

Evaluation de l'impact du Projet ASSP (*Accès aux Soins de Santé Primaires*) en République Démocratique du Congo

Résumé

Aout 2019

Ecole de Santé Publique et de Médecine Tropicale

Université de Tulane

1440 Canal St. Suite 1900

New Orleans, LA 70112

Equipe de Recherche

Université de Tulane et Affiliés

Saleh Babazadeh
Adam Bennett
Jane Bertrand
Lauren Blum
Leslie Craig
Thomas Eisele
Julie Hernandez
David Hotchkiss
Paul Hutchinson
Sara Iguodala
Joseph Keating
Samia Laokri
Paul-Samson Lusamba-Dikassa
Rishma Maini
Andrea Smith
Rieza Soelaeman
Janna Wisniewski
Ann-Marie Yongho
Joshua Yukich

Recherche Qualitative

Delphin Kayembe
Anicet Yemweni

Enquêteurs de la Recherche Qualitative

Christelle Kasiana
Nana Kidikila
Taty Kuketuka
Gerard Mbengo
Bienvenu Mukoso
Depardieu Ndala

Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa

Chercheurs Principaux

Antoinette Tshefu Kitoto
Emile Okitolonda

Coordonnateur de l'Etude

Natalis Mapatano Mala Ali

Equipe de Coordination de la Collecte des Données

Dalau Kamba
Jean Nyandwe Kyloka
Paulin Mutombo

Experts de Laboratoire

Edmonde Bonebe
Monica Gumete

Expert en collecte électronique des données

Pierre Akilimali

Superviseurs de la collecte des données

Roger Baulama
Harmonie Bokole
Alex Bukasa
Laurent Gabana
Henri Mata
Tresor Musimbi
Godefroid Musema
Steve Mwokozi
Cady Nyombe
Yves Tshisungu

Remerciements

Nous remercions les personnes suivantes pour leur assistance pendant la préparation de cette évaluation.

IMA World Health

Luc Roi
Bernard Ngoy
Scott Shannon
Inge Sthreshley
Larry Sthreshley
Mano Tayingi

Pathfinder International

Marie-Claude Mbuyi
Yvette Mulongo

Ministère de la Santé de la RDC

Jose Kumumangi



Le projet ASSP a été financé par les fonds du Gouvernement Britannique. La préparation de ce document a été financée par les fonds du Gouvernement Britannique ; toutefois, les points de vue exprimés dans ce document ne reflètent nécessairement pas la politique officielle du Gouvernement Britannique.

Objet : Le présent rapport a pour objet de présenter les résultats d'une évaluation par une méthodologie mixte, de l'impact du projet ASSP (Accès aux Soins de Santé Primaires) financé par le DFID, sur des indicateurs choisis de santé et de nutrition de la population.

Contexte : Lorsque le projet ASSP a débuté en 2012, la RDC sortait de quatre décennies de conflit et de mauvaise gouvernance qui ont eu des effets dévastateurs sur l'économie, les institutions et la population. Il est estimé que plus de 3,5 millions de personnes sont mortes des suites des conflits au cours de la période allant de 1998 à 2012. En 2011, le revenu national brut par habitant était de 190 USD et 71 pourcent des Congolais vivaient sous le seuil de pauvreté de 1,25 USD par jour. Bien que le pays ait été relativement plus pacifié en 2012, une crise impliquant plusieurs factions armées a persisté dans l'est de la RDC, ainsi que des tensions politiques.

Malgré le besoin d'un système de santé plus réactif, la capacité du gouvernement à fournir un accès à des services de santé, de population et de nutrition de qualité suffisante a été limitée, en raison des défis liés au personnel de santé, du manque d'infrastructures de transport et de communication, des problèmes de sécurité et du financement limité de la santé. Au début de l'actuelle décennie, le gouvernement n'a dépensé qu'environ quatre pourcent du budget national dans le secteur de la santé, ce qui constituait l'un des plus bas niveaux de dépenses de santé dans le monde, et l'on s'inquiétait beaucoup du fait que jusqu'à 70 % de la population n'avait pas ou peu accès aux services de santé en raison de barrières tant physiques que financières.

Au début des années 2010, les indicateurs de santé s'étaient améliorés par rapport aux niveaux beaucoup plus bas enregistrés au milieu des années 2000. Néanmoins, selon l'Enquête démographique et de santé 2013-2014, la mortalité des enfants de moins de cinq ans (104 décès pour mille) et la mortalité maternelle (846 pour 100 000 naissances vivantes) restent très élevées, alors que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer ne se situe actuellement qu'à 8 %. L'état nutritionnel des enfants s'est également révélé extrêmement médiocre, avec environ quarante-trois pourcent des enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance dont 23 pourcent d'entre eux d'un retard grave de croissance.

Description du programme : Dans le cadre de son programme visant à aider le gouvernement à renforcer le système de santé du pays, le DFID a attribué le projet quinquennal ASSP à IMA World Health et à ses partenaires et sous-traitants d'exécution en 2012. Destiné à améliorer la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNE), ASSP était un projet complexe, composé d'un large éventail d'interventions programmatiques en matière de population, de

santé et de nutrition et d'interventions de renforcement des systèmes de santé avec de multiples résultats et impacts en interaction.

L'ASSP a d'abord travaillé dans 56 zones de santé qui ont été sélectionnées à dessein. Il s'agissait de toutes les zones de santé qui faisaient partie du Programme d'accès aux soins de santé dont Maniema (10), Kasai Central (3), Tshopo (3) et Sud Kivu (4) et de 36 zones de santé additionnelles dans le Nord Ubangi, le Kasai et le Kasai Central, qui étaient considérées comme ayant des systèmes sanitaires relativement faibles. Parmi les 56 zones de santé, les quatre zones de santé du Sud Kivu ont été retirées après un an, laissant 52 zones de santé dans le projet. On estime que neuf millions de personnes vivent dans ces zones de santé.

Méthodes : L'évaluation a fait appel à une méthodologie mixte. La composante quantitative de l'évaluation a utilisé l'approche quasi-expérimentale de panel avec un groupe d'intervention et un groupe témoins constitués. Des analyses descriptives et multivariées ont été effectuées. L'analyse multivariée a utilisé l'approche analytique de la différence dans les différences, utilisant les données des enquêtes des ménages, des enquêtes des établissements de santé et auprès des agents de santé, et des enquêtes auprès des leaders communautaires menées en 2014 et en 2017, qui devait être la dernière année du projet. Tous les modules d'enquête ont été administrés par une interview face-à-face à l'aide de formulaires sur papier ou sur des dispositifs électroniques.

La conception initiale de l'étude prévoyait que l'évaluation de l'impact devait être effectuée dans les cinq provinces bénéficiant de l'appui de l'ASSP. Une enquête initiale a été menée dans les cinq provinces comme prévu, mais en 2017, la guerre civile ayant éclaté dans deux provinces, Kasai et Kasai Central, a empêché l'équipe de recherche de retourner dans ces provinces pour l'enquête finale. Ainsi, pour compenser la perte du Kasai et du Kasai central, des zones d'échantillonnage additionnelles ont été sélectionnées dans les trois provinces restantes afin de préserver la puissance de l'analyse.

Des données qualitatives ont également été recueillies au moment de l'enquête de fin de projet par des interviews avec des informateurs clés, des interviews approfondies et de discussions de groupe auprès d'un large éventail d'intervenants et de bénéficiaires. L'objectif de la composante qualitative était d'explorer les perceptions des parties prenantes sur la mise en œuvre du projet dans trois domaines, à savoir la santé maternelle, les soins de santé infantile et la nutrition infantile, et les raisons pour lesquelles les stratégies choisies ont fonctionné ou n'ont pas fonctionné.

Analyses incluses dans le rapport : L'évaluation a été conçue, en consultation avec le DFID, pour évaluer l'impact du projet ASSP sur plusieurs catégories d'indicateurs démographiques, sanitaires et nutritionnels. Il s'agit notamment de l'utilisation des soins de santé maternelle, de la santé infantile et du traitement des maladies infantiles, de la nutrition infantile, de l'utilisation de la planification familiale, de la santé environnementale, y compris l'eau, l'assainissement et l'hygiène, du recours aux soins de santé curatifs, y compris l'utilisation des services, les dépenses de santé à la charge des patients, la satisfaction du client en matière de services, la qualité structurelle des soins en établissement et la participation communautaire. Bien que des résultats descriptifs sur les changements survenus au fil du temps dans les domaines couverts par l'ASSP et les autres domaines soient présentés, les estimations de l'impact du projet à partir de l'analyse de la différence dans les différences sont considérées comme la principale forme de preuve présentée dans le rapport. Les lecteurs sont priés de noter que le terme impact dans le rapport fait référence à l'effet causal du projet ASSP sur un résultat présentant un intérêt pour le projet. Pour chaque estimation de l'impact du programme, un test statistique a été effectué au niveau de signification $p=0,05$, qui est le seuil standard de signification statistique utilisé dans la littérature de recherche appliquée en sciences biomédicales et sociales. Lorsqu'une estimation de l'impact d'un programme est décrite comme statistiquement significative, cela signifie qu'il n'y avait pas plus de 5 % de chances de rejeter l'hypothèse nulle (affirmant que l'effet du programme était égal à zéro), alors que cette hypothèse était, en fait, vraie (ce qui est également connu sous le nom d'erreur du type 1). Si une estimation de l'impact s'est révélée non significative, cela ne signifie pas nécessairement qu'il n'y avait pas d'association entre les changements dans les résultats d'intérêt dans les zones bénéficiaires de l'appui de l'ASSP comparativement aux zones témoins (non appuyées par l'ASSP). Cela signifie simplement que l'estimateur de l'impact était faible par rapport au changement qui aurait pu se produire par le simple hasard.

Pour faciliter l'interprétation des résultats, il convient de noter que si le plan de recherche quasi expérimental utilisé pour l'étude permet une attribution plausible des résultats au projet, cependant ce plan ne permet pas d'attribuer en définitive les changements observés (l'impact) aux seules interventions de l'ASSP. Pour chaque domaine thématique, plusieurs questions contextuelles et les limites de l'étude sont examinées. Celles-ci sont résumées ci-dessous. De plus, dans la mesure du possible, les données probantes ont été évaluées à l'aide d'autres sources de données, y compris les données qualitatives recueillies dans le cadre de l'étude, les données du DHIS2 fournies par IMA World Health et les données de l'Enquête démographique et sanitaire 2013/14.

Résultats: Voici les principales conclusions de l'analyse quantitative et de l'analyse qualitative pour les trois domaines, à savoir, l'utilisation des soins de santé maternelle, le traitement des

maladies infantiles et la nutrition infantile. Les Tableaux A1 à A7 présentent un résumé plus complet des résultats quantitatifs et qualitatifs, en montrant les impacts estimés dans l'ensemble, par niveau de richesse, par province et, le cas échéant, par sexe.

Qualité du service et participation Communautaire

- Le projet ASSP a eu un impact significatif sur l'amélioration de la disponibilité des services de prévention et des capacités de diagnostic du paludisme dans les centres et postes de santé.
- Cependant, l'ASSP n'a pas eu d'impact sur l'adéquation de l'équipement (thermomètres, stéthoscopes, tensiomètres, brassards, balances pour adultes, balances pour enfants et minuteriers), l'approvisionnement en médicaments (ocytocine, sulfadoxine-pyriméthamine et amoxicilline), la disponibilité des services thérapeutiques et la participation communautaire dans les centres ou postes sanitaires.

