



TDR de la ligne de fin pour GSK

I- Mise en contexte :

Haïti a le taux de mortalité des moins de cinq ans le plus élevé de la région Amérique latine et Caraïbes (sur 1000 naissances vivantes, 59 enfants meurent avant leur premier anniversaire)¹. La pneumonie, la diarrhée et le paludisme en constituent les pathologies les plus répandues. Elles représentent 31% de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans. Les indicateurs de santé maternelle sont également une préoccupation majeure. Selon les résultats de l'EMMUS VI, on enregistre encore 529 décès maternel pour 100000 naissances vivantes.

Il existe cependant des interventions bien établies et à faible coût pour prévenir et traiter les maladies infantiles et maternelles communes proches du domicile. Dans les communautés, les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP) se limitent habituellement à des activités de prévention et de promotion de la santé et manquent de possibilités de formation et de supervision. Ils ne sont pas qualifiés pour diagnostiquer et effectuer la gestion des pathologies les plus répandues, ce qui contribue aux faibles taux de référence et à des taux de mortalité élevés chez les enfants et les femmes enceintes.

En effet, la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant (PEC), en particulier la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME-C) au niveau communautaire telles que la pneumonie, la diarrhée et le paludisme est de plus en plus reconnue comme une stratégie d'accès aux soins de santé au niveau primaire. Elle vise à fournir des traitements

efficaces contre les maladies courantes de l'enfant notamment dans les zones où l'accès aux soins essentiels est limité.

Aussi SCI a supporté les interventions du MSPP à travers un financement du groupe Glaxo Smith Kline (GSK), le projet de santé communautaire, « Sauver la vie des enfants dans les communautés vulnérables d'Haïti » axé sur la prise en charge intégrée des cas dans la communauté. Ce projet s'exécute au sein de trois (3) communes du Sud et de la Grande-Anse, Torbeck, Camp-Perrin et Beaumont, de décembre 2018 à novembre 2020.

Cette ligne de fin de projet se réalisera dans le but d'apprécier le résultat des interventions, le degré d'atteinte des objectifs du projet afin d'apprécier les améliorations portées dans les conditions de santé de ces communautés.

II- Objectifs

Objectif général :

L'objectif général visé de cette recherche est de réaliser une évaluation finale du projet en vue d'apprécier, de présenter les résultats atteints.

Les objectifs spécifiques visent à :

- 1) Faire une évaluation des avancées du programme de santé communautaire au sein des zones cibles
- 2) Présenter les acquis en termes de PCIME communautaire (iCCM)
- 3) Alimenter les indicateurs en fin de projet

III- Méthodologie

La collecte de données devant informer cette ligne de fin prendra en compte la période d'implémentation du projet. Les principaux indicateurs sont fournis dans l'annexe I de ces TDR. Cette ligne de fin utilisera, une approche combinée incluant une revue de littérature, la collecte de données primaires, l'analyse de données quantitatives et qualitatives.

1. **Les données quantitatives** seront collectées à travers une enquête de terrain, des rapports d'étapes de projet, les rapports d'activités communautaires.
2. **La Collecte des données qualitatives** se fera au niveau des sites du projet et au niveau du MSPP Central à travers des entrevues approfondies et des focus-groupe. Les répondants incluront :
 - Les décideurs aux niveaux national et étatique (Direction de promotion de la santé et de protection de l'environnement, Direction de la Santé de la Famille)
 - Des personnes responsables de la mise en œuvre du programme (Responsables du MSPP, des coordonnatrices d'activités communautaires, des gestionnaires et des agents de programmes, des responsables de santé infantile)
 - Des superviseurs d'Agent de Santé communautaire Polyvalents
 - Des agents de santé communautaires polyvalents formés
 - Des leaders communautaires
 - Des mères ou gardiennes d'enfants vivant dans les sites d'étude sélectionnés

a. Les entrevues approfondies

Des entrevues semi-structurées de 45-60 minutes doivent être menées auprès de trois types d'informateur :

- Les décideurs aux niveaux national et étatique
- Les responsables de la mise en œuvre du programme au niveau national
- Les responsables de mise en œuvre au niveau communal

Les entrevues doivent donner à chaque participant l'opportunité de s'exprimer ouvertement sur des questions qui lui seront posées. Un guide devra être élaboré pour chaque type de personne et contiendra des questions ouvertes sur les sujets prioritaires de l'étude.

b. Groupes de discussions

Les groupes de discussions (GD) devront durer en moyenne 90 minutes et réalisées auprès des superviseurs des ASCP, des leaders communautaires et des mères ou des gardiennes d'enfants de moins de cinq ans déjà prise en charge suivant la PCIME communautaire, ou d'autres chefs de famille. Chaque groupe devra être composé de quatre à huit personnes pour qu'il ne soit pas trop grand et n'empêche pas les discussions en profondeur.

