

**Projet de terrain : Réduction durable de la mortalité infanto-juvénile en zones rurales isolées à Madagascar et au Malawi**

Convention n° : CZZ 1714 01 A

Période de réalisation : juin 2014 – mai 2017

## **Termes de référence pour l'évaluation finale**



**Février 2017**

## 1. BREVE DESCRIPTION D'INTER AIDE

Créée en 1980, Inter Aide est une organisation humanitaire spécialisée dans la réalisation de programmes de développement, qui vise à ouvrir aux plus démunis un accès au développement. Les programmes répondent à des besoins vitaux précis. Mais à travers ces actions, notre objectif est avant tout de renforcer les capacités des populations les plus défavorisées à améliorer par elles-mêmes leurs conditions de vie.

Inter Aide mène à ce jour une cinquantaine de programmes répartis dans six pays : Haïti, Ethiopie, Madagascar, Sierra Leone, Malawi et Mozambique

- En zone rurale
  - accès à l'eau, hygiène et assainissement
  - agriculture
  - santé communautaire, éducation à la santé dans les écoles, lutte contre les grandes endémies
  - appui aux écoles primaires

Sur certaines zones, plusieurs programmes sont menés simultanément, de façon intégrée (santé + agriculture + hydraulique ou accompagnement social + prêts + mutuelles de santé, par exemple). Les méthodes et pratiques sont capitalisées et partagées à travers le [réseau Pratiques www.interaide.org/pratiques/](http://www.interaide.org/pratiques/).

## 2. DESCRIPTION DU PROJET

### 1. Fiche résumé

<b>Nom de l'association</b>	Inter Aide - <a href="http://www.interaide.org">www.interaide.org</a>
<b>Intitulé du projet</b>	Réduction durable de la mortalité infanto-juvénile en zones rurales isolées à Madagascar et au Malawi
<b>Lieux d'intervention</b>	Madagascar : Manakara, Farafangana Malawi : Lilongwe (centre) et Phalombe (sud)
<b>Thématique</b>	Santé infanto-juvénile en milieu rural
<b>Principaux financeurs</b>	AFD, Fondations d'entreprises, Inter Aide
<b>Durée totale du programme</b>	3 ans

### Présentation synthétique du projet

<b>Groupes cibles</b>	Enfants de 0 à 5 ans et leurs mères Agents de Santé : villageois pour Madagascar (ASV) ou communautaires gouvernementaux pour le Malawi (ASG) Membres de comités de santé villageois Institutions de santé
-----------------------	---

### 2. Zones géographiques couvertes : le contexte socio-géographique

Toutes les zones présentées dans ce chapitre ont été choisies conformément aux critères sélectifs d'Inter Aide, notamment des indicateurs sanitaires alarmants, une forte densité démographique, et une grande vulnérabilité socio-économique (facteurs généralement corrélés à un faible taux d'alphabétisation). Inter Aide conduit des actions de développement multisectorielles depuis près de 20 ans dans les deux pays ciblés. **Dans l'ensemble des sites concernés, le programme poursuivra les mêmes objectifs, visant à mesurer le niveau de mortalité infantile et à en identifier les principaux déterminants, à mettre en**

**place des dispositifs de formation et d'éducation des mères sur les problématiques identifiées, à créer ou renforcer une offre de soins décentralisée de proximité, à impliquer les systèmes de santé existants dans l'appui à un mécanisme décentralisé d'accès aux médicaments essentiels.**

**A Madagascar**, l'action cible 3 districts de la côte sud-est de l'île : Manakara, Vohipeno (Vatovavy-Fitovinany) et Farafangana (Atsimo-Atsinanana). Il s'agit d'une zone parmi les plus pauvres et densément peuplées du pays (100 hab./km<sup>2</sup> avec une population totale de 500 000 habitants), où 90% de la population vit d'une agriculture de subsistance. Progressivement, avec la chute des cours du café et le départ des entreprises d'exportation, les populations se sont tournées vers la production rizicole et les cultures pluviales sur colline (tanety). L'accroissement de la population, le manque de terres de bas-fond et la surexploitation des tanety ont abouti à une situation ne permettant plus à un grand nombre de ménages ruraux de produire suffisamment pour couvrir leurs besoins vitaux. **La carte du taux de pauvreté montre que la région Atsimo-Atsinana (Farafangana) relève des 2 zones les plus défavorisées de l'île.** Les précipitations sont abondantes (>2500 mm), mais l'irrégularité de leur distribution génère une alternance brutale de périodes sèches et d'inondations. La sécurité alimentaire de cette région d'économie rurale presque exclusive est globalement précaire, et les logiques d'appauvrissement et d'accroissement de la vulnérabilité qui en découlent favorisent le développement des endémies. La région côtière orientale et septentrionale relève de la catégorie des zones de paludisme stable à faciès tropical, où la transmission est à recrudescence saisonnière longue (6 à 8 mois) et la morbidité plus importante en saison des pluies (environ 80 % des cas de fièvre chez l'enfant).



**Au Malawi**, le projet cible des zones rurales des districts de Phalombe dans le Sud-Est du pays et de Lilongwe dans le Centre du pays. La population totale couverte par le projet en 2014 était de 52 000 habitants et correspondait à la population de trois centres de santé (les centres de santé de Mkhwayi où s'est déroulé le précédent cycle de projet et de Malungu Alinafe dans le district de Phalombe et le centre de santé de Katchale dans le district de Lilongwe). Aujourd'hui, le projet s'est déplacé progressivement sur les centres de santé de Nambazo et Kalinde pour le district de Phalombe, puis Maluwa et Dickson pour le district de Lilongwe. Dans ce dernier, après 2 ans d'activités à Katchale (2014-2015), les activités ont été progressivement arrêtées et remises au SSD. Le programme s'est ainsi déplacé sur de nouvelles zones : autour du centre de santé de Maluwa (de mai 2015 à aujourd'hui) et de Dickson (d'octobre 2016 à aujourd'hui).



De nombreuses zones sont difficiles d'accès pendant la saison des pluies (de janvier à fin mars), période correspondant au pic de morbidité liée au paludisme. La densité de population moyenne nationale est de 139 hab./km<sup>2</sup> mais atteint 216 hab./km<sup>2</sup> dans le district de Lilongwe et 225 hab./km<sup>2</sup> dans le district de Phalombe<sup>1</sup>. Les familles vivent d'une agriculture de subsistance, sur des terres de surface réduite (environ 0.4 hectare par famille), essentiellement basée sur la monoculture du maïs en saison pluviale. La faible quantité des pluies (de 700 à 1000 mm par an) et surtout leur irrégularité mettent les familles dans une situation récurrente d'insécurité alimentaire.

Les enquêtes conduites ont permis de mesurer la mortalité des moins de 5 ans à des niveaux très élevés. Les enquêtes initiales dans le district de Farafangana font état d'une mortalité de 260 et 300‰ (pour une moyenne nationale établie à 55‰) sur des populations quantitativement importantes (plus de 3000 enfants), ce qui renforce la précision des mesures. Les enquêtes conduites dans les zones avant intervention du projet au Malawi à partir de 2014 faisaient état d'une mortalité de 185‰ à Phalombe et de 114‰ dans le district de Lilongwe (pour une moyenne nationale établie à 112‰ selon le MDHS 2010). Paludisme et maladies diarrhéiques sont à l'origine des ¾ des décès recensés dans le district de Farafangana et de la moitié dans les zones d'intervention au Malawi, en dépit d'une forte couverture en

<sup>1</sup> National census, 2008.

moustiquaires imprégnées dues à la distribution massive entreprise par le Ministère de la Santé malawite. Le différentiel de mortalité entre nos données de Farafangana à Madagascar et les données nationales souligne la particulière précarité de l'environnement sanitaire dans ce district malgache.

### **3. Environnement institutionnel**

**Madagascar** couvre une superficie de 587 041 km<sup>2</sup> et compte environ 24 millions d'habitants dont 40% de moins de 15 ans. Avec un PIB par habitant de 396 USD, Madagascar occupe le 5<sup>ème</sup> rang des pays les plus pauvres du monde (OCDE: <http://www.statistiques-mondiales.com/madagascar.htm>) 75 % de la population malgache vit en dessous du seuil de pauvreté. Ce faible niveau de revenu est issu d'un long processus conjuguant un taux de croissance économique faible en partie lié à une politique instable et un fort accroissement démographique conduisant à une baisse du PIB/hab. de près de 45% en 30 ans. Madagascar est ainsi le seul pays africain à avoir vu son PIB/hab. baisser inexorablement au cours des 30 dernières années ! La clef de cet appauvrissement réside dans un taux de croissance démographique naturel élevé, mesuré à 2.6%. Le climat d'instabilité qui prévaut dans le pays entraîne une certaine confusion que ce soit à l'échelle des ministères ou des municipalités. Si la crise politique ouverte en 2009 semble s'être formellement résolue par les élections présidentielles de 2013, la légitimité du gouvernement malgache actuel est encore faible et reste entachée de soupçons de corruption, d'appropriation des ressources naturelles et de commerce « inéquitable » des richesses du pays.