Utilisation des soins de santé maternelle

- Les résultats du modèle suggèrent que le projet ASSP a eu un effet négatif et significatif sur la réception d'au moins quatre visites de CPN (le nombre de visites recommandées par l'Organisation mondiale de la santé) chez les femmes qui ont accouché au cours des deux années précédentes. Cela est dû en grande partie à la baisse du pourcentage de femmes du Maniema/Tshopo qui ont reçu au moins quatre visites de CPN, passant de 37,9 % en 2014 à 27,1 % en 2017. Il n'y a pas eu d'impact du projet ASSP sur la réception de la première consultation prénatale au cours du premier trimestre de la grossesse, ce qui s'explique aussi en grande partie par la baisse du pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals au cours du premier trimestre de la grossesse.
- Le projet ASSP a eu un effet important et positif sur la probabilité d'accoucher dans un établissement de soins de santé.
- Les résultats de l'analyse qualitative suggèrent que l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle dans les zones de santé de l'ASSP a été remise en question par des pénuries perçues de fournitures, un nombre insuffisant d'agents de santé communautaires féminins formés et affectés aux soins maternels et un manque de stratégies officielles de changement de comportement pour aborder les pratiques culturelles et sociales liées à la grossesse et l'accouchement (tabou relatif à l'information de l'entourage sur l'état de grossesse au premier trimestre, lieu où l'on jette le placenta, réticence à accoucher avec l'assistance d'un prestataire de sexe masculin, manque d'habits convenables pour se présenter au centre de santé). Bien que les frais des soins d'accouchement aient été officiellement réduits, la recherche

qualitative indique que le tarif officiel des frais d'accouchement n'a pas toujours été respecté, et les résultats montrent que les prestataires de soins de santé augmentent souvent considérablement les frais d'accouchement.

Maladies infantiles

- Le projet ASSP a eu un effet positif et significatif sur la réduction de la prévalence des symptômes de l'infection respiratoire aigüe (IRA) et de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans.
- Il n'y a pas eu d'impact du projet ASSP sur la prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, la prévalence du parasite du paludisme ou la prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.

Traitement des maladies infantiles

- Il n'y a pas eu d'impact du projet ASSP sur le traitement de trois symptômes courants des maladies infantiles - diarrhée, symptômes d'IRA et fièvre.
- Les résultats de l'étude suggèrent que le projet ASSP a eu un effet négatif et significatif sur la probabilité d'obtenir des soins dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de soins de santé pour les enfants présentant des symptômes d'IRA et/ou de fièvre.
- Les résultats de l'analyse qualitative (interviews approfondies et discussions de groupe) indiquent que l'efficacité de l'approche de l'ASSP a été affectée par les ruptures de stocks de médicaments, la perception d'indisponibilité et le coût des médicaments, le non-respect par les centres de santé de la tarification affichée, les longues distances à parcourir pour se rendre à l'hôpital et les difficultés à emprunter les routes en mauvais état, ainsi que les pratiques culturelles qui privilégient le traitement traditionnel et/ou le recours à la religion.

Vaccination

- Les résultats de l'étude suggèrent qu'il n'y a pas eu d'impact du projet ASSP sur la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois.
- Les résultats de l'analyse qualitative suggèrent que les visites à domicile pour promouvoir le recours aux services de santé infantile étaient peu fréquentes, que les

pénuries de fournitures essentielles comme les vaccins et les seringues étaient régulières et que la disponibilité limitée et/ou le partage des kits d'énergie solaire ou des réfrigérateurs rendaient nécessaire le recours à d'autres centres pour les vaccins.

La nutrition de l'enfant

- Le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans a augmenté sensiblement plus dans les zones ASSP que dans les zones témoins, tandis que la maigreur et l'insuffisance pondérale chez les enfants n'ont pas beaucoup changé dans les zones ASSP par rapport aux zones témoins.
- Les résultats de l'analyse qualitative suggèrent qu'il y a eu des difficultés dans la mise en œuvre de l'approche nutritionnelle de l'ASSP, notamment : les contraintes de temps et le manque de disponibilité des mères ou d'autres gardiens des enfants, qui passent leurs journées dans les champs agricoles, ce qui a entravé l'adoption des stratégies visant à encourager la préparation de bouillie enrichie et la stratégie de jardinage domestique ; le manque de considération des pratiques locales comme la création de jardins pour légumes dans les champs agricoles ; le stigma associé au fait d'avoir un enfant malnutri, qui affecte aussi la mise en place de jardins domestiques ; et la capacité limitée à appliquer des stratégies visant le changement comportement, comme conçu au sein de l'approche ASSP. De plus, les répondants ont indiqué que les RECO avaient des difficultés à bien comprendre le contenu des formations données en français ; qu'ils présentaient des taux élevés d'abandon et qu'ils étaient sous-motivés en raison du manque de supervision, de rémunération et de fournitures. Une formation limitée a été dispensée aux prestataires dans les FOSA, qui n'avaient généralement pas la motivation nécessaire pour s'impliquer dans la prestation de services de nutrition.

Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

- Aucun impact du projet ASSP n'a été détecté sur l'utilisation des MII par les femmes enceintes ou sur la possession d'au moins une MII par les ménages.
- L'analyse qualitative suggère que les MII n'ont pas été distribuées dans le Maniema, tandis que les résumés des rapports trimestriels de l'ASSP mettent en évidence les défis liés à l'état des moustiquaires et à leur utilisation par les résidents, ainsi que les défis organisationnels, ce qui pourrait perturber la disponibilité des produits antipaludéens et détourner l'attention vers activités en cours d'exécution dans d'autres régions (par exemple, du Maniema au Kasai).

Utilisation de contraceptifs modernes

- Dans l'ensemble, aucun impact du projet ASSP sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer n'a été détecté.
- Ce résultat global masque l'impact significatif du programme dans le Nord Ubangi qui n'a pas été retrouvé dans le cluster Maniema/Tshopo.

Utilisation des services de consultation externe

- Le projet ASSP n'a pas eu d'impact sur l'utilisation des services ambulatoires chez les personnes de tous âges.
- Le projet ASSP a eu un impact statistiquement significatif sur l'augmentation de la probabilité de recevoir des consultations externes gratuites.
- Le projet ASSP a eu un impact significatif sur l'amélioration de la perception de la disponibilité de l'équipement et de la propreté des formations sanitaires, mais pas sur l'amélioration de la disponibilité des médicaments.

Eau, assainissement et hygiène

- Les résultats montrent que le projet ASSP a eu un impact sur l'accès à la fois aux sources d'eau améliorées et à l'assainissement amélioré.
- Le projet ASSP n'a pas eu d'impact sur la technique de lavage des mains chez les personnes enquêtées.

Limites : Dans l'interprétation des résultats de l'étude, il convient de noter plusieurs limites potentielles liées à la conception de l'étude et aux données, dont certaines ont été explorées par une analyse additionnelle des données des enquêtes initiales et finales et des données du DHIS2 fournies par le projet ASSP.

Premièrement, il n'a pas été possible de réaliser un essai contrôlé randomisé qui constitue le "standard d'or" pour une telle évaluation parce que les zones de santé ciblées ont été choisies de façon non aléatoire par les responsables du projet. Un design progressif par étapes a été envisagé, mais a été jugée inappropriée en raison de l'approche d'IMA World Health visant à introduire et à intensifier les interventions aussi rapidement que possible. Bien que le plan quasi expérimental permette d'attribuer de façon plausible les résultats au projet, il ne permet pas d'attribuer en définitive les changements observés (l'impact) aux seules interventions de l'ASSP. En effet, d'autres projets et initiatives pourraient également expliquer les changements dans les valeurs observées des indicateurs. Bien que le modèle d'analyse décrit ci-dessous

permette de prendre en compte la présence d'un projet appuyé par la Banque mondiale dans les zones témoins, il se peut que d'autres projets présents dans ces zones témoins dont nous n'avons pas connaissance n'aient pas été pris en compte.

Deuxièmement, la disponibilité limitée des données du système d'information sanitaire au moment de la conception de l'étude signifiait que l'appariement des groupes témoins ne pouvait se faire que sur quatre caractéristiques. Le nombre limité de variables d'appariement peut avoir entravé la comparabilité des domaines d'intervention et des domaines témoins appariés. Pour prendre en compte une telle éventualité, des comparaisons descriptives des caractéristiques démographiques et communautaires ont été effectuées, ce qui a permis de s'assurer que tous les cofacteurs sont effectivement contrôlés par l'analyse de la différence dans les différences.

Troisièmement, en raison de retards imprévus dans l'obtention de l'approbation du protocole de recherche par DFID, la collecte des données des enquêtes initiales a été retardée de près de dix mois après le lancement du projet ASSP, ce qui signifie que les résultats de l'approche de la différence dans les différences certains cas, comme l'utilisation des soins de santé maternelle et infantile, le recours aux soins externes et le recours aux services modernes de contraception, peuvent être biaisés vers la confirmation de l'hypothèse nulle. Toutefois, il convient de noter que cette question ne se pose pas pour l'évaluation des impacts sur la nutrition des enfants et les résultats de WASH, car l'ASSP n'avait pas encore mis en œuvre d'activités communautaires au moment où les enquêtes initiales ont été menées.

De plus, les enquêtes n'ont pas été menées au cours des mêmes mois (avril-mai 2014 et juillet-septembre 2017), ce qui peut avoir biaisé les données des variables caractérisées par une fluctuation saisonnière. Les provinces du Nord et du Sud Ubangi étaient en saison des pluies pendant les enquêtes initiales et finales, tout comme les régions du nord du Cluster Maniema/Tshopo qui sont proches de l'Equateur (c'est-à-dire au nord de Kindu). Le Maniema méridional était en saison sèche à la période des enquêtes finales. Aussi, les principaux résultats des enquêtes finales du Maniema nord ont été comparés à ceux du Maniema sud pour tester les différences saisonnières. Ces résultats sont discutés dans le rapport.

Quatrièmement, bien que l'étude ait été conçue pour détecter les différences globales entre les zones d'intervention et les zones témoins appariées aux niveaux des ménages et des individus, elle n'a pas été conçue pour détecter les différences stratifiées par sous-groupes de population (c.-à-d. les niveaux de richesses et les provinces). L'analyse n'était pas non plus conçue pour détecter les différences dans les caractéristiques des formations sanitaires. Néanmoins, les modèles DD des sous-groupes de population et les modèles DD des établissements ont été

estimés et présentés afin de faciliter l'interprétation des résultats de l'étude, et dans certains cas, les résultats DD de ces modèles se sont révélés statistiquement significatifs.

Cinquièmement, dans l'interprétation des résultats, il convient de noter que l'analyse exclut le cluster Kasai/Kasai Central, les provinces où l'ASSP avait le plus haut niveau d'activité, le plus grand nombre de zones de santé et, selon les données du programme ASSP, l'adoption la plus active de certains services. Par exemple, la contraception, basée sur les statistiques de service de routine converties en années-couples de protection (années de protection du couple, la mesure la plus utilisée dans les programmes internationaux de planification familiale) était plus élevée au Kasai/Kasai central que dans les autres domaines d'échantillonnage. Toutefois, en raison des troubles politiques au Kasai/Kasai central, il n'a pas été possible de collecter des données des enquêtes finales dans ce domaine.

Sixièmement, des perturbations programmatiques dans les mois précédant les enquêtes finales dans les deux domaines peuvent avoir affecté les résultats. Plus précisément, un audit de la gestion des opérations du projet au Maniema a conduit à une réduction drastique des activités financées par l'ASSP pendant plusieurs mois, et au Nord Ubangi, World Vision, le partenaire de mise en œuvre de l'ASSP dans cette province, a mis fin à sa collaboration avec IMA World Health. Afin d'explorer l'importance de cette question, nous avons analysé les données trimestrielles du DHIS2 de huit trimestres, de janvier-mars 2016 à octobre-décembre 2017, pour plusieurs types de services de soins de santé maternelle et infantile, mais nous n'avons détecté aucune baisse dans les statistiques des services qui étaient associées aux perturbations de l'ASSP.

