

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

Convention n° : CZZ 2317 01 A

Période de réalisation : juin 2017 – mai 2020

Termes de référence pour l'évaluation finale



Janvier 2020

1. BREVE DESCRIPTION D'INTER AIDE

Créée en 1980, Inter Aide (IA) 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 en zone rurale, répartis dans six pays : Haïti, Ethiopie, Madagascar, Sierra Leone, Malawi et Mozambique. Les thématiques abordées l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, l'agriculture, la santé communautaire et l'appui aux écoles primaires. Les méthodes et pratiques sont capitalisées et partagées à travers le réseau Pratiques www.interaide.org/pratiques/.

2. DESCRIPTION DU PROJET

1. Fiche résumé

Nom de l'association	Inter Aide - www.interaide.org
Intitulé du projet	Réduction durable de la mortalité infanto-juvénile en zones rurales isolées à Madagascar et au Malawi
Lieux d'intervention	Madagascar : Manakara, Farafangana et Vohipeno Malawi : Lilongwe et Phalombe
Thématique	Santé infanto-juvénile en milieu rural
Principaux financeurs	AFD, Fondations d'entreprises, Inter Aide
Durée totale du programme	3 ans

Présentation synthétique du projet

La vulnérabilité des populations rurales à Madagascar et au Malawi est telle que 100 à 200 enfants sur 1000 y mourront avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Pour réduire cette mortalité, le projet s'appuie sur une stratégie éprouvée d'amélioration de la demande et de l'offre de soin. En sensibilisant les communautés à la prévention des principales pathologies de l'enfant, en formant ou appuyant des réseaux de soins de proximité et en collaborant avec les systèmes de santé pour institutionnaliser ces méthodes, le projet contribue significativement à l'amélioration de la situation sanitaire des populations.

Groupes cibles	<p>Bénéficiaires indirects sur 3 ans : 163 000 familles (108 000 à Madagascar et 55 000 au Malawi), soit 808 000 personnes (541 000 à Madagascar et 267 000 au Malawi) vivent dans les zones où les activités de sensibilisation et d'amélioration de l'offre de soin ont lieu.</p> <p>Bénéficiaires directs sur 3 ans : 120 000 personnes issues de 65 000 familles participent aux sessions de sensibilisations (27 000 personnes à Madagascar et 93 000 au Malawi). 120 000 enfants de moins de 5 ans ont accès à des soins grâce au projet. 1 500 agents de santé villageois (ASV) à Madagascar, 95 agents de santé gouvernementaux (ASG) au Malawi, et 2 800 membres de comités de santé villageois (CSV) au Malawi sont formés et accompagnés.</p>
-----------------------	--

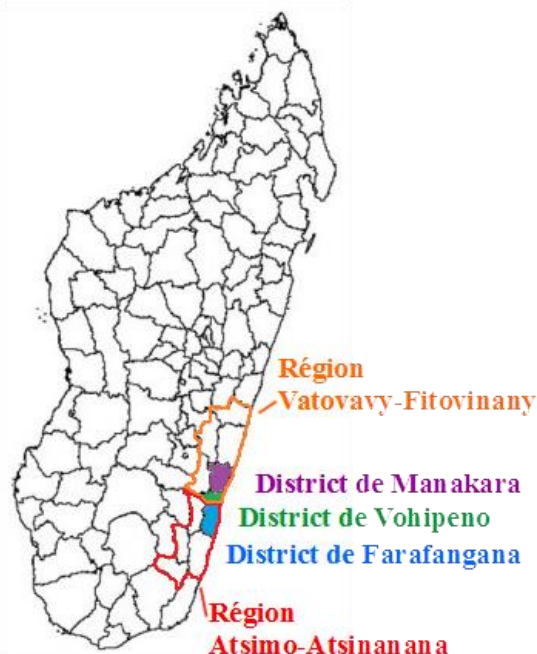
2. Zones couvertes : contexte sociogéographique et historique du projet

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 poursuit 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 de proximité, à impliquer les systèmes de santé existants dans l’appui à un mécanisme décentralisé d’accès aux médicaments essentiels.**

À Madagascar, les districts de Farafangana, Vohipeno et Manakara, dont la population totale d’environ 800 000 habitants (dont de 700 000 habitants hors chefs-lieux), sont situés sur la côte sud-est (voir la carte ci-contre), avec les densités de peuplement rural les plus fortes de l’île (100 habitants par kilomètres-carrés environ, pour une moyenne nationale de 30).

Les régions **Atsimo-Atsinanana** (district de Farafangana) et **Vatovavy-Fitovinany** (districts de Manakara et Vohipeno) **font partie des zones les plus défavorisées du pays**, en termes de développement humain. Le climat y est tropical chaud et humide avec une alternance brutale de périodes sèches et d’inondations. La sécurité alimentaire de cette région d’économie rurale presque exclusive est globalement précaire ce qui favorise le développement des endémies. La zone côtière relève des formes 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).