Le système de santé malgache présente une architecture assez classique : des hôpitaux de référence au niveau des chefs-lieux de district et des capitales de régions, une Direction Régionale de la Santé (DRS) et des Services de Santé de Districts (SSD). Ces derniers sont généralement portés par des équipes réduites, incluant un médecin inspecteur épaulé par un ou plusieurs assistants. Enfin, les CSB sont répartis en deux catégories en fonction de la nature des compétences disponibles au sein des structures concernées. Dans l'immense majorité des cas, le personnel des CSB se limite en réalité à un dispensateur de médicaments (nommé et rémunéré par la commune) et un professionnel de santé, médecin, infirmier ou sage-femme, même s'il existe une volonté politique de doubler les effectifs soignants. L'expérience de collaboration montre qu'il y a peu de participation à attendre des équipes soignantes au sein des CSB en dehors de toute injonction hiérarchique dans ce sens. La participation des CSB et de leurs agents à une action de santé ne dépend que de la volonté personnelle de ces derniers. Comme dans d'autres secteurs d'activités, l'accueil réservé au projet par les autorités de tutelle est généralement chaleureux, mais le niveau d'implication concrète reste de pure forme. Néanmoins, le dernier cycle projet (204-2017) a représenté une charnière dans le déroulement du projet, en ce qu'elle a placé la mobilisation institutionnelle et la collaboration avec les SSD au premier rang des priorités stratégiques. L'objectif reste de transférer au SSD les responsabilités de la gestion d'interface entre agents de proximité et Centre de Santé, ce qui signifie l'acquisition d'une autonomie opérationnelle, et le projet a donc intensifié sa politique de rapprochement institutionnel.

**Au Malawi**, le système de santé repose sur un réseau de Centres de Santé de Base (CSB) disséminés en zone rurale. Ce sont généralement les seules structures de santé que visiteront les familles résidentes. Ces CSB offrent une large palette de services (vaccination, consultation externe, suivi néonatal et maternel et suivi nutritionnel notamment), sont tenus par un minimum de 3 personnels de santé (un *medical assistant* et 2 infirmières/sages-femmes), et couvrent des aires de santé importantes (entre 30.000 et 40.000 personnes). Ces CSB présentent un déficit régulier en médicaments et personnels formés. On compte ainsi 13 *medical assistant* et 37 infirmières seulement sur le district de Phalombe (pour plus de 300.000 personnes). Le dispositif est complété par les Agents de Santé communautaire Gouvernementaux (ASG) du Gouvernement, qui après une courte formation initiale de 12 semaines, sont déployés dans les communautés, tout en étant rattaché à un CSB. Ils sont censés mettre en œuvre toutes les actions de santé préventive dans les communautés, comme la vaccination, le suivi nutritionnel, la délivrance de contraceptif, l'amélioration de l'environnement sanitaire, la chloration de l'eau, et enfin la sensibilisation de leur population cible sur toutes ces thématiques. Certains d'entre eux sont en outre responsables de gérer une clinique villageoise, destinée à la prise en charge précoce des maladies majeures auprès des moins de 5 ans (paludisme, diarrhée, infections respiratoires aiguës principalement). Le Ministère de la

santé a fait un effort de recrutement fin 2008 et on compte par exemple 232 ASG sur le district de Phalombe aujourd'hui (soit 1 pour 1300 habitants). Cependant, sans suivi spécifique et avec une multiplication des tâches attribuées aux ASG, les résultats obtenus ne dépendent bien souvent que de leur motivation personnelle à apporter un véritable service aux communautés. De plus, une mauvaise gestion des autorités a conduit au recrutement d'ASG qui ne sont pas issus de la communauté qui leur est attribuée, et beaucoup refusent de s'installer dans ces zones rurales difficiles, préférant travailler au niveau du CSB. La décentralisation des mesures préventives et curatives en est ainsi grandement pénalisée.

Dès lors que les pathologies dépassent les compétences des CSB, les patients sont référés à l'hôpital du district, public ou privé. Sur la zone de Phalombe, un hôpital privé catholique fait office de référence et emploie le seul médecin du district. L'ensemble des services de santé est chapeauté par le DHO (District Health Office, SSD) qui est en lien direct avec son ministère de tutelle. Dans le district de Lilongwe, qui contient la capitale, la situation est différente, de par la taille du district. La population rurale du district de Lilongwe est 4 fois plus grande que celle de Phalombe (en excluant la ville de Lilongwe). Le système de santé contient donc un échelon de plus : l'aire de santé, qui regroupe plusieurs CSB et contient un hôpital de référence, ainsi que des services administratifs (nous travaillons dans l'aire de santé de Mitundu). Toutes les aires de santé du district réfèrent à l'hôpital régional de Lilongwe (région Centre) et au DHO également situé en capitale.

Les autorités traditionnelles du Malawi sont également impliquées dans la prise de mesures visant à améliorer l'état de santé des populations. Chaque district est découpé en sous-zone, appelée TA (pour Traditional Authority), à l'intérieur desquels un chef traditionnel publie des arrêtés (ou by-laws) qui s'appliquent à tous les habitants de la sous-zone. La plupart des TA ont ainsi promu divers arrêtés qui concernent la santé, comme par exemple la construction obligatoire de latrines, la participation des conjoints aux consultations prénatales des femmes enceintes, ou encore l'utilisation de la moustiquaire.

#### **4. Objectifs et axes d'intervention du projet**

A l'issue d'une réflexion générale sur les stratégies de santé, Inter Aide a initié en 2002 une approche particulièrement novatrice à l'époque, testée sur la côte Sud-Est de Madagascar, et fondée sur les postulats suivants :

- ⇒ **La mortalité infanto-juvénile** témoigne des conditions de santé prévalant dans un contexte donné tant sur le plan de la vulnérabilité et de l'exposition aux risques sanitaires que de l'efficacité de l'offre de soins disponible. Cet indicateur doit être considéré comme un paramètre clef permettant de mesurer l'efficacité d'une action de santé. Il est par ailleurs possible de mesurer la mortalité infanto-juvénile par le biais d'enquêtes exhaustives simplifiées, peu coûteuses et reproductibles.
- ⇒ **Pour agir efficacement sur le niveau de mortalité**, il est pertinent de s'attaquer à ses principaux déterminants étiologiques, en l'occurrence sur les zones ciblées, le paludisme et les diarrhées qui représentent les maladies prédatrices dominantes, par l'entremise de stratégies de contrôle, mêlant information, prévention et accès aux soins.
- ⇒ **Le système de santé**, en dépit d'une certaine densité de l'offre structurelle, ne peut pas répondre aux défis posés par la sous-utilisation des services disponibles et/ou par la nécessité d'une décentralisation de l'accès aux soins essentiels pour l'enfant de moins de 5 ans. La précocité des soins étant un prérequis à un contrôle efficace de la mortalité liée aux maladies prédatrices, seul un dispositif décentralisé, simplifié, continûment accessible et à très faible coût peut répondre à cette exigence, à la condition indispensable que ce dispositif trouve une forme de viabilité en tant que partie intégrante du système de santé.
- ⇒ **En l'absence de services publics à l'échelle communautaire, comme à Madagascar, la délégation de compétences** visant à doter plusieurs acteurs villageois des connaissances et des savoirs faire pratiques indispensables à une prise en charge in situ des épisodes aigus, représente l'approche la plus pertinente pour pallier les carences de l'accès aux soins en milieu rural isolé.

L'ambition du projet est donc de mettre en œuvre des stratégies de lutte contre la mortalité infanto-juvénile dont l'efficacité a été testée et validée dans le cadre géographique et humain de la côte est malgache, où le paludisme, les diarrhées et les infections respiratoires aiguës sont responsables d'une majorité des décès d'enfants de moins de 5 ans. Les conditions et les facteurs concourant à ce type de constat se retrouvent réunis dans un certain nombre de contextes africains dont les zones rurales du Malawi.

La lutte contre la mortalité infantile apparaît comme une orientation légitime au sens où ce paramètre reflète avec une grande fidélité les conditions socio-sanitaires globales d'un contexte à travers le prisme de la situation de sa population la plus vulnérable, **que ce soit en termes de statut socio-économique, d'exposition objective aux risques ou d'accès aux soins de base**. Rappelons que la mortalité infanto-juvénile peut se décomposer en deux catégories distinctes : la mortalité péri et néo natale, liée aux pathologies de l'accouchement et de ses suites immédiates (morts-nés, puis 0 à 28 jours), et la mortalité infantile (0 à 1 an) puis infanto-juvénile (0 à 5 ans), plus spécifiquement corrélée à des déterminants morbides le plus souvent infectieux. Nous privilégions cette dernière composante, quantitativement quasi toujours la plus importante et sur laquelle l'expérience montre qu'il est plus aisé d'agir au prix d'une mobilisation de moyens raisonnables. Notons que le projet est au Malawi de plus en plus impliqués sur les questions de mortalité materno-infantile au Malawi, notamment à travers notre appui au programme national Community based Maternal and Neonatal Health