Septièmement, une des hypothèses du modèle DD est que la seule différence systématique entre les groupes d'intervention et les groupes témoins est représentée par concerne l'exposition au projet ASSP. Comme indiqué plus haut, cette hypothèse n'a peut-être pas été vérifiée, puisque la Banque mondiale a présenté son nouveau projet Projet de développement du secteur de la santé, qui met l'accent sur le financement basé sur la performance pour améliorer la prestation des services de santé et de planification familiale dans certaines des zones sanitaires non couvertes par l'ASSP. Bien que des contrôles statistiques aient été utilisés pour tenir compte de ce biais possible, il faut néanmoins le considérer comme une limite potentielle.

Enfin, il convient de noter qu'il y avait des différences entre les zones ASSP du Maniema/Tshopo et leurs zones témoins appariées, car toutes les zones ASSP avaient été exposées au projet précédent de l'ASSP, le Programme d'accès aux soins de santé, alors que les zones de comparaison appariées ne l'étaient pas. Idéalement, nous aurions dû inclure des

zones de comparaison appariées qui avaient été exposées à ce projet, mais cela n'a pas été possible, car toutes les zones sanitaires soutenues par le DFID dans le Maniema/Tshopo sont passées au projet ASSP. On ne sait pas si ce facteur a biaisé les résultats et l'orientation du biais.

Interprétation des résultats : Dans chacun des chapitres sur les résultats, les constatations quantitatives sont examinées en fonction de bon nombre des limites décrites ci-dessus, ainsi que d'un certain nombre d'autres facteurs, notamment la puissance variable des tests d'indicateurs à différents niveaux imbriqués (c.-à-d. les niveaux ménage, individu et établissement), la qualité variable des indicateurs en fonction de leur relation aux impacts (voir les tableaux A1-A7). Voici un résumé des principaux points qui sont ressortis de ces évaluations.

- **Cohérence avec les résultats d'autres domaines programmatiques.** Pour plusieurs des domaines programmatiques étudiés, tels que les soins de santé maternelle et infantile, les résultats de DD semblent être cohérents dans le domaine programmatique. Par exemple, le projet ASSP n'a eu d'impact sur aucun des indicateurs de soins prénatals, sur aucun des indicateurs d'utilisation des MII ou sur aucun des indicateurs de traitement des maladies de l'enfance. Les constatations insignifiantes sur l'utilisation des services concordaient également avec les constatations selon lesquelles la disponibilité de l'équipement et des médicaments a peu changé au cours de la période à l'étude, mais ne correspondaient pas aux répercussions estimées sur d'autres facteurs au niveau des établissements qui peuvent avoir une incidence sur la qualité des soins. Par exemple, le projet ASSP a eu un impact sur l'amélioration de la disponibilité de l'équipement et de la propreté au niveau des centres de santé.

- **Cohérence avec d'autres sources de données.** Dans la mesure du possible, les résultats de l'enquête au sein de la population ont été comparés aux données du DHIS2 disponibles dans le système d'information sur la gestion de la santé de la RDC (tels que présentés dans les tableaux A1-A7). Pour de nombreux types de services, il y avait des incohérences. Par exemple, les données du DHIS2 indiquent des niveaux plus élevés de personnes desservies (c.-à-d. la proportion de femmes recevant des soins prénatals au cours du premier trimestre de la grossesse) et des niveaux plus élevés de vaccination des enfants que les résultats des services en population. Toutefois, pour bon nombre des indicateurs de résultats, les différences entre les deux sources de données rendent les comparaisons problématiques. Par exemple, pour les vaccinations, le DHIS2 fournit des données sur le pourcentage d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole, tandis que les enquêtes ASSP fournissent des données sur les enfants qui ont reçu tous les vaccins de base, et pour la nutrition infantile, le DHIS2 présente des données sur le nombre de dépistages nutritionnels chez les enfants et les données ASSP des mesures anthropométriques chez les enfants.

Pour ce qui est des comparaisons avec l'enquête démographique sur les ménages de l'EDS de 2013-2014, les estimations ponctuelles de 2014 pour les indicateurs des soins de santé maternelle, des soins de santé infantile et de l'utilisation des services ambulatoires, fondées sur l'enquête initiale d'évaluation de l'ASSP, sont tout-à-fait comparables aux estimations de l'EDS, corroborant ainsi la validité des données de l'évaluation de l'ASSP.

- **Cohérence avec les résultats qualitatifs.** Pour les trois domaines programmatiques dans lesquels une analyse qualitative a été effectuée, à savoir les soins de santé maternelle, le traitement des maladies infantiles et la nutrition infantile, les résultats quantitatifs et qualitatifs sont, pour la plupart, concordants. Par exemple, pour les soins de santé maternelle, les résultats qualitatifs qui suggèrent que les efforts visant à améliorer l'accès et la qualité des services de soins de santé maternelle ont été limités par des pénuries de médicaments et d'approvisionnement sont concordants avec les résultats sur l'absence d'impact de l'ASSP sur l'utilisation des soins prénatals. Pour la nutrition infantile, les résultats qualitatifs qui indiquent des problèmes dans l'application de l'approche des jardins familiaux correspondent aux résultats de l'évaluation du projet ASSP sur les données anthropométriques nutritionnelles. D'autre part, les constatations qualitatives sur les obstacles persistants à l'augmentation du pourcentage de femmes qui accouchent dans les établissements de soins de santé ne concordaient pas avec les constatations quantitatives selon lesquelles le projet ASSP a eu un impact positif sur la proportion de femmes ayant accouché dans les établissements au cours des deux années précédant l'enquête.

On trouvera ci-après quelques explications générales possibles des conclusions de l'évaluation d'impact.

- **Conception et échelle des interventions.** L'approche ASSP comprenait un certain nombre d'interventions expérimentales qui reposaient fortement sur l'adhésion locale et sur des hypothèses sur la façon dont les systèmes de santé et les communautés locales réagiraient. C'est le cas, par exemple, de la stratégie de l'appui par la participation communautaire, une intervention pilote qui visait à mobiliser des financements communautaires dans le domaine de la santé, et de l'intervention de jardinage domestique, qui visait à lutter contre la malnutrition infantile en améliorant la disponibilité d'aliments produits localement à forte valeur nutritionnelle. Cependant, bon nombre des interventions n'étaient pas accompagnées d'une recherche formative visant à mieux comprendre les facteurs sociaux et contextuels sous-jacents qui pourraient influencer sur l'adoption des interventions appuyées par le projet. Le projet n'a pas non plus piloté les interventions pour tester leur efficacité et leur coût.

De plus, en raison des ressources limitées, de nombreuses interventions communautaires soutenues par le projet, telles que les interventions WASH, nutrition et MII, ont été mises en œuvre de manière inégale dans les zones de santé bénéficiaires de l'ASSP. Cela a limité la probabilité de constater des impacts significatifs du projet ASSP. Néanmoins, l'ASSP a eu un impact significatif sur l'augmentation du pourcentage de ménages disposant de sources d'eau et d'installations sanitaires améliorées. Dans le cas de la nutrition infantile, la couverture limitée et la nature de l'intervention n'ont pas pu avoir d'influence plausible sur les indicateurs de population tels que le retard de croissance et, par conséquent, les résultats pour cet indicateur doivent être considérés avec prudence.

- **Différences contextuelles entre les provinces.** Il est particulièrement préoccupant de constater que le projet ASSP a eu un impact négatif sur certains des résultats analysés, notamment le retard de croissance, le recours aux soins prénatals et le traitement de certaines maladies infantiles. Les résultats sur le retard de croissance sont principalement dus à l'augmentation de la prévalence dans le Maniema, de 42,0 % en 2014 à 57,0 % en 2017, une augmentation statistiquement significative qui ne s'est pas produite au Nord Ubangi. De même, la diminution de la proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins quatre visites de soins prénatals est également due principalement à des baisses dans le Maniema, de 37,9 % en 2014 à 27,1 % en 2017, tandis que les proportions de femmes enceintes dans le Nord Ubangi ont été relativement stables pendant la période étudiée.

L'une des explications possibles de la variation des changements estimés entre les provinces concerne le projet prédécesseur du DFID, qui fonctionnait au Maniema, mais pas dans le Nord Ubangi. Si le Projet d'accès aux soins de santé était, en fait, efficace pour améliorer l'utilisation des services de santé et était ensuite remplacé par un programme moins efficace, cela pourrait expliquer le manque d'impact dans le Maniema. C'est particulièrement vrai dans le cas des soins prénatals, qui ont été mesurés sur une période de rappel de deux ans et qui chevauchent dans une certaine mesure le modèle précédent. Cependant, l'impact du projet Accès aux soins de santé n'a pas été rigoureusement évalué, de sorte que nous ne sommes pas en mesure de faire des comparaisons quant à l'efficacité des deux projets. De plus, le projet Accès aux soins de santé ne comprenait pas de programme de nutrition, de sorte que la présence de ce projet ne semble pas être une explication plausible à l'augmentation des niveaux de malnutrition au Maniema.

Une autre explication possible est la régression à la moyenne, dans laquelle la détérioration de certains indicateurs observés au cours de la période d'étude, comme le retard de croissance, peut être due au choix d'un groupe extrême dans la première mesure, et la seconde mesure étant plus proche de la moyenne pour tous les sujets.

Toutefois, ces explications sont spéculatives et il convient de noter que nous ne disposons d'aucune preuve concluante qui expliquerait pourquoi l'ASSP aurait eu un effet néfaste sur les résultats examinés dans cette évaluation.

- **Gestion et coordination.** IMA World Health et ses partenaires ont été confrontés à un certain nombre de grands défis dans la gestion et la coordination du projet ASSP, notamment l'éloignement des zones du projet ainsi que les infrastructures de transport et de communication limitées disponibles en RDC. L'absence de systèmes bancaires a été un problème majeur qui a affecté la gestion financière du projet. Bien que des procédures de suivi aient été mises en place, ces difficultés ont affecté la capacité d'aider le personnel des zones de santé à identifier les problèmes sur le terrain et à y faire face.

- **Ressources humaines pour la santé.** Dans les cas où les interventions n'ont pas été aussi efficaces que prévu, l'un des maillons faibles qui a été identifié à partir des résultats qualitatifs était la motivation des agents de santé. Par exemple, les résultats de la recherche qualitative sur la nutrition indiquent qu'il y avait des faiblesses dans la capacité et la volonté des travailleurs des services d'approche de s'acquitter de leurs responsabilités professionnelles, en raison de mesures incitatives limitées et de suppositions concernant la rémunération, ce qui a entraîné un roulement constant des effectifs. Dans le cas des prestataires œuvrant dans les formations sanitaires, la recherche opérationnelle menée par Tulane suggère que la suppression de la rémunération basée sur la performance au Maniema pourrait avoir eu des effets imprévus sur le moral et la motivation, ce qui pourrait expliquer pourquoi certaines des interventions dans les formations sanitaires n'ont pas eu l'impact prévu.

- **Expertise des systèmes de santé.** Alors que le projet ASSP disposait d'une équipe de gestion de projet très solide ainsi que de coordinateurs de projet qui connaissaient très bien les systèmes de santé et avaient une compréhension inégalée du contexte de la RDC, ASSP aurait pu bénéficier d'une expertise technique externe additionnelle, en particulier pour certaines des interventions communautaires plus novatrices qui ont été introduites par ce projet.

