Reports Oversight System
IB : Initiative de Bamako
ICER : Incremental Cost Efficiency Ratio
IOV : Indicateur Objectivement Vérifiable
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
MSP/P/AS : Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
OBC : Organisations à Base Communautaire
OCDE/CAD : Organisation de Coopération et de Développement Economiques / Comité d'Aide au Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONEN : Organisation Nigérienne des Educateurs Novateurs
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OSC : Organisation de la Société Civile
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDS : Plan de Développement Sanitaire
PF : Planification Familiale

PF/PC : Point Focal de Participation Communautaire
PFE : Pratiques Familiales Essentielles
PMI : Initiative du Président Américain pour la lutte contre le paludisme
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLSH : Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites
PSBI : Prise en charge des Possibles Infections Bactériennes Sévères chez les nourrissons
PERT : Pertinence
PSNSC : Plan Stratégique National de Santé Communautaire
PTF : Partenaire Technique et Financier
PTME : Prévention de la Transmission Mère et Enfant de l'infection à VIH
RCOM : Relais Communautaire
RENIP+ : Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH/Sida
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
TPI : Traitement Préventif Intermittent
TPS : Tradi Praticiens de Santé
UNEG : United Nations Evaluation Group
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID: U.S. Agency for International Development
WV : World Vision

Définition des concepts ¹

Relais Communautaire (RCOM) : le RCOM est un volontaire choisi par sa communauté qui accepte d'assurer la mise en œuvre d'un paquet de services intégrés ayant trait à la promotion de la santé collective et individuelle. Il assure le lien entre la communauté et les services de santé.

Agent de Santé Communautaire (ASC) : une personne qui a reçu une formation de six (6) mois et qui est chargée de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé.

Santé Communautaire : il s'agit d'un ensemble d'interventions visant des meilleures conditions et modes de vie, permettant aux individus, aux familles, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande maîtrise de leur santé. En somme, elle est la santé des populations, pour les populations et par les populations.

Participation Communautaire : c'est l'implication effective de la communauté au processus d'identification des problèmes de santé, à l'élaboration des micros plans, à l'exécution, au suivi-évaluation et à la promotion de la santé.

Gestion de l'information : Le Niger dispose d'un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) géré par la Direction des Statistiques (DS) qui est chargée de la collecte, du traitement et de la transmission des données sanitaires à tous les niveaux. La Direction des Statistiques a procédé au paramétrage du rapport d'activités des RCOM dans le District Health Information System 2 (DHIS2) pour disposer de données désagrégées des RCOM.

¹ Plan Stratégique National de Santé Communautaire, MSP, Niger

I. RESUME EXECUTIF

1. Introduction

L'intervention évaluée, commanditée et financée par l'UNICEF, a porté sur la « Mise en œuvre des approches communautaires de survie de l'enfant au NIGER ». Trois volets ont été abordés notamment : la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME communautaire), la Prévention de la Transmission Mère et Enfant de l'infection à VIH (PTME communautaire) et la Prise en charge des Possibles Infections Bactériennes Sévères chez les nourrissons (PSBI communautaire) » sur la période de Janvier 2019-Juin 2021.

L'objectif global de l'intervention était d'améliorer l'accès des mères et des enfants aux services de santé de qualité par la mise en œuvre des approches communautaires de survie de l'enfant avec comme résultat attendu « Améliorer l'accès des soins aux communautés éloignées (au-delà de 5km) et l'utilisation des services de santé avec la participation effective de la communauté » pour aller vers la couverture sanitaire universelle et atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD). La composante Santé du programme de coopération Niger-UNICEF s'aligne sur cet objectif et vise particulièrement à améliorer l'accès des mères et des enfants aux services de santé de qualité conformément au mandat de l'UNICEF pour la défense des droits des enfants à travers ses efforts pour amener les femmes et les filles à avoir des droits égaux à ceux des hommes dans ses programmes.

Les principaux bénéficiaires de l'initiative sont les enfants de moins de 5 ans (PCIME), les nourrissons (PSBI) et le couple mère-enfant (PTME).

Au niveau central, les partenaires de mise en œuvre sont les structures membres du comité national de coordination des interventions en santé communautaire, les membres du comité régional de coordination des interventions en santé communautaire au niveau régional et au niveau périphérique, les Equipes Cadres de District (ECD), les Centres de Santé Intégrés (CSI)/ Cases de Santé (CS), les Relais Communautaires (RCOM) et les communes.

2. But de l'évaluation

Cette évaluation a deux buts principaux : la redevabilité et l'apprentissage.

La **redevabilité** rend compte des résultats (prévus ou non) qui ont été atteints dans la mise en œuvre des approches communautaires auprès des bailleurs (redevabilité verticale) ainsi que des bénéficiaires attendus de ces interventions (redevabilité horizontale).

Pour l'**apprentissage**, il s'agira de tirer des leçons et de capitaliser sur l'expérience de la mise en œuvre au cours des trois dernières années. L'apprentissage servira non seulement à influencer mais aussi à booster la mise en œuvre des approches communautaires dans le secteur de la santé en corrigeant les insuffisances relevées et en tenant compte des suggestions et recommandations formulées pour un passage à l'échelle réussi.

3. Objectifs de l'évaluation

L'objectif de la présente évaluation est de rassembler les éléments de connaissance sur la mise en œuvre et les résultats des approches communautaires de santé relativement aux trois paquets d'intervention (PCIME, PSBI et PTME) ciblés par le programme de coopération Niger-UNICEF depuis 2019.

4. Portée de l'évaluation

La présente évaluation est axée sur la mise en œuvre simultanée des trois approches communautaires à savoir : la PCIME communautaire, le PBSI communautaire et la PTME communautaire. Elle s'est déroulée dans trois régions dans lesquelles ont été mis en œuvre les trois paquets d'interventions avec l'appui technique et financier de l'UNICEF entre 2019 et 2021, à savoir Tahoua, Maradi et Zinder. L'évaluation a couvert les interventions de santé communautaire mises en œuvre entre janvier 2019 et décembre 2021 et a été réalisée du 02 au 11 octobre 2022.

5. Critères et questions d'évaluation

L'évaluation a été guidée par 5 critères de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques / Comité d'Aide au Développement (OCDE/CAD) ainsi que la politique révisée de l'évaluation de l'UNICEF à savoir : pertinence, cohérence, efficacité, efficience et durabilité. A ceux-là s'est ajouté un autre critère additionnel transversal portant sur les droits humains, genre et équité. Au total 31 questions ont été formulées dont 3 sur la cohérence, 3 sur la pertinence, 10 sur l'efficacité, 5 sur l'efficience, 4 sur la durabilité et 6 sur les droits humains, genre et équité parmi lesquelles 24 ont été retenues.

6. Méthodologie

L'évaluation s'est basée sur une combinaison de méthodes incluant les méthodes quantitatives et qualitatives (les discussions de groupes, les interviews ciblées) mais aussi la revue documentaire, ainsi que l'observation directe sur le terrain. Elle a concerné toutes les parties prenantes, du niveau central au niveau opérationnel en passant par le niveau intermédiaire y compris le niveau communautaire dans le strict respect de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). La question du genre, équité et droits humains a été prise en compte en assurant dans la mesure du possible la participation équitable à l'évaluation des femmes, des enfants et des personnes vivant avec le handicap, soit comme informateurs clés, soit comme détenteurs de droits.

La revue documentaire a porté sur l'exploitation de plusieurs rapports et documents stratégiques sur la thématique. La collecte des données sur le terrain a été menée dans les 8 districts (Dakoro, Madarounfa, Mayahi, Guidan Roudji, Abalak, Bagaroua, Kantché et Mirriah) des trois régions (Tahoua, Maradi et Zinder) qui mettent en œuvre les 3 interventions simultanément. Au total 160 RCOM (dont 59 femmes) de 32 formations sanitaires ont été concernés par l'enquête. Dans chaque district, au moins un chef CSI, une médiatrice communautaire et un maire ont été sélectionnés par tirage au sort. Pour chaque RCOM, deux (2) détentrices de droits ont été interviewés.

Les mères ont été choisies selon la directive qui recommande d'assurer une revue des fiches de prise en charge des enfants remplies par le RCOM.

Ainsi, 323 mères ou gardiennes d'enfants ont été choisies par tirage aléatoire simple sans remise sur la base des fiches de prise en charge de leurs enfants, soit 40 mères/gardiennes par district sanitaire (DS). Dans chaque DS, il a été organisé au moins un focus group sur les différentes interventions soit au total 3x8 (24) focus group comprenant au moins 4 femmes chacun.

Les dimensions « Genre et droits humains et équité (prise en compte des personnes vulnérables) » ont été prises en compte dans la sélection des participants en intégrant aussi bien des hommes que des femmes tant que cela était possible et lors des phases suivantes de l'évaluation (analyse des données, triangulation des constats etc...) en désagrégeant l'analyse des données par sexe. Au moins

trois sources de données ont été utilisées pour chaque résultat afin de s'assurer de la complétude et de la fiabilité des informations rapportées.

En ce qui concerne l'analyse des critères d'évaluation, des scores allant de A à D ont été utilisés pour juger du niveau d'atteinte des critères d'évaluation.

7. Limites et mesures de mitigation

Limites et contraintes d'évaluation	Stratégies d'atténuation réalisées
La collecte des données sur le terrain s'est faite dans le contexte de la pandémie à COVID-19 avec la nécessité de prendre toutes mesures préventives nécessaires pour réduire les risques de contamination	Respect strict des mesures barrières édictées par le gouvernement nigérien (le port de bavettes/cache nez, le port des gants, lavage des mains régulièrement ou la désinfection à l'aide du gel hydro alcoolique et la distanciation physique.)
Indisponibilité des données du DHIS 2	Les analyses ont porté sur les données collectées sur le terrain
L'équipe d'évaluation a reçu les informations concernant l'intervention de façon parcellaire. La documentation a été fournie au compte-goutte et complétée tardivement par l'UNICEF et les autres parties prenantes rendant difficile la compréhension de l'intervention	Les informations ont été utilisées au fur et à mesure que les acteurs clés les rendaient disponible à la demande des évaluateurs Des séances de discussions approfondies avec les personnes clés au niveau de l'UNICEF et du ministère de la Santé Publique notamment de la Direction de la Santé Communautaire ont été réalisées
Manque de clarté dans la compréhension de l'intervention par les acteurs du fait de plusieurs appellations dédiées à l'intervention	Clarification et compréhension commune avec les acteurs des différentes appellations utilisées pour désigner les interventions
La base de sondage pour les RCOM qui est en constante modification n'était pas à jour au moment de l'échantillonnage	Tenue de séances de travail avec les différents points focaux et validation consensuelle des listes les plus exactes possibles
Déplacement (voyage) du RCOM	Remplacement par le RCOM le plus proche et éligible
Accessibilité limitée des RCOM du fait d'une insuffisance de couverture réseau, une accessibilité physique du village ou l'insécurité	Contourner ou changer d'itinéraire pour accéder au RCOM ou le remplacer par le RCOM le plus proche et éligible
Le design de l'intervention ne permet pas de mesurer l'efficacité/impact attribuable à l'intervention	Utiliser les données de routine d'utilisation des services pour les prestations objet de l'intervention qui sont paramétrés dans le DHIS2 avant et après l'intervention (moins de 5 ans (PCIME), les nourrissons (PSBI) et le couple mère-enfant (PTME)). Cependant, les données du DIHS2 ont été vainement demandées auprès du MSP. Plusieurs mails ont été envoyés dans ce sens, l'équipe s'est même déplacée pour aller au MSP, mais sans succès.
Les données du niveau communautaire ne sont pas paramétrées dans le DHIS2. A cela s'ajoute une faible qualité de l'archivage des données communautaires au niveau des différents niveaux de la pyramide sanitaire	

8. Constats et conclusions

Sur la base des critères d'évaluation retenus, les résultats sont les suivants :

La pertinence de l'intervention est jugée satisfaisante (score B). La mise en œuvre des approches communautaires de survie de l'enfant au Niger a été participative.

La cohérence de l'intervention est moyenne dans l'ensemble (score C). La cohérence interne était bonne au regard de l'existence d'un réseau de partenariat établi par l'UNICEF et l'existence de cadres de coordination des partenaires de la santé communautaire à tous les niveaux du système de santé. Mais la cohérence externe était faible du fait de la fragmentation dans la mise en œuvre par les différents partenaires entraînant une inefficience des ressources.

L'efficacité est jugée moyenne (score C). En effet, l'intervention dispose d'une théorie de changement qui décrit clairement les intrants, les activités, les produits, les effets et l'impact. Il a été noté une amélioration de la demande et de l'offre des soins, à tous les niveaux, y compris pour les groupes vulnérables et marginalisés. La consultation prénatale a augmenté avec un taux de 60% des femmes enceintes et allaitantes et le maintien des femmes dans le continuum des soins, le renforcement de la participation des communautés et de la gouvernance locale ont été renforcés. Cependant, les données relatives à l'utilisation des services communautaires ne sont pas disponibles. Il n'est donc pas possible d'objectiver l'augmentation de l'utilisation des services de PTME, PBSI et de PCIME, ni d'apprécier leur qualité. Aussi, les effets positifs rapportés ne sont pas soutenus par des évidences.

L'efficience du programme est moyenne (score C) compte tenu du fait que la disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques comme des retards dans la mise en œuvre. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard. Certains outputs ne sont pas livrés à temps ou ne sont pas de bonne qualité, d'où la nécessité d'ajustements. A cela s'ajoute la couverture géographique insuffisante des RCOM, la fragmentation de la mise en œuvre des interventions, la prise en compte insuffisante des besoins dans le financement des activités, la non prise en compte de la performance dans la mise en œuvre du programme, la motivation insuffisante des RCOM, les gros retards de paiement, le déblocage tardif des ressources financières et l'indisponibilité des informations sur l'exécution budgétaire.

La durabilité du programme est satisfaisante (score B) aux niveaux institutionnel, politique et économique. En effet, le programme est mis en œuvre avec un niveau d'implication élevé des acteurs nationaux et locaux, préalables nécessaires à la pérennisation. En ce qui concerne la durabilité institutionnelle, les structures pérennes du système de santé au niveau central, intermédiaire et périphérique sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats. Pour la durabilité politique, l'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra. En rapport avec la durabilité financière/économique, les problèmes identifiés doivent être traités au niveau institutionnel et opérationnel et en fonction de l'évolution du contexte économique. Aussi, le programme n'a pas encore planifié une stratégie de retrait claire des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) permettant d'assurer la pérennisation et la durabilité de l'intervention.

Le genre, l'équité et les droits humains sont bien pris en compte dans l'approche communautaire des problèmes de santé en instaurant l'égalité et l'équité tant au niveau des sexes qu'au niveau des indigents et autres groupes vulnérables. En effet, le nombre de RCOM à recruter devrait être équitablement réparti entre les femmes et les hommes, conformément au plan stratégique de la santé communautaire qui stipule le respect de l'équité et l'égalité du genre. Cela devrait s'appliquer aussi dans la désignation des relais et des cadres de santé pour les formations entrant dans le cadre du programme. La coordination et les réunions de prise de décision du niveau national, régional, district, communal, CSI et communautaire ne font pas cas de l'équité en matière du genre, aussi bien parmi les relais que parmi le personnel de santé. En plus, les informations collectées auprès des interviewés ont permis de relever quelques obstacles à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions.

9. Recommandations

Les recommandations ont été formulées à partir des résultats d'analyse des données collectées auprès des parties prenantes que sont des titulaires de droits, détenteurs d'obligations, de l'UNICEF, le ministère de la santé et les autres PTF (UNICEF, UNFPA, Fonds Mondial, World Vision, Initiative du Président américain pour la lutte contre le paludisme – PMI).

Les recommandations d'ordre stratégique sont :

- Elaborer un cadre logique avec des Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) qui intègre la dimension genre, les droits humains. *Niveau de priorité 1 ; Besoins en ressources : Moyen ; Destinataires : DSC/PTF (UNICEF, UNFPA, UNFPA, Fonds Mondial, World Vision, Initiative du Président américain pour la lutte contre le paludisme – PMI)*
- Assurer l'ancrage institutionnel des RCOM dans les différents comités communautaires pour être en cohérence avec la décentralisation. *Niveau de priorité 3 ; Besoins en ressources : Faible ; Destinataires : ministère de l'Administration territoriale et de la décentralisation et Agence Nationale des Volontaires pour le Développement - ANVD, ministère de la Santé Publique*
- Promouvoir l'équité (quota de participation pour les femmes, les personnes vivant avec le handicap et autres personnes vulnérables). *Niveau de priorité 2 ; Besoins en ressources : Faible ; Destinataires : Parlement/Ministère de la Santé Publique/Ministère de l'Economie et des Finances, ANVD*

Les recommandations d'ordre opérationnel sont :

- Recruter des RCOM supplémentaires en vue d'assurer une couverture géographique suffisante (selon les normes nationales) et équitable. *Niveau de priorité 3 ; Besoins en ressources : Elevé ; Destinataires : Mairies/PTF (UNICEF, UNFPA, Fonds Mondial), société civile, Agence Nationale des Volontaires pour le Développement (ANVD)*
- Paramétrer les données des interventions communautaires dans le DHIS2. *Niveau de priorité 2 ; Besoins en ressources : Moyen ; Destinataires : Système National d'Information Sanitaire (SNIS)/DHIS2/Direction de la Santé Communautaire et Direction des Statistiques*

II. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

2.1. Contexte du programme évalué

Une analyse de la situation de la santé communautaire au Niger a été réalisée en 2018 avec l'appui de l'UNICEF, assortie d'un Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) en 2019. Ce document de référence nationale en matière de santé se réfère à la politique nationale de santé (PNS) pour la période de 2016 – 2035, fondée sur les Soins de Santé Primaire (SSP), ensuite au Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017 – 2021 dont l'objectif est de « contribuer à la promotion du bien-être social de la population en vue de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) liés à la santé » notamment l'ODD3 relatif à la « bonne santé et bien-être », à travers le renforcement de la demande et de l'offre de soins et de services de qualité à toute la population. Le PSNSC s'aligne enfin sur les engagements internationaux et régionaux auxquels le Niger a souscrit en matière de santé communautaire pour aller vers la couverture sanitaire universelle et atteindre les ODD. La composante Santé du programme de coopération Niger-UNICEF s'aligne sur cette stratégie et vise particulièrement à améliorer l'accès des mères et des enfants aux services de santé de qualité conformément au mandat de l'UNICEF pour la défense des droits des enfants et de ses efforts pour amener les femmes et les filles à avoir des droits égaux à ceux des hommes dans ses programmes. Les trois approches communautaires (PTME, PCIME et PSBI) sont mises en œuvre dans 9 districts sanitaires de la région de Maradi, 11 districts de la région de Tahoua et 8 de la région de Zinder.

2.2. Statut et besoins des groupes cibles

Ces dix dernières années, le Niger a réalisé des progrès en faveur des enfants, comme l'atteste notamment la diminution du taux de mortalité des moins de 5 ans, qui est passé de 109 à 85 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2012 et 2017. Si la pauvreté monétaire a baissé de 53,7% en 2005 à 45,4% en 2014, elle reste toutefois très élevée, atteignant 51,4% dans les zones rurales (qui abritent 84% de la population) contre 8,7% dans les zones urbaines. Le système de protection sociale ne couvre qu'une petite partie des ménages et, d'après l'analyse des privations multiples de 2017, les deux tiers des enfants de moins de 5 ans souffrent simultanément d'au moins quatre formes de privations.

Dans le domaine de la nutrition, la malnutrition aiguë touche également toutes les régions du Niger avec Maradi, Zinder, Tahoua, Diffa et Agadez présentant les plus fortes prévalences (>10%). Cependant, les régions de Maradi, Zinder et Tahoua sont les plus densément peuplées (plus des 2/3 de la population) et celles qui rassemblent près de 80% du fardeau annuel des admissions de malnutrition aiguë sévère. Le retard de croissance est également un défi majeur car il affecte presque un enfant sur deux, avec toutes les conséquences sur le capital humain. En outre, les disparités importantes persistent entre le milieu rural, où vivent 83% de la population, et le milieu urbain. L'anémie constitue également un problème majeur de santé publique, affectant près des trois quarts (73,4%) des enfants de moins de cinq ans et plus d'une femme enceinte sur deux (58,6%).

2.3. Aspects liés aux droits de l'homme, à l'égalité des sexes et l'équité

La persistance de l'insécurité, couplée aux problématiques d'insécurité alimentaire et nutritionnelle, impacte sévèrement la vie des populations et la protection des enfants du Niger. Ces populations exposées sont pour la plupart des femmes et des enfants.

En outre, les normes sexospécifiques néfastes sont renforcées par le faible pouvoir de décision des femmes et contribuent aux taux élevés de fécondité et de mariage précoce. Le taux de fécondité des adolescentes âgées de 15-19 ans est de 24,7% en 2021 et l'âge médian au premier mariage de 16,6 ans en 2021². Le Gender Index au Niger est de 32% en 2019 contre une moyenne de 48,6% pour l'Afrique³. La violence basée sur le genre se traduit sous forme de violence sexuelle, physique et psychologique avec des taux plus élevés dans les zones ciblées⁴.

L'Initiative de Bamako (IB), qui vise à décentraliser la gestion des systèmes de santé publique et améliorer la transparence a permis d'améliorer l'accès aux soins et la disponibilité des médicaments et d'autres intrants, de renforcer la viabilité financière et l'utilisation des services de santé. Elle prévoit un certain niveau de recouvrement des coûts et une participation communautaire dans la gestion des services de santé à travers des comités de gestion (COGES). Un paquet minimum de soins (vaccination, soins primaires, vente de médicaments génériques) a été mis en place en vue d'améliorer les soins de la mère et de l'enfant et le contrôle des endémies. Cependant, le mode de paiement direct choisi par les communautés dans le cadre de l'IB n'a pas résolu le problème de l'équité dans l'accès aux soins pour les personnes démunies et les groupes vulnérables qui sont restés à la marge du système de santé⁵.

2.4. Aspects programmatiques et/ou thématiques

La première étape de l'implémentation des approches communautaires s'étend sur les deux premières années du PSNSC, c'est-à-dire de 2019 à 2021. Cette période est alignée avec la durée de mise en œuvre du PDS 2017-2021. Elle a été consacrée aux priorités suivantes :

1. Renforcement au niveau national et périphériques des ressources humaines pour la santé communautaire. Le ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS) a érigé la division de la santé communautaire en direction nationale dotée de ressources humaines, financières et matérielles appropriées avec l'appui des PTF. Le PSNSC a été largement diffusé, pour une meilleure connaissance, facilitant l'appropriation des activités par tous les acteurs

2. Finalisation des différents outils et préparation du système sanitaire pour soutenir la santé communautaire

3. Développement ou révision des documents d'orientation, des outils de formation, de suivi/supervision, de collecte et de gestion des données d'interventions de santé communautaire

4. Priorisation de la stratégie de santé communautaire dans certaines régions du Niger, qui a été basée sur les critères suivants : le taux de mortalité infanto-juvénile, la couverture sanitaire pour la santé maternelle (Consultations Pré Natale -CPN, accouchement assisté ou dans les formations sanitaires, Traitement Préventif Intermittent -TPI, Planification Familiale -PF)

² www.anp.ne/article/enafeme-2021-l-indice-synthetique-de-fecondite-au-niger-pa.

³ Africa Gender Report 2019

⁴ ONU FEMMES : Formes de violences à l'égard des femmes et des filles

⁵ Health 4 Africa - <https://www.health4africa.net/2017/05/30-ans-initiative-bamako-ere-couverture-sanitaire-universelle-cop-pss/>

5. Continuation des expériences pilotes qui ont pour but de rendre la plateforme de la santé communautaire plus efficiente.

Les approches communautaires ont été mises en œuvre autour des thématiques ci-dessous :

- **Le renforcement des capacités des intervenants sur un paquet intégré de services de santé communautaire**

Pour que cette approche de santé communautaire soit un succès, la supervision des relais communautaires (RCOM) est un pilier important et incontournable. Pour compléter le rôle des agents de santé (Case de Santé -CS et Centre de Santé Intégré -CSI) dans le soutien des RCOM, une collaboration entre le MSP/P/AS et l'Agence Nationale des Volontaires pour le Développement (ANVD) a été opérationnalisée. Cette initiative de partenariat est également ouverte aux autres partenaires de proximité. Ainsi, au niveau périphérique de la pyramide sanitaire, la coordination se fait à trois niveaux :

Au niveau du District Sanitaire (DS), à travers des réunions trimestrielles de coordination des interventions organisées sous la responsabilité de l'Equipe Cadre de District (ECD), en collaboration avec l'ANVD, des représentants des relais et tous les acteurs présents dans l'aire de santé du DS.

Au niveau de la commune, à travers des rencontre-bilans trimestrielles auxquelles prennent part les RCOM, les Comités de Gestion (COGES), les chefs de CSI, les responsables de CS, les leaders communautaires, et les responsables communaux.

Au niveau CSI et CS : à travers des réunions mensuelles auxquelles prennent part les RCOM et les responsables des CS, des comités villageois de santé, autour du comité technique du CSI.

- **L'amélioration de la disponibilité des services de qualité** a été également ciblée à travers la mise en œuvre des interventions et la mise en place de médicaments et de matériel de travail auprès des RCOM.
- **Le renforcement de la communication pour l'utilisation optimale des services de santé communautaire par les populations**

Différents canaux de communication sont utilisés pour la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) et autres activités du RCOM. Différentes stratégies de communication sont utilisées pour transmettre des connaissances et des compétences spécifiques en vue d'un changement positif des comportements et des attitudes sur l'utilisation des services offerts par les structures sanitaires et les RCOM.