- **Le statut socio-économique.** La mortalité des moins de 5 ans est conditionnée par un certain nombre de variables, souvent d'ailleurs étroitement interdépendantes, parmi lesquelles le degré d'urbanisation (la mortalité est plus élevée en milieu rural), le niveau de revenus (les populations les plus aisées présentent une mortalité moindre), le taux d'alphabétisation (à égalité d'exposition, les franges les moins éduquées afficheront une mortalité supérieure), le degré de salubrité du milieu, par l'entremise de son influence sur la prévalence des diarrhées infantiles. Dans les zones ciblées par le programme, l'enclavement est d'autant plus marqué qu'il s'agit d'un critère de sélection des zones d'intervention, la précarité économique est au fondement de nos missions d'appui et le taux d'alphabétisme est particulièrement faible, bien en dessous des chiffres nationaux (68% à Madagascar et près de 70% au Malawi pour les femmes âgées de 15 à 24 ans).
- **L'exposition aux risques.** Toute action de santé structurée a un impact sur la mortalité, même si celui-ci n'est jamais, ou exceptionnellement, mesuré. Mais le différentiel d'efficacité des différentes actions possibles est considérable et varie en fonction de la pertinence des options retenues. Assurer un haut niveau de couverture vaccinale par exemple n'a qu'une influence limitée sur la mortalité (en dehors des épidémies de rougeole) dans des zones où les déterminants essentiels de cette mortalité ne peuvent être combattus par une stratégie vaccinale. **Car si le niveau de mortalité est étroitement liée au degré d'exposition aux risques, la plupart des décès observés sont causés par un nombre limité de pathologies** : le paludisme, les maladies hydro-transmissibles et les infections respiratoires aiguës représentent à elles seules la majorité des causes de décès des moins de 5 ans dans l'ensemble des régions concernées, jusqu'à 80% dans les zones rurales reculées de la côte est de Madagascar et du Malawi.
- **La question de l'accès aux soins est également fondamentale.** En effet, une forte mortalité est souvent observée en dépit de l'existence d'une offre institutionnelle de soins relativement consistante (c'est-à-dire qui répond théoriquement aux critères établis sur le plan national). Ainsi quelle que soit la dimension de l'offre, l'accès aux soins (mesuré par le taux d'utilisation des services sanitaires) reste très insuffisant, avec de très faibles indices de consultation. Des enquêtes d'utilisation, réalisées à Madagascar, ont montré que 23% des mères ont recours au Centre de Santé de Base en cas de fièvre et 7% en cas de diarrhées chez leur enfant. En outre, la proximité du CSB n'influe pas significativement sur le comportement des mères. Le faible niveau de sensibilisation, d'éducation des mères, l'éloignement des services sanitaires, l'absentéisme des équipes soignantes,

le déficit d'image des Centres de Santé de Base, le coût éventuel des soins ou la récurrence de pénuries médicamenteuses contribuent à cette faible utilisation. Or l'expérience montre assez clairement que **l'accès précoce et permanent à des traitements efficaces contre les principales pathologies est une condition première de l'efficacité thérapeutique et qu'un système de santé centralisé ne peut pas répondre à cette exigence.** Seul un dispositif décentralisé au niveau communautaire, continûment accessible et à très faible coût peut permettre de réduire efficacement les taux de morbi-mortalité infanto-juvénile.

A ce stade, il est nécessaire d'ajouter qu'Inter Aide dispose d'une expertise significative sur la thématique abordée. Les projets menés à Madagascar sont parmi les plus représentatifs avec une forte verticalité de l'approche et une méthodologie très aboutie de mesure des résultats et de l'impact. **L'impact de l'intervention, intensive et relativement brève, validé par des évaluations externes à Madagascar, confirme la pertinence d'une stratégie épidémio-centrée et des protocoles d'enquêtes,** et permet de dégager un certain nombre de pistes méthodologiques pour augmenter l'efficacité des projets dans d'autres contextes d'intervention.

## **5. Résultats de l'évaluation externe et réponses d'Inter Aide en mai 2014,**

Le rapport d'évaluation mettait en exergue les points suivants :

- *L'efficacité de l'approche préconisée en termes d'amélioration de l'offre de soins (à Madagascar, le nombre de prises en charge accomplies par les agents villageois représente 80% des consultations infantiles totales pour des pathologies similaires, sans que l'activité ait baissé dans les CSB) comme de réduction significative (de l'ordre de 40 à 50%) de la mortalité partout où des résultats comparatifs sont disponibles.*
- *Les grandes difficultés que connaît le système de santé malgache après 5 années de crise, tant sur le plan des ressources humaines (6 mois de grève des chefs CSB en 2013) que sur celui de l'approvisionnement en médicaments essentiels : la rupture totale de stock d'antipaludéens au niveau national témoigne de ces répercussions. Un des enjeux du cycle à venir sera de faciliter l'établissement d'un circuit d'approvisionnement fiable et pérenne*
- *Que la prise en compte de l'évolution du contexte institutionnel, notamment du fait d'un système de santé disposant d'agents de proximité et de ressources humaines étoffées, a conduit à la définition d'un nouveau format d'intervention au Malawi, sous une forme pilote, qui a permis d'établir une collaboration étroite avec les services de santé de district dans la réalisation des enquêtes et le renforcement des cliniques villageoises gérées par des agents de santé gouvernementaux.*
- *Le nouveau format expérimenté au Malawi, basé sur une implication forte des acteurs institutionnels pouvait être poursuivi à Lilongwe et complètement étendu au district de Phalombe, une fois la phase pilote validée (2014-2016).*
- *La pertinence du dispositif de pérennisation expérimenté à Manakara, visant à permettre un approvisionnement reposant sur la constitution d'une cellule mixte CSB-ASV. L'autonomie actuelle du système là où il a été implanté et son appropriation par les acteurs a été jugée satisfaisante. La consolidation de ces dispositifs devrait permettre d'entrer dans la dernière phase du projet.*
- *La pertinence de poursuivre l'intervention à Farafangana afin d'étendre la couverture du projet à l'ensemble des communes isolées du district, étant donné l'intensité des besoins.*

Recommandations à Madagascar :

*1/ Rentrer dans une phase de stratégie de sortie à Manakara en renforçant le fonctionnement et les capacités de gestion du FANOME et du fond d'équité dans les formations sanitaires. Il serait aussi opportun de partager l'expérience de RTM et de faire fonctionner la caisse CoSan en y injectant les perdiems des ASC qui seraient alors alloués par le comité villageois selon un taux agréé.*

Réponse : Le projet à Manakara se situe clairement dans une optique de désengagement à la fin du cycle. Pour l'instant, aucun dispositif de gestion n'est fonctionnel dans les CSB. RTM est le seul opérateur qui injecte les per diem dans ces caisses COSAN. Nous pensons, et l'évaluation le confirme, que le système actuel, reposant sur une forme de bénévolat discrètement amélioré par des défraiements liés aux ventes, a donné des preuves de sa pertinence, les ASC féminines travaillant depuis près de 5 ans en moyenne et 18% d'entre elles depuis une durée comprise entre 6 et 8 ans ! Cette longévité témoigne d'une forme d'efficacité au système retenu. En revanche, nous ne disposons d'aucune évaluation documentée de celle des caisses COSAN. Nous serions donc prudents avec cette proposition.

*2/ les efforts de coordination avec le SSD doivent être maintenus. Avec le retour à une stabilité politique, le SSD devrait maintenant valider toutes les formations entreprises par les ONGs dans le but de contrôler l'homogénéité des messages et des méthodes appliquées par les ASC. La convention de financement 2010 prévoyait une **contractualisation** avec le SSD qui n'a pas pu se mettre en place dans le contexte désorganisé du pays depuis cinq ans. Cette contractualisation doit maintenant être instaurée au cours du prochain projet. Elle devrait définir par districts, les engagements d'Inter aide et du SSD (formation des ASC, supervisions des CSB, conditions d'approvisionnement PhaGeDis... etc) sur le modèle des MOU instauré dès le début de mise en œuvre des projets au Malawi.*

Réponse : Il est clair que nous soutenons l'idée d'une validation des formations, ce qui a été fait à Manakara il y a quelques années. Notons que les relations avec les SSD de Manakara ont été particulièrement proches et constructives, mais les recommandations des SSD aux CSB en matière de collaboration avec le projet ont faiblement pesé sur la conduite des acteurs. L'enseignement majeur tiré de cette expérience est que seule la mise en place de synergies locales et d'équipes CSB impliquant le personnel permanent de la structure (le dispensateur) était à même d'assurer la durabilité des mécanismes d'approvisionnement. En ce qui concerne les SSD de Farafangana, la collaboration est plus poussive du fait de résistances bureaucratiques manifestes ! Néanmoins, l'ambition cardinale du projet sera de tout faire pour renforcer l'implication des SSD dans la mise en œuvre des activités et dans leur suivi

*3/ En ce qui concerne **la facilitation de l'accès aux traitements**, il faut souligner que la réduction de la mortalité est impossible dans ces zones sans l'apport en médicaments, notamment les ACT et TDR. Devant les ruptures de stocks prévisibles sur cette fin d'année, il est indispensable d'assurer la qualité des médicaments achetés chez les grossistes répartiteurs. Or, l'achat est un acte pharmaceutique qui correspond ni aux compétences ni aux stratégies d'Inter aide. Aussi, il est fortement recommandé de faire élaborer le prochain dossier d'achat par un professionnel après une brève étude sur les moyens d'assurance qualité mis en œuvre par les grossistes répartiteurs à Tananarive. Lorsque fournis, ces médicaments doivent être enregistrés au niveau du district.*

Réponse : nous avons incorporé dans nos procédures d'approvisionnement exceptionnel des éléments relevant de l'assurance qualité. Le projet privilégie évidemment les filières publiques par souci de pérennité mais les ruptures d'approvisionnement peuvent imposer de pallier les pénuries auprès de grossistes pour lesquels nous nous efforçons d'obtenir ces assurances. Le recours à ces grossistes n'est donc pas la règle pour notre intervention, ce recours devant rester ponctuel et exceptionnel.