Conclusions et recommandations : Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation suggèrent que le projet ASSP a eu un impact positif sur plusieurs résultats, notamment la réduction de l'incidence des maladies infantiles (fièvre et pneumonie présumée), l'amélioration des taux d'accouchement dans les établissements de soins de santé chez les femmes enceintes, la réduction des dépenses personnelles pour les soins ambulatoires et l'amélioration des sources d'eau et des installations sanitaires. Cependant, les effets du projet ASSP se sont avérés insignifiants pour la plupart des résultats analysés, et pour certains résultats, comme

l'utilisation des services de soins prénatals, le traitement en établissement des enfants présentant des symptômes d'IRA et de fièvre, et le retard de croissance, se sont révélés négatifs et significatifs. Les raisons des impacts insignifiants et négatifs du projet ASSP ne sont pas claires, comme nous l'avons vu dans la section ci-dessus.

Les résultats quantitatifs sont fondés sur un plan d'enquête quasi expérimental suffisamment puissant pour déceler les améliorations prévues dans la plupart des indicateurs évalués, à l'exception des résultats au niveau des formations sanitaires. En outre, pour les domaines thématiques dans lesquels une analyse qualitative a également été effectuée, les résultats empiriques sont concordants avec les résultats qualitatifs.

Sur base des résultats de l'étude, les recommandations suivantes sont à prendre en compte pour les programmes futurs du DFID.

Davantage de recherches formatives portant sur les perceptions et les besoins de la communauté. Cette recommandation est fondée sur les résultats qualitatifs de la recherche indiquant que 1) les perceptions de la piètre qualité des soins ainsi que les pratiques culturelles et les normes sociales sont des facteurs importants qui limitent l'utilisation des services de soins de santé maternelle et infantile en établissement, et 2) les contraintes de temps, le manque de disponibilité des prestataires de soins, la stigmatisation associée à un enfant souffrant de malnutrition et autres facteurs ont une incidence négative sur l'adoption du projet de jardinage à domicile pour améliorer la nutrition des enfants. Un recours accru à la recherche formative permettrait de mieux tenir compte des différences géographiques et culturelles et d'adapter la conception des approches des programmes afin qu'elles coïncident mieux avec les conditions contextuelles.

Mettre davantage l'accent sur l'intégration des stratégies de changement de comportement et de communication dans la conception des interventions. Cette recommandation est fondée sur le peu d'attention accordée à ces interventions dans le cadre de l'approche ASSP, ainsi que sur les résultats de recherches qualitatives qui suggèrent que les facteurs comportementaux ont limité l'adoption des interventions clés de l'ASSP.

Mettre davantage l'accent, dans les programmes, sur le rôle que peuvent jouer les changements apportés aux stratégies de rémunération des prestataires (c.-à-d. modifier la façon dont les travailleurs de santé sont rémunérés dans les établissements et les communautés) pour influencer la motivation et les incitations des travailleurs de santé et, partant, la qualité et la disponibilité des services. Cette recommandation est fondée sur les résultats d'une recherche qualitative indiquant que les réductions salariales au Maniema pourraient avoir eu pour conséquence involontaire de réduire la motivation des travailleurs de

santé, tant dans la communauté que dans les établissements, et, par conséquent, la qualité des services de santé.

Recours accru au pilotage pour éclairer les décisions sur l'opportunité et la manière d'élargir les interventions, en particulier pour les interventions communautaires expérimentales qui reposent sur des hypothèses non testées concernant les comportements des communautés et des agents de santé, et plus d'importance accordée au suivi et à l'évaluation de ces interventions. Cette recommandation est basée sur les résultats indiquant une adoption limitée de l'approche de jardinage domestique ainsi que de l'approche de financement communautaire de la santé, étudiée dans le cadre d'une étude de recherche opérationnelle distincte, qui visait à mobiliser les primes prépayées des ménages pour les centres de santé locaux.

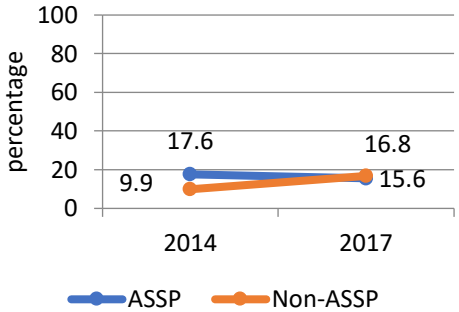
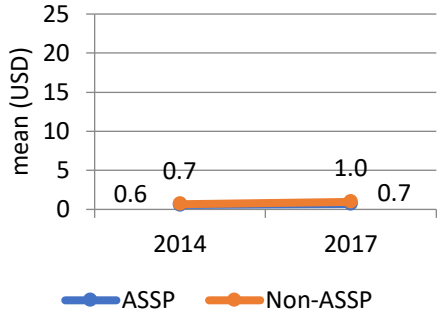
Mettre davantage l'accent sur la supervision des agents de santé et des agents de santé locaux et sur l'amélioration de la collecte, de la disponibilité et de l'utilisation des données de routine, au-delà des données disponibles dans le DHIS2. Cette recommandation est basée sur les résultats de la composante de recherche qualitative de l'étude qui indique qu'une supervision limitée des agents de santé peut avoir joué un rôle dans la limitation de l'utilisation des interventions soutenues par l'ASSP, et sur les résultats d'une étude de recherche opérationnelle sur la stratégie de financement communautaire du projet qui a révélé des problèmes de qualité et d'utilisation des données programmatiques qui ont été rapportés à l'équipe de gestion de l'ASSP à Kinshasa.

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

		At least 4 ANC visits	At least 3 ANC visits
Absolute change in outcome		percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP	percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP
Project impact on outcome		Decreased	No impact
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact
	Middle; High-middle; High	Decreased	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact
	Maniema/Tshopo	Decreased	No impact
Consistency with related indicators		ASSP had limited impact on antenatal care overall.	ASSP had limited impact on antenatal care overall.
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Not consistent with DHIS2 data where reports indicate a large proportion of pregnant women (>60%), throughout Maniema, Nord Ubangi & Tshopo, attending at least 4 ANC visits in early 2017, with general improvements across all sampling domains, with each successive quarter. DHIS2 data from 2014 was not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. among women who had a live birth in the last five years prior to the survey, 48% at least completed the four recommended visits).	Not consistent with DHIS2 data where reports indicate a large proportion of pregnant women (>70%), throughout Maniema, Nord Ubangi & Tshopo, attending at least 3 ANC visits in early 2017, with general improvements across all sampling domains, with each successive quarter. DHIS2 data from 2014 were not available.
Relevant qualitative findings		Consistent with qualitative findings which note that efforts to improve access to and uptake of maternal health services were constrained by drug and supply shortages. Further, an insufficient number of trained	Consistent with qualitative findings which note that efforts to improve access to and uptake of maternal health services were constrained by drug and supply shortages. Further, an insufficient number of trained and

	and female community health workers (CHWs) assigned to maternal health paired with limited outreach activities of CHWs, particularly to women living in remote locations, likely restricted health service utilization. Mothers who were interviewed also complained about the time involved in traveling to the health centers and participating in ANC, with some claiming that there is often a long waiting period and that participation in ANC consultations generally consumes an entire day.	female community health workers (CHWs) assigned to maternal health paired with limited outreach activities of CHWs, particularly to women living in remote locations, likely restricted health service utilization. Mothers who were interviewed also complained about the time involved in traveling to the health centers and participating in ANC, with some claiming that there is often a long waiting period and that participation in ANC consultations generally consumes an entire day.
--	---	---

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

		First ANC visit within the 1st trimester of pregnancy	Mean expenditure per ANC visit (USD)
Absolute change in outcome		 percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP	 mean (USD) 2014 2017 ASSP Non-ASSP
Project impact on outcome		No impact	No impact
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact
	Maniema/Tshopo	Decreased	No impact
Consistency with related indicators		ASSP had limited impact on antenatal care overall.	ASSP had limited impact on antenatal care overall.
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		DHIS2 data suggest modest declines across quarterly periods, in the proportion of women initiating their first ANC visit within the first trimester throughout Maniema, Nord Ubangi & Tshopo. However, the absolute proportion of women initiating ANC consultations in their first trimester (>30%) is still larger than estimates from endline survey analyses. DHIS2 data from 2014 were not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 17% of women made their first visit before the fourth month of pregnancy).	No comparative data on ANC expenditure available.
Relevant qualitative findings		Consistent with qualitative findings, where reports – from health care workers, key informants and mothers – consistently informed of challenges with motivating women to attend ANC consultations early in their pregnancy, noting both cultural taboos and reluctance	The observation of no change in mean expenditure per ANC visit is consistent with qualitative findings, which inform that a minimal registration fee – reported to be set at around 500 francs – was required for ANC consultations, with women generally paying between

	of women to share a new pregnancy (especially within the first three months) with male health workers. During qualitative interviews with mothers, less than 1/5 of women reported starting ANC consultations during the first trimester as is officially recommended.	500 – 1000 francs.
--	---	---------------------------

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

		Pregnant women who used an ITN last night	Households with at least one ITN																		
Absolute change in outcome		<table><caption>Data for Pregnant women who used an ITN last night</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>54.2</td><td>74.0</td></tr><tr><td>2017</td><td>54.7</td><td>66.1</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	54.2	74.0	2017	54.7	66.1	<table><caption>Data for Households with at least one ITN</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>60.8</td><td>73.5</td></tr><tr><td>2017</td><td>67.2</td><td>88.5</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	60.8	73.5	2017	67.2	88.5
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	54.2	74.0																			
2017	54.7	66.1																			
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	60.8	73.5																			
2017	67.2	88.5																			
Project impact on outcome**		No impact	No impact																		
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact																		
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	Decreased																		
	Maniema/Tshopo	No impact	No impact																		
Consistency with related indicators		The ASSP program had no impact on ITN indicators overall.	The ASSP program had no impact on ITN indicators overall.																		
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Logframe data were only available for Kasai Central, Kasai and Maniema, with the indicator focused on the number/percentage of pregnant women <i>and</i> children under-one year provided with ITNs; thus no effective comparisons were possible. However, baseline point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 60% of pregnant women slept under an ITN in 2013).	Logframe data were only available for Kasai Central, Kasai and Maniema, with the indicator focused on the number/percentage of pregnant women <i>and</i> children under-one year provided with ITNs; thus no effective comparisons were possible. However, baseline point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 70% of households own at least one ITN).																		
Relevant qualitative findings		Consistent with qualitative data collected for the child health study component, with caregivers of malnourished children in Maniema claiming that they had not received mosquito nets since the time that Merlin was the implementing NGO in the health zone.	Consistent with qualitative data collected for the child health study component, with caregivers of malnourished children in Maniema claiming that they had not received mosquito nets since the time that Merlin was the implementing NGO in the health zone.																		

*The program scope is important to note here, however, as data from quarterly reports suggest that ASSP was not responsible for purchasing mosquito nets in either mass or routine campaigns. ASSP's quarterly reports also mention that throughout years 1 through 4 of the ASSP project, program support for malaria

interventions targeted 19 health zones – the majority of which were in Kasai and thus excluded from analyses – with organizational challenges also potentially disrupting the availability of malaria commodities.