- **L'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres intrants auprès des RCOM**

La disponibilité d'un système approprié d'approvisionnement en médicaments et autres intrants auprès des RCOM est la clé du succès de toutes les interventions de santé mises en œuvre au niveau communautaire.

2.5. Historique de cette évaluation

La présente évaluation formative des approches communautaires de survie de l'enfant, financée par l'UNICEF et démarrée en décembre 2021 avec la collaboration du MSP/P/AS, des partenaires techniques et financiers œuvrant dans le domaine de la santé communautaires et des détenteurs de droits, fait suite à plusieurs évaluations de la santé communautaires menées par le passé. En effet, en 2018, une analyse de la situation de la santé communautaire financée par l'UNICEF a conduit à l'élaboration du PSNSC 2019-2023, validé en novembre 2019 et sur lequel s'aligne la composante Santé du programme de coopération Niger-UNICEF (2019-2021). La revue annuelle de la composante Santé de l'UNICEF de 2020 soulignait comme réalisation majeure la disponibilité du PSNSC, assorti des documents cadres normatifs et techniques, la tenue des réunions de coordination nationale avec la participation de toutes les parties prenantes et l'augmentation du nombre de relais formés dans les districts. Cette revue a aussi souligné les contraintes liées à la pandémie de COVID-19, la disponibilité et la qualité des données des structures de santé et du niveau communautaire, l'absence d'une motivation pérenne des relais (engagement de l'Etat non respecté), le retard dans la mise en œuvre des activités et la justification des fonds alloués dans le temps requis. La revue annuelle de 2021, alimentée par les revues régionales a pris aussi en compte les appuis apportés au niveau central ainsi que les acquisitions en matériels, équipements, médicaments et assistance technique. Cependant, elle a relevé des contraintes dont entre autres la non prise en compte du financement de la santé communautaire dans le budget de l'État influençant la motivation des RCOM ; le développement d'un cadre d'investissement en santé communautaire avec une analyse des lacunes en matière de financement de la santé communautaire ; la faiblesse dans la coordination et l'harmonisation des interventions et paquets de services ainsi que dans l'application des procédures consensuelles de motivation des RCOM ; le soutien aux efforts en cours pour renforcer le système de santé dans le cadre de l'approvisionnement des intrants jusqu'au dernier kilomètre; le renforcement du système d'information sanitaire et le suivi des indicateurs déjà paramétrés dans le DHIS2, la réponse aux obstacles liés aux droits humains et au genre. Cette évaluation a connu un moment de léthargie lié à la période de programmation de l'UNICEF en début d'année 2022. Quand le processus a finalement repris avec la validation du rapport provisoire en début août 2022, l'enquête de terrain ne pouvait pas se réaliser à cause de la saison pluvieuse. Il a fallu le mois d'octobre 2022 pour que les équipes puissent se rendre sur le terrain.

2.6. Approches communautaires mises en œuvre

✓ **La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)**

La PCIME est une approche intégrée de la santé qui est axée sur le bien-être de l'enfant dans sa globalité. Elle cible les enfants de moins de 5 ans.

✓ **La Prévention de la Transmission Mère et Enfant (PTME)**

Au niveau communautaire, l'UNICEF appuie l'accompagnement communautaire pour la santé de la reproduction en faveur de la PTME. Elle cible les femmes enceintes.

✓ **La Prise en charge des possibles infections bactériennes sévères chez les nourrissons de moins de deux ans lorsque la référence est impossible (PSBI).**

La prise en charge des Possibles Infections bactériennes sévères au niveau des CSI est un paquet d'intervention complémentaire aux soins essentiels aux nouveaux nés malades et à la PCIME.

2.7. Données générales de la zone d'intervention

Huit districts ont été retenus pour l'intervention notamment Dakoro, Guidan Roundji, Madarounfa et Mayahi dans la région de Maradi, Abalak et Bagaroua dans la région de Tahoua, enfin Kantché et Mirriah dans la région de Zinder. Ces districts totalisent une population située dans un rayon de 5 km de 2 067 890, une population située à plus de 5 km de 2 822 267 pour un total de 1 624 RCOM requis en 2021, un total de 2 418 RCOM fonctionnels en fin 2020 et un nombre de RCOM cartographié en 2021 de 6 392.

Pour la carte de la zone d'intervention, voir *Figure 1* : Carte des interventions en santé du Niger.

2.8. Raisons pour lesquelles l'évaluation a été commanditée

Le cycle du programme de coopération en santé entre le gouvernement nigérien et l'UNICEF arrivant à terme à la fin de l'année 2021, il est opportun de conduire une évaluation de la mise en œuvre de ces trois approches au cours des années 2019, 2020 et 2021 afin de tirer les leçons de mise en œuvre et améliorer la stratégie nationale. Les résultats doivent fournir des éléments probants de succès (ou non) et explication, des enseignements tirés de ces quelques années de mise en œuvre et nourrir la réflexion vers des mesures correctives à apporter, des domaines à renforcer et pérenniser ou alors des orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie. Les résultats de l'évaluation intéresseront l'UNICEF, les agences du système des Nations Unies, le MSP/P/AS, le ministère du développement communautaire, le ministère des finances, le ministère de la défense nationale et les acteurs à tous les niveaux du système de santé, à savoir le niveau central (le comité national de coordination des interventions de santé à assise communautaire, Direction de la Santé Communautaire -DSC, ANVD, PTF, ONG), le niveau intermédiaire (Directions Régionales de la Santé Publique –DRSP) et le niveau périphérique (ECD, Collectivités territoriales/Communes, ONG locales, CSI, COSAN/COGES, RCOM et leaders communautaires et la population).

III. OBJET DE L'ÉVALUATION

3.1. Présentation des interventions

Le tableau ci-dessous présente succinctement l'objet de l'évaluation.

Tableau 1 : Présentation succincte de l'objet de l'évaluation

Titre du projet/programme	Mise en œuvre des approches communautaires de survie de l'enfant au NIGER (PCIME communautaire, PTME communautaire et PSBI communautaire)
Pays	Niger
Sources de financement	UNICEF, UNFPA et Fonds mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme
Budget total	18,448,971,509 CFA
Durée	Janvier 2019-Juin 2021
Objectif global	Améliorer l'accès des mères et des enfants aux services de santé de qualité par la mise en œuvre des approches communautaires de survie de l'enfant
Composantes (axes, effets, produits, etc.)	<p>Effet : améliorer l'accès des soins aux communautés éloignées (au-delà de 5km) et l'utilisation des Services de Santé avec la participation effective de la communauté.</p> <p>Produit 1 : L'offre de services de santé communautaire de qualité est disponible et utilisée par les communautés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité prioritaire 1 : Renforcement des capacités des intervenants sur un paquet intégré de services de santé communautaire • Activité prioritaire 2 : Renforcement de la communication pour l'utilisation optimale des services de santé communautaire par les populations • Activité prioritaire 3 : Amélioration de la disponibilité des médicaments et autres intrants auprès des RCOM • Activité prioritaire 4 : Intégration des données désagrégées du niveau communautaire (RCOM) dans le DHIS2 <p>Produit 2 : Renforcer la participation des communautés locales, des OBC et des collectivités territoriales au développement de la santé communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité prioritaire 1 : Renforcement de la participation des organes de participation communautaire : COSAN, comités techniques, et COGES • Activité prioritaire 2 : Renforcement de la collaboration avec les collectivités territoriales • Activité prioritaire 3 : Renforcement des capacités des OBC sur les approches de participation communautaire <p>Produit 3 : Développer la gouvernance, le leadership et les capacités de gestion de la santé communautaire à tous les niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité prioritaire 1 : Renforcement des capacités managériales des structures en charge de la santé communautaire • Activité prioritaire 2 : Systématisation de la coordination des interventions et la collaboration intersectorielle en matière de santé communautaire • Activité prioritaire 3 : Mobilisation du financement des interventions de santé communautaire • Activité prioritaire 4 : Promotion de la recherche, du partage et de l'utilisation des expériences de santé communautaire
Bénéficiaires attendus	Population du Niger : 18 528 763 personnes
Partenaires (institutionnels, de mise en œuvre)	<p>Au niveau central : Les structures membres du comité national de coordination des interventions en santé communautaire</p> <p>Au niveau régional : Les membres du comité régional de coordination des interventions en santé communautaire</p> <p>Au niveau périphérique : l'ECD, les CSI/CS, les RCOM, les communes</p>

Les acteurs de mise en œuvre des approches communautaires comprennent les régulateurs (organes de coordination à tous les niveaux c'est-à-dire la direction de la santé communautaire, les DRSP, les DS), les prestataires (agents de santé des CSI, agents de santé communautaires des CS, RCOM), la voix de la population (COGES, Comités de Santé et d'Hygiène -COSAH, société civile, ANVD, autorités), les bénéficiaires finaux (ménages) et les donateurs (UNICEF, Fonds Mondial -FM, Banque Mondiale -BM, USAID) et le budget de l'Etat.

3.2. Statut de mise en œuvre

A partir de 2016, le Plan de Développement Sanitaire (PDS2016-2021) prévoit d'une part le renforcement des acquis de l'implication effective des communautés dans la gestion des services de santé et d'autre part la mise en œuvre d'initiatives de santé communautaire permettant d'accélérer l'atteinte des objectifs de santé à travers une meilleure couverture sanitaire.

En 2018, avec l'appui de l'UNICEF, une analyse de la situation de la santé communautaire a été réalisée et a permis d'identifier plusieurs facteurs défavorables ainsi que les menaces et opportunités à prendre en compte pour la réussite des approches communautaires de la santé publique. Le rapport avait souligné les défis majeurs à surmonter, notamment :

- L'insuffisance, ou même absence de synergie d'action entre les intervenants ; chaque programme ou projet dispose de ses propres RCOM et privilégie son groupe de contact pour la mise en œuvre de ses activités pouvant être à l'origine d'incohérence ou duplication des interventions dans les mêmes zones au détriment d'autres communautés ;
- La mise en œuvre suivant une approche projet sans effort de mise à échelle pour les exemples réussis ;
- La faible participation des collectivités locales au financement des services de santé à base communautaire ;
- L'insuffisance de connaissances des textes d'orientation par les acteurs de la santé communautaire notamment les Comités de Gestion (COGES), les Comités de Santé (COSAN) ;
- L'insuffisance d'implication des communautés et de l'engagement communautaire dans la mise en œuvre des paquets de services au niveau communautaire et pour la durabilité des actions ;
- L'insuffisance de la coordination dans la mise en œuvre des interventions communautaires ;
- La très faible documentation des expériences réussies en vue de leur mise à l'échelle ;
- L'insuffisance d'appropriation des stratégies par les cadres du MSP pouvant se traduire par le manque de suivi des activités et de la supervision des RComs par les services techniques, la non-intégration du niveau communautaire dans les systèmes nationaux d'information sanitaire et d'approvisionnement ;
- Les insuffisances dans les mécanismes pour la motivation financière attendue par les RCOM et leur motivation non monétaire diversement appréciée par les communautés

A la suite de ce diagnostic, le Niger a élaboré et adopté un Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2019-2023, en tenant compte des résultats de l'analyse de la situation de la santé communautaire et le cadre analytique des Politiques et Stratégies de la Santé Reproductive Maternelle Néo-natale de l'Enfant et de l'Adolescent et la Nutrition. Le plan intègre également des initiatives, approches et mécanismes innovants de financement, d'amélioration de la mise en œuvre des interventions, de renforcement de capacités des acteurs et de participation des communautés à

l'effort de santé. Trois objectifs intermédiaires sont poursuivis à travers ce plan à savoir : (i) renforcer la participation communautaire dans l'organisation des services de santé, (ii) mobiliser les communautés et promouvoir les comportements favorables à la santé, et (iii) offrir les soins curatifs ou préventifs dans les milieux reculés là où les services de santé ne sont pas disponibles.

3.3. La théorie du changement

La théorie du changement de l'intervention est illustrée dans le modèle logique de l'intervention ci-dessous. Il est tiré du cadre logique du PSNSC.

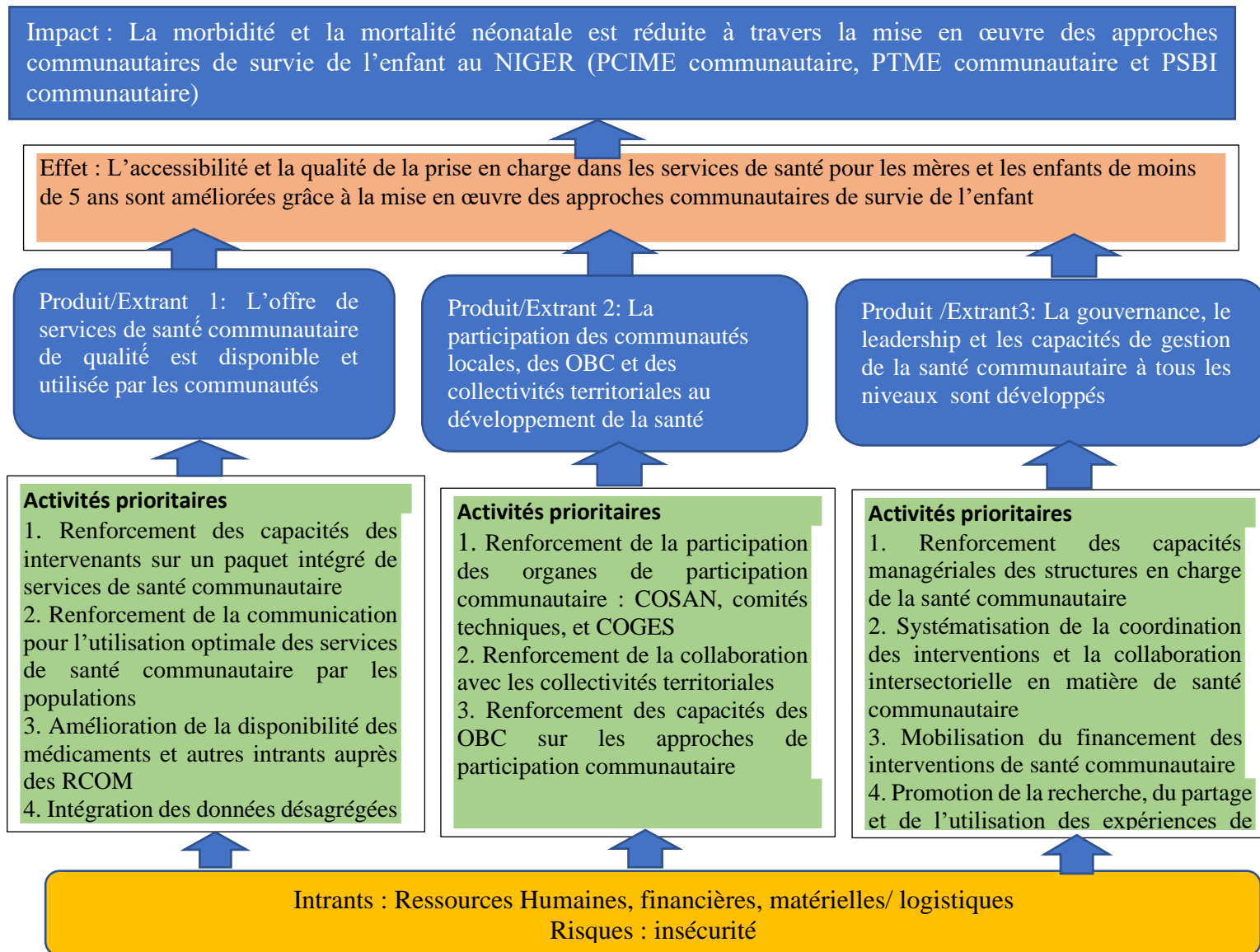


Figure 2: Modèle logique des approches communautaires de survie de l'enfant au Niger

Hypothèses pour la réussite des interventions

- Une mobilisation suffisante des ressources financières et une efficacité des dépenses de santé en faveur de la cible entraînent une amélioration de l'état de santé des mères et des enfants de moins de 5 ans
- Une disponibilité de l'offre des services des approches communautaires entraîne une augmentation de l'utilisation de ces services
- L'engagement de l'Etat et des PTF à assurer le financement et la mise en œuvre des approches communautaires.

Risques

- Faible adhésion des acteurs y compris la population aux interventions d'approches communautaires
- Mauvaise gouvernance dans la mise en œuvre des approches communautaires entraînant une perte de confiance de la population et des PTF
- Instabilité politique et institutionnelle
- Crise économique mondiale entraînant le non-respect des engagements des partenaires
- Non-respect des engagements des parties prenantes
- Persistance des urgences sanitaires (COVID-19) et l'insécurité
- Non mise en œuvre de la gratuité des prestations des approches communautaires (paiement informel).

3.4. Rôles et responsabilités des acteurs

Les rôles et responsabilités des différents acteurs sont définis dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 2: Rôles et responsabilités des principaux acteurs du niveau central

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
Niveau central	
Comité national de coordination des interventions de santé à assise communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les orientations et appuyer l'élaboration ou la mise à jour des documents normatifs sur la santé communautaire • Assurer le suivi de l'application des textes régissant les interventions de santé communautaire et du respect des engagements pris par les parties prenantes • Coordonner la mise en œuvre des interventions • Mener le plaidoyer auprès de l'Etat, des collectivités territoriales et des PTF pour la mobilisation de ressources financières • Participer aux missions conjointes de suivi des interventions.
Direction de la santé Communautaire (DSC)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner l'ensemble du processus de mise en œuvre de l'intervention. Elle assure la régulation du secteur et organise l'offre de services, ainsi que le suivi et l'évaluation • Veiller à la mise en œuvre des recommandations du comité national de coordination des interventions de santé communautaire • Préparer les réunions du Comité national de coordination y compris les documents de travail sur la santé communautaire • Mettre à jour la cartographie des sites et le répertoire des RCOM • Appuyer les DRSP, les ECD et les Organisations de la Société Civile (OSC)/ONG dans la coordination et le suivi des interventions • Assurer l'acquisition des médicaments, des intrants et équipements des RCOM

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser les données et mettre à jour les indicateurs sur la santé communautaire à l'échelle nationale • Organiser les revues semestrielles et annuelles de la santé communautaires • Coordonner les activités de mobilisation des ressources financières • Elaborer et mettre en œuvre le plan de communication • Documenter et archiver les activités de la mise en œuvre.
Secteurs connexes	<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux réunions de coordination des interventions en santé communautaire à tous les niveaux • Participer aux revues semestrielles et annuelles de la santé communautaires • Participer à la mise en œuvre des interventions de santé communautaire à tous les niveaux.
Le Ministère en charge des finances	<ul style="list-style-type: none"> • Joue le rôle de mobilisation et de répartition des ressources. Il devra accompagner le ministère de la Santé en matière de décaissement et dans l'amélioration de la gestion des ressources mises à sa disposition par le gouvernement et ses principaux bailleurs ; il est un partenaire de tout premier ordre pour le ministère de la santé en ce qui concerne la réussite des réformes de financement de la santé communautaire.
ANVD	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition du MSP/P/AS de ressources humaines pour appuyer le suivi/évaluation des activités des RCOM • Participer au plaidoyer pour l'inscription des ressources financières conséquentes lors des discussions budgétaires • Assurer la constitution d'un fonds commun Etat-PTF pour le paiement de la motivation des RCOM • Définir les modalités de paiement de la motivation des RCOM • Assurer le suivi-évaluation de la régularité de paiement de la motivation des RCOM (la contrepartie de l'Etat).
PTF y compris l'UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter un appui technique et financier à la mise en œuvre de l'intervention • Aider le ministère de la santé à mieux coordonner les interventions notamment en matière de planification, de pilotage, de mise en œuvre et de suivi-évaluation • Appuyer l'acquisition des médicaments, des intrants et équipements des RCOM • Participer aux rencontres de coordination et au suivi des interventions de santé communautaire à tous les niveaux.
ONG/OCB	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de l'intervention • Respecter les textes réglementaires en matière de santé communautaire • Participer aux rencontres de coordination des interventions • Renforcer les capacités des intervenants • Contribuer à la documentation des bonnes pratiques en matière de santé communautaire • Contribuer à la mobilisation des ressources.
Le ministère de la défense	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la sécurité du pays, condition indispensable pour la mise en œuvre de l'intervention.
Le ministère de l'administration territoriale	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la gestion des ressources transférées dans le cadre de la décentralisation et contribuer à la mobilisation des ressources locales pour la mise en œuvre de l'intervention.
Le parlement	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un plaidoyer auprès du parlement pour l'augmentation du budget alloué à la santé en vue de la pérennisation de l'intervention.
Les partenaires sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'adhésion des prestataires de soins à la mise en œuvre de l'intervention.

Le tableau 3 ci-dessous présente les rôles et responsabilités des acteurs du niveau intermédiaire dans la mise en œuvre des activités de santé communautaire.

Tableau 3 : Rôles et responsabilités des principaux acteurs du niveau intermédiaire

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
Niveau intermédiaire	
Comité régional de coordination des interventions en santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la coordination de la mise en œuvre de l'intervention au niveau régional Assurer le suivi de l'application des textes régissant les interventions de santé communautaire et du respect des engagements pris par les parties prenantes au niveau régional Mener le plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des PTF pour la mobilisation de ressources financières Participer aux missions conjointes de suivi des interventions
DRSP	<ul style="list-style-type: none"> Participer à la coordination de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire au niveau régional Appuyer techniquement les ECD et les ONG au niveau régional dans la formation des agents de santé et le suivi des activités de santé communautaire Collecter les besoins des DS en intrants y compris les médicaments et les transmettre au niveau central Veiller à la disponibilité des supports et des intrants y compris les médicaments Superviser les ECD et les ONG/OCB sur la mise en œuvre des interventions de santé au niveau communautaire Analyser et approuver les données des services de la santé communautaire des DS Transmettre les données approuvées au niveau central Assurer la rétro information aux DS sur les données du niveau communautaire Vulgariser le document projet/intervention au niveau de la région Documenter et archiver les données de santé communautaire

Le tableau 4 ci-dessous présente les rôles et responsabilités des acteurs du niveau district dans la mise en œuvre des activités de santé communautaire.

Tableau 4 : Rôles et responsabilités des principaux acteurs du niveau district

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
Niveau périphérique-District	
Équipe cadre de District	<ul style="list-style-type: none"> Organiser les revues trimestrielles des activités de santé communautaire Assurer la formation/recyclage des agents de santé et des ONG/OCB en matière de santé communautaire Procéder au recrutement, à la formation et à l'installation officielle des RCOM en collaboration avec les maires Estimer les besoins et approvisionner régulièrement en intrants les RCOM Superviser les chefs CSI/CS sur les interventions des RCOM Analyser et approuver les données transmises par les CSI Assurer l'assurance qualité des services offerts par les RCOM Veiller à la collaboration active entre les différents acteurs/secteurs concernés

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les documents normatifs de santé communautaire au niveau du DS • Veiller à l'implication des comités de santé par les services de santé dans la mise en œuvre et le suivi des interventions en santé communautaire • Documenter et archiver les données de santé communautaire
Collectivités territoriales (Communes)	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la sélection et à l'installation officielle des RCOM en collaboration avec les ECD • Veiller au respect des engagements par les parties prenantes • Participer au financement des activités de santé communautaire • Veiller à la prise en compte du financement des interventions de santé communautaire dans les PDC/PIA • Appuyer les RCOM dans la résolution des problèmes identifiés dans le cadre de leurs activités • Assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions • Informer et sensibiliser les populations sur la disponibilité des interventions et l'utilisation des RCOM • Contribuer à la pérennisation des interventions en santé communautaire y compris la motivation des RCOM • Veiller à la réalisation des autres modes de motivation des RCOM • Approuver les micros plans des CSI
ONG/OBC au niveau local	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les communautés dans la sélection des RCOM • Appuyer les agents de santé dans la formation/recyclage, la supervision, l'encadrement et le suivi des activités des RCOM • Contribuer à la motivation des RCOM • Participer aux réunions de coordination au niveau DS et aux rencontres-bilans au niveau communal et des CSI • Appuyer les CSI dans l'approbation des données issues des services offerts par les RCOM • Appuyer les CSI et les DS dans l'approvisionnement des RCOM en intrants à tous les niveaux • Participer à la mobilisation des ressources locales, l'appui à l'offre des soins et aux initiatives locales de santé communautaire en vue d'un meilleur accès des populations aux soins et services offerts • Assurer la mobilisation sociale et la veille citoyenne en vue de renforcer la redevabilité
CSI/CS	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les communautés dans la sélection des RCOM avec l'appui des élus locaux et les membres ONG/OSC • Assurer la formation/recyclage, la supervision et le suivi des activités des RCOM • Approvisionner les RCOM en médicaments et suivre leur consommation • Organiser les rencontres-bilans en collaboration avec les communes et les ONG/OSC locales • Assurer le monitoring communautaire annuel des activités des relais communautaires • Collecter, valider, faire la synthèse et transmettre à l'ECD les données mensuelles des RCOM • Elaborer les micros plans des CSI • Impliquer les RCOM dans l'organisation des activités de masse

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
COSAN/COGES	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'identification des problèmes de santé des communautés • Appuyer les communautés dans la sélection des RCOM • Appuyer les RCOM dans la résolution de leurs problèmes • Informer et sensibiliser les populations sur la disponibilité des interventions et l'utilisation des services offerts par ses RCOM • Mobiliser les ressources pour le financement de la santé communautaire • Participer aux rencontres bilans au niveau communal et CSI • Participer à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des micros plans des CSI • Valider les micros plans annuels des CSI
RCOM	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir aux populations les services curatifs, préventifs et promotionnels selon leur niveau de mise en œuvre • Appuyer les CSI/CS dans l'organisation des journées nationales de santé et autres activités de masse • Participer à l'identification des problèmes de santé de leurs communautés • Contribuer à la préparation et à la réponse aux urgences/épidémies • Rendre compte régulièrement à la communauté de ses activités
Leaders Communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'identification des problèmes de santé des communautés • Appuyer les communautés dans la sélection des RCOM • Appuyer les RCOM dans la résolution de leurs problèmes • Informer et sensibiliser les populations sur la disponibilité des interventions et l'utilisation des services offerts par les RCOM et les activités de masse • Contribuer à la mobilisation de ressources • Participer à la supervision et au suivi des activités des RCOM
Communautés/Population	<ul style="list-style-type: none"> • Recruter et mettre à disposition les RCOM • Contribuer au financement de la motivation des RCOM et de toutes les interventions en santé communautaire • Participer à la mise en œuvre des services préventifs, promotionnels et curatifs offertes par les RCOM • S'approprier les interventions de santé au niveau communautaire

3.5. Cartographie des sites d'interventions appuyés par l'UNICEF

L'évaluation se focalise sur trois régions dans lesquelles ont été mis en œuvre les trois paquets d'interventions avec l'appui de l'UNICEF au cours des trois dernières années. Il s'agit de l'ensemble des DS des régions de Tahoua, Maradi et Zinder comme illustré sur la carte ci-dessous (Figure 2). Ces trois régions concentrent la plus grande proportion de la population du Niger, témoignent des barrières à l'accès au système de santé et présentent les taux de mortalité néonatale et infantile les plus élevés du pays.