*4/ Une harmonisation des méthodes d'enquêtes de mortalité sur tous les terrains santé d'Inter aide, y compris à Farafangana, serait bénéfique au fonctionnement quotidien des missions. Le modèle développé à Lilongwe pourrait avantageusement représenter une base de travail dans le but de rendre toutes ces enquêtes plus fiables et homogènes, quelque soient les pays où ce type de projets santé est mis en œuvre,*

Réponse : Alors que la taille d'un district est à peu près comparable entre les deux pays (Manakara et Phalombe représentent approximativement 300 000 hab.), les SSD malgaches sont moins pourvus en personnel et sans grands moyens informatiques et logistiques. De plus, il existe au Malawi un Chef des agents de santé au sein de chaque centre de santé coordonnant l'action de 8 à 10 agents de santé. Toutes choses égales par ailleurs, les ressources humaines limitées des autorités sanitaires de district à

Madagascar et leur conception centralisée du système de soins rendent improbable leur participation aux enquêtes. De surcroît, il faut souligner la difficulté technique supérieure dans la réalisation des enquêtes sur la côte est malgache, liée essentiellement aux contraintes d'accessibilité, facteur décisif dans le coût des enquêtes, leur fiabilité et leur reproductibilité. Il s'agit d'une différence contextuelle fondamentale. Sur la périodicité : ralentir le rythme des enquêtes est déjà intégré dans la méthodologie du projet à Manakara mais il reste indispensable de poursuivre la collecte de données à Farafangana où nous avons nettement moins de certitudes quant à l'évolution de cet indicateur et des facteurs qui l'influencent.

Recommandations au Malawi :

*1/ Inter Aide a récemment identifié une nouvelle piste possible pour fournir des stocks tampon de médicament tout en améliorant l'assurance qualité de l'approvisionnement (à travers un stock de médicaments UNICEF importés depuis leur centrale d'achat à Copenhague). Les équipes Inter aide pourraient prendre alors en charge la distribution jusqu'aux CVs. Il reste à définir avec UNICEF les modalités de mise en route de ces « dépannage d'urgence » : temps nécessaire à mettre les médicaments à disposition des SSD, fréquence possible et nécessité ou non de stocker une période de consommation à évaluer par Inter aide. Bien sûr, une fois les modalités définies, il est primordial de faire rentrer ces médicaments en stock au niveau du SSD dans le but de continuer à suivre les statistiques de consommation d'une part mais aussi de ne pas déstabiliser le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement nationale.*

Réponse : Les ruptures de stock dans les cliniques villageoises ont entraîné le référencement vers les CSB de 3 à 4% des cas en 2012 et 2013. On peut toutefois imaginer que cela ne reflète pas complètement le niveau de besoin car il est commun de constater que les communautés sont rapidement informées d'une rupture de stock dans une clinique villageoise et par conséquent ne la fréquentent pas en cas de besoin. Le projet cherche avant tout à limiter autant que possible l'approvisionnement exceptionnel en médicaments en privilégiant la recherche rapide de solution au sein du système de santé. En effet, les ruptures peuvent ponctuellement être causées par un retard de commande, un problème de transport ou encore l'absence d'une personne clé et le projet joue avant tout un rôle dans la résolution de ce type de problème avant d'envisager quelque fourniture de stock que ce soit (aide au transfert de stock d'une centre de santé à l'autre, fourniture ponctuelle de transport pour acheminer les médicaments du district aux centres de santé).

*2/ Collaborer avec les autorités traditionnelles à Phalombe selon le modèle développé à Lilongwe dans le but d'augmenter les chances de pérennité et surtout l'appropriation durable des principes d'hygiène par les populations. Après évaluation de la phase pilote mise en place à Lilongwe, et dans le cas fort probable où celle-ci soit positive, envisager de s'inspirer de l'état des lieux puis des choix stratégiques effectués à Lilongwe visant à intégrer les activités du projet dans la mise en œuvre des plans de santé et de développement, comme recommandé par le Comité Exécutif de District des autorités traditionnelles.*

Réponse : L'évaluation de la phase pilote dans le district de Lilongwe est prévue en janvier 2016 (réalisation d'enquête à T+2 en partenariat avec les services de santé du district) mais des éléments de résultats seront disponibles dès la fin de l'année 2014. Des échanges sur le terrain entre les deux sites du Malawi ont eu lieu à plusieurs reprises depuis mi 2013. Ils ont notamment abouti à une amélioration du travail d'enquête initial pour réaliser un état des lieux dans le nouveau centre de santé appuyé dans le district de Phalombe (Mulungu Alinafe). Au-delà de cela, une coordination des activités menées sur les districts est prévue dès 2015 pour faciliter l'harmonisation des pratiques les plus pertinentes et, sans aucun doute, le renforcement à Phalombe de l'intégration des activités du projet dans la mise en œuvre des plans de santé et de développement.

*3/ Après évaluation de la phase pilote à Katchale, dérouler ce modèle en incluant 2 à 3 centres de santé supplémentaires de cette zone très peuplée et continuer à développer et documenter ce modèle d'action afin de le remettre aux parties prenantes.*

Réponse : nous distinguons ici deux points :

- Documenter le modèle d'action et le remettre aux parties prenantes. Ce point a été prévu dès le début de cette phase pilote et la documentation a été partagée avec les différents partenaires publics mais également avec d'autres acteurs concernés par nos thématiques d'action.
- Dérouler le modèle à d'autres centres de santé de la même zone. Nous avons considéré avec intérêt l'idée d'étendre le modèle à des centres de santé proche du centre de santé de Katchale. Si le modèle est validé pour les résultats de l'évaluation interne (prévue en janvier 2016), cela permettrait de multiplier les zones couvertes en s'appuyant sur une structure « projet » existante et donc renforcer l'efficacité du projet. Inter Aide est complètement en phase avec l'idée mais cela sera évalué courant 2016 et fait probablement plus l'objet d'une stratégie de sortie (voir partie correspondante).

**En résumé, l'ambition de ce nouveau cycle projet est de :**

- Renforcer les dispositifs de pérennisation de l'accès aux médicaments à travers la mise en place et l'autonomisation de systèmes mixtes d'acteurs (cf. plus bas), étape qui constituerait le point d'orgue de l'intervention sur Manakara à Madagascar et en clôturerait la séquence.
- Poursuivre la logique de couverture du district de Farafangana à Madagascar, dans la région la plus déshéritée de l'Ile, afin d'agir sur le niveau très élevé de la mortalité infantile tout en impliquant plus fortement les autorités de santé dans la conduite des activités (enquêtes, supervision, formation...) puis dans la gestion des dispositifs.
- Explorer les pistes possibles d'approvisionnement en médicaments, en privilégiant les filières nationales (notamment avec la Salama à Madagascar) et les appuis qui faciliteraient son fonctionnement au niveau régional, mais en conservant comme exigence première d'assurer la continuité de la disponibilité locale des traitements.
- Poursuivre et consolider la stratégie pilote initiée au Malawi, basée sur une intégration de certains acteurs institutionnels dans les activités programmatiques et une forme de collégialité dans la définition des priorités d'action.

**6. Activités prévues, résultats attendus et indicateurs proposés**

**Objectifs globaux :** l'action du programme va contribuer dans les zones ciblées à améliorer :

1. la situation sanitaire des populations rurales,
2. l'efficacité et la qualité de l'offre de santé,
3. la situation socio-économique des familles rurales vulnérables.

**Objectif spécifique :**

**La mortalité infanto-juvénile est durablement réduite** grâce à la mobilisation coordonnée des familles, des acteurs de proximité et des systèmes de santé, et par une continuité dans l'approvisionnement en médicaments essentiels.

**Le taux de mortalité infanto-juvénile décroît de 25%** la première année avec une poursuite tendancielle à la baisse les années suivantes.

**15 400 familles** bénéficieront directement de formations spécifiques pour améliorer la prise en charge de la santé de **20 800 enfants de moins de 5 ans**.

**127 000 personnes** bénéficieront indirectement de la formation et l'accompagnement de **975 agents de santé** et de **430 membres de comités de santé**

**Résultat 1 : les capacités des familles à identifier les pathologies dominantes chez les enfants moins de 5 ans, à prévenir leur survenue et à rechercher les soins appropriés en cas d'épisode aigu sont durablement renforcées**

- **Réaliser des enquêtes exhaustives de mortalité selon un protocole pré-validé par des contre enquêtes.** Ces enquêtes transversales recensent les données démographiques, la totalité des décès et naissances survenus au cours de l'année précédente ainsi que les causes présumées des décès, la prévalence instantanée des diarrhées et des fièvres. Les données recueillies servent à établir les

valeurs initiales (enquête de référence) ou à mesurer les résultats (évaluation). Ces enquêtes sont exhaustives à Madagascar et sur échantillon représentatif au Malawi.

- **Mettre en œuvre dans les deux pays les activités de sensibilisation, d'éducation et de promotion des moyens de prévention. Il peut s'agir :**
  - **d'ateliers de formation visant à améliorer les connaissances des familles sur les pathologies prénatales, la gestion des grossesses et les comportements de recherche de soins.** Chaque animateur du projet s'installera pour toute la durée du cycle de formation dans la communauté ciblée. La durée du cycle est très variable d'une zone à l'autre du projet en fonction du nombre de villages suivis simultanément mais la proximité des animateurs avec les communautés reste la même : 6 mois à Madagascar, 1 an dans le district de Phalombe au Malawi et 3 ans dans le district de Lilongwe au Malawi.
  - **D'utiliser des media de diffusion de masse dans les zones déjà couvertes par l'action,** afin de rappeler les contenus et réactiver les schémas comportementaux préconisés. Le recours à des messages sur les radios locales, à des affiches et des communications publiques au chef-lieu communal permettra de maintenir une forme de persistance des informations.
  - **D'approches méthodologiques spécifiques visant à favoriser l'adoption de pratiques préventives :** promotion de l'assainissement par une mobilisation collective à fort degré de coercition sociale de type ATPC afin d'atteindre un taux de latrinitation supérieur à 75%, apprentissage de l'usage du chlore dans l'eau de boisson pour les communautés restreintes, vulgarisation des procédés de lavage des mains, utilisation de moustiquaire, ...
- **Favoriser au Malawi l'émergence d'acteurs villageois représentatifs** (comités de santé villageois) en collaboration avec les agents de santé gouvernementaux pour assurer un lien sur la durée entre les agents gouvernementaux et les communautés.