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

		Delivery within a health facility	Facility delivery in the presence of a skilled birth attendant
Absolute change in outcome		percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP	percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP
Project impact on outcome		Increased	No impact
Wealth quintile	Low; Low-middle	Increased	No impact
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact
	Maniema/Tshopo	No impact	No impact
Consistency with related indicators		Not consistent with decrease in 3 & 4 ANC visits, nor with unchanged expenditure. Consistent with impact on equipment and cleanliness.	Consistent with other delivery care indicators which indicated limited program impact overall.
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Consistent with DHIS2 reports of increases in facility-based delivery, although survey point estimates are lower. Survey point estimates are also lower than 2013/14 DHS estimates.	Consistent with DHIS2 reports of increases in the proportion of facility-based deliveries conducted in the presence of a skilled birth attendant, although survey point estimates are lower. Baseline survey point estimates are also lower than 2013/14 DHS estimates.
Relevant qualitative findings		Mostly consistent, although women in Nord Ubangi expressed resistance to delivering in facilities.	Mostly consistent, although women in Nord Ubangi expressed resistance to delivering in facilities.

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

	Mean expenditure on delivery (USD)
--	------------------------------------

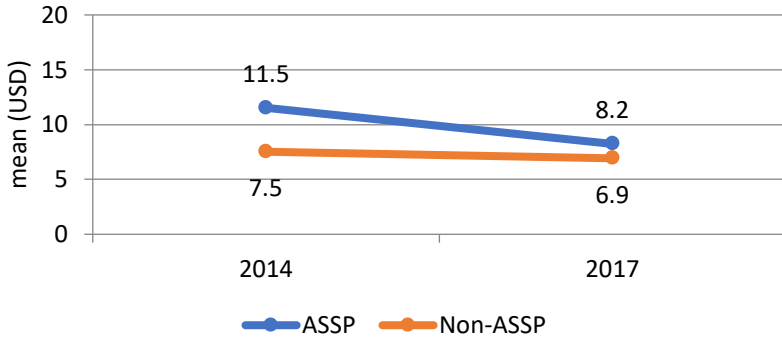
Absolute change in outcome		 mean (USD) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>ASSP</th> <th>Non-ASSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>11.5</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>8.2</td> <td>6.9</td> </tr> </tbody> </table> 2014 2017 ASSP Non-ASSP	Year	ASSP	Non-ASSP	2014	11.5	7.5	2017	8.2	6.9
Year	ASSP	Non-ASSP									
2014	11.5	7.5									
2017	8.2	6.9									
Project impact on outcome		No impact									
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact									
	Middle; High-middle; High	No impact									
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact									
	Maniema/Tshopo	No impact									
Consistency with related indicators		Consistent with other delivery care indicators which indicated limited program impact overall.									
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		No comparative data on delivery expenditure available.									
Relevant qualitative findings		The observation of no change in mean expenditure on delivery is consistent with qualitative findings, which inform that normal facility-based delivery fees were fixed at 1000 Cf. Notably, among women interviewed, the majority reported paying more than the fixed 1,000 francs rate, with fees paid ranging from 3,600 to 30,000 francs.									

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

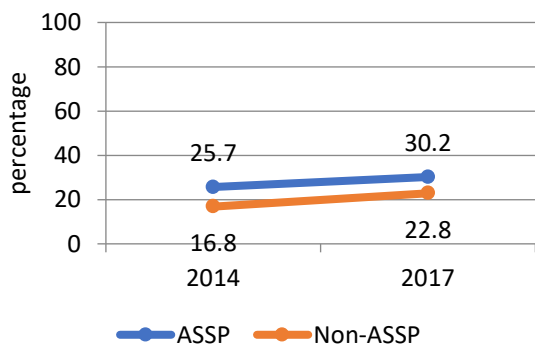
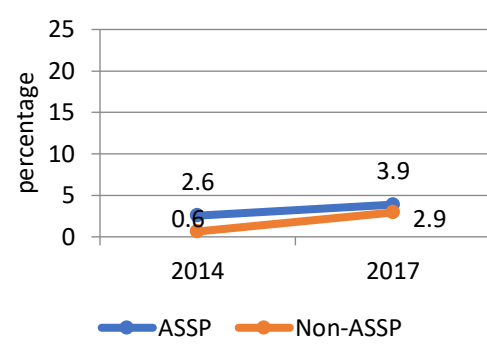
		At least 1 postpartum care visit for the mother in the 2 days following delivery	At least 1 postnatal care visit for the baby in the 2 days following delivery																		
Absolute change in outcome		 <table><caption>Postpartum care visit for the mother</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>25.7</td><td>16.8</td></tr><tr><td>2017</td><td>30.2</td><td>22.8</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	25.7	16.8	2017	30.2	22.8	 <table><caption>Postnatal care visit for the baby</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>2.6</td><td>0.6</td></tr><tr><td>2017</td><td>3.9</td><td>2.9</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	2.6	0.6	2017	3.9	2.9
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	25.7	16.8																			
2017	30.2	22.8																			
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	2.6	0.6																			
2017	3.9	2.9																			
Project impact on outcome		No impact	Decreased																		
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact																		
	Middle; High-middle; High	No impact	Decreased																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact																		
	Maniema/Tshopo	No impact	No impact																		
Consistency with related indicators		Consistent with other delivery care indicators which indicated limited program impact overall.	Consistent with other delivery care indicators which indicated limited program impact overall.																		
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Not consistent with DHIS data where a large and increasing proportion of women, across quarterly periods in 2017, are noted to have received a post-partum care visit either within 6 hours of birth or within 6 days of birth. Baseline survey point estimates are also lower than 2013/14 DHS estimates which indicate that 48% of women received postnatal care.	DHIS data on post-natal care for the baby not available.																		
Relevant qualitative findings		Consistent with qualitative findings where health worker and key informant interviewees noted that the post-natal consultations often did not take place, with providers generally refusing to offer the service because they did not have the necessary materials (e.g. vitamin A, folic acid, iron) with which to care for women who might attend. Respondents also informed of cultural practices that challenged uptake of these services, including Buakelé in Nord Ubangi, where a woman stays home for a year after birth to first protect and then celebrate the preservation of her life and that of her baby. Mothers who were interviewed similarly affirmed that they had not attended any post-natal consultations.																			

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

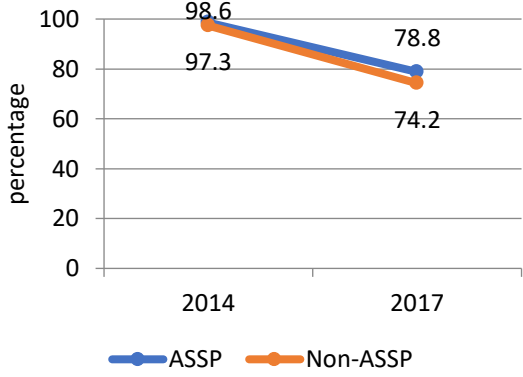
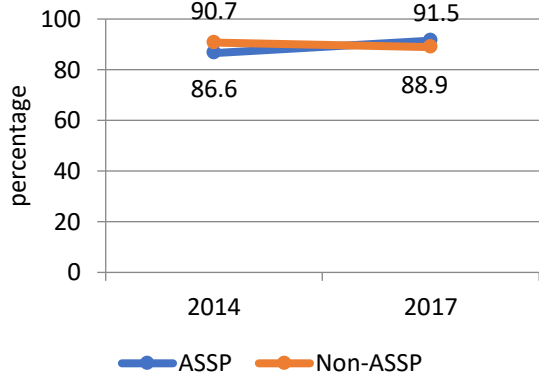
	Adequate competence of person assisting delivery		Adequate availability of equipment	
Absolute change in outcome				
Project impact on outcome	No impact		Increased	
Wealth quintile	No impact	No impact	No impact	
	Middle; High-middle; High	No impact	Increased	
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact	
	Maniema/Tshopo	No impact	Increased	
Consistency with related indicators	Indicators regarding perceptions of quality suggested mixed program impact.		Indicators regarding perceptions of quality suggested mixed program impact.	
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)	Data on perceptions of quality during delivery not available.		Data on perceptions of quality during delivery not available.	
Relevant qualitative findings	Qualitative data was not collected on the perceived ability of the person assisting childbirth to provide delivery care.		Some respondents expressed appreciation for improvements in delivery infrastructure and availability of quality equipment needed for maternal services, while others reported that some equipment provided proved to be inadequate or inappropriate.	

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

	Adequate availability of drug supplies	Adequate manner in which health situation explained
--	---	--

Absolute change in outcome		percentage 100 80 60 40 20 0 2014 2017 —●— ASSP —●— Non-ASSP	percentage 100 80 60 40 20 0 2014 2017 —●— ASSP —●— Non-ASSP
Project impact on outcome		No impact	No impact
Wealth quintile	No impact	No impact	No impact
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact
	Maniema/Tshopo	No impact	Increased
Consistency with related indicators		Indicators regarding perceptions of quality suggested mixed program impact.	Indicators regarding perceptions of quality suggested mixed program impact.
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Data on perceptions of quality during delivery not available.	Data on perceptions of quality during delivery not available.
Relevant qualitative findings		Consistent with qualitative findings noting that frequent shortages of supplies and drugs often influenced capacity for quality care.	Not consistent with qualitative reports among mother respondents who all noted appreciation for the interpersonal approach used by the health providers during childbirth, stating that providers were respectful and friendly.

Table A1. Summary of impact evaluation results for maternal health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

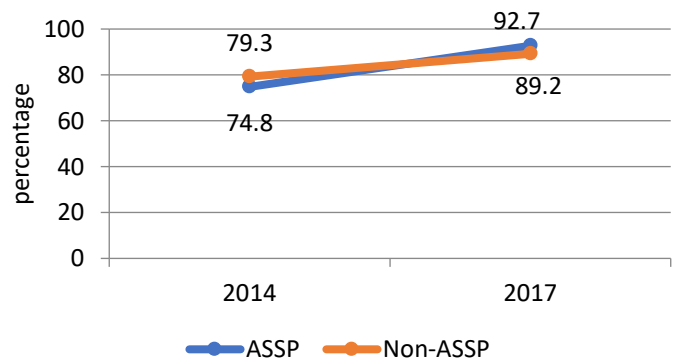
and other sources of data (con-7)													
			Adequate cleanliness of health facility										
Absolute change in outcome			 <table><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr><tr><td>2014</td><td>74.8</td><td>79.3</td></tr><tr><td>2017</td><td>92.7</td><td>89.2</td></tr></table>		Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	74.8	79.3	2017	92.7	89.2
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)											
2014	74.8	79.3											
2017	92.7	89.2											
Project impact on outcome			Increased										
Wealth quintile	No impact	No impact											
	Middle; High-middle; High	No impact											
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact											
	Maniema/Tshopo	No impact											
Consistency with related indicators			Indicators regarding perceptions of quality suggested mixed program impact.										
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)			Data on perceptions of quality during delivery not available.										
Relevant qualitative findings			Somewhat inconsistent with qualitative findings where many mother-respondents expressed reservations about cleanliness.										