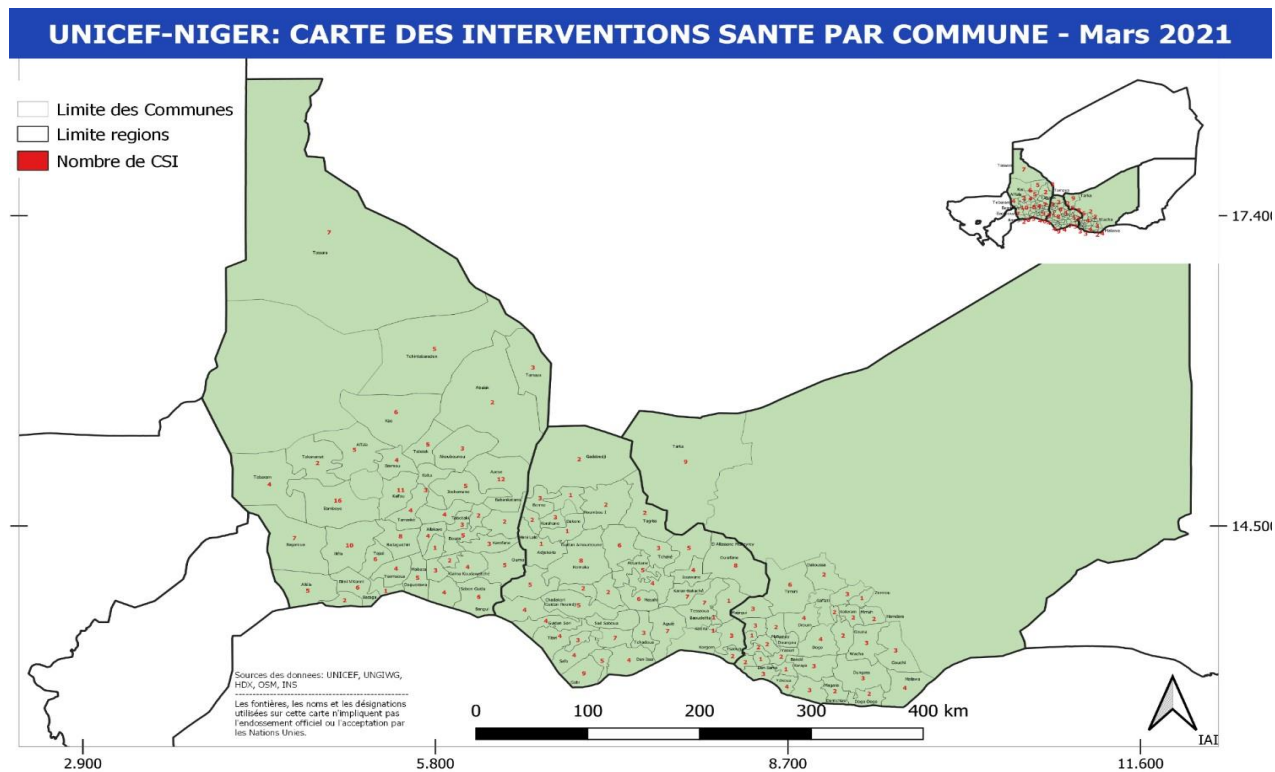


Figure 3 : Carte des interventions en santé du Niger

Source des données : UNICEF NIGER

3.6. Importance de l'évaluation pour l'UNICEF

Cette évaluation est un exercice important à cette étape de la mise en œuvre du cycle actuel du programme de coopération Niger-UNICEF. Les résultats doivent fournir des éléments probants de succès (ou non) ainsi que les explications, des enseignements tirés de ces quelques années de mise en œuvre et nourrir la réflexion vers des mesures correctives à apporter, des domaines à renforcer et pérenniser ou des orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie. Tout ceci en prenant en compte le contexte actuel du pays en termes des contraintes programmatiques, les priorités nationales, le financement et les partenariats. L'évaluation fournira au pays des informations détaillées fondées sur des preuves pour appuyer la révision de la stratégie nationale en matière de santé communautaire. Dans le cadre de la mise en œuvre des interventions principales de « L'offre du paquet intégré de soins au niveau communautaire » de l'UNICEF les principales parties prenantes et leurs rôles sont précisés (Cf. Annexe 7).

IV. BUT DE L'ÉVALUATION

4.1. But

Cette évaluation a un double but à savoir l'apprentissage et la redevabilité. L'apprentissage porte sur les leçons issues de la mise en œuvre des approches communautaires (PCIME, PSBI et PTME). L'évaluation vise à générer des connaissances à travers les leçons apprises du passage à l'échelle des approches communautaires. Il s'agit également de conduire une analyse des goulots d'étranglement aussi bien du côté de l'offre que de la demande. Quant à la redevabilité, elle est relative à l'utilisation des résultats de la présente évaluation pour rendre compte aux parties prenantes des résultats de la mise en œuvre.

4.2. Utilisateurs et utilisations de l'évaluation

Cette évaluation constitue un cadre analytique qui fournira au pays des informations détaillées fondées sur des preuves pour appuyer la révision de la stratégie nationale en matière de santé communautaire. Les constats, conclusions et recommandations de l'évaluation seront utilisés par les acteurs ci-dessous (tableau 5), chacun avec les domaines d'utilisation y afférents.

Tableau 5: Utilisateurs et utilisation de l'évaluation

Utilisateurs	Utilisation des résultats de l'évaluation
Ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none">• Comprendre le rôle et la contribution des bénéficiaires dans l'organisation et la prestation des services de santé• Evaluer les ressources nécessaires pour mettre en place des approches communautaires fonctionnelles• Mesurer les effets de ces approches sur la qualité de services• Améliorer les critères de fonctionnalité et de performance des structures communautaires• Analyser plusieurs scénarios de mise à échelle du programme de santé communautaire
Ministère du développement communautaire	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer les outils de planification multisectorielle• Partager les bonnes pratiques en termes d'interventions multisectorielles• Contribuer et compléter les écarts en matière d'accès aux soins dans les régions à faible densités et forte mouvement des population
Les Organisations de la Société Civile/ Les organisations à base communautaire	<ul style="list-style-type: none">• Disposer d'une base d'évidences pour améliorer la redevabilité et le contrôle citoyen• Avoir une meilleure compréhension des dynamiques communautaires dans le changement des comportements en rapport avec l'éducation et la formation des femmes et des filles
Les agences du SNU et autres PTF	<ul style="list-style-type: none">• Disposer d'informations fiables pour soutenir et élargir les approches communautaires• Susciter des collaborations entre PTF sur les approches communautaires• Renforcer la synergie dans la gestion et l'utilisation des données communautaires• Mieux comprendre la valeur ajoutée de la contribution des PTF dans les approches communautaires

Utilisateurs	Utilisation des résultats de l'évaluation
Les collectivités territoriales et les communautés	<ul style="list-style-type: none"> • Mieux cerner leur rôle et responsabilités dans les approches communautaires • Connaitre le potentiel des réseaux informels en place pour les renforcer
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'informations solides pour appuyer le plaidoyer en faveur des approches communautaires en santé • Alimenter la réflexion lors de la préparation du prochain programme de coopération • Identifier les innovations soutenables et les bonnes pratiques qui ont fait leurs preuves pour un éventuel passage à l'échelle • Identifier des alternatives moins coûteuses qui auraient permis d'atteindre les mêmes résultats auprès des bénéficiaires finaux • Renforcer le partenariat, la coordination et la synergie des interventions en vue d'optimiser l'impact en matière de santé • Effectuer une étude approfondie des coûts et des financements requis pour le programme national de santé communautaire.

V. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'objectif de la présente évaluation est de rassembler les éléments de connaissance sur la mise en œuvre et les résultats des approches communautaires de santé relativement aux trois paquets d'intervention (PCIME, PBSI et PTME) ciblés par le programme de coopération Niger-UNICEF depuis 2019. Plus spécifiquement, il s'agira de :

- 1- Apprécier les effets des approches communautaires sur l'offre et la demande des services de santé
- 2- Identifier les leçons apprises sur ce qui a fonctionné ou non pendant la mise en œuvre de ces approches en œuvre en termes d'acceptabilité, de faisabilité et répliquabilité ;
- 3- Expliquer comment les approches communautaires influencent les couvertures effectives des paquets d'intervention ;
- 4- Identifier les bonnes pratiques en matière de la demande et l'offre du paquet intégré de services offerts au niveau communautaires ;
- 5- Apprécier les effets des approches communautaires initiées dans la mise en œuvre de la PCIME communautaire, le PSBI et la PTME ;
- 6- Apprécier particulièrement les effets des approches communautaires sur la santé des enfants ;
- 7- Identifier, analyser la causalité des goulots d'étranglement du côté de l'offre et de la demande ;
- 8- Formuler des recommandations clés sur la manière d'améliorer les processus de mise en œuvre et les performances de la stratégie et des interventions clés dans le cadre d'un processus d'apprentissage continu.

VI. PORTEE DE L'EVALUATION

6.1. Portée Thématique

La présente évaluation est axée sur le déploiement simultané des trois approches dans les zones appuyées par l'UNICEF, c'est-à-dire tous les paquets d'interventions appuyées par le programme santé utilisant l'une ou l'autre des approches communautaires de la santé à savoir : la PCIME communautaire, le PBSI communautaire et la PTME communautaire.

6.2. Portée Géographique

La revue documentaire a concerné l'ensemble du pays. L'évaluation s'est déroulée dans trois régions dans lesquelles ont été mis en œuvre les trois paquets d'interventions avec l'appui de l'UNICEF au cours des trois dernières années (2019 à 2021) à savoir Tahoua, Maradi et Zinder.

La cartographie de la mise en œuvre des approches communautaires de survie de l'enfant au Niger de 2019-2021 par région et par type d'intervention est présentée dans le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6: Cartographie des zones d'intervention des approches communautaires au Niger

Régions	District	PCIME/ICCM	PSBI	PTME
Maradi	Maradi commune	X		X
	Aguié	X		X
	Bermo	X		X
	Dakoro	X	X	X
	Gazaoua	X		X
	Guidan Rounджи	X		X
	Madarounfa	X	X	X
	Mayahi	X	X	X
	Tessaoua	X		X
Tahoua	Tahoua Département	X		X
	Abalak	X	X	X
	Bagaroua	X	X	X
	Birni N'Konni	X		X
	Bouza	X		X
	Illéla	X		X
	Keita	X		X
	Madaoua	X		X
	Malbaza	X		
	Tassara	X		
	Tchintabaraden	X		
Zinder	Zinder Commune	X		X
	Belbedji	X		X
	Dungass	X		X
	Magaria	X		X
	Kantché	X	X	X
	Mirriah	X	X	X
	Takeita	X		X
	Tanout	X		x

6.3. Portée Chronologique

L'évaluation couvre toutes les activités mises en œuvre au cours du cycle actuel (2019-2021), depuis janvier 2019 jusqu'en décembre 2021. Cette évaluation a été conduite entre décembre 2021 et décembre 2022.

VII. CRITERES ET QUESTIONS DE L'EVALUATION

Afin de répondre aux questions d'évaluation indiquées dans les termes de référence, l'évaluation est guidée par 5 critères OCDE/CAD (Annexe 2) ainsi que la politique révisée de l'évaluation de l'UNICEF à savoir : pertinence, la cohérence, efficacité, efficience et durabilité. A ceux-là s'ajoute un autre critère additionnel portant sur les droits humains, genre et équité. Au total, 29 questions ont été retenues. Mais avant, une clarification est donnée sur chacun des critères retenus pour l'évaluation :

Pertinence : Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention⁶ correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions et demeurent pertinents même si le contexte évolue.

Cohérence : Mesure dans laquelle l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution.

Efficacité : Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être, y compris les résultats différenciés entre populations (compte tenu de leur importance relative).

Efficience : Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.

Durabilité : Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer.

Droits de l'homme, genre et équité : mesure dans laquelle les interventions prennent en compte systématiquement les considérations relatives aux droits humains, l'égalité des sexes et l'équité.

VIII. METHODOLOGIE

8.1. Approche d'évaluation

Pour répondre aux objectifs de l'évaluation, il a été utilisé une approche mixte, qualitative et quantitative. Il s'est agi d'une approche non expérimentale de type transversal.

Les normes d'évaluation de l'UNEG pour assurer la protection et le respect des participants ainsi que leur confidentialité ont été appliquées tout au long du processus de cette évaluation. Tout le processus de mise en œuvre de l'évaluation a été sensible au genre en utilisant les spécificités contextuelles selon les localités, les régions et les principes de l'intégration du Genre et des Droits Humains, la non-discrimination, les principes de « ne pas nuire »..

L'évaluation a concerné toutes les parties prenantes, du niveau central au niveau opérationnel en passant par le niveau intermédiaire. Les décideurs, les PTF, les relais et médiatrices communautaires, les membres du comité de santé villageois ainsi que les bénéficiaires (hommes, femmes en âge de

procréer, jeunes adolescents, etc.) ont été concernés par l'évaluation dans le strict respect de la convention relative aux droits de l'enfant.

8.2. Méthodes et outils de collecte des données

8.2.1. Méthodes de collecte des données

L'utilisation de plusieurs méthodes a permis de trianguler les données provenant de différentes sources et de plusieurs méthodes, de formuler les constats et d'apporter des réponses les plus pertinentes et crédibles aux questions d'évaluation.

Revue et analyse documentaire : Elle a consisté à analyser le contenu des documents nationaux obtenus au niveau de l'UNICEF et du MSP/P/AS (Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant - DSME, Direction de la Santé Communautaire -DSC). Cette revue a permis de comprendre et de disposer de toutes les données sur les différentes interventions. Ces données ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Entretiens individuels approfondis : Des **interviews semi-structurées** ont été effectuées avec les responsables du niveau central et opérationnel, les partenaires techniques et financiers et les RCOM à l'aide de guides d'entretien. Ces interviews individuelles approfondies ont porté sur les perceptions des différents acteurs sur les interventions communautaires de survie de l'enfant au Niger. Les interviews auprès des PTF ont été axées sur les facteurs internes et externes qui ont contribué à l'atteinte des résultats notamment au niveau de l'UNICEF, les facteurs favorisant et les obstacles à la mise en œuvre des interventions, les ajustements effectués, le degré d'appropriation du niveau national, l'équité des interventions, la cohérence et la coordination des interventions.

Les interviews auprès des responsables au niveau national ont porté sur leurs perceptions sur la pertinence des interventions, leur adaptation, facteurs internes et externes qui ont contribué à l'atteinte des résultats notamment au niveau de l'UNICEF, les facteurs favorisant et les obstacles à la mise en œuvre des interventions, les contraintes relatives à l'offre et à la demande, les ajustements effectués, le degré d'appropriation du niveau national, l'équité, la cohérence et la coordination des interventions.

Les prestataires et les RCOM qui sont les acteurs de mise en œuvre sur le terrain ont été interviewés sur l'intégration des interventions dans l'environnement socio culturel des communautés, l'atteinte des objectifs, l'équité dans la mise en œuvre, les contraintes relatives à l'offre et à la demande, les facteurs favorisant et les obstacles à la mise en œuvre.

Administration de questionnaires : Des questionnaires ont été administrés uniquement aux bénéficiaires (femmes ou mères gardiennes d'enfants). L'administration des questionnaires a permis de mesurer les services reçus, la qualité et la satisfaction de ces interventions.

Focus group auprès des bénéficiaires : Cela a concerné les femmes mères des enfants de moins de 5 ans pris en charge par les RCOM (PCIME ou PSBI) et les femmes enceintes prises en charge pour la PTME. Trois types de focus group constitués chacun de 8-12 femmes du village y compris le RCOM. Ces personnes ont été identifiées grâce aux RCOM ou les leaders communautaires. Les objectifs étaient de recueillir l'appréciation des services reçus par les bénéficiaires.

8.2.2. Outils de collecte

Les outils utilisés pour le recueil des données sont comme suit :

1. ***Un guide d'entretien a été utilisé chez les informateurs clés*** (responsables au niveau du ministère de la santé, PTF, ONG, responsables au niveau central (DEP, DOS, DSC, DRSP, PNLP, DSME, PNLSH), au niveau des régions, districts, CSI et CS, et les communes : Les variables ont porté sur leur rôle et leur implication dans la conception des interventions communautaires, la planification de la mise en œuvre, la supervision, la formation. D'autres informations sur les facteurs modérateurs, la coordination, le financement, la durabilité et le passage à échelle ont été collectées.
2. ***Un 2^{ème} guide d'entretien a été utilisé chez les PTF*** (UNICEF, FM, etc.) et ONG : Les variables ont porté sur la couverture géographique de leurs zones d'interventions, leur rôle et implication dans la conception et la mise en œuvre des interventions communautaires, la planification de la mise en œuvre, le financement, la coordination, la supervision de la mise en œuvre et la pérennité des interventions. Des informations relatives aux facteurs modérateurs, à la disponibilité des ressources et à l'équité dans l'accès aux soins et à la coordination ont également été collectées.
3. ***Un 3^{ème} guide d'entretien a été utilisé chez les comités de santé et d'hygiène (COSAH) & communes*** : Les variables ont porté sur la disponibilité des documents des interventions des RCOM, leurs rôles et implications dans la conception et la mise en œuvre des interventions communautaires, leur implication dans le recrutement des relais et médiatrices communautaires, le financement des activités, la pérennisation des activités, la supervision, la durabilité et le passage à l'échelle des activités.
4. ***Un guide de focus group*** a été administré aux bénéficiaires (femmes mères des enfants de moins de 5 ans pris en charge par les relais communautaires (PCIME ou PSBI) et les femmes enceintes prises en charge pour la PTME) afin d'approfondir certaines questions des guides d'entretien et questionnaires de collecte des données (Cf. Annexe 3).
5. ***Un questionnaire a été utilisé chez les prestataires*** (relais et médiatrices communautaires). A ce niveau, les variables ont porté sur : les données sociodémographiques, leurs rôles et la qualité de leurs implications dans la mise en œuvre des interventions communautaires, (PCIME-Communautaire, PTME-Communautaire, PSBI-Communautaire) ; les formations reçues, les aspects contractuels avec les employeurs, l'approvisionnement en médicaments et matériels, les difficultés rencontrées, les facteurs favorisant, la qualité des données, les supervisions reçues, le passage à l'échelle et la pérennité des interventions.
6. ***Un questionnaire a aussi été administré aux bénéficiaires*** notamment les femmes mères des enfants de moins de 5 ans pris en charge par les RCOM (PCIME ou PSBI) et les femmes enceintes prises en charge pour la PTME.
Les bénéficiaires ont répondu à un questionnaire portant sur des informations sur les données sociodémographiques des bénéficiaires, les données relatives aux services reçus, l'appréciation de l'offre de services communautaires reçus et de la qualité des services des RCOM.
7. ***Un guide d'entretien individuel a été administré au niveau opérationnel*** (RCOM, personnel de santé et élus locaux).

8.3. Stratégies d'échantillonnage

L'échantillonnage s'est fait à deux niveaux. L'évaluation a été menée dans les 8 districts qui mettaient en œuvre les 3 interventions simultanément (Dakoro, Madarounfa, Mayahi, Guidan Roundji, Abalak, Bagroua, Kantché et Mirriah). Dans chacun des 8 districts de mise en œuvre des 3 interventions appuyées par l'UNICEF, pendant ces 3 dernières années, quatre (4) formations sanitaires (CSI et CS confondus) ont été **choisies de façon aléatoire**. Cinq (5) RCOM dont 2 situés à moins de 5 km de la formation sanitaire et 3 à plus de 5 km ont été choisis. Donc un total 160 RCOM de 32 formations sanitaires ont été concernés par l'enquête. Dans chaque district, au moins un chef CSI, une médiatrice communautaire et un maire ont été sélectionnés par tirage au sort, sauf à Dakoro où l'équipe n'a pas pu joindre le maire, soit un total de 17 chefs CSI, 9 médiatrices communautaires et 8 maires. Pour chaque RCOM, deux (2) bénéficiaires ont été interviewés.

Les mères ont été choisies selon la directive qui recommande pour la revue des fiches de prise en charge des enfants remplies par le RCOM de :

- Retenir toutes les fiches si le RCOM a rempli moins de 2 fiches de prise en charge des cas ;
- Procéder au tirage au hasard de 2 fiches si le RCOM a rempli plus de 2 fiches de prise en charge des cas ;
- Valider la fiche en se rendant avec le RCOM au domicile de la mère dont la fiche de l'enfant a été sélectionnée.

Ainsi, 323 mères ou des gardiennes d'enfants ont été choisies par tirage aléatoire simple sans remise sur la base des fiches de prise en charge de leurs enfants, soit 40 mères/gardiennes par DS.

Pour le Focus group, dans chaque district sanitaire, il a été organisé au moins un focus group sur les différentes interventions soit au total 3x8 (24) focus group. A cet effet, 12 enquêteurs ont été formés et ont travaillé en binôme. Le bilan global de la collecte des données est résumé comme suit :

Tableau 7 : Bilan de la collecte des données

Région	District	RCOM	Média-trice	DRSP	DS	Chef CSI	Maire	Bénéficiaires	Focus group
Tahoua	Abalak	20	2	1	1	1	1	40	3
	Bagaroua	20	1		1	1	1	40	3
Maradi	Dakoro	20	1	1	1	1	0	41	1
	Madarounfa	20	1		1	1	1	40	3
	Mayahi	20	1		1	4	1	42	4
	G. Roundji	20	1		1	1	2	40	2
Zinder	Matameye	19	1	1	1	4	1	40	4
	Mirriah	21	1		1	4	1	40	4
Total attendu		160	8	3	8	8	8	320	24
Total collecté		160	9	3	8	17	8	323	24
Couverture (%)		100	113	100	100	213	100	101	100

L'information sur le sexe a été collectée chez les RCOM. Les médiatrices communautaires étaient toutes des femmes. La catégorie est disponible uniquement chez les bénéficiaires. Les focus groupes devaient porter sur la PCIME, la PTME et la PSBI. Ils étaient constitués de 8 à 12 personnes de façon à avoir dans le groupe 1 Homme âgé du village (45 ans et +), 1 Femme enceinte du village, 1 Femme allaitante du village, 1 Femme utilisatrice de la PF du village, 1 Homme adulte du village

(25-44 ans), 1 Jeune adolescent, homme (15-24 ans), 1 RCOM femme, 1 Membre du comité de santé villageois des hommes. Les tableaux 8 et 9 ci-dessous présentent les bilans désagrégés de la collecte des données par sexe des RCOM et par catégorie socio-professionnelle des bénéficiaires.