Indicateurs de suivi	Indicateurs de résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>15 400 familles</b> ciblées par les formations spécifiques pour améliorer la prise en charge de la santé de leurs enfants de moins de 5 ans.</li> <li>▪ Valeurs initiales des taux de latrinitation, d'équipement en moustiquaires, de prévalence et de mortalité.</li> <li>▪ Nombre de personnes participant aux ateliers</li> <li>▪ Nombre de moustiquaires fournies/vendues</li> <li>▪ 400 membres des comités santé formés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le taux d'adoption des pratiques de prévention progresse avec: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un taux de latrinitation de 50 à 70% dans les groupes cibles au Malawi et 30% à Madagascar.</li> <li>○ Un indice d'équipement en moustiquaires dépasse 90% des groupes vulnérables</li> <li>○ A Madagascar, une progression des connaissances des gestes clés mesurée par des enquêtes CAP avec un taux de rétention &gt;50% après 1 an.</li> </ul> </li> <li>▪ La demande de soins dépasse celle enregistrée dans les formations sanitaires pour les mêmes pathologies (cf. plus bas).</li> </ul>

**Résultat 2 : les capacités de prise en charge locales sont durablement renforcées par l'action sur l'offre de soins.**

- Mettre en place **une démarche partenariale** avec les services de santé et/ou autorités locales.
  - **A Madagascar :** Susciter l'adhésion des équipes sanitaires dans la mise en oeuvre des activités de santé centrées sur la prévention de la mortalité, et impliquer les équipes soignantes du CSB dans le recensement préalable des agents de santé villageois.
  - **Au Malawi,** la démarche partenariale est préalablement construite par la définition d'un projet commun donnant lieu à la signature d'un contrat de collaboration multipartite : CSB, autorités du district et représentants officiels des communautés. Il en ressort une série d'engagements concrets pour les ASG mais également pour leurs superviseurs. Une conséquence concrète de ce

travail en partenariat est l'association des animateurs et des ASG sur le terrain et l'élaboration de plannings conjoints chaque mois.

➤ **Faciliter la mise en place de réseaux d'acteurs pourvoyeurs de soins de proximité.**

- **A Madagascar, il s'agit d'assurer un quadrillage géographique homogène des communes cibles, ce qui suppose :**
  - de promouvoir l'identification d'agents de santé par les autorités locales, communautés villageoises et/ou acteurs institutionnels là où ils font défaut et les former.
  - de procéder à des formations complémentaires pour les ASV émanant d'autres filières que le projet, de façon à intégrer les acteurs dans un système unique de soins de proximité.
  - d'impliquer le personnel des CSB dans la formation des ASV et les doter des outils de pilotage et de gestion du système.
- **Au Malawi, des ASG<sup>2</sup> sont déjà responsables de sous-zones rattachées à leur CSB. Pour renforcer la prise en charge locale le projet collabore avec les services de santé et les communautés pour :**
  - Faciliter quand nécessaire l'installation des ASG dans leur zone. Le projet mobilise les communautés pour la construction d'une maison qui servira aussi de clinique villageoise. En contrepartie l'ASG s'engage à ouvrir la clinique aux consultations dès qu'il est présent<sup>3</sup>.
  - Assurer la mise en place d'un système transparent de suivi et d'évaluation des ASG par leur supérieur hiérarchique pour garantir la qualité des services délivrés.
  - Responsabiliser les comités de santé, représentants des communautés préalablement formés par le projet, dans le suivi des ASG qui leur sont officiellement redevables.

➤ **Mettre en place les mécanismes permettant d'assurer la disponibilité continue et locale des traitements** (stock de médicaments,...) et de l'information (panneau d'affichage...). Cette étape est essentielle dans la perspective de renforcer la viabilité des services d'accès aux soins de proximité.

- **A Madagascar**, le projet expérimente des dispositifs d'approvisionnement des agents villageois par le truchement d'agents médiateurs qui assurent la liaison avec les équipes CSB. Le but est de mettre en place une procédure de suivi, contrôle, et validation du bon déroulement du processus. L'approvisionnement reposera sur plusieurs filières : le Phagédis (ou pharmacie de district) pour le Cotrim et les Points d'Approvisionnements (PA) alimentés par PSI pour l'Actipal et le Viasur.
- **Au Malawi**, le Service de Santé du District assure la fourniture des médicaments mais, le renforcement du système de gestion des stocks sera une priorité pour éviter les ruptures ponctuelles de stock. Cela passera d'abord par une observation initiale de la gestion des stocks pour identifier les raisons de rupture de la chaîne d'approvisionnement puis par la proposition et le test de dispositifs permettant de pallier ces ruptures. Seulement en cas de rupture justifiée, le projet pourra assister momentanément les CSB pour alimenter les cliniques villageoises avec des stocks tampon de médicaments.

➤ **Appuyer le personnel des CSB :**

- A Madagascar, pour chercher à confier progressivement au personnel des CSB la formation continue des ASV et aux autorités sanitaires, le suivi et la supervision des réseaux d'acteurs de santé décentralisés.

---

<sup>2</sup> Rappelons ici qu'au Malawi, seuls les agents de santé du Gouvernement sont habilités (si formés) à fournir des médicaments à l'échelle communautaire.

<sup>3</sup> Tous les ASG du Malawi ne sont pas habilités à tenir une clinique villageoise. Certains sont sélectionnés et formés par le Ministère de la Santé en fonction de la distance de leur sous-zone par rapport au CSB.

- Pour assurer au Malawi le suivi des ASG, fournir un service de maternité de qualité, renforcer l'offre de moyen de contraception et favoriser l'espacement des naissances.

Indicateurs de suivi	Indicateurs de résultats
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de Centres de Santé impliqués.</li> <li>▪ 375 ASV à Madagascar sont formés et dotés d'un stock de médicaments essentiels pour mettre en place un accès de proximité au traitement</li> <li>▪ 25 ASG sont accompagnés par le projet au Malawi</li> <li>▪ 17 Cliniques villageoises opérationnelles au Malawi.</li> <li>▪ A Madagascar :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nombre d'ASV en activité et taux de renouvellement &lt; 20% par an.</li> <li>○ Taux de rapports d'activités fournis aux CSB.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le taux de consultation pour les pathologies prédatrices est supérieur à 1 pour les enfants de moins de 5 ans.</li> </ul> <p>A Madagascar :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le nombre consolidé de traitements prescrits est 2 fois supérieur à celui observé dans les CSB.</li> <li>▪ 95% des épisodes pris en charge sont jugulés.</li> <li>▪ 50% des CSB du district de Manakara ont un dispositif d'approvisionnement autonome des ASV.</li> </ul> <p>Au Malawi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmentation de la proportion d'enfants malades pris en charge dans une clinique villageoise (passage de 10% à 40% dans le district de Lilongwe)</li> </ul>

## 7. Résultats

Il est trop tôt dans le calendrier du cycle projet encore en cours à l'heure où nous écrivons ces lignes, pour disposer de résultats globaux sur la totalité de la période. Une part importante de ces derniers n'est en effet pas encore recueillie, compilée et validée.

Pour les deux premières années, la mission d'évaluation se réfèrera donc aux rapports annuels d'activités soumis à l'AFD qui présentent les données de façon exhaustive, tant en matière de groupes cibles, de processus que de résultats. L'analyse de documents de projet et des entretiens avec les responsables au Siège d'Inter Aide ainsi que sur les sites projet, particulièrement riches en informations quantitatives et en formats d'enquêtes, compléteront les éléments précédents dans l'appréhension des résultats du projet.

## 8. Antécédents en matière d'évaluation et de suivi-évaluation

3 évaluations externes ont été réalisées dans le cadre de ce projet :

- ⇒ Une évaluation externe de validation des résultats et des méthodes de mesure réalisée par STEPS Consulting<sup>4</sup> en novembre 2007 à Manakara
- ⇒ Une évaluation ex post conduite par l'AFD<sup>5</sup> en 2010 dans le cadre d'une prestation plus large incluant 15 projets à Madagascar.
- ⇒ Evaluation finale de la première phase du projet Inter Aide à Madagascar et au Malawi (Madagascar - Mission du 8 au 21 mai 2014 Malawi – Mission du 11 au 23 juin 2014).  
Véronique Pomatto

<sup>4</sup> Évaluation externe du projet de réduction de la mortalité infantile juvénile dans le district de Manakara à Madagascar (David Masson Mamy Tiana Ravakomanana Marie Chuberre)

<sup>5</sup> Evaluation ex post de 15 projets ONG à Madagascar Agence Française de Développement (Geert Vanderstichele et Aline Robert, COTA Pascal Brouillet et Valérie Huguenin, AFD)

### 3. L'ÉVALUATION

#### 1- Justificatif de l'évaluation

Il s'agit d'une évaluation de fin de cycle financier (2014-2017) dont la réalisation est demandée par l'AFD dans le cadre de la soumission d'une nouvelle demande de financement (2017-2020). On peut donc considérer qu'il s'agit d'une évaluation finale en se plaçant du point de vue du cycle qui s'achève, mais également d'une évaluation intermédiaire à même de donner des éclairages sur le cycle qui s'annonce. Il est intéressant de rappeler qu'une première évaluation finale avait été réalisée à la fin de la première phase de ce financement (2011-2014). La question centrale est actuellement, outre celle de la validation des résultats et des instruments de mesure, celle de la définition des orientations stratégiques futures que le projet sera amené à prendre, en tenant compte évidemment des contextes incriminés. **Nous sommes bien dans l'appréciation finale d'une intervention s'inscrivant dans une vision prospective.**

La difficulté de cette évaluation sera de s'attacher à évaluer des actions partageant les mêmes objectifs mais qui se déroulent dans des pays différents où le contexte institutionnel ne présente pas les mêmes caractéristiques et où l'ancienneté des projets est également composite. Il en va de même dans chaque pays : les 2 districts concernés à Madagascar et au Malawi représentent 2 générations de projet distinctes et successives, avec la perspective d'en ouvrir un troisième durant le prochain cycle projet (pour Madagascar).