Table A2. Summary of impact evaluation results for child health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

		Diarrhea	Symptoms of ARI	Fever
Absolute change in outcome		percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP	percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP	percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP
Project impact on outcome		No impact	Decreased	Decreased
Sex	Female	No impact	No impact	No impact
	Male	No impact	Decreased	No impact
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact	No impact
	Middle; High-middle; High	No impact	Decreased	Decreased
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact	No impact
	Maniema/Tshopo	No impact	Decreased	No impact
Consistency with related indicators		Not consistent with results showing improvements in WASH outcomes, such as improved sources of household drinking water and improved sanitation.	Consistent with decline in fever prevalence. Not consistent, however, with the decline in the number of children 12-23 months receiving all basic vaccinations.	Consistent with decline in prevalence of symptoms of ARI. Not consistent however with the decline in the number of children 12-23 months receiving all basic vaccinations or the increase in malaria parasite prevalence among children aged 6-59 months.
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Not consistent with DHIS2 data which indicate a higher absolute burden of childhood diarrhea in 2017, with rates as high as 28% in Nord Ubangi. DHIS2 data also suggest modest fluctuations between Quarter 1 2016 and Quarter 4 2017 with a trend toward increasing	Not consistent with DHIS2 data which indicate a higher absolute burden of suspected childhood pneumonia in 2017, ranging from 25% in Tshopo to 31% in Nord Ubangi and 32% in Maniema. Furthermore, DHIS2 data between Quarter 1 2016 and Quarter 4 2017	DHIS2 data on fever prevalence among children under-five were not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 30% prevalence of fever in the 2 weeks prior to the survey, among children under 5 years of age).

	prevalence of diarrhea over time. DHIS2 data for 2014 were not available. However, baseline survey point estimates are somewhat comparable with 2013/14 DHS estimates (i.e. 17% prevalence of diarrhea in the 2 weeks prior to the survey, among children under 5 years of age).	suggest a trend toward increasing prevalence of suspected pneumonia over time. DHIS2 data for 2014 were not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 7% prevalence of symptoms of ARI in the 2 weeks prior to the survey, among children under 5 years of age).	
Consistency with qualitative findings	Consistent with qualitative findings which note that BCC activities were informal and limited, and that home visits were seldom.	On the one hand, qualitative findings note that BCC activities were informal and limited, and that home visits were seldom. However, qualitative results also inform that supervisory visits focused on EPI records, the number of vaccines stored and the way vaccines were refrigerated, allowing for additional training, increased knowledge, and motivation to improve quality of work. **	On the one hand, qualitative findings note that BCC activities were informal and limited, and that home visits were seldom. However, qualitative results also inform that supervisory visits focused on EPI records, the number of vaccines stored and the way vaccines were refrigerated, allowing for additional training, increased knowledge, and motivation to improve quality of work.

** Accordingly, the project's commitment to improving cold chain maintenance via supportive supervision (in addition to provision of solar technology and refrigerators), could have supported improved quality of vaccines, boosting vaccine effectiveness and thereby contributing to reduced disease prevalence, in spite of lower than anticipated vaccination coverage rates.

Table A2. Summary of impact evaluation results for child health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

		Malaria	Anaemia																		
Absolute change in outcome		<table><caption>Malaria Prevalence Data</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>47.4</td><td>29.3</td></tr><tr><td>2017</td><td>58.1</td><td>44.3</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	47.4	29.3	2017	58.1	44.3	<table><caption>Anaemia Prevalence Data</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>68.5</td><td>62.6</td></tr><tr><td>2017</td><td>76.7</td><td>72.0</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	68.5	62.6	2017	76.7	72.0
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	47.4	29.3																			
2017	58.1	44.3																			
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	68.5	62.6																			
2017	76.7	72.0																			
Project impact on outcome**		No impact	No impact																		
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact																		
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	Decreased	Decreased																		
	Maniema/Tshopo	No impact	Increased																		
Consistency with related indicators		Consistent with increase in anaemia prevalence; though not consistent with observed decline in two-week point prevalence rates of fever.	Increase in anaemia prevalence consistent with increase in malaria parasite prevalence.																		
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Somewhat consistent with DHIS2 data, which indicate a high burden of malaria among children that generally increased between 2016 and 2017, ultimately ranging from 61% in Maniema to 74% in Tshopo to 120% in Nord Ubangi. DHIS2 data for 2014 were not available. However, baseline survey point estimates are somewhat comparable with 2013/14 DHS estimates (i.e. 31% children tested positive for the malaria rapid diagnostic test).	DHIS2 data on anaemia prevalence among children aged 6-59 months were not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 60% prevalence of anaemia, among children aged 6-59 months).																		
Consistency with qualitative findings		Consistent with qualitative findings where caregivers of malnourished children in Maniema claimed that they had not received mosquito nets since the time that Merlin was the implementing NGO in the health zone.	Consistent with qualitative findings where caregivers of malnourished children in Maniema claimed that they had not received mosquito nets since the time that Merlin was the implementing NGO in the health zone.																		

**The program scope is important to note here, however, as data from quarterly reports suggest that ASSP was not responsible for purchasing mosquito nets in either mass or routine campaigns. ASSP's quarterly reports also mention that throughout years 1 through 4 of the ASSP project, program support for malaria interventions targeted 19 health zones – the majority of which were in Kasai and thus excluded from analyses – with organizational challenges also potentially disrupting the availability of malaria commodities.

Table A2. Summary of impact evaluation results for child health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

		Received either ORS or RHF	Received either ORS or RHF or increased fluids
Absolute change in outcome		percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP	percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP
Project impact on outcome		No impact	No impact
Sex	Female	Increased	No impact
	Male	No impact	No impact
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact
	Middle; High-middle; High	Increased	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	Decreased
	Maniema/Tshopo	No impact	No impact
Consistency with related indicators		Consistent with other treatment of childhood illnesses indicators where no program impact was generally observed.	Consistent with other treatment of childhood illnesses indicators where no program impact was generally observed.
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Not consistent with DHIS2 data which indicate a higher absolute proportion of children receiving ORS or RHF for diarrhea (86% - 96%), despite modest declines between 2016-2017 in all sampling domains except Tshopo (where improvements were observed). DHIS2 data for 2014 were not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 42% of children who had diarrhea received ORS packets or recommended home solution).	DHIS2 data on the proportion of children receiving ORS or RHF or increased fluids for diarrhea were not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. ~75% of children who had diarrhea received ORS packets or recommended home solution or increased fluids).
Consistency with qualitative findings		Consistent with qualitative findings from in-depth interviews and focus group discussions which indicate that lack of formal behavior change strategies limited the effectiveness of communication efforts to sensitize parents and caregivers about the importance of curative health service use for child illnesses. Qualitative data further suggest that willingness to access facility-based services was affected by drug stock-outs, perceived unavailability and cost of medications, failure of health centers to adhere to listed user fees, long distances to the hospital and challenges navigating hard-to-travel routes, as well as cultural	

	practices which favored traditional remedies and/or religious healing. Another deterrent to health-care seeking, which emerged from the qualitative findings, was the quality of care received at some health centers, with facilities reported to be crowded, unclean, and lacking privacy while providers were often described as lacking politesse and compassion. Furthermore, participants across all sites reported not being aware of community care sites, which plausibly limited their seeking care at these facilities.
--	--

Table A2. Summary of impact evaluation results for child health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

		Received antibiotics for symptoms of ARI	Received antimalarials for fever	Treatment for ARI and/or fever sought at a health facility or from a health provider																											
Absolute change in outcome		<table><caption>Antibiotics for ARI</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>33.4</td><td>25.4</td></tr><tr><td>2017</td><td>13.5</td><td>32.6</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	33.4	25.4	2017	13.5	32.6	<table><caption>Antimalarials for fever</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>28.4</td><td>25.3</td></tr><tr><td>2017</td><td>39.1</td><td>32.6</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	28.4	25.3	2017	39.1	32.6	<table><caption>Treatment sought</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>99.0</td><td>91.1</td></tr><tr><td>2017</td><td>85.2</td><td>88.3</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	99.0	91.1	2017	85.2	88.3
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																													
2014	33.4	25.4																													
2017	13.5	32.6																													
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																													
2014	28.4	25.3																													
2017	39.1	32.6																													
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																													
2014	99.0	91.1																													
2017	85.2	88.3																													
Project impact on outcome		No impact	No impact	Decreased																											
Sex	Female	No impact	No impact	No impact																											
	Male	No impact	No impact	No impact																											
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	Decreased	No impact																											
	Middle; High-middle; High	No impact	Increased	No impact																											
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact	No impact																											
	Maniema/Tshopo	No impact	Increased	No impact																											
Consistency with related indicators		Consistent with other treatment of childhood illnesses indicators where no program impact was generally observed.	Consistent with other treatment of childhood illnesses indicators where no program impact was generally observed.	Consistent with other treatment of childhood illnesses indicators where no program impact was generally observed.																											
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		Not consistent with DHIS2 data which indicate a higher absolute proportion of children receiving antibiotics for suspected pneumonia (90% - 99%), with modest declines between 2016-2017 except within the Tshopo region where improvements were observed. DHIS2 data from 2014 were not available.	Not consistent with DHIS2 data which indicate a higher absolute proportion of children receiving antimalarials for fever (96% - 98%), with minimal changes between 2016-2017. DHIS2 data from 2014 were not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 29% of children who had fever treated with	DHIS2 data on the proportion of children with fever and/or symptoms of ARI, for whom treatment was sought at a health facility or from a health provider, were not available. However, baseline survey point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. advice or treatment sought from an establishment or healthcare provider for 42% of children																											

		antimalarials).	with symptoms of ARI and 40% for cases of fever).
Consistency with qualitative findings	Consistent with qualitative findings from in-depth interviews and focus group discussions which indicate that lack of formal behavior change strategies limited the effectiveness of communication efforts to sensitize parents and caregivers about the importance of curative health service use for child illnesses. Qualitative data further suggest that willingness to access facility-based services was affected by drug stock-outs, perceived unavailability and cost of medications, failure of health centers to adhere to listed user fees, long distances to the hospital and challenges navigating hard-to-travel routes, as well as cultural practices which favored traditional remedies and/or religious healing. Another deterrent to health-care seeking, which emerged from the qualitative findings, was the quality of care received at some health centers, with facilities reported to be crowded, unclean, and lacking privacy while providers were often described as lacking politesse and compassion. Furthermore, participants across all sites reported not being aware of community care sites which plausibly limited their seeking care at these facilities.		

Table A2. Summary of impact evaluation results for child health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

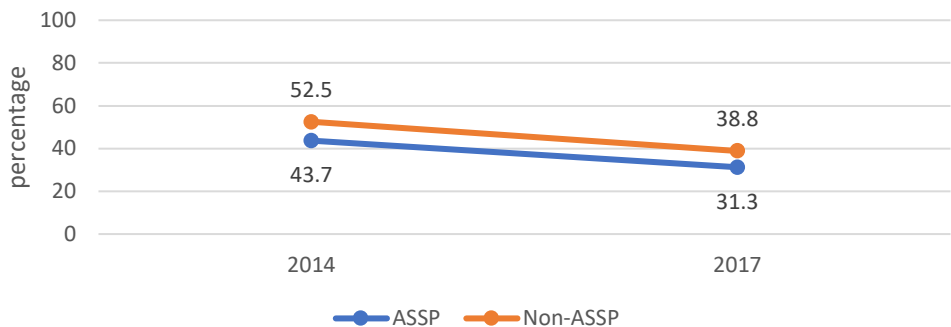
		Children 12-23 months who received all basic immunizations									
Absolute change in outcome		 <table border="1"> <caption>Data for Children 12-23 months who received all basic immunizations</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>ASSP (%)</th> <th>Non-ASSP (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>43.7</td> <td>52.5</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>31.3</td> <td>38.8</td> </tr> </tbody> </table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	43.7	52.5	2017	31.3	38.8
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)									
2014	43.7	52.5									
2017	31.3	38.8									
Project impact on outcome		No impact									
Sex	Female	No impact									
	Male	No impact									
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact									
	Middle; High-middle; High	Increased									
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact									
	Maniema/Tshopo	Increased									
Consistency with related indicators		Consistent with other treatment of childhood illnesses indicators where no program impact was generally observed.									
Consistency with other data sources (DHIS2 & SPA)		DHIS2 data examines the percentage of 1-year old children vaccinated against measles, so the relationship with survey data is unclear. However, baseline point estimates align with 2013/14 DHS estimates (i.e. 45% of children aged 12-23 months received all specified vaccines at any time before the survey).									
Consistency with qualitative findings		Consistent with qualitative findings which note that home visits to promote uptake of child health services were infrequent, while shortages of essential supplies such as vaccines and syringes were regular, and limited availability and/or sharing of solar power or refrigerators necessitated reliance on other centers for vaccines. Qualitative data also informed of challenges in Nord Ubangi, with respondents noting that lack of formal BBC strategies limited communication effectiveness and resulted in great resistance from community members to make use of health services in general.									