Tableau 8 : Effectif des RCOM par sexe et des bénéficiaires selon les catégories socio professionnelles

Région	District	RCOM	Bénéficiaires					F. groups
			Commerçante	Etudiante	Ménagère	Salariée	Total	
Tahoua	Abalak	F=12	1	0	39	0	40	1 PCIME
		M=8						1 PTME
		n= 20						1 PSBI
	Bagaroua	F=7	2	0	38	0	40	1 PCIME
		M=13						1 PTME
		n=20						1 PSBI
Maradi	Dakoro	F=7	13	1	27	0	41	1 PCIME
		M=13						
		n=20						
	Madarounfa	F=9	10	2	27	1	40	1 PCIME
		M=11						1 PTME
		n=20						1 PSBI
	Mayahi	F=10		0	40	0	42	2 PCIME
		M=10						1 PTME
		n=20						1 PSBI
	Guidan Roudji	F=5	3	0	37	0	40	1 PCIME
		M=15						1 PTME
		n=20						
Zinder	Kantché/ Matameye	F=4	3	0	37	0	40	2 PCIME
		M=15						1 PTME
		n=19						1 PSBI
	Mirriah	F=5	2	0	38	0	40	2 PCIME
		M=16						1 PTME
		n=21						1 PSBI
Total		F= 59	36	3	283	1	323	24
		M=101						
		n= 160						

Tableau 9 : Bilan désagrégé de la collecte par sexe et par outil de collecte

Outils de collecte de données	Echantillonnage	Nombre total	Femmes	Hommes
Guide d'entretien informateurs clés	Non-probabiliste / Par choix raisonné	13, niveau central	5	8
		28 (DRSP-DS-CSI)	0	28
Guide d'entretien Comités de santé et hygiène (COSAH) & Communes	Probabiliste / Aléatoire simple	8	1	7
Guide de focus group Bénéficiaires	Non-probabiliste / Par choix raisonné	24 de 8 – 12 pers.	96 - 144	96 - 144
Questionnaire Bénéficiaires	Probabiliste / Aléatoire simple	323	323	0
Guide d'entretien individuel RCOM	Probabiliste / Aléatoire simple	160 RCOM	59	61 RCOM

8.4. Analyse et assurance qualité des données

8.4.1. Formation des enquêteurs

Avant la collecte des données, le cabinet CEERFE a organisé une formation de 3 jours, du 26 au 28 septembre 2022 à l'endroit des agents de collecte. Cette formation a été axée sur la méthodologie de collecte, le rôle de chaque acteur, le remplissage des questionnaires. Les agents ont été sélectionnés selon leurs profils et expériences sur la base de la CVthèque de CEERFE. Pour assurer convenablement la collecte des données qualitatives et quantitatives, ces agents ont été minutieusement sélectionnés pour avoir des équipes polyvalentes composées de sociologues et des épidémiologistes ayant une bonne connaissance des questions de santé communautaire notamment la PCIME, PTME, PSBI, une expérience avérée en collecte des données et une maîtrise du « haoussa » et/ou du « djerma ». Des interviews ont été organisées pour sélectionner les 12 meilleurs candidats dont 4 femmes nécessaires à l'enquête. Une vérification des références professionnelles a été effectuée avant de confirmer la sélection finale des candidats. Trois équipes composées de 4 personnes chacune ont été constituées, la première pour l'axe Tahoua, la deuxième pour l'axe Maradi et la troisième pour l'axe Zinder. Ces équipes ont assuré les entretiens au niveau des DRSP, des districts, des CSI, des mairies et l'administration des questionnaires aux RCOM, médiatrices communautaires et bénéficiaires sous la supervision des consultants nationaux. Ils ont travaillé en binôme.

Pour assurer la qualité du travail sur le terrain, une harmonisation de tout le travail de terrain a été assurée par deux des consultants nationaux. Les agents de collecte ont été formés également sur les procédures d'assurance qualité et les mesures éthiques à observer dans le cadre de l'étude. Des simulations d'entretiens et d'observations ainsi que la pratique des procédures de collecte de données ont été effectuées lors de la formation. Le dernier jour de la formation a été consacré à un pré test des outils réalisé dans la commune de Kirtachi à Kollo (Région de Tillabéri) située à 37 km de Niamey sur un échantillon de 24 femmes mères d'enfant de moins de 5 ans. Deux focus groups ont été réalisés. Ceci nous a permis d'ajuster nos outils de collecte de données.

8.4.2. Supervision et contrôle qualité de la collecte

Afin d'assurer une meilleure qualité des données, une supervision de proximité a été conduite auprès des agents de collecte. Chacun des trois axes de collecte a compté un superviseur qui était chargé de contrôler, sur place et de façon journalière, toutes les informations (fiches de collecte et audios des focus groupes). Les rendez-vous avec les agents de santé et les informations ont été arrangés à l'avance par les experts nationaux afin de faciliter l'accès aux structures et optimiser le temps. Les enquêteurs ont écrit les initiales de leurs noms sur les fiches de collecte de données afin qu'ils puissent aider les agents de saisi à mieux lire leurs écritures au besoin. A la fin de chaque journée, les superviseurs ont communiqué les informations recueillies pendant la journée et discuté avec les consultants nationaux du programme de la journée suivante y compris l'itinéraire, pour prendre en compte les questions sécuritaires. La communication a été permanente entre les agents de collecte de données et les consultants nationaux. Les corrections sont portées sur place, au besoin, avant de quitter la localité. Les questionnaires ont été administrés en binôme afin de minimiser les risques d'erreurs dans le remplissage des fiches. Au moins deux enregistreurs ont été utilisés pour l'enregistrement des audios des focus groupes. A la fin de la collecte, le bilan a été fait avant que les équipes ne quittent le terrain afin que tout éventuel rattrapage soit fait avant le départ des équipes.

8.4.3. Analyse des données

✓ *Données qualitatives*

Les données collectées lors des interviews semi-structurées et les focus groups ont été traitées tout en privilégiant la rigueur et l'étude minutieuse des informations recueillies afin d'en extraire le contenu et les idées. Une analyse de contenu a été effectuée à partir des thématiques et sous thématiques qui se sont dégagées. La description des informations recueillies et l'étude de leur signification ont permis l'élaboration des conclusions et des enseignements à tirer ainsi que l'évaluation des pistes et des solutions d'amélioration significative de la question d'étude.

Les concepts de triangulation méthodologique et de triangulation des données ont consisté en une combinaison des entretiens avec les informateurs-clés notamment les différentes cibles de l'approche qualitative à tous les niveaux de la pyramide sanitaire national du Niger. Au niveau central, il s'est agi des directions et services mettant en œuvre des interventions de santé communautaire et les PTF. Au niveau intermédiaire, il s'est agi des DRSP des régions de Tahoua, Maradi et Zinder. A l'échelon opérationnel au niveau DS, il s'est agi des prestataires des soins de santé communautaires (les relais et médiatrices communautaires impliqués dans la PCIME, la PTME et le PSBI) et chez les bénéficiaires (les femmes mères des enfants de moins de 5 ans pris en charge par les RCOM (PCIME ou PSBI) et les femmes enceintes prises en charge pour la PTME.

Les données issues des discussions en focus group combinées aux données issues des autres sources (documents sources collectés, observations faites, interviews des différentes cibles) ont permis d'affiner la compréhension de la situation et un contrôle réciproque des résultats.

✓ *Données quantitatives*

Le logiciel Epi Info a été utilisé pour la gestion et l'analyse des données. Les **statistiques descriptives** usuelles (pourcentage, proportion, moyennes...) ont été utilisées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des sujets enquêtés. Globalement, elle a consisté en une description de la population étudiée. **L'étude analytique** a consisté à utiliser des tests du Khi2 pour étudier le lien et vérifier la signification de l'association entre 2 variables qualitatives. Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque les conditions de réalisation du Khi2 ne sont pas remplies. La valeur de p a été considérée significative lorsqu'elle est $\leq 0,05$. Les graphiques ont été créés avec Excel.

8.5. Considérations éthiques et principes de l'évaluation

Cette évaluation a été indépendante, impartiale, transparente et rigoureuse. L'évaluation a été réalisée selon les principes éthiques et les normes définis par le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (UNEG) et le Global Evaluation Reports Oversight System (GEROS) de l'UNICEF. Elle a pris en compte les droits de l'homme, l'équité du genre et l'assurance qualité à toutes les étapes de sa réalisation.

Anonymat et confidentialité : L'évaluation a respecté les droits des personnes qui ont fourni des informations, en garantissant leur anonymat et la confidentialité. Toutes les informations collectées sont restées confidentielles et ne sont connues que de l'équipe de recherche. Un numéro individuel d'identification a été utilisé pour la saisie informatique des données. Dans tous les cas, l'investigateur principal a veillé à ce que les questionnaires et la liste des codes d'identification soient conservés dans des fichiers verrouillés. Les ordinateurs utilisés pour la saisie des données ont été protégés avec

des mots de passe personnalisés pour assurer la sécurité des données/informations collectées afin de garantir la confidentialité et le respect des droits de l'individu.

Responsabilité : le rapport fait état de tous les conflits ou divergences d'opinion ayant pu se manifester entre les consultants ou entre les consultants et les responsables de programmes concernant les conclusions et/ou recommandations de l'évaluation. L'ensemble de l'équipe confirme les résultats présentés, les éventuels désaccords ont été indiqués.

Intégrité : Des questions non mentionnées expressément dans les termes de référence ont été mises en évidence par les évaluateurs afin d'obtenir une analyse plus complète des aspects étudiés.

Indépendance : les consultants ont veillé à rester indépendants vis-à-vis du programme concerné par l'évaluation, et ils ne sont pas associés à sa gestion ou à quelque élément de celle-ci.

Incidents : Tout problème survenu au cours du travail de terrain, ou à tout autre phase de l'évaluation a été signalé au Spécialiste Suivi Evaluation à l'UNICEF.

Validation de l'information : les consultants garantissent l'exactitude des informations recueillies lors de la préparation des rapports et sont responsables individuellement et collectivement de l'information présentée dans le rapport final.

Propriété intellectuelle : en utilisant les différentes sources d'information, les consultants ont respecté les droits de propriété intellectuelle des institutions et des communautés faisant l'objet d'examen.

Consentement éclairé : Les avantages et risques de l'enquête ont été expliqués en détail aux participants. Le consentement éclairé a été verbal. Les sujets enrôlés dans l'étude ont été informés des implications liées à leur participation et rassurés sur la confidentialité devant entourer les informations personnelles recueillies. L'évaluation représente un risque minimal et n'a pas été soumise à la revue d'un comité éthique national.

Les obligations des évaluateurs (indépendance, impartialité, crédibilité, conflits d'intérêts, redevabilité ; Geros Q.9 & Q.19) ont été prises en compte.

- a. **Indépendance** : les membres de l'équipe d'évaluation sont indépendants et ont mené cette évaluation en toute indépendance et n'ont participé à aucune des activités, de conception et de mise en œuvre des interventions ;
- b. **Impartialité** : l'équipe d'évaluation a fait preuve d'impartialité à toutes les étapes du processus d'évaluation, en prenant en compte tous les points de vue ;
- c. **Transparence** : l'équipe d'évaluation a communiqué clairement et ouvertement aux intervenants l'objet de l'évaluation, les critères appliqués et l'utilisation prévue des résultats. Elle s'est assurée de prendre en compte le point de vue de toutes les parties ;
- d. **Divulgateion** : l'équipe d'évaluation n'a manifesté aucune objection à rendre accessible au public les produits de l'évaluation. Ce rapport sert donc de mécanisme par lequel les résultats et les enseignements identifiés dans l'évaluation sont diffusés aux décideurs politiques, au personnel opérationnel, aux bénéficiaires, au grand public et aux autres parties prenantes ;

- e. **Éthique** : l'équipe a réalisé l'évaluation selon les exigences les plus strictes en matière d'intégrité et dans le respect des croyances, et des us et coutumes locaux, le respect des droits humains et de l'égalité des sexes. Elle s'est conformée de ce fait au strict respect du principe « Ne pas nuire » en évitant à tout prix, même non intentionnellement, de porter un quelconque préjudice aux participants de l'enquête. Pour la participation à la collecte des données, le consentement éclairé des répondants a été systématiquement requis. Spécifiquement, pour la collecte des données auprès des enfants, le consentement éclairé des parents a été requis. Le droit des institutions et des individus à fournir des informations en toute confiance a été respecté, les sources des informations et opinions spécifiques figurant dans le présent rapport ne sont pas divulguées.
- f. **Crédibilité** : cette évaluation a été basée sur des données et des observations qui sont considérées comme fiables et dignes de confiance ;
- g. **Utilité** : l'équipe d'évaluation s'est efforcée d'être aussi bien informée que possible, et le présent rapport est considéré comme pertinent, opportun et aussi concis que possible. Visant à être le plus bénéfique possible aux parties prenantes, le rapport présente les faits, résultats, conclusions et recommandations ;
- h. **Conflits d'intérêt** : l'équipe d'évaluation rassure que les évaluateurs mobilisés n'ont pas de conflits d'intérêt avec les parties prenantes de cette évaluation.

Procédé de collecte des données dans le contexte du COVID-19 : Avec la pandémie à coronavirus, l'organisation de toute activité dans le cadre de cette étude (collecte des données, réunions ...) a pris en compte le respect strict des mesures barrières édictées par le gouvernement nigérien (le port de bavettes/cache nez, le port des gants, lavage des mains régulièrement ou la désinfection à l'aide du gel hydro alcoolique et la distanciation physique).

8.6. Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Les limites de l'évaluation ainsi que les stratégies d'atténuation identifiées sont présentées dans le tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10: Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Limites et contraintes d'évaluation	Stratégies d'atténuation réalisées
Collecte des données dans le contexte de la COVID-19	Les mesures préventives recommandées ont été prises pour atténuer les risques de contamination
Indisponibilité des données du DHIS 2	Les analyses ont porté sur les données collectées sur le terrain
L'équipe d'évaluation a reçu les informations concernant l'intervention de façon parcellaire. La documentation a été fournie au compte-goutte et complétée tardivement par l'UNICEF et les autres parties prenantes rendant difficile la compréhension de l'intervention	Les informations ont été utilisées au fur et à mesure que les acteurs clés les rendaient disponible à la demande des évaluateurs Des séances de discussions approfondies avec les personnes clés au niveau de l'UNICEF et du ministère de la Santé Publique notamment de la Direction de la Santé Communautaire ont été réalisées

Limites et contraintes d'évaluation	Stratégies d'atténuation réalisées
Manque de clarté dans la compréhension de l'intervention par les acteurs du fait de plusieurs appellations dédiées à l'intervention	Clarification et compréhension commune avec les acteurs des différentes appellations utilisées pour désigner les interventions
La base de sondage pour les RCOM qui est en constante modification n'était pas à jour au moment de l'échantillonnage	Tenue de séances de travail avec les différents points focaux et validation consensuelle des listes les plus exactes possibles
Déplacement (voyage) du RCOM	Remplacement par le RCOM le plus proche et éligible
Accessibilité limitée des RCOM du fait d'une insuffisance de couverture réseau, une accessibilité physique du village ou l'insécurité	Contourner ou changer d'itinéraire pour accéder au RCOM ou le remplacer par le RCOM le plus proche et éligible
Le design de l'intervention ne permet pas de mesurer l'efficacité/impact attribuable à l'intervention	Utiliser les données de routine d'utilisation des services pour les prestations objet de l'intervention qui sont paramétrés dans le DHIS2 avant et après l'intervention (moins de 5 ans (PCIME), les nourrissons (PSBI) et le couple mère-enfant (PTME))
Les données du niveau communautaire ne sont pas paramétrées dans le DHIS2. A cela s'ajoute une faible qualité de l'archivage des données communautaires au niveau des différents niveaux de la pyramide sanitaire	

IX. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES

9.1. Pertinence

Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions et demeurent pertinents même si le contexte évolue.

QE 1.1. Dans quelle mesure les trois approches définies sont-elles alignées aux stratégies nationales en matière de santé communautaires ?

QE 1.2. Dans quelle mesure ces trois approches s'intègrent-elles dans l'environnement socio culturel des communautés ciblées ?

QE 1.3. Dans quelle mesure les différentes stratégies de suivi évaluation étaient-elles adaptées pour mesurer les résultats de l'approche ? et comment pourraient-elles être améliorées

Tableau 11: Pertinence - Résultats

Questions d'évaluation	Indicateurs	Résultats
QE 1.1	Degré d'alignement des interventions sur les stratégies nationales de santé communautaire	L'alignement de ces 3 approches communautaires sur les documents de planification stratégiques du ministère de la santé : Politique nationale de la santé 2016-2025, Plans de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021, plan stratégique national de la santé communautaire (PSNSC), 2019-2023, guide de mise en œuvre des interventions en santé communautaire 2021 Clairement ancré dans la composante OSanté du programme de coopération Niger-UNICEF
QE 1.2	Niveau d'acceptation des 3 approches par les populations	Taux de satisfaction élevés de l'accueil des RCOM par les bénéficiaires à Tahoua, Zinder et Maradi, soit respectivement 100%, 100% et 97,44%. Respectivement 100% des relais et médiatrices communautaires à Tahoua, et Zinder et 98,81% à Maradi sont satisfaits du processus de recrutement dans leurs localités respectives
QE 1.3	Existence de stratégies de suivi-évaluation adaptées pour mesurer les résultats de l'approche	Logique d'intervention existe bien qu'elle ait avoir besoin de certaines améliorations en termes d'IOV, de cadre de mesure de la performance avec des données de base (données de référence) et des cibles attendues année par année Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes d'IOV, de cadre de mesure de la performance avec des données de base (données de référence) et des cibles attendues année par année

9.1.1 QE 1.1. Dans quelle mesure les trois approches définies sont-elles alignées aux stratégies nationales en matière de santé communautaires ?

L'intervention est perçue par ses partenaires tant publics, qu'associatifs comme étant en phase avec les priorités nationales du gouvernement Nigérien sur les questions de santé communautaire. L'intervention est donc pertinente et cohérente pour les raisons principales suivantes :

- Un programme qui répond à des besoins réels et clairement identifiés sur la base d'une analyse situationnelle de la santé Communautaire auprès d'une diversité de bénéficiaires directs et indirects ;
- L'alignement de ces 3 approches communautaires sur les documents de planification stratégiques du ministère de la santé : PNS 2016-2025, PDS 2017-2021, PSNSC 2019-2023, guide de mise en œuvre des interventions en santé communautaire 2021, la stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé ;
- Clairement ancré dans la composante Santé du programme de coopération Niger-UNICEF.

9.1.2 QE 1.2. Dans quelle mesure ces trois approches s'intègrent-elles dans l'environnement socio culturel des communautés ciblées ?

La mise en œuvre de ces 3 approches s'intègre dans l'environnement socio-culturel des communautés ciblées. En effet, l'identification des RCOM est faite pas les acteurs locaux. C'est la population qui les identifie en collaboration avec les Chef CSI. Cette identification est faite par les communautés en tenant compte des critères communautaires que ces personnes incarnent et donc bénéficient de la confiance de leur communauté.

On note une bonne acceptabilité du travail des RCOM par les bénéficiaires dont 97,0% recommanderaient à leurs connaissances de recourir aux services des RCOM.

Ces RCOM locaux intègrent les aspects socio-culturels des communautés dans la réalisation de leurs activités. Ce qui se traduit par leur acceptation. En témoignent les taux de satisfaction élevés de l'accueil des RCOM par les bénéficiaires à Tahoua, Zinder et Maradi, soit respectivement 100%, 100% et 97,44%. En plus, 0 respectivement 100% des relais et médiatrices communautaires à Tahoua, et Zinder et 98,81% à Maradi sont satisfaits du processus de recrutement dans leurs localités respectives. On note une bonne adhésion et une bonne participation des populations à la mise en œuvre de ces 3 approches et la prise en compte des couches vulnérables dans l'accès aux soins. Une bonne stratégie de mobilisation sociale et communautaire pour le changement de comportement permettrait d'améliorer cette adhésion des populations. Selon certains enquêtés, ces interventions permettent d'améliorer la santé des enfants. Pour HM, sexe M, responsable ministère de la santé du niveau central, 52 ans « *Il y'a la baisse de la mortalité, la réduction de la morbidité des enfants surtout que les relais interviennent dans des zones reculées. Bonne appréciation* ». Un autre (responsable PTF en charge de la PTME, niveau central) renchérit : « *Il y'a le suivi des patients, l'observance des traitements, le suivi des nouveaux nés. L'action des médiatrices a permis de redynamiser la demande des soins de santé* », et cela à tous les niveaux d'intervention y compris les groupes vulnérables et ceux marginalisés.

9.1.3 QE 1.3. Dans quelle mesure les différentes stratégies de suivi évaluation étaient-elles adaptées pour mesurer les résultats de l'approche ? Et comment pourraient-elles être améliorées ?

Il s'agissait de vérifier l'existence d'un cadre logique axé sur les résultats contenant des indicateurs de résultats pour mesurer les effets induits par chaque approche et l'existence d'un cadre de mesure de la performance avec des données de base et des cibles à atteindre.

La théorie du changement de l'intervention est illustrée dans un modèle logique de l'intervention tiré du cadre logique du plan national de santé communautaire. Cette logique d'intervention est claire et bien structurée. Elle contient aussi des hypothèses et des risques permettant d'anticiper et de prendre des actions pour réduire au maximum les risques identifiés.

Il existe aussi un guide de mise en œuvre des approches à base communautaire, qui décrit les modalités et procédures de coordination/suivi évaluation des partenaires de la santé communautaire au niveau central (comité national de coordination), intermédiaire (intégré aux réunions trimestrielles du comité régional) et périphérique (district : intégré aux réunions trimestrielles de coordination des interventions ; commune : réunions de coordination des activités opérationnelles, CSI-CS : réunions mensuelles de coordination des activités).

Cependant les indicateurs de produits, d'effets et d'impact ne sont pas des Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV). Ce qui ne permet pas de faire des comparaisons et d'apprécier les évolutions. Nous n'avons pas observé de cadre de mesure de la performance avec des données de base (données de référence) et des cibles attendues année par année, des sources de vérification et des méthodes de collecte. Ce qui n'a pas permis de mesurer l'atteinte des cibles et par conséquent l'atteinte de certains objectifs. Aussi, nous n'avons pas objectivé la mise en place d'un processus d'accompagnement de sortie de l'intervention. Ce qui compromet davantage la durabilité de l'intervention.

Une approche innovante et adaptée au contexte et aux besoins, des réponses adaptées aux besoins des acteurs

Conformément à la cartographie géo référencée des RCOM établie en 2021 globalement, les 3 approches communautaires sont perçues comme pertinentes par les acteurs rencontrés tant au niveau stratégique, qu'opérationnel. Toutefois, cette pertinence est diluée par un ancrage institutionnel faible et des dispositifs de suivi-évaluation des résultats qui sont encore peu exploitables et devraient être renforcés par la mise en œuvre des réformes en cours.

Une approche participative et de co-construction

La formulation, tout comme la mise en œuvre des 3 approches, marquent un bon niveau d'implication et de co-construction avec les acteurs nationaux et locaux Nigériens. L'intervention est marquée par une grande proximité avec les parties prenantes, notamment les bénéficiaires directs et indirects des 3 approches communautaires. En plus de faciliter la mise en œuvre des actions (bonne connaissance du terrain, des acteurs et des besoins, flexibilité et adaptabilité à l'évolution du contexte), cette démarche préfigure et prépare l'appropriation future des dynamiques en construction par les acteurs nationaux, en vue de la pérennisation/durabilité des actions dans le futur.

Tableau 12: Critères de qualité/performance CAD (sur une échelle de A à D)

Score B–La pertinence de l’intervention est satisfaisante
<ul style="list-style-type: none"> • L’intervention est en phase avec les priorités nationales du gouvernement nigérien et de l’UNICEF • Ces 3 approches s’intègrent dans l’environnement socio-culturel des communautés ciblées • Une approche participative et de co-construction • Une approche innovante et adaptée au contexte et aux besoins des bénéficiaires • Logique d’intervention appropriée bien qu’elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes d’IOV qui intègre la dimension genre, les droits humains, de cadre de mesure de la performance avec des données de base (données de référence) et des cibles attendues année par année

9.2. Cohérence

Mesure dans laquelle l’intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d’un pays, d’un secteur ou d’une institution.

Tableau 13: Cohérence – Résultats

<p>QE 2.1. Dans quelle mesure des partenariats ou des mécanismes de coordination significatifs ont-ils été établis et rendus fonctionnels par les acteurs majeurs des approches communautaires, y compris les institutions gouvernementales ?</p> <p>QE 2.2. Dans quelle mesure l’approche communautaire de survie de l’enfant a-t-elle été conçue/adaptée et mise en œuvre conformément aux engagements nationaux (et en réponse aux ODD) ?</p> <p>QE 2.3. Dans quelle mesure l’ancrage institutionnel est cohérent pour la coordination du programme ?</p>

Sous-questions	Indicateur	Résultat
QE 2.1.	Nombre de partenariats établis et fonctionnels	Un réseau de partenariats établi par l’UNICEF à travers le programme santé, les cadres de coordination des partenaires de la santé communautaire à tous les niveaux du système de santé
QE 2.2.	Niveau d’alignement de des interventions des PTF par rapport aux engagements nationaux	Une faible synergie/complémentarité des actions des PTF Absence de planification conjointe Fragmentation dans la mise en œuvre des interventions
QE 2.3.	Ancrage institutionnel intégré à l’organigramme du ministère de la Santé	Création de la DSC au niveau central Au niveau intermédiaire et périphérique, on note une bonne coordination avec l’intégration du suivi du programme aux mécanismes de coordination existants du système de santé

9.2.1 QE 2.1. Dans quelle mesure des partenariats ou des mécanismes de coordination significatifs ont-ils été établis et rendus fonctionnels par les acteurs majeurs des approches communautaires, y compris les institutions gouvernementales.

Des partenariats et des mécanismes de coordination ont été établis et ont significativement contribué au renforcement du système de santé communautaire à tous les niveaux (central, régional, district, collectivité locale). La création de la DSC a renforcé la visibilité de l'approche communautaire au Niger. Des ressources nécessaires pour la coordination des activités et des acteurs sont disponibles et assurent l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé communautaire, la création et l'organisation des groupes de travail techniques, la mise en place d'un système de coordination à tous les niveaux.

9.2.2 QE 2.2. Dans quelle mesure l'approche communautaire de survie a-t-elle été conçue/adaptée et mise en œuvre conformément aux engagements nationaux (et en réponse aux ODD) ?

Les bailleurs qui financent ces 3 interventions sont l'UNICEF, l'UNFPA, le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme (FM), World Vision (WV). L'intervention se veut complémentaire des interventions d'autres acteurs internationaux et nationaux dans les zones ciblées, dont Initiative du Président Américain pour la lutte contre le paludisme (PMI) et WV et MSF-CH. Cependant, il a été noté une faible coordination des acteurs du fait de l'absence de planification conjointe et par conséquent une fragmentation des interventions (chaque partenaire a ses RCOM, ses intrants, son matériel), ce qui engendre un gaspillage des ressources. Le défi majeur de cette cohérence externe, est l'alignement de tous les PTF autour d'un paquet intégré communautaire, avec un seul plan de financement et un plan de déblocage des ressources financières (mise en commun des ressources financières et leur allocation basée sur la performance). Au niveau interne, cette cohérence se traduit par l'intégration et la mise en œuvre des activités à tous les niveaux du système de santé (depuis le niveau central jusqu'au niveau communautaire). Cette approche d'intégration dans le système de santé constitue donc une forme de garantie pour une synergie et une durabilité des acquis de l'intervention.