3. Formation des enquêteurs

Le (la) Consultant(e) de l'étude sera responsable de la formation des enquêteurs. Il/Elle sera supporté de la coordonnatrice et du responsable de suivi/évaluation du projet. Cette formation devra se réaliser sur la technique de collecte qualitative et la planification, la coordination de la logistique nécessaire à la réalisation de l'étude

4. Sélection des participants et taille de l'échantillon

Les participants à l'évaluation finale doivent être sélectionnés au moyen d'un échantillonnage raisonné. Les ASCP, les superviseurs d'ASCP, les responsables de programme du MSPP, les décideurs seront sollicités par le responsable de l'étude. D'autres participants, tels les bénéficiaires seront ensuite sélectionnés en utilisant un système d'échantillonnage en boule de neige par lequel un participant propose d'autres personnes ayant suffisamment de connaissances sur le sujet. La taille de l'échantillon recherchée est de 200 à 250 bénéficiaires, 22 entrevues et 24 discussions de groupes sur le total des zones cibles.

5. Critères d'inclusions

Les participants devront répondre à des critères de sélection spécifiques : avoir plus de 18 ans, avoir au moins un enfant de moins de 5 ans, vouloir ou pouvoir répondre à des questions ou participer à des discussions de groupes et aider à mettre en place une discussion de groupe. Les répondants recevront une petite orientation sur la confidentialité et la manière de communiquer aux participants leur liberté de participer ou non sans conséquence négative.

6. Consentement éclairé

Un consentement éclairé doit être obtenu de tous les participants avant la collecte des données. Un participant doit avoir au moins 18 ans pour donner son consentement. Les participants doivent également être informés du caractère confidentiel de leurs réponses et qu'il n'y aura aucune conséquence négative de refuser de participer.

7. Elaboration des instruments de collecte

Le responsable de l'étude élaborera de concert avec l'équipe de SCI les outils de l'étude en collaboration avec le Ministère de la santé. Toutes les entrevues, seront conduites dans la langue propre à la population. Un pré-test des outils doit se réaliser pour améliorer certaines

caractéristiques telles que la clarification des questions et le bon déroulement des entrevues et focus groupe.

La conception des outils de collecte se basera sur les Indicateurs de référence de réussite d'un programme de PCIME communautaire. Les indicateurs spécifiques à l'étude découlant des ces indicateurs de référence sont liste en annexe 1. Les principaux indicateurs de référence sont :

- La coordination et l'établissement de politiques,
- Le coût et le financement
- Niveau d'implication et de satisfaction des communautés
- Les ressources humaines
- La gestion de la chaîne d'approvisionnement
- La prestation des services et le système de référence
- La communication et la mobilisation sociale
- La supervision et l'assurance qualité du programme
- Suivi et évaluation et le système d'information sanitaire.

8. Gestion des données, assurance qualité et analyse

Les questionnaires devront être compilés et traités. Les entrevues et focus groupes devront être enregistrées, transcrites textuellement et traduites en français. Le responsable de l'étude s'assurera de la revue des textes traduits par les enquêteurs. Les enregistrements seront gardés en lieu sûr de manière à assurer la confidentialité des informations personnelles. Ils seront ensuite détruits après l'élaboration du rapport.

IV- Zones d'étude

Les communes à couvrir sont Beaumont, Camp-Perrin et Torbeck. Les localités couvertes par les ASCP doivent être les zones spécifiques à toucher.

V- Equipe de la ligne de fin de projet

- 1 Consultant (e) en recherche

- 1 un superviseur
- 6 enquêteurs

VI- Calendrier de la ligne de fin

L'étude s'étendra sur 30 jours ouvrables, soit du 16 novembre au 28 décembre 2020, suivant le calendrier ci-dessous :

Activités	Période	Responsable
Préparation de l'enquête (Elaboration d'outils /formation /testing des Outils)	16 au 25 novembre 2020	Consultant (e), superviseurs d'enquêteurs
Collecte/compilation/traitement	26 novembre au 11 décembre 2020	Enquêteurs et Consultant (e)
Rapport préliminaire	22 décembre 2020	Consultant (e)
Rapport final	28 décembre 2020	Consultant (e)

Annexes :

I- Indicateurs pour la collecte des données quantitatives : (Désagrégation à faire par sexe et groupe d'âge)

- Nombre de décès des enfants moins de 5 ans causés par la pneumonie, la diarrhée et le paludisme chez l'enfant
- % d'enfant malnutris
- Incidence/période de prévalence de la pneumonie, la diarrhée et le paludisme chez les enfants
- Ratio des ASCP par rapport à la population des moins de 5 ans
- Nombre d'ASCP en services dans les zones cibles du projet