On conçoit donc que cette évaluation ne pourra pas être exhaustive dans la mesure où le volume d'activités à évaluer, la diversité des situations rencontrées y compris au sein d'un même pays et les nombreuses inflexions méthodologiques qui ont été apportées dans le déroulement du projet rend très difficile toute approche complète et totalisante. **Il y aura bien entendu une dimension de validation des résultats, mais également un axe d'analyse des stratégies existantes visant, d'une part à définir un modèle opérationnel apte à réduire la mortalité infantile quel que soit le contexte incriminé et, d'autre part à institutionnaliser une offre de soins de proximité permettant une prise en charge précoce des pathologies infantiles.**

#### 2- Objectifs de l'évaluation

Nous souhaitons que cette évaluation se concentre sur les 2 objectifs du programme, et qui peuvent se résumer à un volet opérationnel consacré à la demande de soins (**les capacités des familles à identifier les pathologies dominantes chez les enfants de moins de 5 ans, à prévenir leur survenue et à rechercher les soins appropriés en cas d'épisode aigu sont durablement renforcées**) et un deuxième volet ciblé sur l'offre (**les capacités de prise en charge locales sont durablement renforcées par l'action sur l'offre de soins**).

Les objectifs généraux de l'évaluation seront donc :

1. **De valider les résultats obtenus dans le domaine de la lutte contre la mortalité infantile**, qui fut historiquement l'ambition originelle de cette action, et d'évaluer le modèle stratégique mis en place pour la réduction de cette mortalité. Cet enjeu recouvre partiellement les 2 objectifs du programme. Il s'agit d'évaluer les résultats des activités de sensibilisation, donc de changement de comportement et de stimulation de la demande de soins, combinés à ceux de l'action sur l'offre de soins, visant à rapprocher les populations rurales d'un accès précoce aux traitements essentiels et aux soins de base.
2. **D'analyser l'appui aux systèmes de santé et la pérennisation de l'accès précoce aux soins essentiels** est le deuxième de ces enjeux. Avec le constat que la stratégie mise en œuvre présentait des garanties d'efficacité dans la réduction de la mortalité, la question de la viabilité des systèmes d'accès aux soins est devenue essentielle. La collaboration avec les systèmes de santé existants est donc passée au premier plan de nos préoccupations, justifiée par le constat que les dispositifs avancés d'accès aux soins représentaient la seule option à

même de garantir la précocité de la prise en charge et permettait en outre de faire émerger une demande de soins qui ne se traduisait pas dans la fréquentation habituelle des formations sanitaires.

**L'objectif premier de l'évaluation** consiste donc à **rendre compte et valider les résultats obtenus sur les différents sites d'action tout en identifiant les principales avancées et les marqueurs de progression enregistrés pendant le cycle en cours (2014-2017) par rapport au cycle précédent (2011-2014)**. On rappelle que l'évaluation conduite à Manakara en 2007 avait pour objectif premier de valider les résultats et les instruments de mesure dans les enquêtes de mortalité. Il ne nous paraît donc pas nécessaire de questionner à nouveau cet aspect à Madagascar, même si toute suggestion et opinion sur le sujet sera la bienvenue. Au Malawi en revanche, ces protocoles d'enquête ont été adaptés et utilisés pour la première fois au cours de ce cycle, et leur analyse sera pertinente dans le cadre de cette évaluation.

**Le deuxième objectif** sera de jauger de la **pertinence des stratégies d'appui, de facilitation et d'intermédiation institutionnelles mises en œuvre. Que ce soit dans le sens d'une pérennisation des dispositifs d'accès aux traitements essentiels de proximité ou d'une mise en application de politique d'accès aux soins, les actions s'inscrivent fortement sur le versant de l'offre de services institutionnelle. Ces inflexions de la stratégie opérationnelle qui fourniront également la trame du prochain cycle d'action sont explicitées dans le chapitre suivant.**

De manière transversale, l'évaluation devra s'attacher à comparer chaque conclusion tirée, non seulement le pays, mais également selon le district ou la zone observée, dans le cas où les différences constatées sont intéressantes et enrichissent la compréhension du modèle appliqué.

### **3- Questions évaluatives en regard des objectifs**

#### **Questions évaluatives concernant l'objectif 1.**

➤ Q.1.1. Il est demandé à la mission d'évaluation de **confirmer les résultats mis en exergue dans les rapports d'activités transmis à l'AFD, notamment au niveau des groupes cibles mobilisés, c'est-à-dire du nombre de bénéficiaires impliqués par les activités de formation, de sensibilisation ou d'accès aux traitements essentiels**. L'évaluation pourra donner son opinion sur les résultats des enquêtes sanitaires et de mortalité, réalisées dans chaque district. A Manakara, la dernière enquête a concerné 45 communes et près de 200 000 habitants. A Farafangana, les modalités d'enquêtes sont sensiblement différentes et s'adressent à des échantillons plus limités.

➤ Q.1.2. L'évaluation devra **apprécier la pertinence du modèle stratégique utilisé** (combinaison d'actions sur l'offre et sur la demande de soin, au niveau communautaire et du système de soin), **dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile dans les différents contextes d'implémentation actuels**. Dans la mesure du possible, elle pourra rendre compte de la part de chacune des parties du projet dans la réalisation de cet objectif, ainsi que de l'influence possible de facteurs externes (comme par exemple la publication de by-law ou arrêté sur des thématiques de santé par les autorités traditionnelle au Malawi).

➤ Q.1.3. : **A Madagascar**, une approche renouvelée a été conçue au cours de la dernière période. Celle-ci a pour but de raccourcir les durées d'intervention, initialement établies à 6 mois pour une commune. Nous cherchons à développer un modèle opérationnel qui permette une couverture géographique plus rapide et donc plus extensive. L'option d'ouvrir de nouveaux districts vise également à tester la stratégie sur la plus vaste échelle possible de façon à impliquer un plus grand nombre d'acteurs institutionnels et ainsi d'élargir les possibilités de trouver des solutions à la question de l'approvisionnement (voir ci-dessous). Pour mener à bien cette stratégie, le projet expérimente de nouvelles formes d'animation. Il est demandé à la mission d'évaluation d'élaborer un jugement sur les options retenues : le recours à des séances à plus large public, dont le but est d'abrèger la phase d'exécution, fondée sur des modes de sensibilisation de masse réalisée par des binômes, et qui permet de diviser par 2.5 à 3 le temps passé par unité géographique. L'idée étant de pouvoir couvrir un nouveau district en 3 ans au lieu de 9. Ces sessions s'appuient sur des animations ludiques, sonores, dynamiques et participatives. 3 animations sont ainsi structurées de la même manière et

utilisent des outils semblables : théâtre, bâche imagée, démonstrations, chansons avec diffusion via micro et radio carte.

**Il est demandé à la mission d'évaluer l'efficacité de ces modes de communication sur les populations villageoises et plus globalement sur la séquence méthodologique visant à accélérer les processus opérationnels, que ce soit au niveau de sa pertinence ou de son efficacité.**

➡ Q.1.4. L'évaluation devra s'attarder sur la **question de la mortalité péri et néonatale**, en étudiant les activités spécifiques du programmes qui visent à la réduire. Dans ce cadre, la participation du projet au Malawi à la mise en place d'un programme national de santé maternelle et néonatale à base communautaire devra être évaluée (CBMNH Community Based Maternal and Neonatal Health). La mission pourra éventuellement faire des recommandations spécifiques pour l'amélioration de ce volet du programme.

### **Questions évaluatives concernant l'objectif 2**

➡ Q.2.1 : Devant la baisse des actes moyens réalisés par les ASV et enregistrée depuis bientôt 1 an, il est essentiel de s'interroger sur le sens de cette évolution. Lorsque le projet assurait l'intégralité de l'approvisionnement, l'activité des agents villageois avait atteint des sommets (40 actes en moyenne par mois par ASV, pour un groupe cible d'environ une centaine d'enfants de moins de 5 ans). Aujourd'hui, du fait d'un approvisionnement transféré sous la responsabilité des SSD, la baisse des prises en charge est continue et se situe aujourd'hui autour de 7 actes mensuels en moyenne. La raison en est simple et relève de la politique de l'offre adoptée par les SSD, en réalisant une estimation quantitative des besoins des ASV sur des critères éminemment discutables, mêlant recul présumé de l'incidence du paludisme, appréciation empirique de la demande de soins, suspicions bureaucratiques vis-à-vis des acteurs villageois, exigence affichée d'une gestion raisonnée des stocks disponibles d'ACT. Il est difficile d'élucider les véritables principes à l'œuvre derrière ces évolutions : quid de la baisse temporaire de l'incidence ? De la demande véritable en matière de prise en charge exprimée et notamment la part de la demande qui excède l'offre ? De la disponibilité des ACT sur les marchés locaux ? de l'activité des CSB auprès des groupes cibles en matière de paludisme ? Des stocks véritables au sein des Phagedis et des possibilités de l'augmenter ?