9.2.3 QE 2.3. Dans quelle mesure l'ancrage institutionnel est cohérent pour la coordination du programme ?

Pendant la période de mise en œuvre, avant la création de la DSC, l'intervention était ancrée dans 3 directions. La PSBI au niveau de la DSME, la PCIME communautaire au niveau du PNLN, la PTME au niveau du programme de lutte contre le SIDA. Ce qui a pour conséquence une difficulté de coordination et de mutualisation des ressources des 3 interventions. Aussi, certaines directions nationales impliquées dans la mise en œuvre du programme ont connu des changements d'où une faible existence de la mémoire institutionnelle en général et des 3 interventions en particulier. Cette situation génère de lourdes difficultés pour davantage consolider l'ancrage institutionnel de l'intervention. En exemple, les acteurs de la DSC interrogés déclarent n'avoir aucune information sur la mise en œuvre de la PSBI. La création de la DSC est salutaire et vient répondre à un besoin d'efficacité et de mémoire institutionnelle sur la mise en œuvre des interventions communautaires. Aussi, l'ancrage institutionnel des RCOM se trouve à l'ANVD. Cette structure reçoit le soutien des

partenaires dont l'UNICEF pour assurer le paiement de la motivation des RCOM au Niger. Cet ancrage centralisé et déconnecté du système de santé peut rendre peu efficace la gestion des superviseurs communautaires. La responsabilisation des collectivités locales pour la gestion de ces ressources humaines semble être plus cohérente avec le processus de la décentralisation de la gestion des ressources humaines par les collectivités locales. Au niveau intermédiaire et périphérique, on note une bonne coordination avec l'intégration du suivi du programme aux mécanismes de coordination existants du système de santé. Cependant, la mobilité du personnel aux niveaux intermédiaire et périphérique au cours de l'exécution du projet a rendu difficile la qualité de la supervision et le suivi car bien souvent le nouveau personnel n'est pas formé (Responsable MSP).

Tableau 14 : Critères de qualité/performance CAD (sur une échelle de A à D)

Score C : La cohérence de l'intervention est moyenne

Une approche cohérente au niveau interne mais qui mérite d'être renforcée au niveau externe pour le renforcement du système de santé

- Existence d'un réseau de partenariats au niveau central établi par l'UNICEF
- Existence de cadres de coordination des partenaires de la santé communautaire à tous les niveaux du système de santé
- Fragmentation importante dans la mise en œuvre des interventions
- Gaspillage des ressources dans la mise en œuvre

9.3. Efficacité

Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être, y compris les résultats différenciés entre populations (compte tenu de leur importance relative).

QE 3.1. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à rehausser la demande des services de santé ?

QE 3.2. Dans quelle mesure le programme a-t-il renforcé les capacités de gestion du système sanitaire ?

QE 3.3. Quels facteurs internes et externes à l'UNICEF ont contribué à l'atteinte des résultats du programme ?

QE 3.4. Quels facteurs internes et externes à l'UNICEF ont empêché l'atteinte des résultats du programme ?

QE 3.5. Quelles sont les principales contraintes relatives à l'offre ?

QE 3.6. Quelles sont les principales contraintes relatives à la demande ?

QE 3.7. Quels sont les facteurs de succès et ou d'échec ?

QE3.8. L'intervention dispose-t-elle d'une théorie de changement ?

QE 3.9. Dans quelle mesure le programme santé a-t-il apporté les ajustements adéquats pour mitiger les effets du COVID19 sur les résultats en matière de prise en charge communautaire de la santé ?

QE 3.10. Quels sont les effets attendus/inattendus, positifs ou négatifs que les interventions menées ont produit chez les détenteurs de droit à tous les niveaux ?

Tableau 15 : Efficacité- Résultats

Sous- Questions	Indicateurs /Mesures	Résultats
2.1) Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à rehausser la demande des services de santé ?	Nombre d'utilisateurs des différents services par mois au cours des 12 derniers mois (PCIME, PSBI, PTME)	Les données du DIHS2 ont été vainement demandées auprès du MSP. Plusieurs mails ont été envoyés dans ce sens, l'équipe s'est même déplacée pour aller au MSP, mais sans succès.
2.2) Dans quelle mesure le programme a-t-il renforcé les capacités de gestion du système sanitaire ?	Existence d'un circuit harmonisé de transmission des données intégrées Existence de canevas de rapports validés Tenues des réunions mensuelles de coordination Niveau d'ancrage institutionnel	« RCOM → CSI → Districts → Région Remplissage et transmission des fiches de rapports mensuels Contrôles qualité des données à tous les niveaux Données communautaires centralisées au niveau de la DSC en 2022
2.3) Quels facteurs internes et externes à l'UNICEF ont contribué à l'atteinte des résultats du programme ?	Existence de facteurs favorables aux interventions	Disponibilité des partenaires, Tenues de réunions de coordinations régulières à tous les niveaux du système, Engagement des relais, initiatives villageoises qui encouragent le relais RCOM issus de la communauté et choisis par la communauté, forte implication de la communauté,
2.4) Quels facteurs internes et externes à l'UNICEF ont empêché l'atteinte des résultats du programme ?	Existence de facteurs défavorables aux interventions	- <i>insuffisance de la supervision des RCOM par les CSI.</i> -retard de paiement des primes -Faible disponibilité des diverses ressources/intrants - faible coordination des bailleurs
2.5) Quelles sont les principales contraintes relatives à l'offre	Type et nombre de contraintes relatives à l'offre	- <i>insuffisance des agents</i> -insuffisance des intrants - faible qualité de la communication
2.6) Quelles sont les principales contraintes relatives à la demande	Types et nombre de contraintes relatives à la demande	- insuffisance des « <i>moyens de transport,</i> - <i>insuffisance de l'information et de la compréhension par la communauté.</i> - <i>réticence liée aux perceptions culturelles</i> ».
2.7) Quels sont les facteurs de succès et ou d'échec ?	Nombre de facteurs de succès ou d'échec	- <i>RH formées et compétentes</i> - <i>réalisation des supervisions</i> - <i>l'accompagnement des partenaires</i> - initiatives villageoises qui encouragent le relais Rcom issus de la communauté et choisis par la communauté
2.8) L'intervention dispose-t-elle d'une théorie de changement ?	Existence d'une théorie de changement	Théorie de changement qui décrit clairement les intrants, les activités, les produits, les effets et l'impact L'outil de monitoring opérationnel n'est pas disponible pour apprécier le niveau d'atteinte des cibles

Sous- Questions	Indicateurs /Mesures	Résultats
2.9) Dans quelle mesure le programme santé a-t-il apporté les ajustements adéquats pour mitiger les effets du COVID19 sur les résultats en matière de prise en charge communautaire de la santé ?	Existence d'ajustements effectué	Le respect des directives nationales en matière sur la lutte contre la COVID19 (mesures barrières, dépistage, prise en charge, distanciation etc)

9.3.1 QE 3.1. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à rehausser la demande des services de santé ?

Les données relatives à l'utilisation des services communautaires ne sont pas disponibles. Les données du DIHS2 ont été vainement demandées auprès du MSP. Plusieurs mails ont été envoyés dans ce sens, l'équipe s'est même déplacée pour aller au MSP, mais sans succès. Il n'est donc pas possible d'objectiver l'augmentation de l'utilisation des services de PTME, PBSI et de PCIME. De façon globale, les acteurs interrogés sont unanimes sur le fait que le programme est efficace. Plusieurs arguments ont été utilisés pour étayer cet état de fait. On peut citer le renforcement de la demande et de l'offre des soins aux cibles. Comme l'affirme ce médecin chef de DS « *Ces interventions permettent d'améliorer la santé des enfants. Il y'a la baisse de la mortalité, la réduction de la morbidité des enfants surtout que les relais interviennent dans des zones reculées. Bonne appréciation* ». Un autre renchérit : « *il y'a le suivi des patients, l'observance des traitements, le suivi des nouveaux nés. L'action des médiatrices a permis de redynamiser la demande des soins de santé* ». Et cela a été relevé à tous les niveaux d'intervention y compris les groupes vulnérables et ceux marginalisés. On observe un « bon taux de dépistage CPN estimé à 60% chez les femmes enceintes et allaitantes et leur maintien dans le continuum des soins. Chaque médiatrice a une liste des femmes qui ne viennent pas aux CPN, ou qui ne viennent pas prendre leurs ARV ». Selon certains participants, les interventions du programme ont été « *bénéfiques pour la population* ». On note une « *bonne appréciation* » surtout la « *baisse de la morbidité et de la mortalité* ».

9.3.2 QE 3.2. Dans quelle mesure le programme a-t-il renforcé les capacités de gestion du système sanitaire ?

Le circuit de transmission et de gestion des données suit un cheminement et cela est fonction du niveau de commandement. Pour cet enquêté, le circuit est « Les RCOM transmettent aux CSI puis aux régions qui transmettent au niveau central (DS)» (Agent DSNI/DSME). Un autre affirme le circuit est le suivant : « *Les RCOM transmettent aux CSI/CS/COGES qui transmettent aux DS, puis aux régions (coordonnateurs palu) qui transmettent au niveau national* » (Agent PMI, chargé de programme). De façon schématisé ce circuit est le suivant : « RCom → CSI → Districts → Région. Pour le palu Rcom → CSI → PNLP » (DH, UNICEF, PCIME). Un autre enquêté affirme/ « *actuellement, ce sont les CSI qui envoient les données PCIME a la DSME. A la DSC actuellement pas de données spécifiques pour les RCom. Mais ok en 2022* » (Agent DSC). Le suivi est réalisé avec les fiches de rapports mensuels. Les éléments utilisés : « Nombre d'enfants traités, Nombre d'enfants référés, type de pathologie, les produits utilisés, niveau des stocks, Nombre de sensibilisations réalisées » (Agent DSNI/DSME). En matière de contrôle qualité des données, les enquêtés affirment

que : « *Il existe un mécanisme de contrôle des données. Il y a la réunion mensuelle de coordination des activités des RCOM qui vérifie en même temps la qualité des données des RCOM. Mais pas de CP externe* » (Agent DSC). Un autre renchérit : il y'a des « missions de supervisions, des enquêtes » (Agent UNICEF). Cependant un enquêté signale une insuffisance. Il déclare que : « *Seul mhealth (Illela et Mayayi) permet d'avoir ces données. Lors des supervisions aussi, vérification du suivi des démarches par le RCOM* » (Agent UNICEF).

9.3.3 QE 3.3. Quels facteurs internes et externes à l'UNICEF ont contribué à l'atteinte des résultats du programme ?

La description des facteurs facilitant la mise en œuvre des interventions du programme y compris les facteurs internes et externes à l'UNICEF sont divers selon les personnes interviewées. Les facteurs liés à la coordination entre l'UNICEF et les autres parties prenantes. Des réunions de coordination semestrielle au niveau du comité national sont faites avec la participation des partenaires. « Il y'a une synergie d'action entre l'UNICEF et l'OMS en ce qui concerne les directives. Donc il y'a une complémentarité des interventions ». On peut ajouter d'autres facteurs : « *Réunions de coordination trimestrielles au niveau des DS ; les rapports existent, caractère polyvalent du relais pour être impliqué dans toutes les activités de la communauté (santé, environnement, etc..) ; présence des outils, matériels nécessaires ; disponibilité des partenaires d'appui, engagement des relais, initiatives villageoises qui encouragent les relais* » (Agent MSP). Un autre facteur est le fait que les RCOM sont issus de la communauté. Selon un interviewé, les principaux facteurs sont le fait que les « *RCOM sont issus des communautés et choisis par la communauté, avec de bonnes qualités requises* ». Ce participant estime qu'il y'a le « *bon engagement des RCOM avec les populations et les chefs CSI. Une forte implication de la communauté. Certains RCOM viennent appuyer les CSI* ». La supervision apparaît aussi comme un élément clé dans la facilitation de la mise en œuvre des interventions. En ce qui concerne le rythme de supervision, il faut noter qu'il y a des « *supervisions trimestrielles des DS/CSI/CS vers les relais et du niveau régional/national sur une base semestrielle* » (Agent PMI). Dans le même sens, une autre ajoute que la « *supervision est intégrée avec tous les acteurs. Supervisions semestrielles en principe. En 2021, pas eu de supervision. En 2020 il y'a eu une supervision. En 2019, il y'a eu l'enquête de la qualité de la PEC par les RCOM.* » (Agent DSNI/DSME). La disponibilité du financement qui participe à la mise en œuvre du plan stratégique de la santé communautaire est aussi un facteur indiqué par les enquêtés.

9.3.4 QE 3.4. Quels facteurs internes et externes à l'UNICEF ont empêché l'atteinte des résultats du programme ?

Sur la description des facteurs limitant la mise en œuvre y compris les facteurs internes et externes à l'UNICEF, on peut observer la « *faible vulgarisation du Plan stratégique et l'insuffisance de la supervision des RCOM par les CSI. Parfois il n'y a pas de supervision toute l'année à cause de la charge de travail* ».

Aussi, le retard dans le paiement des primes a entraîné la démotivation des prestataires communautaires.

A cela s'ajoute, la faible disponibilité des diverses ressources et la faible coordination des bailleurs qui ont négativement impacté les résultats des interventions.

9.3.5 QE 3.5. Quelles sont les principales contraintes relatives à l'offre ?

Parmi les contraintes liées à l'offre de services, on peut citer la faible qualité de la communication sur les interventions, *l'insuffisance des agents, l'insuffisance des intrants*. A ces contraintes on peut ajouter « *la lenteur dans le processus, les lourdeurs des procédures, les moyens limités* ».

Sur la disponibilité des ressources pour la période 2019-2021 (humaines, intrants, matériels, financement), on peut dire qu'en matière de RCOM, il y a une bonne appréciation. Il affirme que les « *RCOM sont très disponibles* ». En ce qui concerne l'appréciation de la disponibilité des médicaments, des équipements, des outils de gestion des RCOM et des mobilisatrices communautaires pour offrir les 3 interventions, il y a deux situations possibles. Certains enquêtés disent que « *des ruptures sont constatées. Les médicaments sont parfois en rupture* ». Pour d'autres « *chaque RCOM reçoit son kit avant le début de la mise en œuvre* ».

Ces résultats corroborent ceux des travaux précédents. Ceux-ci confirment qu'en termes d'offre/qualité des soins, le système de santé présente un déficit en prestataires de soins qualifiés et adéquatement repartis. Les ruptures de stocks de médicaments essentiels sont quasi-constantes, particulièrement pour une prise en charge adéquate des nouveau-nés, des enfants, des adolescent(e)s et des femmes enceintes. Les formations sanitaires du niveau périphérique sont les plus affectées en raison des faiblesses du système d'approvisionnement et de distribution des intrants, caractérisé par une multiplicité de chaînes et circuits parallèles rendant difficiles le contrôle et la traçabilité. De nombreux centres ruraux ou péri-urbains ne disposent pas de personnel, et le nombre de RCOM offrant le paquet complet de services est insuffisant. L'accès aux populations est parfois restreint dans les zones où l'état d'urgence a été décrété, particulièrement dans les régions de Diffa, Tillabéri et Tahoua. En 2012, moins de 12% des accouchements dans le quintile le plus pauvre de la population avaient été assistés par un prestataire de service formé, par rapport à 29% de moyenne nationale et 69% dans le quintile de la population la plus riche.

9.3.6 QE 3.6. Quelles sont les principales contraintes relatives à la demande ?

Parmi les contraintes liées à la demande on peut citer l'insuffisance des « *moyens de transport et la réticence liée aux perceptions culturelles* ». A cela s'ajoute l'insuffisance de l'information et de la compréhension par la communauté. Ce qui limite l'adhésion et la participation d'une partie de la population à la mise en œuvre des interventions.

Aussi, l'une des principales barrières à l'accès aux soins par les pauvres (presque la moitié de la population au Niger) réside dans l'importance des paiements directs par les usagers qui constituent la source principale (55%) de financement des soins de santé maternelle, néonatale et infantile, et une source importante d'iniquité. Le Gouvernement du Niger a introduit la politique de gratuité des soins en 2006, mais son application connaît des défauts majeurs qui limitent son impact. Il s'agit notamment du sous-financement de la ligne budgétaire pour la gratuité et des remboursements retardés, incomplets et imprévisibles aux structures de santé.

9.3.7 QE 3.7 Quels sont les facteurs de succès et ou d'échec ?

Une description des points forts de la mise en œuvre des interventions fait ressortir la « *disponibilité des RH formées et compétentes, l'accompagnement des partenaires, l'implémentation du programme, la réalisation des activités (Formations, supervision)* » (Agent DSNI/DSME). La « *formation des gens, RSS, la disponibilité des médicaments qui ne servent pas seulement à la PSBI* »

(PTF). A cela s'ajoutent la sélection de RCOM issus de la communauté et choisis par cette dernière et les initiatives villageoises qui encouragent les RCOM.

Pour une amélioration de la mise en œuvre de ces 3 interventions il faut travailler à « *couvrir tout le pays, la motivation des acteurs, la disponibilité des produits, réduire les ruptures* » (Agent DSNI/DSME). Aussi, la mise en œuvre « ne pas se limiter aux interventions délivrées notamment les soins. Voir comment les communautés ont ces soins. Organisation de l'offre, de la demande et comment ces deux sont organisés et gérées pour la qualité et l'efficacité. Voir si l'approche est au service de la sante ou au-delà de la santé » (TBM, UNICEF, PSBI). Les principaux facteurs d'échec sont clairement la question du paiement des RCOM, de leur supervision et de la disponibilité des intrants.

9.3.8 QE 3.8. Existence d'une théorie de changement de l'intervention

L'intervention dispose d'une théorie de changement qui décrit clairement les intrants, les activités, les produits, les effets et l'impact. Cependant, l'intervention n'analyse pas régulièrement (au moins une fois par an) les progrès accomplis notamment les résultats obtenus à court et moyen terme voire la contribution probable au niveau de l'impact. Nous n'avons pas retrouvé de rapport de progrès de l'intervention. L'outil de monitoring opérationnel n'est pas disponible pour apprécier le niveau d'atteinte des cibles.

Les données objectives ne sont pas disponibles pour apprécier le niveau de réalisation en termes de couverture et de qualité des prestations des RCOM et médiatrices communautaires.

9.3.9 QE 3.9. Dans quelle mesure le programme santé a t'il apporté les ajustements adéquats pour mitiger les effets du COVID19 sur les résultats en matière de prise en charge communautaire de la santé ?

Avec la COVID 19, le programme a mis en œuvre les directives nationales nationales de prise en charge communautaire de la COVID 19. On peut dire que : « *le respect des gestes barrières et la distanciation sociale ont négativement impacté la mise en œuvre des activités* » (Agent DSNI/DSME).

Nous n'avons pas vu de documentations en termes de nouvelles activités proposées en lien avec la COVID 19, ni des activités supprimées et aussi en termes de réallocation budgétaire.

Tableau 16: Critères de qualité/performance CAD (sur une échelle de A à D)

<i>Score C–Efficacité moyenne</i>
<ul style="list-style-type: none">• L'intervention dispose d'une ToC qui décrit clairement les intrants, les activités, les produits, les effets et l'impact• Les données relatives à l'utilisation des services communautaires ne sont pas disponibles. Il n'est donc pas possible d'objectiver l'augmentation de l'utilisation des services de PTME, PBSI et de PCIME, ni apprécier leur qualité• Les effets positifs rapportés ne sont pas soutenus par des chiffres qui permettent de mesurer• Existence de facteurs favorisant mais aussi limitant la mise en œuvre qui pourrait être un handicap pour l'atteinte des objectifs• Absence de rapports de progrès élaborés vue de suivre l'atteinte des résultats

- L'outil de monitoring opérationnel n'est pas disponible
- Absence de documentations en termes d'adaptation de stratégie en fonction des changements de contexte (COVID 19, insécurité), de documentation des effets positifs non prévus et leur potentiel contribution aux résultats de l'intervention et des effets négatifs inattendus.

9.4. Efficience

Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.

QE 4.1. Dans quelle mesure, les ressources financières, humaines et matérielles affectées à la mise en œuvre du programme sont :

- Suffisantes (en quantité) par rapport aux besoins et aux résultats escomptés ?
- Adéquates (en qualité) par rapport aux résultats escomptés ?
- Déployées à temps ?

QE 4.2. Dans quelle mesure le programme santé a-t-il optimisé l'utilisation des ressources financières, matérielles et humaines dont il disposait ?

QE 4.3. Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme est-elle basée sur la performance (contractualisation, paiement basé sur les résultats, motivation) ?

QE 4.4. Dans quelle mesure le réseau de partenariats établi par l'UNICEF à travers le programme santé contribue-t-il à la réalisation effective des résultats attendus ?

QE 4.5. Existe-t-il des alternatives moins coûteuses qui auraient permis d'atteindre les mêmes résultats auprès des détenteurs de droits ?

Tableau 17: Efficience - Résultats

Indicateur	Résultats				
% d'allocation budgétaire	Budget du programme : 55,580,053,089 CFA Pas de données pour réaliser l'analyse budgétaire Absence d'informations sur le montant de la contribution par bailleurs (UNICEF, UNFPA et Fonds mondial)				
% de couverture des RCOM	Région	Districts	Nb RCOM requis 2021	Nb de RCOM cartographiés en 2021	% de couverture en 2021
	Maradi	Dakoro	1433	1046	73
		Guidan Roundji	1191	1098	92
		Madarounfa	1021	278	27
		Mayahi	1267	1443	114
	Tahoua	Abalak	545	329	60
		Bagaroua	154	318	206
	Zinder	Matameye	925	943	102
		Mirriah	1173	937	80
	TOTAL			7709	6392

<p>% de disponibilité des équipements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maradi : 45% • Tahoua : 51% • Zinder : 79% 																		
<p>% de disponibilité des aides mémoires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maradi : 37% • Tahoua : 30% • Zinder : 19% 																		
<p>% de disponibilité en médicaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maradi : 23% • Tahoua : 51% • Zinder : 45% 																		
<p>Disponibilité à temps des ressources financières, humaines et matérielles affectées à la mise en œuvre du programme (Période de mise en œuvre : de janvier 2019 à juin 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de démarrage dû à des réformes importantes telles que l'élaboration et la validation du PNSC en novembre 2019 (mise en œuvre le 12/03/2020), la validation du manuel intégré de services de santé communautaire et du guide de mise en œuvre du PSNSC en 2020, la création de la DSC le 13 mai 2021 et la nomination du Directeur le 21 sept 2021 • Retard dans le déblocage des fonds de la part des PTF pouvant atteindre 4 mois (exemple en 2022, les ressources ont été disponibles en avril) • Niveau faible de financement des 3 interventions de 2019 à 2021 • Faible vulgarisation des documents (37% à Maradi, 30% à Tahoua, 19% à Zinder) • Retard dans le renforcement des capacités : en 2020 et 2021 • Survenue du COVID-19 en mars 2020 ayant entraîné la perturbation voire l'annulation de la mise en œuvre des activités • En 2021, 48 activités étaient prévues au niveau de la DSME. Finalement, 35 activités ont été réalisées soit un taux de réalisation de 73%. De nombreuses activités notamment les supervisions n'avaient pas été financées par l'UNICEF • Non financement des supervisions des RCOM par l'UNICEF au niveau opérationnel • Retard de paiement des primes des RCOM (90 à 100% de retard selon les enquêtés) 																		
<p>% de disponibilité des services</p>	<p>Disponibilité des RCOM</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Localité</th> <th>% de disponibilité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dakoro</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>Guidan...</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>Madarou...</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>Mayahi</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Abalak</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>Bagaroua</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Matameye</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Mirriah</td> <td>95%</td> </tr> </tbody> </table>	Localité	% de disponibilité	Dakoro	85%	Guidan...	85%	Madarou...	95%	Mayahi	100%	Abalak	20%	Bagaroua	30%	Matameye	100%	Mirriah	95%
Localité	% de disponibilité																		
Dakoro	85%																		
Guidan...	85%																		
Madarou...	95%																		
Mayahi	100%																		
Abalak	20%																		
Bagaroua	30%																		
Matameye	100%																		
Mirriah	95%																		

<p>% des contrats des RCOM disponibles</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Location</th> <th>% des contrats des RCOM disponibles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dakoro</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Guidan...</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Madarounfa</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Mayahi</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>Abalak</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Bagaroua</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>Matameye</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Mirriah</td> <td>36%</td> </tr> </tbody> </table>	Location	% des contrats des RCOM disponibles	Dakoro	0%	Guidan...	5%	Madarounfa	0%	Mayahi	14%	Abalak	50%	Bagaroua	29%	Matameye	30%	Mirriah	36%
Location	% des contrats des RCOM disponibles																		
Dakoro	0%																		
Guidan...	5%																		
Madarounfa	0%																		
Mayahi	14%																		
Abalak	50%																		
Bagaroua	29%																		
Matameye	30%																		
Mirriah	36%																		
<p>% de planification des cibles à atteindre</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Location</th> <th>% de planification des cibles à atteindre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dakoro</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>Guidan...</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Madar...</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Mayahi</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>Abalak</td> <td>68%</td> </tr> <tr> <td>Bagaro...</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>Matam...</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>Mirriah</td> <td>36%</td> </tr> </tbody> </table>	Location	% de planification des cibles à atteindre	Dakoro	14%	Guidan...	0%	Madar...	5%	Mayahi	24%	Abalak	68%	Bagaro...	86%	Matam...	40%	Mirriah	36%
Location	% de planification des cibles à atteindre																		
Dakoro	14%																		
Guidan...	0%																		
Madar...	5%																		
Mayahi	24%																		
Abalak	68%																		
Bagaro...	86%																		
Matam...	40%																		
Mirriah	36%																		
<p>Mécanisme de paiement des RCOM en output</p>	<p>Sur la base d'inputs et n'est pas lié aux résultats produits</p>																		
<p>Niveau d'efficacité du réseau de partenariat établi par l'UNICEF</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de planification conjointe • Fragmentation dans la mise en œuvre des interventions des partenaires (humaines, Equipements/matérielles, financières) 																		
<p>Existence d'alternative moins couteuse</p>	<p>Un paquet d'interventions unique pour les RCOM avec une mise en commun des ressources de tous les partenaires et un financement basé sur la performance des RCOM</p>																		

9.4.1 QE 4.1. Dans quelle mesure, la planification, les ressources financières, humaines et matérielles affectées à la mise en œuvre du programme sont :

- Coordonnées/Réalisées dans le temps en ce qui concerne la planification des activités
- Réalisées en tenant compte de la performance (FBR, gestion contractuelle, fixation des cibles à atteindre, paiement basé sur les résultats)
- Suffisantes (en quantité) par rapport aux besoins et aux résultats escomptés ?