Table A3. Summary of impact evaluation results for child nutrition indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

Topic		Stunting (Table 6.8)	Wasting (Table 6.16)
Absolute change in outcome		percentage 100 75 50 25 0 2014 2017 ASSP Non-ASSP	percentage 25 20 15 10 5 0 2014 2017 ASSP Non-ASSP
Project impact on outcome		Increased	No impact
Sex	Female	Increased	No impact
	Male	Increased	Increased
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	Increased
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact
	Maniema/Tshopo	Increased	No impact
Consistency with related indicators		ASSP did not impact child feeding indicators overall.	ASSP did not impact child feeding indicators overall.
Consistency with other data sources (DHIS2 and DHS)		Consistent/unknown. Baseline point estimate aligns with 2013/14 DHS estimates. Unit of analysis in DHIS2 is screenings, not children, so the consistency with the evaluation results is unclear.	Mixed. Baseline point estimate aligns with 2013/14 DHS estimates with the exception of wasting in Maniema/Tshopo, which is likely an anomaly in the DHS data. Unit of analysis in DHIS2 is screenings, not children, so the consistency with the evaluation is unclear.
Relevant qualitative findings		Qualitative findings indicated that ASSP did not improve malnutrition but the possibility that ASSP caused stunting rates to increase was not explored in the interviews.	Qualitative findings indicated that ASSP did not improve malnutrition.

Table A3. Summary of impact evaluation results for child nutrition indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

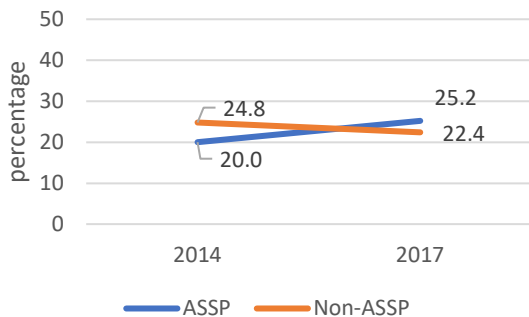
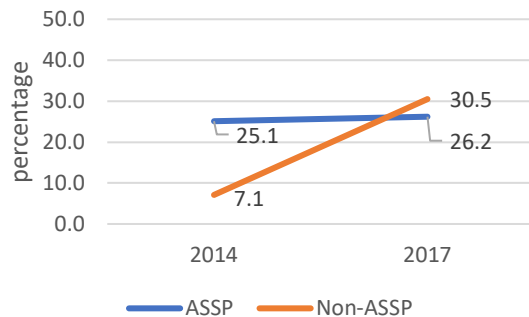
		Underweight (Table 6.24)	Minimum dietary diversity (Table 6.32)
Absolute change in outcome		 percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP	 percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP
Project impact on outcome		No impact	No impact
Sex	Female	No impact	No impact
	Male	No impact	No impact
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact
	Maniema/Tshopo	Increased	No impact
Consistency with related indicators		ASSP did not impact child feeding indicators overall.	ASSP did not improve rates of malnutrition.
Consistency with other data sources (DHIS2 and DHS)		Consistent/unknown. Baseline point estimate aligns with 2013/14 DHS estimates. Unit of analysis in DHIS2 is screenings, not children, so the relationship with survey data is unclear.	Unknown. No comparable data on child feeding practices available.
Relevant qualitative findings		Qualitative findings indicated that ASSP did not improve malnutrition.	Qualitative findings indicated that home gardens fell short of their potential and that the approach required that caregivers of small children make changes to child feeding practices which would likely not be successful without support from a strong behavioral change framework based on formative research in the local context.

Table A3. Summary of impact evaluation results for child nutrition indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

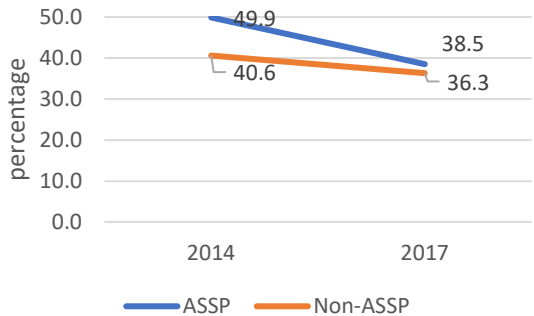
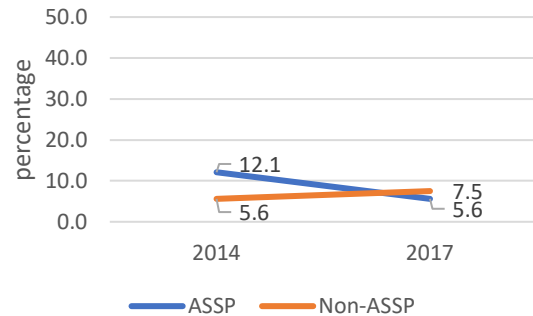
		Minimum meal frequency (Table 6.40)	Minimum acceptable diet (Table 6.48)
Absolute change in outcome		 percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP	 percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP
Project impact on outcome		No impact	No impact
Sex	Female	No impact	No impact
	Male	No impact	No impact
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	Increased
	Maniema/Tshopo	No impact	Decreased
Consistency with related indicators		ASSP did not improve rates of malnutrition.	ASSP did not improve rates of malnutrition.
Consistency with other data sources (DHIS2 and DHS)		Unknown. No comparable data on child feeding practices available.	
Relevant qualitative findings		Qualitative findings indicated that home gardens fell short of their potential and that the approach required that caregivers of small children make changes to child feeding practices which would likely not be successful without support from a strong behavioral change framework based on formative research in the local context.	

Table A4. Summary of impact evaluation results for a family planning indicator, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

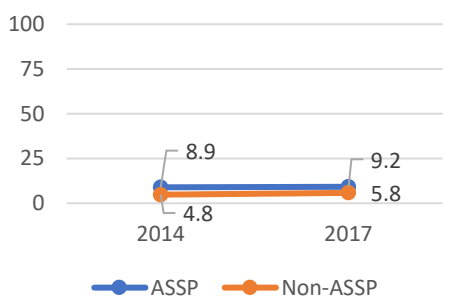
Topic		Modern contraceptive use (Table 7.8)									
Absolute change in outcome		 <table border="1"> <caption>Data for Modern contraceptive use graph</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>ASSP</th> <th>Non-ASSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>8.9</td> <td>4.8</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>9.2</td> <td>5.8</td> </tr> </tbody> </table>	Year	ASSP	Non-ASSP	2014	8.9	4.8	2017	9.2	5.8
Year	ASSP	Non-ASSP									
2014	8.9	4.8									
2017	9.2	5.8									
Project impact on outcome		No impact									
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact									
	Middle; High-middle; High	No impact									
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	Increased									
	Maniema/Tshopo	Decreased									
Consistency with related indicators		Consistent with drug supply, which was unchanged overall but improved in Nord Ubangi.									
Consistency with other data sources (DHS)		Consistent									
Consistency with qualitative findings		Qualitative data was not collected on this topic.									

Table A5. Summary of impact evaluation results for service utilization indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

Topic		Illness or injury in past 4 weeks (Table 8.8)	Use of outpatient care (Table 8.16)																		
Absolute change in outcome		<table><caption>Illness or injury in past 4 weeks (Table 8.8)</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>16.0</td><td>16.1</td></tr><tr><td>2017</td><td>12.3</td><td>13.9</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	16.0	16.1	2017	12.3	13.9	<table><caption>Use of outpatient care (Table 8.16)</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>67.0</td><td>69.9</td></tr><tr><td>2017</td><td>55.4</td><td>55.3</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	67.0	69.9	2017	55.4	55.3
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	16.0	16.1																			
2017	12.3	13.9																			
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	67.0	69.9																			
2017	55.4	55.3																			
Project impact on outcome		No impact	No impact																		
Sex	Female	No impact	No impact																		
	Male	No impact	No impact																		
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact																		
	Middle; High-middle; High	No impact	No impact																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	No impact																		
	Maniema/Tshopo	No impact	No impact																		
Consistency with related indicators		Not consistent with finding that ASSP was found to have a significant impact on childhood illnesses, but consistent with declines in childhood illnesses in ASSP areas.	Not consistent with findings that ASSP was found to have had a significant impact on financial protection and some measures of service quality.																		
Consistency with other data sources (DHIS2 and DHS)		Unknown: DHIS2 does not include population-based indicators of illness and injury.	Consistent: Utilization rates in the 2014 ASSP baseline household survey are consistent with utilization rates found in the 2014 DHS.																		
Relevant qualitative findings		Not applicable	Not applicable																		

Table A5. Summary of impact evaluation results for service utilization indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

Topic		Paid anything for health services (Table 8.24)	Out of pocket expenditure for health services (Table 8.40)																		
Absolute change in outcome		<table><caption>Paid anything for health services (Table 8.24)</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>92.5</td><td>89.3</td></tr><tr><td>2017</td><td>88.5</td><td>96.7</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	92.5	89.3	2017	88.5	96.7	<table><caption>Out of pocket expenditure for health services (Table 8.40)</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (US Dollars)</th><th>Non-ASSP (US Dollars)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>8.5</td><td>6.9</td></tr><tr><td>2017</td><td>8.2</td><td>6.8</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (US Dollars)	Non-ASSP (US Dollars)	2014	8.5	6.9	2017	8.2	6.8
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	92.5	89.3																			
2017	88.5	96.7																			
Year	ASSP (US Dollars)	Non-ASSP (US Dollars)																			
2014	8.5	6.9																			
2017	8.2	6.8																			
Project impact on outcome		Decreased	Increased																		
Sex	Female	No impact	Increased																		
	Male	No impact	Increased																		
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact																		
	Middle; High-middle; High	Decreased	Increased																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	Decreased	No impact																		
	Maniema/Tshopo	No impact	Increased																		
Consistency with related indicators		Inconsistent with finding that ASSP had an insignificant impact on maternal health care services.																			
Consistency with other data sources (DHIS2 and DHS)		Unknown: DHIS2 and DHS do not include data on out-of-pocket health spending.	Unknown: DHIS2 and DHS do not include data on out-of-pocket health spending.																		
Relevant qualitative findings		Not applicable	Not applicable																		

Table A5. Summary of impact evaluation results for service utilization indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