**Il est souhaité que l'évaluation se penche sur la baisse du nombre des actes de soins et propose des réponses aux questions ci-dessus, dont la liste n'est pas exhaustive. La mission pourra également formuler d'autres questions afin d'enrichir l'interprétation de l'évolution de l'activité curative.**

➡ Q.2.2 : La compréhension de l'organisation, du fonctionnement et des problématiques majeures relevant des systèmes de santé (public et privé) opérant dans les deux pays sera un prérequis indispensable au bon déroulement de la mission d'évaluation. Ce préalable permettra en effet de juger de la pertinence des réponses apportées par le projet et du positionnement adopté dans les différents contextes. Dans les deux configurations, l'ambition est d'améliorer les performances des acteurs institutionnels de santé. Mais alors qu'il s'agit de faciliter l'application d'une politique sectorielle au Malawi, il s'agit de valider un dispositif alternatif et son articulation avec le système à Madagascar **Les évaluateurs devront donc se pencher sur les modalités d'appui aux systèmes de santé pour en étudier la pertinence, juger de leur efficacité et pour proposer des pistes éventuelles d'amélioration.**

**A Madagascar** par exemple, il s'agira de juger de l'efficacité des principaux modes de collaboration avec les SSD : i) créer les conditions d'une autonomie d'approvisionnement lors de suivis mensuels au sein de chaque CSB ii) transférer la responsabilité de l'approvisionnement des agents villageois aux SSD (Phagedis) par l'intermédiaire des Chefs CSB. iii) promouvoir une gestion des intrants indexée sur la demande et non sur l'offre iv) participer aux revues mensuelles dans les locaux des SSD, réaliser des visites conjointes et établir une feuille de route convergente.

**Au Malawi**, au-delà de la relation avec le SSD et des activités de collaboration réalisées, l'évaluation portera également sur la pertinence, la pérennité et l'efficacité de l'appui réalisé au niveau des CSB (réhabilitation ou construction de bâtiment, formation ponctuelle du personnel, donation d'équipement, intervention entre le CSB et les autorités sanitaires, etc.). De nouvelles pistes de soutien aux CSB pourront

être proposées et discutées, comme par exemple un travail sur l'amélioration de la qualité des soins proposées à travers des actions de supervision et formation continue en partenariat avec le SSD.

➔ Q.2.3 : La question de la pérennisation des dispositifs et des stratégies d'appui mis en place est au centre de notre réflexion. A Madagascar comme au Malawi, des interventions sont testées afin d'assurer une forme d'autonomie au système.

**A Madagascar**, il s'agit de sécuriser un mode d'approvisionnement des agents villageois en médicaments à Manakara au travers des filières existantes, et de renforcer leur statut en leur assurant une forme de reconnaissance par les professionnels de santé. Il sera donc demandé à la mission d'évaluation de **donner un avis sur les mécanismes mis en œuvre à Manakara pour assurer la persistance des dispositifs d'accès aux traitements de proximité**. Quel est le niveau d'autonomie : des ASV dans leur mission de pourvoyeurs de soins ? des ASV médiateurs dans leur rôle de facilitateurs des réunions mensuelles dans les CSB ? du système d'approvisionnement plus généralement, incluant le personnel des CSB et les acteurs des SSD ? En proposant une analyse risques/bénéfices des orientations prises en matière de circuit d'approvisionnement, quels modèles alternatifs pourraient répondre aux enjeux de la viabilité des services de santé de proximité ?

**Au Malawi**, l'intervention vise à appuyer et renforcer les ASG. L'évaluation devra ainsi s'attarder :

1. Sur les limites constatées dans le soutien réalisable par le programme aux ASG et sur les résultats obtenus jusqu'à aujourd'hui dans l'amélioration de leurs activités (au niveau préventif à travers la sensibilisation des communautés, et au niveau curatif avec la mise en place des cliniques villageoises). Les ASG font en effet partie du système de santé et sont gérés par le SSD, mais leur mission n'est à l'heure actuelle que pas ou partiellement remplie. Les causes sont multiples : manque de motivation des ASG, absence de suivi de la part du SSD, mobilisation des ASG sur divers programmes verticaux, peu de volonté politique à tous niveaux du système de santé de voir accomplie la mission initiale des ASG. En tant que programme d'ONG, nous avons malheureusement peu de marge de manœuvre sur ces causes, et il convient à la mission d'évaluation de faire le bilan de nos efforts sur les ASG : mise en place de binôme entre un ASG et un facilitateur Inter Aide pour les seconder et les encourager à réaliser leur tâches, soutien au déménagement des ASG sur leur zone de travail attribuée (selon la politique nationale), formation ponctuelle, réunions de planning mensuel, dotations en équipement (lampes, vélos, etc.), amélioration de leur approvisionnement, etc.
2. Sur la capacité des acteurs de santé à prendre le relais des dispositifs de supervision et de sensibilisation actuellement mis en place par le programme (avec une participation relative des ASG), s'ils sont validés et jugés appropriés par la mission. Qu'en est-il de la faisabilité et de l'acceptabilité du transfert attendu des activités aux institutions de santé ainsi que leur reproduction (sur les différents aspects financiers, techniques et humains) ? La mission pourra ainsi s'appuyer sur l'expérience de Katchale, d'où les équipes Inter Aide se sont retirées depuis un an et où l'enquête de fin de projet sera réalisée en mars 2017.
3. Sur certaines pistes d'améliorations actuellement envisagées par le programme, comme la mise en place d'un soutien accru aux comités de santé villageois pour la tenue des activités de changement de comportement et de suivi des communautés (en tant qu'acteur potentiellement plus pérenne que les niveaux supérieurs du système de santé, comme les ASG), ou encore l'implication d'autres autorités, comme les autorités traditionnelles civiles, pour soutenir ces activités de santé, dans un contexte où les autorités sanitaires sont défaillantes.

#### 4- Approche méthodologique indicative

Cette évaluation se passera dans deux cadres opérationnels distincts : Madagascar et le Malawi. L'évaluation reposera sur :

- l'étude détaillée des documents disponibles à travers les rapports d'activités, les rapports de mission des chefs de secteurs, les données d'enquêtes et globalement tout le système édifié dans le cadre informatif du projet.
- Elle s'appuiera sur des entretiens avec les différents acteurs du projet : les équipes d'Inter Aide, les bénéficiaires directs, les autorités locales et institutionnelles, les professionnels de santé (médecin inspecteur de district, chefs CSB, dispensateurs....) les acteurs villageois impliqués à un degré ou à un autre dans le projet.
- Elle s'articulera autour de discussions avec les responsables de projet à Manakara, Farafangana, Phalombe, Lilongwe, les Chefs de secteur et le Référent Santé à Versailles.
- Elle se fondera enfin sur les éléments retirés de multiples visites de terrain incluant des CSB, des centres de santé, les cliniques villageoises, les maires des collectivités....
- Les sites concernés par ces visites devraient, pour des raisons de représentativité, être choisis de façon aléatoire, mais la spécificité des questions évaluatives favorisera inévitablement la sélection de certaines zones particulières.

#### 4. LIVRABLES ATTENDUS

Les produits attendus dans le cadre de cette évaluation **seront rédigés en français** et sont les suivants:

- Une **note de cadrage**, présentée avant le départ sur le terrain, relatera les premières investigations effectuées par l'équipe d'évaluateurs à partir des lectures documentaires et des entretiens réalisés en France. Elle présentera les questions et hypothèses appuyant le travail sur le terrain, ainsi que la méthodologie d'évaluation proposée pour les phases suivantes de l'évaluation.
- Le support utilisé pour les restitutions dans chacun des pays (en anglais au Malawi et en français à Madagascar) comportant les premiers éléments d'analyse ;
- Un **rapport provisoire**, sera remis à Inter Aide et fera l'objet d'une **restitution** à Versailles.
- Un **rapport final (50 pages maximum, hors annexes)** faisant suite aux remarques d'Inter Aide sera produit. Les droits moraux et patrimoniaux des consultants appartiendront à Inter Aide.

Ce rapport comprendra :

- une **partie principale** qui traitera :
  - des résultats obtenus par le projet, détaillés et mis en regard avec les objectifs du projet
  - des perspectives et des recommandations, avec des propositions concrètes et des propositions stratégiques.

selon les objectifs définis dans le paragraphe 2.

- un **corps d'annexes** qui reprendra les tableaux et données factuelles nécessaires à une meilleure compréhension de l'information développée dans le rapport principal.
- une **synthèse (10 pages maximum)** qui comportera :
  - un état des lieux,

- une synthèse des résultats obtenus, des principaux constats ou conclusions majeures sur la base des attentes exprimées dans ces termes de référence,
- les recommandations des évaluateurs.

**Cette synthèse sera rédigée aussi en anglais.**

Une version électronique des documents sera systématiquement jointe aux versions papier.

## **5. MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS**

### **1- Equipe de l'évaluation**

Il est fait appel à des consultants disposant d'une expérience et d'une expertise confirmée en santé publique. Idéalement, un binôme d'évaluateurs conduira la mission dans chaque pays, composé d'un évaluateur expatrié et d'un évaluateur autochtone.