- Adéquates (en qualité) par rapport aux résultats escomptés ?
- Déployées à temps ?
- Coordination des interventions/- Réalisation des activités dans le temps :

La période de mise en œuvre du programme va de janvier 2019 à juin 2021 (soit 2 ans et demi). Cette période a coïncidé avec la mise en œuvre de réformes importantes telles que l'élaboration et la validation du PNSC en novembre 2019 (mise en œuvre le 12/03/2020), la validation du manuel intégré de services de santé communautaire et du guide de mise en œuvre du PSNSC en 2020, la création de la DSC le 13 mai 2021 et la nomination du Directeur le 21 sept 2021.

A cela s'ajoute le renforcement des capacités (formation) en 2020 et 2021 sur ces nouveaux documents et la dotation en équipements des acteurs de mise en œuvre. Durant cette période (2019-2021), la mise en œuvre des interventions communautaires était disparate et la coordination des intervenants et des interventions insuffisantes. Chaque année l'UNICEF donne un document d'orientation qui sert de base pour la planification des structures bénéficiaires.

La mise en œuvre du paquet intégré est intervenue en 2021 avec les mêmes relais recrutés à cet effet (relais polyvalents). Il y'a donc eu une période de chevauchement entre la mise en œuvre du programme et les réformes. Ce qui a probablement entraîné des perturbations dans la mise en œuvre du programme.

De manière globale, le programme s'est réalisé dans un contexte particulièrement difficile à la suite de la crise sanitaire imposée par le COVID-19 en mars 2020, le passage de la phase de mise en œuvre d'activités communautaires fragmentées au paquet intégré et à l'insécurité dans certaines zones d'intervention. Ce qui a eu pour conséquence le retard voire la non mise en œuvre de certaines activités planifiées dans les plans d'actions des structures. A titre d'exemple, un participant (Agent MSP, sexe F, 45 ans) a affirmé : « *le respect des gestes barrières et la distanciation sociale, la réduction du nombre de participants pour les regroupements, l'annulation de certaines activités etc. ont négativement impacté la mise en œuvre des activités* ». En 2021, au niveau de la DSME, 48 activités étaient prévues, 35 réalisées, soit un taux de réalisation de 73%.

L'interview des acteurs de terrain a notifié qu'il existe une insuffisance dans le financement des besoins (activités) des bénéficiaires. A titre d'exemple, au niveau de la division santé maternelle et infantile (financement UNICEF), pendant la période 2019- 2021, beaucoup d'activités pertinentes identifiées n'ont pas été financées par l'UNICEF.

Aussi, en 2020 et 2021 les supervisions planifiées dans les plans d'actions de la division santé maternelle et infantile n'ont pas eu de financement.

Le niveau opérationnel a aussi mentionné l'absence de financement des supervisions des RCOM. Aussi, les enquêtes sur la qualité des prestations des RCOM planifiées n'ont pas été financées. A cela s'ajoute le non-financement des réunions mensuelles de coordination.

La mise en œuvre des réformes entreprises et la prise en compte des besoins planifiés des structures dans le financement des activités contribueraient à améliorer l'efficacité du programme.

- **Financement/gestion basée sur les résultats au niveau communautaire**

Le Financement Basé sur les Résultats au niveau communautaire (FBRc) se définit comme étant un transfert d'argent aux RCOM en contrepartie de la prise d'une action mesurable liée à la santé ou de l'atteinte d'une cible de performance déterminée à l'avance. Dans le FBRc, le paiement est directement lié aux résultats produits sur des prestations prédéfinies à travers un contrat.

La mise en œuvre du programme n'est pas basée sur la performance. En effet le paiement se fait sur la base d'inputs et n'est pas lié aux résultats produits. Ce qui pose une iniquité dans l'allocation des ressources financières.

- **Gestion contractuelle des ressources humaines**

La plupart des RCOM au niveau des districts ne disposent pas d'un document contractuel comme le montre la figure 3 ci-dessous. Pour ceux qui en disposent, la plupart de ces contrats ne sont pas à jour. Aussi, les contrats existants sont libellés par intervention. Ce qui crée une fragmentation, par conséquent, une absence de synergie et d'économie entre les interventions, source d'inefficience dans la production des résultats. Les RCOM et médiatrices interrogées estiment que le mode de sélection a respecté les procédures en vigueur (96,43% à Maradi, 100% à Tahoua et 95,24% à Zinder) et donc sont satisfaits du recrutement. « *C'est la population qui identifie le RCOM en collaboration avec le Chef CSI et nous on forme* ». Les enquêtés avancent que « *les collectivités font le recrutement des RCOM et leur apportent des appuis* ».

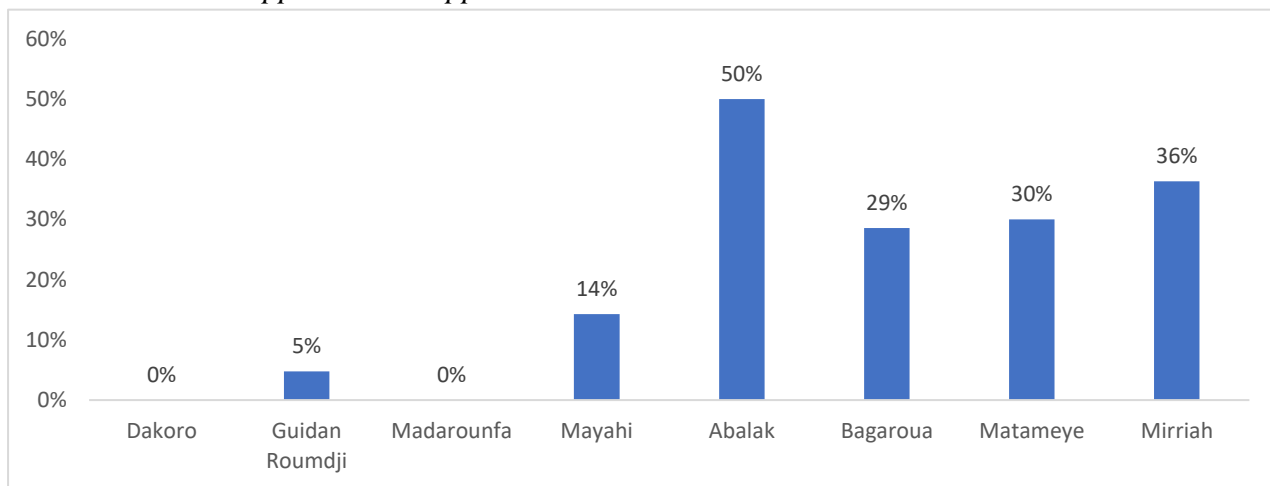


Figure 4 : Proportions de relais qui disposent d'un document contractuel à jour

- **Planification des cibles**

La plupart des RCOM des districts n'ont pas de planification mensuelle des cibles comme l'indique la figure 4 ci-dessous. Ce qui pose des problèmes dans le suivi des performances des acteurs communautaires.

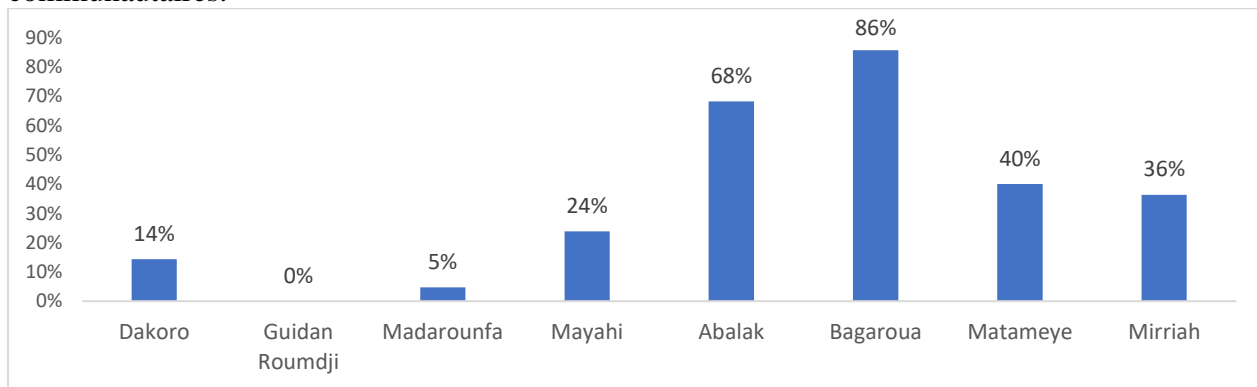


Figure 5 : Situation de la planification mensuelle des cibles dans les districts sanitaires

Le Niger a élaboré un manuel national sur le FBR prenant en compte le FBRc. Pour assurer une bonne efficacité de l'intervention, la mise en œuvre du FBRc pourrait représenter une opportunité à explorer.

Ressources humaines

- **Disponibilité des ressources humaines**

Le tableau ci-dessous montre globalement une évolution du nombre de RCOM recrutés de 2020 à 2021 sauf à Madarounfa où le nombre a baissé. Cependant la couverture en RCOM reste insuffisante par rapport aux besoins sauf à Mayahi, à Bagaroua et Matameye. Aussi, on note en 2021, une distribution inéquitable des RCOM recrutés entre les districts, soit une couverture de 113,89% à Mayahi, 206% à 206,49% contre 27% à Madarounfa et 60% à Abalak. Ce qui compromet l'efficacité de l'intervention.

Tableau 18 : Répartition des RCOM par district

Région	Districts	Nb RCOM requis en 2020	Nb RCOM fonctionnels 2020	Nb RCOM requis 2021	Nb de RCOM cartographiés en 2021	% de couverture en 2021
Maradi	Dakoro	1433	366	1433	1046	73
	Guidan Roudji	1191	590	1191	1098	92
	Madarounfa	1021	414	1021	278	27
	Mayahi	1267	497	1267	1443	114
Tahoua	Abalak	545	58	545	329	60
	Bagaroua	154	69	154	318	206
Zinder	Matameye	925	169	925	943	102
	Mirriah	1173	255	1173	937	80
TOTAL		7709	2418	7709	6392	83

- **Compétence des ressources humaines**

Le tableau ci-dessous présente la situation des RCOM formés pour les 3 interventions dans les DS de chacune des 3 régions de l'intervention.

Tableau 19: Situation des RCOM formés pour les 3 interventions dans chaque région

Région	Districts sanitaires	PCIME		PTME		PSBI	
		RCOM	% formés	RCOM	% formés	RCOM	% formés
Tahoua	Abalak	21	100,0	20	90,9	16	72,7
	Bagaroua	21	100,0	21	100,0	17	81,0
	Total Tahoua	42	97,7	41	95,4	33	76,7
Maradi	Dakoro	21	100,0	17	81,0	13	61,9
	Guidan Roudji	20	95,2	18	85,7	12	57,1
	Madarounfa	19	90,5	19	90,5	12	57,1
	Mayahi	21	100,0	14	66,7	17	81,0
	Total Maradi	81	96,4	68	81,0	54	64,3
Zinder	Matameye	19	95,0	17	85,0	17	85,0
	Mirriah	20	90,9	16	72,7	19	86,4
	Total Zinder	39	92,9	33	78,6	36	85,7

L'analyse du tableau montre un faible pourcentage des relais formés sur la PSBI à Tahoua (district de Abalak) et à Maradi (Dakoro, Guidan Roundji, madarounfa). En ce qui concerne la PTME, le faible pourcentage est noté à Maradi (district de Mayahi) et à Zinder (district de Mirriah). Ce qui pourrait avoir un impact négatif sur l'offre de qualité de des RCOM non formés. A cela s'ajoute la non-polyvalence des relais durant la période de mise en œuvre pour être impliqué dans toutes les activités de la communauté (santé, environnement, etc.). Actuellement, il existe des RCOM polyvalents qui offrent des paquets complets des services dont ceux en lien avec le VIH, la tuberculose, le paludisme, la nutrition, la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale. Ce qui crée une valeur ajoutée à l'efficacité des interventions communautaires.

Satisfaction des prestataires par les formations

- **Déroulement de la formation**

Dans l'ensemble, les RCOM apprécient bien le déroulement des formations (figure 5).

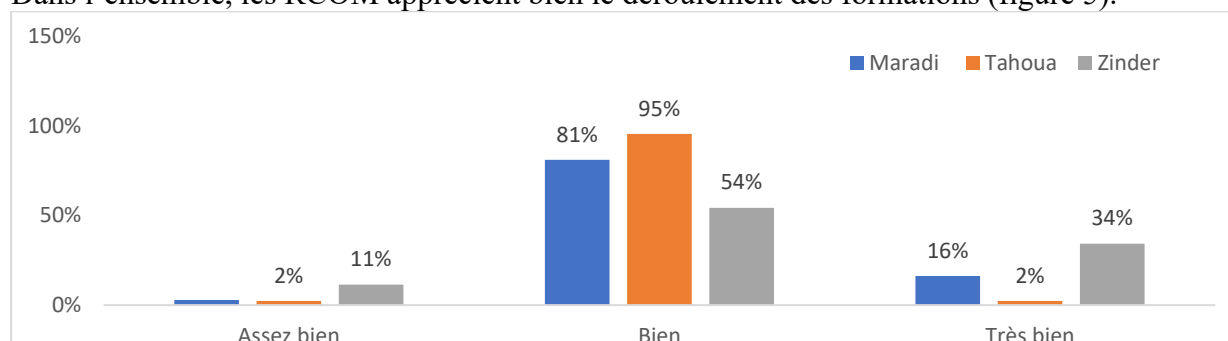


Figure 6 : Satisfaction du déroulement de la formation

- **Durée de la formation**

La durée de la formation a été jugée insuffisante dans la majorité des cas (figure 6).

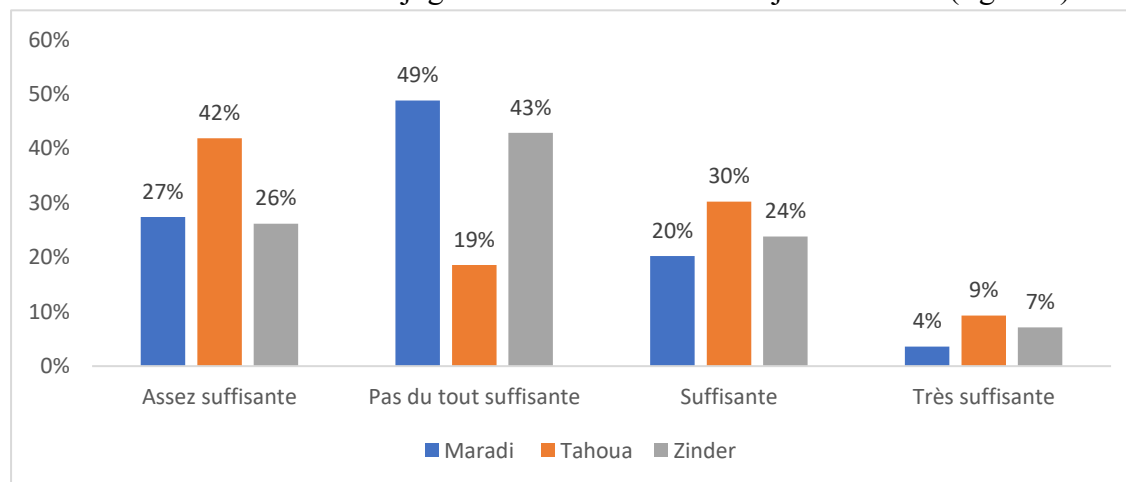


Figure 7 : Satisfaction de la durée de la formation

Cela pose des difficultés à certains RCOM pour offrir les prestations. En effet 15% des RCOM à Maradi, 39,02% à Tahoua et 28,57% à Zinder ont déclaré avoir des difficultés à offrir les 3

interventions. Cela pourrait être dû à l'absence de formation et à l'insuffisance de sa durée pour certains RCOM et médiatrices communautaires.

- **Disponibilité des services**

Il y'a une bonne disponibilité du personnel pour l'offre de soins en rapport avec les 3 interventions à l'exception du district d'Abalak (20%) et du district de Bagaroua (30%) comme l'indique la figure 7 ci-dessous.

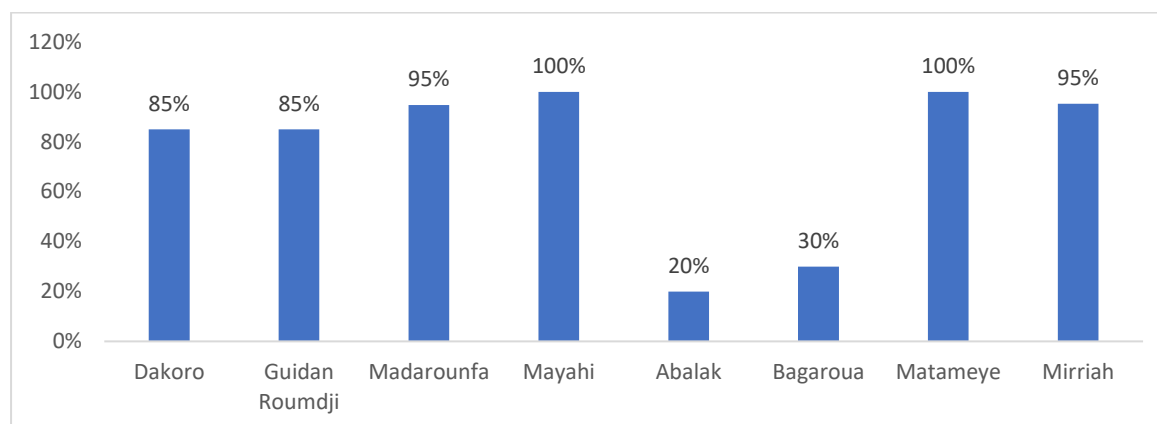


Figure 8 : Disponibilité des RCOM

Dans les sites de l'évaluation, les personnes interviewées (focus group), dans leur majorité confirment cette bonne disponibilité et accessibilité des RCOM et ont apprécié positivement leur travail. Au niveau des ressources humaines, les défis identifiés sont liés à l'amélioration de la couverture de la zone d'intervention en RCOM, de la formation (nouveaux RCOM, besoin de recyclage des anciens et durée) et de la disponibilité des RCOM dans certains districts.

- **Facteurs/ressources favorisant l'offre de services communautaires**

Selon les enquêtés dans les 3 régions, la formation est le facteur qui a le plus permis aux acteurs communautaires d'offrir les services aux populations. Cependant on a noté une insuffisance dans la disponibilité des aides mémoires, des équipements, des médicaments et de la motivation comme l'indique la figure 8 ci-dessous.

Tous les problèmes cités par les participants aux focus groups sont relatifs :

-Au ravitaillement des médicaments dans les meilleurs délais, au manque de moyens de déplacement et d'équipements des RCOM : En effet, certains enquêtés disent qu'il y'a « *des ruptures/non disponibilité en intrants constatées. Les médicaments sont parfois en ruptures* ». Cependant d'autres répondants précisent que parfois les intrants sont disponibles au niveau des CSI mais n'arrivent pas au niveau des RCOM.

-Au paiement à temps des honoraires des RCOM : Certains enquêtés ont évoqué le « *manque de motivation, la nécessité de nourrir sa famille et de recourir au travail, l'Etat ne paie pas sa part de motivation des RCOM, l'UNICEF paie sa part mais en retard* ».

A la faible vulgarisation des documents : Certains enquêtés ont parlé de « *faible vulgarisation du document PS et l'insuffisance de la supervision des RCOM par les CSI. Parfois, il n'y a pas de supervision toute l'année à cause de la charge de travail* ». Tous ces constats corroborent avec les résultats quantitatifs ci-dessous.

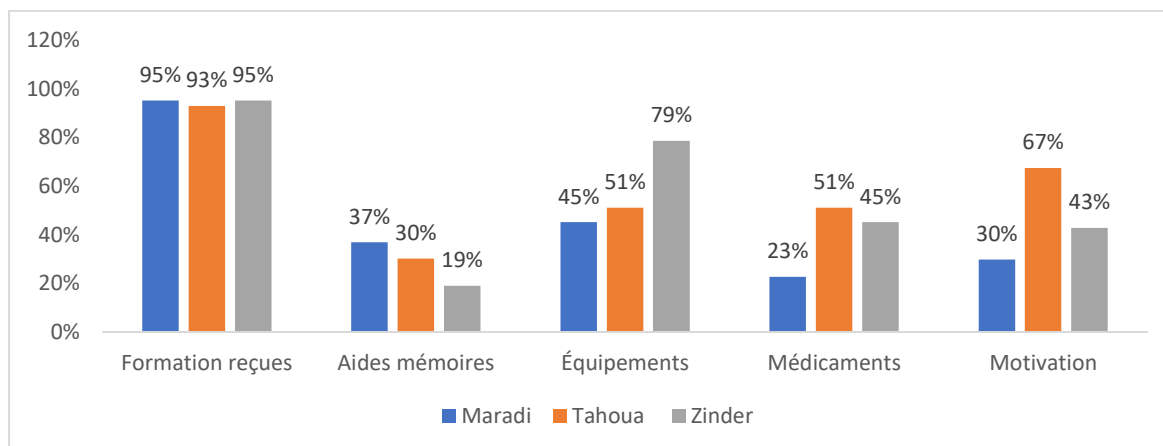


Figure 9 : Situation des ressources favorisant l'offre de services communautaires

- **Aides mémoires**

En ce qui concerne les aides mémoires, certains RCOM ne possèdent pas ces documents à leur niveau. Certains enquêtés parlent de « faible vulgarisation des documents des RCOM ». Ce qui pose un problème de formation continue de ces agents.

- **Équipements**

Les interviews des RCOM et les focus groups ont fait ressortir le manque de moyen de déplacement et l'insuffisance des équipements/matériels pour les sensibilisations (images) des RCOM pour bien travailler. A cela s'ajoute le manque de moyen de déplacement pour les évacuations du village vers les centres de santé.

- **Disponibilité des médicaments au niveau des RCOM**

A tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique), les acteurs ont relevé la rupture fréquente en intrants et des outils de gestion. Cela affecte négativement la qualité des soins. Dans certaines situations, les intrants sont disponibles dans la formation sanitaire mais n'arrivent pas au niveau des RCOM.

Les interviewés ont beaucoup apprécié et sont satisfaits de la prise en charge gratuite par le RCOM. Mais, dans la plupart des cas, il existe une rupture des stocks de plusieurs jours avant le ravitaillement. Les RCOM doivent attendre des jours durant sans médicament pour la prise en charge des enfants. Certains acteurs estiment que les intrants sont toujours disponibles au niveau des CSI mais n'arrivent pas aux RCOM en contradiction avec le contenu des rapports qui disent que les RCOM ont traité les patients.

La rupture des stocks reste le défi le plus délicat et le plus urgent si l'intervention à base communautaire souhaite atteindre ses objectifs.

- **Disponibilité à temps des ressources financières**

On a noté souvent un retard dans le déblocage des fonds de la part des PTF pour la mise en œuvre des activités. Parfois, ce retard pouvait atteindre 4 mois. A titre d'exemple, en 2022, les ressources

n'ont été disponibles qu'en avril. Aussi, les répondants affirment que le niveau de financement pour les 3 interventions de 2019 à 2021 reste faible au regard des besoins pour la motivation des RCOM.

- **Motivation des acteurs communautaires**

Le PSNSC prévoit une motivation des RCOM de 20 000 F CFA (15 000 F CFA payés par le PTF et 5 000 FCFA par l'État). A ce jour, l'Etat n'a pas commencé à payer sa contribution des 5000 F CFA. Aussi, il n'existe pas encore de plan de transition pour la prise en charge totale des motivations des RCOM par l'État.

Au niveau des médiatrices communautaires, les frais de taxis étaient fixés à 3000 F CFA tous les 15 jours. Ce qui crée une certaine iniquité dans la motivation des acteurs communautaires et une frustration des RCOM.

La figure 9 ci-dessous présente les résultats des RCOM enquêtés en rapport avec le retard de paiement des primes. Ce retard atteint parfois une durée de 6 mois. Presque tous les RCOM ont déploré le retard dans le paiement des primes. Ce qui joue négativement sur leur performance.