- Nombre d'ASCP dispensant des soins dans la communauté par commune
- Nombre de poste de rassemblement réalisés par un ASCP
- Nombre de visites domiciliaires réalisés par un ASCP
- Nombre de rencontre communautaire réalisée par un ASCP
- % d'ASCP ayant les matériels et les outils de collecte nécessaire pour son travail
- % d'ASCP ayant les produits essentiels et intrants de santé pour son travail
- Nombre d'agents de santé communautaires recevant une supervision de soutien
- % d'ASCP formés en PCIME communautaire
- % d'ASCP formés en système de référence et de contre référence
- % d'agents de santé communautaires soumettant des rapports mensuels régulièrement
- Nombre d'enfants de moins de 5 ans recevant un traités pour le paludisme, la diarrhée, la pneumonie, la malnutrition
- Nombre d'enfants de moins de 5 ans recevant un traités pour le paludisme, la diarrhée, la pneumonie, la malnutrition
- Nombre d'enfant de moins de 5 ans ayant eu accès au moins à une intervention de prévention à haut impact
- Nombre de femmes enceintes ayant reçu une visite de l'ASCP de sa zone au moins une fois durant sa grossesse
- % de femmes enceintes référés pour signes de danger
- Nombre de visites post-natales réalisées par les ASCP dans les 72 heures suivant l'accouchement à domicile
- % de parents montrant leur satisfaction de la qualité de services communautaires de santé infantile
- Nombre de comité de santé actifs dans chaque commune (Liste des membres des comités et numéro de contact à fournir)
- Nombre d'OCB ou organisation locale intervenant dans la santé active dans chaque commune (Liste des membres des comités et numéro de contact à fournir)

II- Synthèse des participants cibles aux entrevues et Focus groupe

Groupe	Méthodes	Taille de l'Echantillon	Type de participants	Thèmes de la recherche
Décideurs	Entrevues	2	Responsable de la DPSPE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement de la PCIME communautaire ▪ Coordination ▪ Partenariat ▪ Niveau de satisfaction face au projet
Responsables de la mise en œuvre du programme	Entrevues	6	Responsables de programme au de santé communautaire au niveau départemental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vue globale du programme de santé communautaire ▪ Intervention en PCIME communautaire ▪ Formation des ASCP PCIME communautaire ▪ Enrôlement des ASCP ▪ Partenaires intervenants en PCIME communautaire ▪ Système de référence et de contre référence ▪ Outils de collecte ▪ Intrants et matériels de travail des ASCP ▪ Appréciation du projet GSK ▪ Les difficultés et les défis ▪ Les perspectives
	Entrevues	20	Responsables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence de programme de santé communautaire

			d'institutions et superviseurs d'ASCP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vue globale du programme de santé communautaire ▪ Intervention en PCIME communautaire ▪ Formation des ASCP PCIME communautaire ▪ Enrôlement des ASCP ▪ Partenaires intervenants en PCIME communautaire ▪ Système de référence et de contre référence ▪ Outils de collecte ▪ Intrants et matériels de travail des ASCP ▪ Appréciation du projet GSK ▪ Les difficultés et les défis ▪ Les perspectives
Agents de santé communautaires	Focus Groupes	6	ASCP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leur opinion sur le programme de santé communautaire ▪ Formations reçues ▪ Responsabilité/Type de travail réalisé ▪ Relation avec les communautés ▪ Développement personnel ▪ Implication dans la PCIME communautaire ▪ Appréciation du projet GSK ▪ Difficultés /Défis

Groupe communautaires		8	Leaders	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation/Intégration communautaire ▪ Connaissance du rôle de l'ASCP dans la zone ▪ Connaissance des zones de desserte des ASCP ▪ Support aux ASCP ▪ Leur opinion sur l'efficacité du programme de PCIME communautaire ▪ Support au système de référence ▪ Réseautage(Comités santé, OCB)
	Focus groupe	8	Mères ou gardiennes d'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance du rôle de l'ASCP dans la zone ▪ Appréciation du travail des ASCP ▪ Problèmes de santé les plus rencontrés chez les enfants ▪ Les solutions apportées de santé des enfants ▪ Connaissance du rôle de l'ASCP et des institutions de santé existant dans sa zone ▪ Réseautage (Comités Santé, OCB) ▪ Leur opinion sur l'efficacité du programme de PCIME communautaire
	Questionnaires	250	Mères ou gardiennes d'enfants, leaders	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau de satisfaction par rapport aux soins et services de santé infantile reçus dans la communauté

				<ul style="list-style-type: none">▪ Niveau de satisfaction par rapport au travail et au support reçu l'ASCP▪
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

III-

ⁱ EMMUS VI