L'expertise recherchée pour **le responsable de l'évaluation**, est la suivante :

- ☞ Professionnel de la santé, gestionnaire de projet de santé publique ou économiste de la santé disposant si possible d'une formation de base en statistiques médicales ou en épidémiologie formelle ou acquise par l'expérience.
- ☞ Doté d'une expérience antérieure dans le domaine du développement rural: conduite et gestion de projet, conception, suivi et/ou évaluation d'actions de santé...
- ☞ Ayant une compétence éprouvée dans l'analyse des systèmes et institutions de santé
- ☞ Disposant d'une qualité d'écoute et de bonnes capacités relationnelles ainsi que d'une maîtrise de l'anglais
- ☞ Une connaissance antérieure des pays cibles est souhaitable mais non exigée.

**Le choix se fera sur la base d'un appel d'offres international.**

Les propositions des consultants intéressés par la présente évaluation devront inclure :

- Une proposition technique présentant la compréhension des enjeux de cette évaluation et des termes de références, et la méthode d'évaluation proposée;
- Une proposition financière (faisant apparaître la TVA sur une ligne séparée) ;
- Le CV des consultants : formation, expertises et expériences dans les champs couverts par le projet et dans ce type d'action, ainsi que d'éventuelles références.

### **2- Budget prévu et durée de l'évaluation**

Nous prévoyons 31 jours de mission.

Les offres financières s'élèveront à un montant total maximum de 30 000 € TTC.

Le devis du prestataire sera composé de deux parties :

1. Des frais remboursable par Inter Aide sur présentation des justificatifs par le prestataire,
2. Des honoraires avec le montant HT et la TVA apparaissant séparément.

La TVA sera acquittée par le prestataire s'il est établi en France (ou assujetti à la TVA en France), ou par Inter Aide dans le cas contraire, conformément à la directive 2008/9/CE du 12 février 2008 relative au lieu des prestations de services : nouvelles règles d'imposition.

Le devis du prestataire inclura les honoraires, les per diem (pour l'hébergement et la nourriture), les déplacements (internationaux et en France), et les frais divers (interprète, restitution/reproduction/diffusion). Inter Aide mettra un de ses véhicules à disposition, et prendra à sa charge les frais liés à l'utilisation d'un véhicule Inter Aide.

Les équipes d'Inter Aide dans chaque pays assureront si nécessaire, l'organisation logistique locale liée au bon déroulement de l'évaluation (prise de rendez-vous, réservations de l'hébergement, facilitation et réservation des transports locaux le cas échéant...).

### **Durée de l'évaluation :**

- Consultation de la base documentaire : 2 jours
- Réunion de cadrage : 1 jour
- Note d'étape ou Note de cadrage : 1 jour de rédaction
- Mission et restitution sur le terrain : 10 jours à Madagascar et 10 jours au Malawi
- Rapport provisoire : 5 jours
- Réunion de restitution à Versailles sur la base du rapport provisoire : 1 jour
- Rapport final : 2 jours

**Total : 32 jours**

## **6. CALENDRIER PREVISIONNEL**

Le calendrier prévisionnel de l'évaluation est le suivant (**dates au plus tard**) :

<b>Mercredi 1<sup>er</sup> mars</b>	Publication de l'offre
<b>Dimanche 2 avril</b>	Date limite de réception des offres
<b>Vendredi 7 avril</b>	Choix de l'évaluateur
<b>Jusqu'à la réunion de cadrage</b>	Analyse de la documentation par l'équipe d'évaluateurs retenue
<b>Semaine du 17 avril</b>	Réunion de cadrage avec l'équipe d'évaluateurs
<b>Lundi 24 avril</b>	Remise de la note de cadrage
<b>Entre fin avril et mi-mai</b>	Mission de terrain (10 jours à Madagascar, 10 jours au Malawi)
<b>Fin mai</b>	Remise du rapport provisoire
<b>Jeudi 1<sup>er</sup> juin</b>	Restitution du rapport provisoire à Versailles
<b>Semaine du 6 juin</b>	Remise du rapport final

## **7. MODALITES DE CANDIDATURE**

Veuillez adresser votre message de manifestation d'intérêt au plus tôt, et votre offre **le 2 avril 2017 au plus tard**, à l'adresse [interaide@interaide.org](mailto:interaide@interaide.org) en précisant l'objet « EVAL/SANTE/INTERAIDE ».

Le document de projet déposé à l'AFD pourra être fourni aux candidats sur demande.

De plus, une base documentaire sera mise à disposition pour l'équipe de candidats retenue

## ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE

### Projet : Réduction durable de la mortalité infanto-juvénile en zones rurales isolées à Madagascar et au Malawi

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
<b>Objectif Globaux</b>			
Contribuer à l'amélioration de : - la situation sanitaire des populations rurales - l'efficacité et la qualité de l'offre de santé. - la situation socio-économique des familles rurales vulnérables.	- Indicateurs sanitaires des Districts	Rapport annuel des Districts Enquêtes nationales	Pas d'épidémie spécifique de longue durée Contexte politique stable
<b>Objectif Spécifique</b>			
La mortalité infanto-juvénile des populations rurales des districts ciblés est durablement réduite	- le taux de mortalité infanto-juvénile décroît de 25% la première année avec une poursuite tendancielle à la baisse les années suivantes. - La prévalence des fièvres et des diarrhées recule de 30%.	Enquêtes	Sécurité alimentaire correcte. Collaboration avec les centres de santé
<b>Résultats attendus</b>			
Les capacités des familles à identifier les pathologies dominantes chez les enfants de moins de 5 ans, à prévenir leur survenue et à rechercher les soins appropriés en cas d'épisode aigu sont durablement renforcées	- 15 400 mères d'enfants de moins de 5 ans sont impliquées aux modules de formation - Le taux d'adoption des pratiques de prévention clefs progresse avec notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un taux de latrinsation atteint 50 à 70% dans les groupes cibles au Malawi et de 30% à Madagascar.</li> <li>○ Un indice d'équipement en moustiquaires dépasse 90% des effectifs des groupes vulnérables</li> </ul> - La demande de soins mesurée localement dépasse celle enregistrée dans les formations sanitaires pour les mêmes pathologies.	Base de données projet Enquêtes	Sécurité dans es zones ciblées Absence de conflit majeur dans les villages concernés Capacités et liberté d'action des comités Participation des bénéficiaires et des autorités traditionnelles

<p>- Les capacités de prise en charge locales sont durablement renforcées par l'action sur l'offre de soins</p>	<p>- Le taux de consultation pour les pathologies prédatrices est supérieur à 1 pour les enfants de moins de 5 ans.</p> <p>A Madagascar :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre consolidé de traitements prescrits est 2 fois supérieur à celui observé dans les CSB.</li> <li>- 95% des épisodes pris en charge sont jugulés.</li> <li>- 50% des CSB du district de Manakara ont un dispositif d'approvisionnement autonome des ASV.</li> </ul> <p>Au Malawi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de la proportion d'enfants malades pris en charge dans une clinique villageoise (passage de 10% à 50% dans le district de Lilongwe)</li> </ul>	<p>Base de données Projet.</p> <p>Rapport d'activité des agents aux CSB.</p> <p>Base de données Projet et apport d'activité des agents aux CSB.</p> <p>Rapports d'activité des Districts</p>	
---	---	--	--

Activités :	Moyens Requis :	Sources et moyens de vérification:	Hypothèses
<p><b>A 1. Agir sur la demande de soins en renforçant les connaissances et les comportements des familles</b></p> <p>1.1 Réaliser des enquêtes et évaluer l'impact</p> <p>1.2 Sélectionner les villages, restituer les résultats, présenter le projet</p> <p>1.3 Sensibilisation, éducation et promotion des moyens de prévention auprès des communautés</p> <p>1.4 Favoriser l'émergence d'acteurs villageois, les former puis les accompagner dans leur rôle</p> <p><b>A 2. Agir sur l'offre de soins en facilitant l'accès aux traitements essentiels et en améliorant les capacités de prise en charge locale.</b></p> <p>2.1 Mettre en place une démarche partenariale avec les services de santé partenaires</p> <p>2.2 Mettre en place un réseau d'acteurs pourvoyeurs de soins</p> <p>2.3 Mettre en place les mécanismes permettant d'assurer la disponibilité continue et locale des traitements</p> <p>2.4 Appuyer le personnel des CSB</p>	<p><b>Ressources humaines</b></p> <p><u>Pour les deux pays</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 responsables de projets</li> <li>- Appui de 2 responsables de secteurs géographiques et 1 responsable national au Malawi</li> <li>- Personnel d'encadrement</li> <li>- Animateurs</li> <li>- Équipe de soutien technique et administrative (chauffeurs, gardiens, logisticiens...)</li> </ul> <p><b>Ressources matérielles</b></p> <p><u>Pour l'ensemble des 2 pays</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 motos, (achat de 8 motos prévu)</li> <li>- 4 véhicules</li> <li>- Matériel pédagogique pour les formations</li> <li>- Fournitures et outils pour les enquêteurs</li> <li>- Matériel de santé (médicaments) et moustiquaires imprégnées</li> <li>- Matériaux de constructions de latrines</li> <li>- Equipements pour les pharmacies villageoises</li> <li>- Equipement du personnel de terrain (bottes, vêtements de pluie, sacs...)</li> </ul>	<p><b>Coût total prévu de l'action 1 404 527 EUR</b></p> <p><i>Réparti en :</i></p> <p>Ressources humaines : 644 053 EUR</p> <p>Investissement immobilier et technique, matériel, fournitures, études et formations : 375 426 EUR</p> <p>Suivi et coordination : 210 230 EUR</p> <p>Autres coûts, services (dont évaluation externe): 82 933 EUR</p> <p>Coûts administratifs : 91 885 EUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence d'obstacles techniques naturels à la réalisation des projets</li> <li>▪ Disponibilités financières</li> <li>▪ Autorisation d'action dans les zones ciblées.</li> </ul>