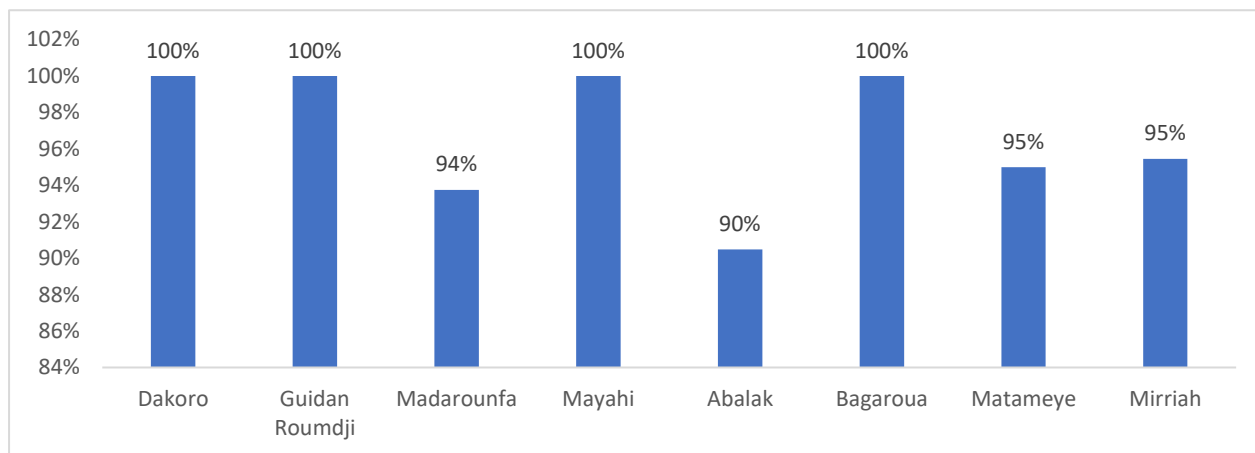


Figure 10 : Perception sur la motivation financière des acteurs communautaires

La figure 10 ci-dessous représente la perception sur la motivation non financière des acteurs communautaires.

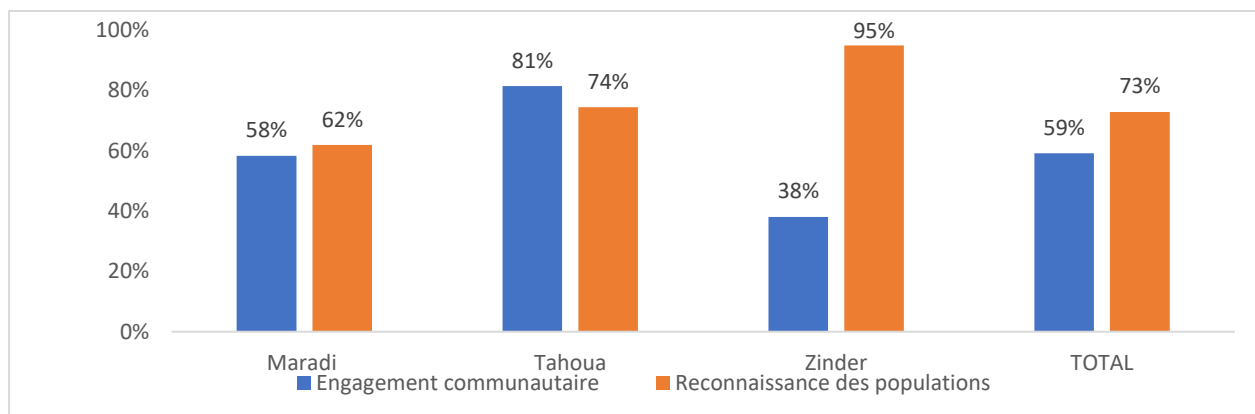


Figure 11 : Perception sur la motivation non financière des acteurs communautaires

D'autres formes de motivations des RCOM ont été mentionnées sur le terrain tels que : cultiver le champ du RCOM, partager des récoltes avec les RCOM.

Certains enquêtés ont évoqué le « *manque de motivation, la nécessité de nourrir sa famille et de recourir au travail* ».

Au niveau de ces facteurs favorisant l'offre de soins de qualité, les défis identifiés pour améliorer l'efficacité du programme sont en rapport avec la disponibilité à temps des aides mémoires, des équipements et des médicaments, l'harmonisation des primes et leur paiement à temps, le déblocage à temps des ressources financières.

- **Analyse budgétaire**

Le budget total du programme est de 55,580,053,089 F CFA. Cependant, nous ne disposons pas de données pour réaliser l'analyse budgétaire (budget par résultat, taux d'allocation des ressources pour les 3 interventions de 2019 à 2021, taux d'absorption des ressources, les dépenses par résultat, le niveau de financement pour les 3 interventions de 2019 à 2021, le taux d'exécution, le solde etc.). A cela s'ajoute l'absence d'informations sur le montant de la contribution par bailleurs (UNICEF, UNFPA et FM).

Année	Budget prévu	Allocation
2022	2083000	4371651,54
2021	7618195	6320045,29
2020	15356616	8319019,91
2019	8113905	6755011,51
2019-2022	33171716	25765728,25

Certains acteurs interrogés déplorent la faible communication sur les coûts supportés par les partenaires. Ce qui limite l'analyse de l'efficacité du programme.

9.4.2 QE 4.2. Dans quelle mesure le programme santé a-t-il optimisé l'utilisation des ressources financières, matérielles et humaines dont il disposait ?

- **Mise en œuvre du paquet d'activités**

On a noté une fragmentation dans la mise en œuvre des interventions des partenaires sur le terrain en ce qui concerne les 3 interventions pendant cette période : PTME-PCIME-PSBI. Il en est de même dans le financement des inputs et des process. Les outils de collecte et la transmission des données sont aussi fragmentés. Les données de la PCIME étaient transmises au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), les données de la PSBI à la DSME et les données de la PTME à la Coordination Multisectorielle de Lutte contre le SIDA (CMLS). Ce qui crée des difficultés d'analyse intégrée pour une prise de décision cohérente pour ces 3 interventions. Certaines activités planifiées n'ont pas été mises en œuvre par manque de financement ou ont été réalisées en retard. Selon un enquêté, la prise en charge de la mère et du nouveau-né au niveau communautaire n'a pas eu de financement en 2019 et 2021 et elle a été reconduite en 2022 pour financement par l'UNICEF.

La médecine traditionnelle reste le premier recours de 80% de la population au Niger en cas de maladie. Le MSP/P/AS encourage donc l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système

de santé et la collaboration entre ces 2 médecines. Sur le terrain, certains RCOM ont déclaré travailler étroitement avec ces relais. Ce qui crée une bonne synergie entre ces 2 acteurs. Le graphique ci-dessous montre le niveau de collaboration entre les RCOM et les tradipraticiens dans les 3 régions de mise en œuvre.

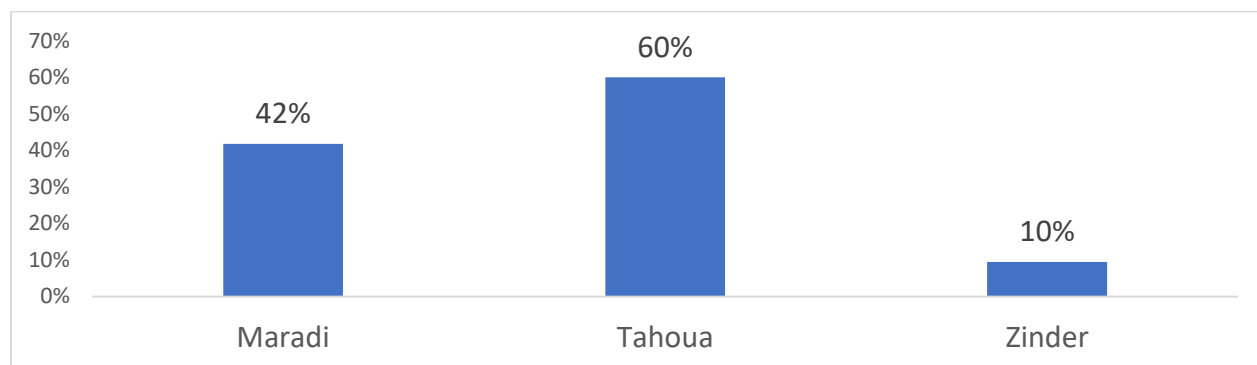


Figure 12 : Répartition entre région des relais qui travaillent avec les tradipraticiens de Santé (TPS)

- **Supervision et système de suivi-évaluation**

La supervision du programme est irrégulière par manque de financement ou due à une charge élevée du travail des chefs CSI. Certains interviewés ont noté parfois une *absence de supervision des RCOM pendant toute l'année à cause de la charge de travail élevée. En 2021, il n'y a pas eu de supervision. En 2020 il y'a eu une supervision.* Pour pallier cette préoccupation, l'ANVD a recruté des agents pour appuyer les agents de santé. Avec l'intégration en cours¹, il y'a eu une valorisation réelle des RCOM avec une mutualisation des ressources et une efficacité des interventions : une seule supervision et un rapport unique pour toutes les interventions communautaires. Ce qui crée une efficacité dans l'utilisation des ressources financières de la part des PTF et un gain de temps pour les infirmiers des CSI. En ce qui concerne la gestion des données des RCOM, la plateforme DHIS2 ne prenait pas en compte les données des RCOM. De façon schématisée, le circuit de gestion des données est le suivant : « RCOM □ CSI □ Districts □ Région □ Niveau national. Pour le palu, il s'agit de RCOM □ CSI □ PNLP ». Un autre enquêté affirme que « *actuellement ce sont les CSI qui envoient les données PCIME à la DSME. A la DSC actuellement pas de données spécifiques pour les RCOM* ». La DSC n'a donc pas de données des RCOM centralisées. Ce qui limite le pilotage de la santé communautaire à partir du niveau central. C'est à partir de 2022 que le DHIS2 a commencé à prendre en compte les données des RCOM faisant ressortir les efforts des RCOM. Il faut néanmoins souligner que la PF n'est pas prise en compte dans le paquet intégré. Le pourcentage des relais qui estiment que leur charge de travail a augmenté depuis qu'ils offrent ces trois services communautaires est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 20 : Perception sur la charge de travail des relais communautaires

Région	District	%
Maradi	Dakoro	95,2
	Guidan Roundji	95,2
	Madarounfa	66,7
	Mayahi	76,2
	Total	83,3
Tahoua	Abalak	61,9

	Bagaroua	50,0
	Total	56,1
Zinder	Matameye	70,0
	Mirriah	63,6
	Total	66,7

Le défi identifié dans cette partie est la mise en commun des ressources pour réaliser le paquet d'activités intégré des RCOM y compris les médiatrices communautaires et l'intégration de la PF dans le paquet intégré.

9.4.3 QE 4.3. Dans quelle mesure le réseau de partenariats établi par l'UNICEF à travers le programme santé contribue-t-il à la réalisation effective des résultats attendus ?

- **Synergie et complémentarité des actions**

A travers le programme santé, l'UNICEF a établi le réseau de partenariats pour contribuer à la coordination des actions. Les bailleurs qui financent ces 3 interventions sont l'UNICEF, l'UNFPA et Fonds mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme. En 2019, 2020 et 2021 le FM a juste payé les RCOM, les médicaments anti paludiques, l'UNICEF a payé les aspects de formations et produits de prise en charge des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et diarrhées. Le FM a deux bénéficiaires principaux : MSP/P/AS et CRS qui lutte contre le paludisme et l'UGP paie les RCOM. UGP sous-traite avec Plan Niger et ONEN (Organisation Nationale des Educateurs Novateurs) pour la prise en charge des RCOM. Certains acteurs interrogés sur le terrain estiment que la synergie et la complémentarité sont insuffisantes car il n'y a pas de planification conjointe et on assiste toujours à la fragmentation des interventions. Chaque partenaire a ses RCOM, ses intrants, son matériel. Ce qui est source de gaspillage des ressources. Le défi majeur est l'adhésion et l'alignement de tous les PTF autour d'un paquet intégré communautaire, avec un seul plan de financement et un plan de déblocage des ressources financières (mise en commun des ressources financières et mécanismes d'allocation des ressources basé sur la performance). Ce qui assure l'équité et l'efficacité dans l'utilisation des ressources financières allouées.

9.4.4 QE 4.4. Existe-t-il des alternatives moins coûteuses qui auraient permis d'atteindre les mêmes résultats auprès de bénéficiaires ?

Pour connaître les alternatives moins coûteuses qui auraient permis d'atteindre les mêmes résultats auprès de bénéficiaires de droits, il faut disposer d'au moins deux programmes. Le ratio coût/efficacité est calculé si on cherche l'efficacité maximale pour un coût donné. Il est calculé si on cherche à atteindre un coût minimum pour un objectif donné. Le décideur choisit l'intervention en adéquation avec son budget et les objectifs de santé qu'il s'est fixé. La méthodologie est la suivante :

-Classer les programmes par ordre décroissant de ratio coût-efficacité et inscrire le coût total financier de chacun.

-S'arrêter lorsque le budget est dépassé. Pour ce faire, on calcule l'indicateur de performance qui est le ratio coût-efficacité différentiel ou ICER (Incremental Cost Efficiency Ratio).

Dans notre contexte, nous n'avons pas de données pour faire ce calcul. Cependant, si l'on recherche un coût minimum pour un objectif donné, on peut affirmer que l'intervention est peu coûteuse/efficace car l'analyse a montré des inefficacités économiques et des gaspillages liés à la fragmentation des interventions. Un paquet d'interventions unique pour les RCOM avec une mise en commun des

ressources et un financement basé sur la performance des RCOM permettra d'améliorer significativement l'efficacité du programme.

Tableau 21 : Critères de qualité/performance CAD

Critères de qualité/performance CAD (sur une échelle de A à D)	
Score C - L'efficacité du programme est moyenne.	
<ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques • Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard • Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires • Couverture géographique insuffisante des RCOM • Fragmentation de la mise en œuvre des interventions • Prise en compte insuffisante des besoins dans le financement des activités • La mise en œuvre du programme n'est pas basée sur la performance • Motivation insuffisante des RCOM et gros retards de paiement • Déblocage tardif des ressources financières • Information sur l'exécution budgétaire non disponible • Faible coordination des interventions entre le MSP et les PTF 	

9.5. Durabilité

Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer.

QE 5.1. Dans quelle mesure, les partenaires se sont-ils approprié la vision, les lignes, et les méthodes de travail soutenues et menées par le programme en matière de prise en charge communautaire de la santé ?
QE 5.2. Comment le programme a-t-il intégré l'exigence de durabilité dans la conception et la mise en œuvre de ses interventions ?
QE 5.3. Dans quelle mesure les interventions communautaires mises en place peuvent continuer de façon autonome ?
QE 5.4. Dans quelles mesures ces interventions peuvent-elles être répliquées dans d'autres DS ?

Tableau 22: Durabilité - Résultats

QE	Indicateurs	Résultats
QE 5.1	Alignement des partenaires sur la vision, les lignes, les méthodes de travail soutenues et menées par le programme	<p>Création de la DSC</p> <p>La mise en œuvre de l'intervention est intégrée au système de santé depuis le niveau central, intermédiaire, périphérique jusqu'au niveau communautaire</p> <p>Alignement aux documents stratégiques nationaux (PNSC 2019, PDS 2017 - 2021)</p> <p>La coordination est intégrée aux instances de coordination existantes du système de santé</p> <p>Les activités sur la santé communautaire sont intégrées dans les plans d'actions de 2019, 2020 et 2021.</p>

QE 5.2	Type et mode de fonctionnement de mécanisme mis en place	Utilisation des structures pérennes existantes du MSP pour sa mise en œuvre (durabilité institutionnelle)
QE 5.3	Niveau d'Intégration de la durabilité dans la conception et la mise en œuvre du programme	La durabilité financière est limitée compte tenu du fait qu'il n'y a pas de contribution du budget de l'état au financement des interventions (jusqu'à présent l'Etat n'a pas payé sa part).
QE 5.4	Poursuite des interventions communautaires de façon autonome	Plaidoyer au plus haut niveau (parlement) pour l'augmentation du budget alloué à la santé et la prise en compte de la santé communautaire dans la loi de finances. Mutualisation de certaines ressources financières ou intégration de la réalisation de ces activités opérationnelles non financées à d'autres activités financées. Cela passe par une volonté des acteurs d'explorer les pistes de financement possibles.

9.5.1 QE 5.1. Dans quelle mesure, les partenaires se sont-ils appropriés la vision, les lignes, et les méthodes de travail soutenues et menées par le programme en matière de prise en charge communautaire de la santé ?

Alignement des partenaires sur la vision, les lignes, et les méthodes de travail soutenues et menées par le programme.

- **Niveau institutionnel**

La mise en œuvre de l'intervention est intégrée au système de santé depuis le niveau central, intermédiaire, périphérique jusqu'au niveau communautaire. Ce qui favorise le développement du leadership de la mise en œuvre du programme par le MSP/P/AS et l'appropriation par les différents acteurs. A cela s'ajoute la mutualisation de certaines ressources du système de santé et des partenaires financiers du programme. Les réformes en cours renforcent davantage le développement/renforcement du système de santé et l'appropriation par les acteurs du système. À cet effet, les acteurs du système de santé du niveau central, régional et préfectoral participent aux activités des interventions communautaires. Aussi, dans le cadre de la mise en œuvre des interventions communautaires, les instances de coordination existantes sont mises à profit pour le partage régulier des informations (réunion de coordination du district, de la région et les revues à tous les niveaux). Les structures locales sont donc impliquées dans le processus décisionnel et la mise en œuvre des activités. Au niveau de la gestion des données on note une intégration du module RCOM dans le DHIS2 à partir de l'année 2022. En rapport avec la planification, les activités sur la santé communautaire sont intégrées dans les plans d'action de 2019, 2020 et 2021. Ce qui est source d'appropriation et garantit une certaine continuité des interventions si les financements sont disponibles.

- **Viabilité au niveau politique**

Le MSP du Niger s'est doté en 2019 d'un PSNSC dans le but de contribuer à la couverture sanitaire universelle du Niger qui demeure encore faible. Le PSNSC vise l'offre d'un paquet de services

intégrés (VIH, tuberculose, paludisme, ICCM, DBC, maladies tropicales négligées, surveillance communautaire, etc.) par les RCOM polyvalents. Aussi, la santé communautaire est intégrée dans le PDS. Le dispositif de suivi-évaluation s'aligne au dispositif défini par le PDS 2017-2022. Cette volonté politique s'est matérialisée en 2021 par la création de la DSC et la nomination d'un Directeur.

9.5.2 QE 5.2. Comment le programme a-t-il intégré l'exigence de durabilité dans la conception et la mise en œuvre de ses interventions ?

- **Durabilité financière**

La durabilité financière est limitée compte tenu du fait qu'il n'y a pas de contribution du budget de l'Etat au financement des interventions (jusqu'à présent l'Etat n'a pas payé sa part). Le financement des interventions est en grande partie assuré par les PTF.

La situation socio-économique du pays joue négativement en faveur de la mobilisation de ressources financières pour améliorer le financement de la santé. La part du budget de l'Etat alloué à la santé représente seulement 5,58% en 2017 pour un objectif de 15% (déclaration d'Abuja). Les collectivités contribuent aussi au financement de la santé et pourraient prendre en compte le financement de la santé communautaire dans leur budget. « *Des maires motivent déjà des RCOM* » selon un enquêteur. Cependant, leur capacité financière reste très faible au regard des besoins des populations.

Le retrait des PTF constitue donc un gros risque pour la poursuite des interventions communautaires.

9.5.3 QE 5.3. Dans quelle mesure les interventions communautaires mis en place peuvent continuer de façon autonome ?

L'intervention peut continuer de manière autonome à travers un plaidoyer au plus haut niveau (parlement) pour l'augmentation du budget alloué à la santé et la prise en compte de la santé communautaire dans la loi de finances. A cela s'ajoute la possibilité de mutualisation de certaines ressources financières ou d'intégration de la réalisation de ces activités opérationnelles non financées à d'autres activités financées. Cela passe par une volonté des acteurs d'explorer les pistes de financement possibles. Le gros défi de la pérennité des interventions communautaires reste le financement durable.

9.5.4 QE 5.4. Dans quelles mesures ces interventions peuvent-elles être répliquées dans d'autres districts sanitaires ?

Ces interventions communautaires peuvent être répliquées dans d'autres districts sanitaires car le paquet d'activités intégré est devenue une offre de santé communautaire de routine pris en compte dans le système de santé. 93,75% des enquêtés ont déclaré que la répliquabilité était possible dans d'autres districts au regard de leurs expériences dans la mise en œuvre.

Tableau 23: Critères de qualité CAD

<p>Score B – la Durabilité du programme est bonne. Le programme est mis en œuvre avec un niveau d'implication élevé des acteurs nationaux et locaux, préalables nécessaires à la pérennisation. Cependant, le programme n'a pas encore planifié une stratégie de retrait claire des PTF permettant d'assurer la pérennisation et la durabilité de l'intervention.</p>
--

- **Durabilité financière/économique :** Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière au niveau institutionnel et opérationnel et en fonction de l'évolution du contexte économique
- **Durabilité institutionnelle :** Les structures pérennes du système de santé au niveau central, intermédiaire et périphérique sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats
- **Durabilité politique :** L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.

Appréciation globale

Sur le plan de visibilité du programme, il n'existe pas de plan de communication élaboré et mis en œuvre. Beaucoup d'acteurs interrogés n'étaient pas au courant de la mise en œuvre d'un tel programme. Une communication soutenue assurera la visibilité de l'action et la recherche de financement des interventions communautaires pour assurer la durabilité.

9.5. DURABILITE : Conclusions/Constats préliminaires

Bonne durabilité institutionnelle : intégration aux structures pérennes du MSP, alignement aux documents normatifs nationaux.

Durabilité financière limitée car l'Etat ne participe pas au financement : les interventions communautaires peuvent continuer de façon autonome par la mutualisation de certaines ressources financières ou intégration de la réalisation de ces activités opérationnelles non financées à d'autres activités financées et à un plaidoyer pour le financement par l'Etat.

Ces interventions communautaires peuvent être répliquées dans d'autres districts sanitaires car le paquet d'activités intégré est devenu une offre de santé communautaire de routine pris en compte dans le système de santé.

9.6. Droits humains, genre et équité

Tableau 24: Droits de l'Homme, genre et équité - Résultats

QE 6.1. Dans quelle mesure les interventions prennent en compte systématiquement les considérations relatives aux droits humains, l'égalité des sexes et l'équité lors de leur conception, planification et mise en œuvre ?

QE 6.2. Dans quelle mesure ces approches ciblent-elles les plus démunis et permettent de réduire les inégalités en matière d'accès aux services de santé entre les groupes les plus aisés et les groupes les plus démunis, entre les femmes et les hommes ?

Dans quelle mesure les enfants vivant avec handicap ont eu l'accès aux services offerts dans le cadre de cette intervention ?

QE 6.3. Dans quelle mesure les défis d'équité auxquels le pays fait face dans l'accès aux services de base dans les secteurs de la santé ont-ils été analysés et pris en compte dans les stratégies de mise en œuvre ?

QE 6.4. S'il y'a eu des obstacles, d'ordre politique, pratique ou administratif, à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions, quel a été le niveau d'efforts déployés afin de surmonter ces difficultés ?

QE 6.5. Dans quelle mesure le système de suivi et reporting prend-il en compte les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité ?

Tableau 25: Droits humains, genre et équité- Résultats

QE	Indicateurs	Résultats
QE 6.1	Intégration du genre, équité et droits humains dans les documents du programme	Bonne intégration du genre dans les documents du programme
	Niveau de prise en compte du Genre dans les rapports de suivi et la mise en œuvre du programme	Très bon niveau de prise en compte du genre 31,25% des RCOM étaient des femmes. 47,48% des RCOM de sexe féminin et médiatrices communautaires ont affirmé avoir été impliqués dans la conception des 3 interventions. Aussi bien les femmes que les hommes connaissaient leur rôle dans la mise en œuvre de ces 3 interventions, respectivement 98,18% et 94,91%,
QE 6.2	Critères de ciblage géographique des zones d'intervention	3 régions Maradi, Tahoua, Zinder ont été sélectionnées sur la base de critères.
	Mécanisme pour permettre aux plus démunis et vulnérables (y compris les Enfants Vivant avec Handicap-EVH) d'accéder aux services	Sans discrimination, avec accessibilité et gratuité pour tous
QE 6.3	Nombre de défis identifiés et prise en compte	Un défi majeur a été identifié : Equité des prestations. 47,5 % des relais de sexe féminin trouvent qu'il y'a équité des prestations. A cela s'ajoute un 2eme défi moins prononcé concernant l'équité dans l'accès aux soins. 84,7% des relais et médiatrices communautaires de sexe féminin trouvent qu'il y'a équité dans l'accès aux soins, 85% chez les hommes
QE 6.4	Types et nature des obstacles pour l'intégration des droits humains, genre et équité	Obstacles stratégiques et opérationnels : Les critères de sélection du relais communautaire n'apparaissent pas explicitement dans toutes les étapes du processus de mise en œuvre. Il n'y a pas d'équité dans l'accès aux soins pour les personnes démunies et les groupes vulnérables qui sont restés à la marge du système de santé.
QE 6.5	Degré d'intégration des droits humains, équité et genre dans le système de suivi	Bonne prise en compte du genre dans le processus de supervision du recrutement des RCOM

QE 6.1. Dans quelle mesure les interventions prennent en compte systématiquement les considérations relatives aux droits humains, l'égalité des sexes et l'équité lors de leur conception, conception, planification et mise en œuvre ?