Topic		Paid anything for consultations (Table 8.32)	Out of pocket expenditure for consultation (Table 8.48)																		
Absolute change in outcome		Percentage 2014 2017 ASSP Non-ASSP <table><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>55.0</td><td>24.4</td></tr><tr><td>2017</td><td>67.9</td><td>69.8</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	55.0	24.4	2017	67.9	69.8	US Dollars 2014 2017 ASSP Non-ASSP <table><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (US Dollars)</th><th>Non-ASSP (US Dollars)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>1.3</td><td>0.4</td></tr><tr><td>2017</td><td>1.4</td><td>2.0</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (US Dollars)	Non-ASSP (US Dollars)	2014	1.3	0.4	2017	1.4	2.0
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	55.0	24.4																			
2017	67.9	69.8																			
Year	ASSP (US Dollars)	Non-ASSP (US Dollars)																			
2014	1.3	0.4																			
2017	1.4	2.0																			
Project impact on outcome		Decreased	Decreased																		
Sex	Female	Decreased	No impact																		
	Male	Decreased	No impact																		
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact	No impact																		
	Middle; High-middle; High	Decreased	No impact																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	Decreased	Decreased																		
	Maniema/Tshopo	Decreased	No impact																		
Consistency with related indicators		Inconsistent with finding that ASSP had an insignificant impact on maternal health care services.	Inconsistent with finding that ASSP had an insignificant impact on maternal health care services.																		
Consistency with other data sources (DHIS2 and DHS)		Unknown: DHIS2 and DHS do not include data on out-of-pocket health spending.	Unknown: DHIS2 and DHS do not include data on out-of-pocket health spending.																		
Relevant qualitative findings		Not applicable	Not applicable																		

Table A6. Summary of impact evaluation results for service quality indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

Topic		Equipment (Table 9.4)	Drugs (Table 9.8)																		
Absolute change in outcome		<table><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>11.6</td><td>9.0</td></tr><tr><td>2017</td><td>12.5</td><td>8.4</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	11.6	9.0	2017	12.5	8.4	<table><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>40.3</td><td>42.0</td></tr><tr><td>2017</td><td>44.4</td><td>30.5</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	40.3	42.0	2017	44.4	30.5
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	11.6	9.0																			
2017	12.5	8.4																			
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	40.3	42.0																			
2017	44.4	30.5																			
Project impact on outcome		No impact	No impact																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	Increased																		
	Maniema/Tshopo	No impact	No impact																		
Consistency with related indicators		Not consistent. There was significant impact on patients' perceptions of availability of equipment for maternal health.	Consistent. There was also no significant impact on patients' perceptions of availability of drugs for maternal health, although absolute values increased. Modern contraceptive use increased significantly, which may reflect increases in availability of those commodities.																		
Consistency with other data sources (Operations research studies)		Not applicable.	Not applicable.																		
Relevant qualitative findings		The OR study found that the availability of equipment in health facilities was generally not improving in facilities that participated in the simplified community scorecard approach.	The OR study found that the availability of equipment in health facilities was generally not improving in facilities that participated in the simplified community scorecard approach, although there were some exceptions.																		

Table A6. Summary of impact evaluation results for service quality indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

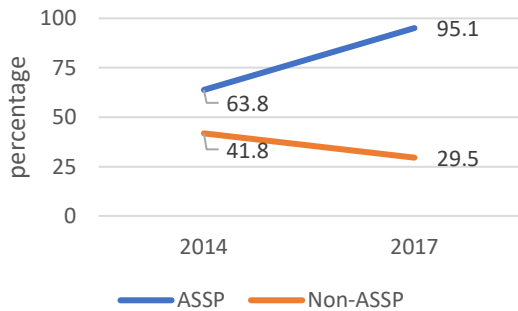
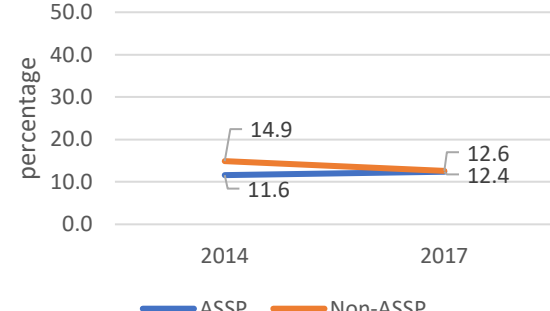
Topic		Preventive services (Table 9.12)	Curative services (Table 9.16)
Absolute change in outcome		 percentage 100 75 50 25 0 2014 2017 ASSP Non-ASSP 63.8 95.1 41.8 29.5	 percentage 50.0 40.0 30.0 20.0 10.0 0.0 2014 2017 ASSP Non-ASSP 14.9 12.6 11.6 12.4
Project impact on outcome		Increased	No impact
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	Increased	No impact
	Maniema/Tshopo	No impact	No impact
Consistency with related indicators		Consistent with change in malaria diagnosis capability, but not with prevalence of curative services.	Not consistent with change in prevalence of preventive services.
Consistency with other data sources (Operations research studies)		Not applicable	Not applicable.
Relevant qualitative findings		Qualitative data on this topic was not collected.	Qualitative data on this topic was not collected.

Table A6. Summary of impact evaluation results for service quality indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

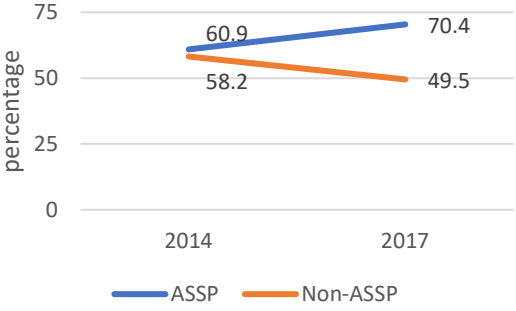
Topic		Malaria diagnosis capability (Table 9.20)									
Absolute change in outcome		 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>ASSP (%)</th> <th>Non-ASSP (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>60.9</td> <td>58.2</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>70.4</td> <td>49.5</td> </tr> </tbody> </table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	60.9	58.2	2017	70.4	49.5
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)									
2014	60.9	58.2									
2017	70.4	49.5									
Project impact on outcome		Increased									
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact									
	Maniema/Tshopo	No impact									
Consistency with related indicators		Inconsistent. Increases in malaria diagnosis capability did not correspond to malaria parasite prevalence in children under five.									
Consistency with other data sources (Operations research studies)		Not applicable									
Relevant qualitative findings		Qualitative data on this topic was not collected.									

Table A6. Summary of impact evaluation results for service quality indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

Topic		Informed about health services (Table 9.26)	Satisfaction with participation (Table 9.32)																		
Absolute change in outcome		<table><caption>Data for Informed about health services</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>44.6</td><td>42.9</td></tr><tr><td>2017</td><td>56.2</td><td>52.0</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	44.6	42.9	2017	56.2	52.0	<table><caption>Data for Satisfaction with participation</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>56.0</td><td>48.2</td></tr><tr><td>2017</td><td>63.6</td><td>55.5</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	56.0	48.2	2017	63.6	55.5
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	44.6	42.9																			
2017	56.2	52.0																			
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	56.0	48.2																			
2017	63.6	55.5																			
Project impact on outcome		No impact	No impact																		
Sex	Female	No impact	No impact																		
	Male	No impact	No impact																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	Decreased																		
	Maniema/Tshopo	No impact	Increased																		
Consistency with related indicators		Not applicable	Not applicable																		
Consistency with other data sources (Operations research studies)		Consistent with OR study that did not find an impact of the simplified community scorecard on this outcome.	Consistent with OR study that did not find an impact of the simplified community scorecard on this outcome.																		
Relevant qualitative findings		Qualitative data on this topic was not collected.	The OR study found that satisfaction with participation in health services improved in communities that participated in the simplified community scorecard approach.																		

Table A6. Summary of impact evaluation results for service quality indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data (con't)

Topic		Overall job satisfaction (Table 9.36)	Up-to-date salary (Table 9.40)																		
Absolute change in outcome		<table><caption>Overall job satisfaction data</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>60.9</td><td>72.0</td></tr><tr><td>2017</td><td>57.0</td><td>60.7</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	60.9	72.0	2017	57.0	60.7	<table><caption>Up-to-date salary data</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>32.8</td><td>35.2</td></tr><tr><td>2017</td><td>54.8</td><td>41.8</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	32.8	35.2	2017	54.8	41.8
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	60.9	72.0																			
2017	57.0	60.7																			
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	32.8	35.2																			
2017	54.8	41.8																			
Project impact on outcome		No impact	No impact																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	Increased	No impact																		
	Maniema/Tshopo	No impact	No impact																		
Consistency with related indicators		Not consistent. Overall job satisfaction did not correspond with increase in timeliness of salaries.	Not consistent. Overall job satisfaction did not correspond with increase in timeliness of salaries.																		
Consistency with other data sources (Operations research studies)		Not applicable.	Not applicable.																		
Relevant qualitative findings		The OR study on health workers' motivation found that satisfaction decreased after the project removed performance-based financing payments.	Qualitative data on this topic was not collected.																		

Table A7. Summary of impact evaluation results for environmental health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

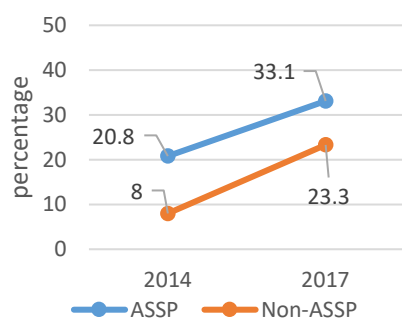
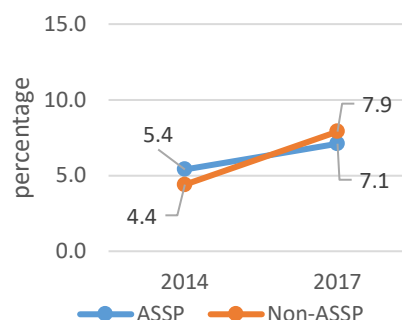
		Access to improved water source (Table 10.6)	Access to improved sanitation facility (Table 10.12)																		
Absolute change in outcome		 <table><caption>Access to improved water source (Table 10.6)</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>20.8</td><td>8</td></tr><tr><td>2017</td><td>33.1</td><td>23.3</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	20.8	8	2017	33.1	23.3	 <table><caption>Access to improved sanitation facility (Table 10.12)</caption><thead><tr><th>Year</th><th>ASSP (%)</th><th>Non-ASSP (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2014</td><td>5.4</td><td>4.4</td></tr><tr><td>2017</td><td>7.1</td><td>7.9</td></tr></tbody></table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	5.4	4.4	2017	7.1	7.9
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	20.8	8																			
2017	33.1	23.3																			
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)																			
2014	5.4	4.4																			
2017	7.1	7.9																			
Project impact on outcome		Increased	Increased																		
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact	Increased																		
	Maniema/Tshopo	Increased	Increased																		
Wealth quintile	Low; Low-middle	Increased	No impact																		
	Middle; High-middle; High	Increased	Increased																		
Consistency with related indicators		Consistent. ASSP increased use of improved water sources.	Consistent. ASSP had a positive impact on use of improved sanitation facilities.																		
Consistency with other data sources		Not applicable	Not applicable.																		
Consistency with qualitative findings		Qualitative data on this topic was not collected.	Qualitative data on this topic was not collected.																		

Table A7. Summary of impact evaluation results for environmental health indicators, and an assessment of the consistency of the results with other indicators and other sources of data

		Reported handwashing after using toilet (Table 10.18)									
Absolute change in outcome		<table border="1"> <caption>Data for Absolute change in outcome</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>ASSP (%)</th> <th>Non-ASSP (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>32.1</td> <td>54.9</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>~55</td> <td>~68</td> </tr> </tbody> </table>	Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)	2014	32.1	54.9	2017	~55	~68
Year	ASSP (%)	Non-ASSP (%)									
2014	32.1	54.9									
2017	~55	~68									
Project impact on outcome		No Impact									
Sampling domain	Nord/Sud Ubangi	No impact									
	Maniema/Tshopo	No impact									
Wealth quintile	Low; Low-middle	No impact									
	Middle; High-middle; High	No impact									
Consistency with related indicators		Not applicable.									
Consistency with other data sources		Not applicable.									
Consistency with qualitative findings		Qualitative data on this topic was not collected.									