- **Intégration du genre, équité et droits humains dans les documents du programme**

Le genre, l'équité et les droits humains sont bien pris en compte dans les documents du programme. En effet, le MSP a ressenti le besoin de renforcer le développement de la santé communautaire afin d'améliorer l'accès équitable aux soins et services de santé pour toute la population particulièrement les femmes et les enfants espérant ainsi l'amélioration de la santé des populations les plus vulnérables en vue de l'atteinte des ODD. La mise en œuvre du plan stratégique de santé communautaire s'adapte aux valeurs sur lesquelles repose la PNS 2015 - 2035 du Niger. Ce sont la solidarité, l'équité, l'égalité, la justice sociale, l'intégrité et l'éthique, le respect des droits humains et de la spécificité du genre avec un accent particulier sur l'enfant. En plus de cela, selon le plan stratégique, le genre doit être pris en compte dans toutes les activités de santé et dans l'approche communautaire des problèmes de santé en instaurant l'égalité et l'équité entre les sexes notamment pour les indigents et les autres groupes vulnérables, les personnes vivant avec le handicap.

- **Niveau de prise en compte du genre dans les rapports de suivi et la mise en œuvre du programme**

Le genre apparaît aussi dans les services préventifs fournis par les RCOM à travers notamment la sensibilisation des communautés sur la prévention du mariage des enfants, la prévention des grossesses précoces/non désirées, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)/SIDA, la violence basée sur le genre et les mutilations génitales féminines.

En ce qui concerne l'équité, elle fait partie des éléments de base pour l'amélioration des services de santé et de la santé des populations. Les 6 axes stratégiques du PSN devront concourir à améliorer de façon équitable les services et la santé des populations. La planification des stratégies majeures mises en œuvre est basée sur l'équité (développement d'une stratégie urbaine). De même, les résultats attendus de la mise en œuvre comportent des formations sanitaires qui ont des capacités accrues pour dispenser des services intégrés de qualité équitables, y compris en zones urbaines et en situation d'urgence.

Par ailleurs, toutes les structures visitées ont affirmé la prise en compte systématique des considérations relatives à l'égalité des sexes et l'équité lors de la conception, de la planification et de la mise en œuvre des interventions : « *Beaucoup de relais communautaires sont des femmes* ». En outre, en ce qui concerne l'appréciation de l'intégration de l'approche genre dans la conception et la mise en œuvre des approches communautaires, les répondants l'estiment « *très bonne* ».

L'égalité des sexes et l'équité sont confirmées par l'analyse des informations collectées sur les relais, les médiatrices communautaires et détentrices de droits, notamment en ce qui concerne leur implication, leur participation, leurs opinions et leur niveau de satisfaction sur la mise en œuvre.

- **Implication et participation des relais et médiatrices communautaires**

Sur un total 169 relais et médiatrices communautaires interrogés, toutes les médiatrices, au nombre de neuf (9) étaient des femmes. Parmi les 160 RCOM, 50 étaient des femmes soit 31,25%. Toutes les 323 détentrices de droits interrogées étaient des femmes.

Une part importante, soit 47,48% des RCOM et médiatrices de sexe féminin ont affirmé avoir été impliqués dans la conception des 3 interventions (PCIME, PTME et PSBI), cette proportion n'était pas statistiquement différente de celle retrouvée chez les hommes (p=0,79). Aussi bien les femmes que les hommes connaissaient leur rôle dans la mise en œuvre de ces 3 interventions, respectivement 98,18% et 94,91%, mais la différence n'était pas statistiquement significative. Cependant, seules 42,73% des femmes avaient jugé « très bonne » la manière dont ces 3 interventions ont été mises en œuvre sur la période de 2019 à 2021 contre 65,45% chez les hommes ; cette différence était statistiquement significative (p=0,003) (Tableau 16).

- **Analyse des données collectées**

Tableau 26 : Implication et participation des relais et médiatrices communautaires dans les interventions

	Féminin N=59	Masculin N=110	Total N=169	P-value
<i>Avez-vous entendu parler des 3 interventions</i>				0,77
Oui	59 (100%)	108 (98,2%)	167	
Non	0 (0,00%)	2 (1,8%)	2	
<i>Selon vous est-ce que vous avez été impliqué dans la conception de ces 3 interventions</i>				0,79
Oui	28 (47,5%)	54 (49,1%)	82	
Non	29 (49,2%)	50 (45,5%)	79	
<i>Connaissez-vous votre rôle dans la mise en œuvre des 3 interventions</i>				0,315
Oui	56 (94,9%)	108 (98,2%)	164	
Non	2 (3,4%)	2 (1,8%)	4	
<i>Pensez- vous que la mise en œuvre des 3 interventions soit utile dans votre travail</i>				0,751
Oui	59 (100,0%)	109 (99,1%)	168	
Non	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1	
<i>Avez-vous participé à des réunions sur la mise en œuvre des 3 interventions au niveau district</i>				0,231
Oui	30 (50,9%)	66 (60,0%)	96	
Non	28 (47,5%)	44 (40,0%)	72	
<i>Que pensez-vous de la manière dont les 3 intervention ont été mises en œuvre (période 2019-2021)</i>				0,003
Assez bonne	19 (32,2%)	29 (26,6%)	48	
Bonne	15 (25,4%)	8 (7,3%)	23	
Très bonne	25 (42,4%)	72 (65,5%)	97	
<i>Très utiles</i>				0,3
Oui	31 (52,5%)	69 (63,3%)	100	
Non	28 (47,5%)	40 (36,70%)	68	
<i>Bonne efficacité</i>				0,743
Oui	26 (44,1%)	46 (42,2%)	72	
Non	33 (55,9%)	63 (57,8%)	96	

QE 6.2. Dans quelle mesure ces approches ciblent-elles les plus démunis et permettent-elles de réduire les inégalités en matière d'accès aux services de santé entre les groupes les plus aisés et les groupes les plus démunis, entre les femmes et les hommes ?

- **Critères de ciblage géographique des zones d'intervention**

La procédure de mise en œuvre de la santé communautaire prévoit la priorisation de la stratégie dans certaines régions du Niger, qui sera basée sur les critères suivants : le taux de mortalité infanto-juvénile, la couverture sanitaire pour la santé maternelle (CPN, accouchement assisté ou dans les formations sanitaires, TPI, PF) et la taille de la population- *Guide national de mise en œuvre des interventions en santé communautaire*. L'intervention a concerné tous les DS des régions de Maradi, Zinder et Tahoua. Ces régions concentrent une grande proportion de la population du pays, avec les critères qui constituent des barrières à l'accès au système de santé. Suivant ces critères les régions de Maradi, Tahoua, Zinder et Tillabéry devront opérationnaliser 30% des RCOM dans la première phase (formation, logistique, supervision, motivation) et les autres quatre régions 20% de RCOM. C'est ainsi que les 3 régions Maradi, Tahoua, Zinder ont été sélectionnées.

- **Niveau d'accès aux services offerts dans le cadre de cette intervention par les enfants vivant avec un handicap**

Étant donné la couverture des interventions, tous les groupes ont été concernés, aussi bien les plus aisés que les plus démunis, les femmes que les hommes, les enfants sans handicap que ceux vivant avec handicap

- **Mécanisme pour permettre aux plus démunis et vulnérables (y compris les Enfants Vivant avec Handicap-EVH) d'accéder aux services**

Aussi, il ressort de l'appréciation du niveau de prise en compte des groupes les plus démunis dans les interventions du programme que la mise en œuvre est équitable « *C'est sans discrimination, avec accessibilité et gratuité pour tous* ». Ce mécanisme a permis aux plus démunis et vulnérables (y compris les Enfants Vivant avec Handicap-EVH) d'accéder aux services.

QE 6.3. Dans quelle mesure les défis d'équité auxquels le pays fait face dans l'accès aux services de base dans les secteurs de la santé ont-ils été analysés et pris en compte dans les stratégies de mise en œuvre ?

- **Nombre de défis identifiés et pris en compte**

Les défis d'équité dans l'accès aux services de base ont bien été pris en compte dans les stratégies de mise en œuvre. En effet, on note que pour l'appréciation de la prise en compte des défis d'équité auxquels le pays fait face dans l'accès aux services de base, en ce qui concerne les stratégies de mise en œuvre, les répondants estiment que « *Tout le monde est impliqué et il y a gratuité et accessibilité pour tous dans ces programmes* ». En plus, 84,7% des relais et médiatrices communautaires de sexe féminin trouvent qu'il y'a équité dans l'accès aux soins, 85% chez les hommes (p=0,74). Mais seuls 47,5 % des relais de sexe féminin trouvent qu'il y'a équité des prestations, cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle retrouvée chez les hommes, p-value = 0,4.

Tableau 27: Equité selon les RCOM - Réponses des relais et médiatrices communautaires

	Féminin (n=59)	Masculin (n=110)	Total	P-value
<i>Equité de l'accès aux soins</i>				0,74
Oui	50 (84,7%)	94 (85,5%)	144	
Non	9 (15,25%)	15 (13,6%)	24	
<i>Equité des prestations</i>				0,41
Oui	28 (47,5%)	44 (40,0%)	72	
Non	31 (52,5%)	64 (58,2%)	95	

Il n'y avait pas de différence dans l'appréciation du travail des relais selon le statut matrimonial des détentrices de droits. En effet, 100% des détentrices de droit, aussi bien célibataires, divorcées, mariées que veuves recommanderaient à leurs amies d'aller chez le RCOM du fait de leur satisfaction des services offerts par ce dernier, de son accueil, de son écoute compréhensive, de ses compétences, de sa disponibilité et de la durée d'attente pour accéder à ses soins.

Pour ce qui est de l'opinion des détentrices de droits selon le niveau d'instruction, 98,69% des femmes non scolarisées, 100% de celles ayant un niveau primaire, secondaire ou universitaire de scolarité recommanderaient à leurs amies la visites du RCOM.

L'appréciation du travail du RCOM était aussi similaire dans toutes les catégories professionnelles. En effet, 97,2% des commerçantes, 100,0% des étudiantes, 100,0% des ménagères, 100,0% des salariées recommanderaient à leurs amies la visite chez le RCOM.

QE 6.4. S'il y eu des obstacles, d'ordre politique, pratique ou administratif, à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions, quel a été le niveau d'efforts déployés afin de surmonter ces difficultés ?

- **Types et nature des obstacles pour l'intégration des droits humains, genre et équité**

Même si les résultats de nos analyses couplés à la revue des documents stratégiques font état d'une prise en compte du genre, de l'équité et des droits humains dans la mise en œuvre de la santé communautaire, il persiste encore quelques faiblesses dans la pratique. En effet, parmi les critères de sélection du RCOM définis dans les directives nationales de mise en œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé, le genre, l'équité et les droits humains n'apparaissent pas explicitement dans toutes les étapes du processus du mise en œuvre. Le nombre de RCOM à recruter devrait être équitablement réparti entre les femmes et les hommes conformément au plan stratégique de la santé communautaire qui stipule le respect de l'équité et l'égalité du genre. Cela devrait s'appliquer aussi dans la désignation des relais et des cadres de santé pour les formations entrant dans le cadre du programme.

La coordination et les réunions de prise de décision du niveau national, régional, district, communal, CSI et communautaire ne font pas cas de l'équité en matière du genre, aussi bien parmi les relais que parmi le personnel de santé. Par exemple, au cours de la formation des formateurs des RCOM de la commune de convergence de Tassara sur les paquets curatif, préventif et promotionnel de la PCIME communautaire, tenue du 16 au 22 mars 2017, il n'y avait que 2 femmes sur un total de 14 participants et 2 autres femmes sur un total de 6 formateurs/facilitateurs. En plus, les informations collectées auprès des interviewés ont permis de relever quelques obstacles à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions. En effet, la

disponibilité des médicaments, la gratuité des soins et la motivation sont des éléments positifs qui facilitent l'équité entre les couches sociales et garantissent l'égalité dans la prestation offerte.

Des efforts restent à fournir pour atteindre des résultats satisfaisants concernant ces points positifs. Tous les problèmes cités par les interviewés se résument en quelques points. Il s'agit du ravitaillement en médicaments dans les meilleurs délais, la garantie des moyens de déplacement aux RCOM et le paiement de leurs honoraires.

En outre, bien que l'IB ait permis d'améliorer l'accès aux soins et la disponibilité des médicaments et d'autres intrants, de renforcer la viabilité financière et l'utilisation des services de santé, de faciliter l'organisation de la participation communautaire par la mise en place et l'implication des COSAN dans la gestion des services de santé, le mode de paiement directe choisi par les communautés dans le cadre de l'IB n'a pas résolu le problème de l'équité dans l'accès aux soins pour les personnes démunies et les groupes vulnérables qui sont restés à la marge du système de santé.

QE 6.5. Dans quelle mesure le système de suivi et reporting prend-il en compte les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité ? Degré d'intégration des droits humains, équité et genre dans le système de suivi

- **Niveau de prise en compte du genre dans les rapports de suivi et la mise en œuvre du programme**

L'aspect « genre » est pris en compte dans le processus de supervision du recrutement du RCOM. L'équité est également considérée dans le recrutement des RCOM car tout celui qui remplit les critères préalablement cités peut être sélectionné. Selon la *Stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé*, la composition des COSAN doit respecter le genre à tous les niveaux. La tenue des réunions de coordination nationale avec la participation de toutes les parties prenantes conforte le leadership du MSP pour une harmonisation des approches et pour une allocation efficace et efficiente des ressources. De nombreux documents stratégiques ont été élaborés ou révisés pour renforcer l'institutionnalisation de la santé communautaire (Programme modulaire de formation des RCOM basé sur le paquet intégré et harmonisé, directives nationales sur les interventions à assise communautaire).

X. LEÇONS APPRISSES

Les succès/points forts de ces interventions communautaires sont les suivants :

- L'utilisation des structures pérennes du système de santé, des cadres de coordinations existants et l'alignement aux documents normatifs nationaux assurent la mise en œuvre des interventions, renforcent le système de santé et assurent la durabilité/pérennité des interventions.
- La mutualisation de certaines ressources financières disponibles ou l'intégration de la réalisation de ces activités communautaires opérationnelles non financées à d'autres activités financées permet la poursuite des interventions communautaires de façon autonome. Cela passe par une responsabilisation des acteurs de mise en œuvre.
- L'intégration dans l'environnement socio-culturel des communautés ciblées des interventions (recrutement des RCOM par les acteurs locaux) favorise l'adhésion, l'appropriation par les acteurs de mise en œuvre et la bonne disponibilité de l'offre de soins par la plupart des prestataires communautaires.
- Les motivations non financières ont été bien appréciés par les acteurs communautaires dans certains districts. Exemples : Cultiver le champ du RCOM, partager des récoltes avec les RCOM.
- Une bonne collaboration entre certains RCOM et les tradipraticiens de santé a créé une complémentarité/synergie dans la prise en charge des cas et l'offre d'un paquet complets de services en respectant les valeurs d'équité, d'égalité, de justice sociale, d'intégrité, d'éthique et de respect des droits humains.
- La prise en compte du genre dans le processus de supervision du recrutement des RCOM permet d'avoir un nombre assez représentatif de femmes parmi les RCOM.
- L'existence des relais polyvalents est une politique nationale et permet une gestion équitable et efficiente des interventions (harmonisation du contenu des prestations, harmonisation des paiements etc.). Cela permet d'adresser le défi de la fragmentation dans l'utilisation des ressources humaines au niveau communautaire.

XI. CONCLUSIONS FINALES

L'évaluation s'est bien déroulée dans les 8 districts (Dakoro, Madarounfa, Mayahi, Guidan Roundji, Abalak, Bagroua, Kantché et Mirriah) des trois régions (Tahoua, Maradi et Zinder) dans lesquelles ont été mis en œuvre les trois paquets d'interventions. Elle a été guidée par les 5 critères OCDE/CAD ainsi que la politique révisée de l'évaluation de l'UNICEF à savoir la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité. Un critère additionnel portant sur les droits humains, genre et équité a été ajouté. Au terme de cette évaluation, nous pouvons conclure que la pertinence, et la durabilité de l'intervention sont satisfaisantes (score B). Cependant, la cohérence, l'efficacité et l'efficience sont jugées moyennes (score C). Le genre, l'équité et les droits humains sont bien pris en compte dans les documents du programme mais ont connu des insuffisances dans leur mise en œuvre. Sur la base des critères d'évaluation retenus, les résultats sont les suivants :

La pertinence de l'intervention a été jugée satisfaisante (score B). En effet l'intervention est en phase avec les priorités nationales du gouvernement nigérien et de l'UNICEF. C'est une approche innovante, adaptée au contexte et qui s'intègre dans l'environnement socio-culturel des communautés ciblées. Sa mise en œuvre a été participative en suivant un processus de co-construction. Elle possède une logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes d'IOV, de cadre de mesure de la performance avec des données de base (données de référence) et des cibles attendues année par année.

La cohérence de l'intervention était moyenne dans l'ensemble (score C). A ce niveau, on a noté une bonne cohérence au niveau interne au regard de l'existence d'un réseau de partenariats établi par l'UNICEF et l'existence de cadres de coordination des partenaires de la santé communautaire à tous les niveaux du système de santé. Cependant la cohérence externe était faible du fait de la fragmentation importante de la mise en œuvre par les différents partenaires (UNICEF, UNFPA, FM) entraînant un gaspillage des ressources. Cette cohérence externe mérite donc d'être renforcée au bénéfice du système de santé.

L'efficacité a été jugée moyenne (score C). En effet l'intervention dispose d'une ToC qui décrit clairement les intrants, les activités, les produits, les effets et l'impact. Cependant, les données relatives à l'utilisation des services communautaires ne sont pas disponibles. Il n'est donc pas possible d'objectiver l'augmentation de l'utilisation des services de PTME, PBSI et de PCIME, ni apprécier leur qualité. Aussi, les effets positifs rapportés ne sont pas soutenus par des chiffres qui permettent de mesurer l'efficacité. On a noté également une absence de rapports de progrès élaborés pour le suivi de l'atteinte des résultats intermédiaires et finaux. A cela s'ajoute l'absence d'outil de monitoring opérationnel, une absence de documentations en termes d'adaptation de stratégie en fonction des changements de contexte (COVID-19, insécurité) et la non-disponibilité de la documentation des effets positifs non prévus et leur potentielle contribution aux résultats de l'intervention et des effets négatifs inattendus.

L'efficience du programme était moyenne (score C) compte tenu du fait que la disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard. Certains outputs ne sont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires. A cela s'ajoute la couverture géographique insuffisante des RCOM, la

fragmentation de la mise en œuvre des interventions, la prise en compte insuffisante des besoins dans le financement des activités, la non prise en compte de la performance dans la mise en œuvre du programme, la motivation insuffisante des RCOM et les gros retards de paiement, le déblocage tardif des ressources financières et l'indisponibilité d'informations sur l'exécution budgétaire.

La durabilité du programme est satisfaisante (score B). En effet le programme est mis en œuvre avec un niveau d'implication élevé des acteurs nationaux et locaux, préalables nécessaires à la pérennisation. En ce qui concerne la **durabilité institutionnelle**, les structures pérennes du système de santé au niveau central, intermédiaire et périphérique sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats. Pour la **durabilité politique**, l'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra. En rapport avec la **durabilité financière/économique**, les problèmes identifiés doivent être traités au niveau institutionnel (pas de contribution du budget de l'état, faible allocation du budget à la santé qui était de 5,58% en 2017) et opérationnel (faible contribution des collectivités) et en fonction de l'évolution du contexte économique. Aussi, le programme n'a pas encore planifié une stratégie de retrait claire des PTF permettant d'assurer la pérennisation et la durabilité de l'intervention.

Le genre, l'équité et les droits humains sont bien pris en compte dans les documents du programme depuis la planification jusqu'à la mise en œuvre et les résultats attendus. La prise en compte de l'égalité des sexes et de l'équité est confirmée par l'analyse des informations collectées auprès des RCOM, des médiatrices communautaires et des bénéficiaires. Cependant leur mise en œuvre a montré des insuffisances qu'il convient de corriger pour être en phase avec les documents programmatiques. Des points forts/acquis ont été identifiés et méritent d'être maintenus. Des leçons apprises et des recommandations (au regard des insuffisances constatées) ont été formulées. Leur prise en compte permettra d'améliorer la performance des interventions de la santé communautaire au Niger. Le plus gros défi reste la pérennisation du financement de l'intervention qui a été bien appréciée par tous les acteurs. La réflexion mérite d'être entamée afin d'identifier les sources de financement potentielles dans le contexte de la couverture sanitaire universelle. Ce qui nécessite le leadership de l'Etat, l'alignement et l'engagement des PTF, des collectivités, l'accompagnement de la société civile, des privés et une pleine participation des communautés.

XII. RECOMMANDATIONS

Les recommandations ont été formulées à partir des résultats d'analyse des données collectées auprès des parties prenantes que sont des titulaires de droits, détenteurs d'obligations, l'UNICEF, le ministère de la santé et les autres PTF (UNICEF, UNFPA, Fonds Mondial, World Vision, Initiative du Président américain pour la lutte contre le paludisme – PMI).

Les principales recommandations formulées sont issues des insuffisances identifiées au niveau des constats préliminaires. Elles ont été formulées par les évaluateurs afin de contribuer à améliorer la performance des interventions. Leur mise en œuvre nécessite une compréhension commune, l'adhésion et la participation des titulaires de droits et des détenteurs d'obligation. Ces recommandations seront donc revues et validées avec la participation de tous ces acteurs clés de la mise en œuvre.

Tableau 28: Synthèse des recommandations stratégiques

Constats et Conclusions préliminaires	Recommandation	Responsables/ Collaborateurs
9.1 Pertinence	Elaborer un cadre logique avec des Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) qui intègre la dimension genre, les droits humains Elaborer un cadre de mesure de la performance avec des données de base de référence et des cibles attendues année par année, des sources de vérification et des méthodes de collecte pour les 3 interventions (dispositif de suivi/évaluation) en mettant l'accent sur le genre et la complémentarité avec les données communautaires sur la nutrition	Direction de la Santé Communautaire Direction des Etudes et Planifications DEP PTF (UNICEF, UNFPA, Fonds Mondial, Banque Mondiale, USAID, World Vision, Initiative du Président américain pour la lutte contre le paludisme - PMI)
9.2 Cohérence	Elaborer une planification conjointe des interventions en tenant compte de la cartographie des PTF	Santé Communautaire PTF (UNICEF, UNFPA, Fonds Mondial World Vision, PMI)
9.4 Efficacité	Rendre disponible dans les délais les intrants selon une planification régulière pour la mise en œuvre des interventions	PTF Ministère de la Santé Publique
	Assurer le déblocage à temps et de façon optimale les ressources financières pour le financement des activités des interventions communautaires y compris la motivation des RCOM	PTF MSP
	Mettre en œuvre le FBR dans le domaine de la santé communautaire	MSP PTF (UNICEF, UNFPA, FM, World Vision, PMI)
	Mettre en place un mécanisme de suivi budgétaire avec redevabilité à tous les niveaux de la gestion financière	MSP PTF (UNICEF, UNFPA, OMS, FM, Banque Mondiale,

		USAID, World Vision, PMI)
	Assurer l'ancrage institutionnel des RCOM dans les différents comités communautaires pour être en cohérence avec la décentralisation	Ministère chargé de la Décentralisation ANVD, MSP
9.5 Durabilité	Plaidoyer auprès de l'Etat et de l'Assemblée nationale pour l'augmentation du financement accordé à la santé en général et à la santé communautaire en particulier y compris le recrutement et la motivation des RCOM	PTFs, MSP Etat parlement
	Plaidoyer auprès des collectivités pour la prise en compte du financement de la santé communautaire dans leurs budgets communaux	Mairies MSP PTFs
	Assurer l'intégration des interventions dans l'offre de santé communautaire de routine et assurer la mise à l'échelle	MSP PTFs
	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication en faveur de la santé communautaire et l'utilisation des services	MSP PTFs
9.6 EGDH	Promouvoir l'équité (quota de participation pour les femmes, les personnes vivant avec le handicap et autres personnes vulnérables).	Parlement, MSP, Publique, Ministère de l'Economie et des Finances, ANVD

Tableau 29: Synthèse des recommandations d'ordre opérationnel

Constats et conclusions préliminaires	Recommandations	Responsables/ Collaborateurs
9.3 Efficacité	Institutionnaliser des espaces d'analyse des données et de prise de décisions à partir des données de qualité	ECD DRSP
	Paramétrer les données des interventions communautaires dans le DHIS2	SNIS/DHIS2 Direction de la Santé Communautaire et Direction des Statistiques
9.4 Efficacité	Recruter les RCOM supplémentaires notamment pour le paquet complet curatif en vue d'assurer une couverture géographique suffisante (selon les normes nationales) et équitable	Mairies PTF (UNICEF, UNFPA, OMS, Fonds Mondial, Banque Mondiale, USAID), société civile, ANVD
	Assurer à temps le paiement mensuel des motivations des RCOM	Communes Etat, PTF (UNICEF, UNFPA, OMS, Fonds Mondial, Banque Mondiale, USAID)
	Maintenir les réunions régulières du comité de coordination des interventions en santé communautaire avec toutes les parties prenantes et à tous les niveaux	MSP PTF (UNICEF, UNFPA, OMS, Fonds Mondial, Banque Mondiale, USAID) RCom, COSAN, COGE

XIII. ANNEXES

Annexe 1-Termes de référence

Annexe 2 -- Matrice d'Evaluation (Critères et questions de l'évaluation)

Annexe 3 - Guides d'entretien & Questionnaires de collecte des données

Annexe 4 - Guide d'entretien Focus Group

Annexe 5 - Liste des visites sur site

Annexe 6 - Personnes ressources rencontrées lors des deux phases de collecte des données

Annexe 7 - Répartition des interventions de santé communautaire par partenaire et par district

Annexe 8 - Références bibliographiques