Les défaillances tant dans l’offre que dans la demande de soins font le lit d’une mortalité très élevée, mesurée par Inter Aide autour de 250‰ à Farafangana (pour une moyenne nationale établie à 55‰) alors qu’elle a très sensiblement reflué à Manakara, grâce en partie à l’action du projet (69‰). Le projet se déploie dans le district de Vohipeno depuis 2018, comme prévu au lancement de ce cycle.

Le présent projet résulte de plus de 20 années d’évolution de la stratégie d’Inter Aide en santé communautaire. Historiquement, le premier des défis fut de s’attaquer à l’hyper mortalité infanto-juvénile des zones enclavées. Celle-ci est la conséquence des conditions d’existence des populations vulnérables, **en termes de statut socio-économique, d’exposition aux risques et d’accès aux soins de base**. En se concentrant sur quelques pathologies dominantes comme le paludisme et les diarrhées, en agissant à la fois sur la sensibilisation à la prévention auprès des familles, et à la prise en charge rapide par un système de soin accessible, le projet a démontré une efficacité remarquable dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile. À Madagascar, ce taux est ainsi passé de 180 à 70‰ à Manakara, et de 250 à 160‰ à Farafangana.

Le **Malawi**, avec plus de 18 millions d’habitants vivant sur un territoire très restreint, se caractérise par une **très forte densité de population**, atteignant 300 habitants par kilomètres carrés dans certaines de zones du projet. Malgré une stabilité politique durable, ce pays demeure l’un des moins développés au monde, et se classe 171^{ème} sur 189 pays d’après l’Indice de Développement Humain (2015). Plus de 70% de la population vit avec moins de 1,1 euro par jour (seuil de pauvreté international), et seulement 61% des malawites savent lire.

De nombreuses zones sont difficiles d’accès pendant la saison des pluies (de janvier à fin mars), période correspondant au pic de morbidité lié au paludisme. 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.

Malgré d'importants efforts réalisés en termes de santé infantile (réduction du taux de mortalité au niveau national de 245 à 68 décès pour 1000 naissances en l'espace de 25 ans), il subsiste de grandes disparités, notamment en défaveur des zones rurales d'intervention du projet (et où le taux de mortalité infantile se situe plutôt entre 80 et 150‰ selon les enquêtes réalisées par Inter Aide). Les causes principales de cette mortalité au niveau national sont le paludisme (14% des décès), les infections respiratoires (13%), les causes péri et néonatales (17%) et les diarrhées (7%).

Inter Aide cible les zones rurales des districts de Lilongwe dans le centre et de Phalombe dans le sud-est du pays (cf. carte ci-contre). La population totale couverte par le projet au démarrage de cette phase était de **140 000 habitants** et correspondait à la population de quatre Centres de Santé de Base : les Centres de Santé de Base (CSB) de Maluwa et Dickson à Lilongwe, et de Nambazo et Kalinde à Phalombe, où se déroulaient les activités à la fin du précédent cycle de projet 2014-2017). Selon le déroulement du projet prévu dans ce 3^{ème} cycle, le projet devait couvrir environ **267 000 personnes jusqu'en 2020**.

En se concentrant sur quelques pathologies dominantes comme le paludisme et les diarrhées, en agissant à la fois sur la sensibilisation à la prévention auprès des familles, et à la prise en charge rapide par un système de soin accessible, le projet vise une réduction de la mortalité infanto-juvénile. **Au Malawi**, pour agir sur la mortalité néonatale dont la part dans la mortalité des moins de 5 ans augmente, des notions de santé materno-infantile ont été introduites dans cette activité de sensibilisation, à travers des thèmes comme le planning familial, le suivi médical des grossesses, l'accouchement au centre de santé, et le suivi post-natal



3. Environnement institutionnel

Madagascar compte environ 24 millions d'habitants dont 40% de moins de 15 ans. C'est le seul pays africain qui a connu une baisse du PIB/hab. de près de 45% en 30 ans. La clef de cet appauvrissement réside probablement dans un taux de croissance démographique naturel élevé, mesuré à 2.6%, mais également dans des fondements spécifiques à la situation politique, sociale, culturelle, et économique de l'île : une société civile très peu politisée, peu associative, sans réelle influence sur les logiques de transmission du pouvoir et une élite économique très resserrée font partie des facteurs contrariant un développement économique inclusif. Néanmoins, suite aux dernières élections présidentielles de fin 2018 qui se sont déroulées sans incident majeur, on peut considérer que la page de la crise politique de 2009 -qui hantait encore le pays- est désormais tournée. Néanmoins, les objectifs du projet porté par le gouvernement actuel « initiative pour une émergence de Madagascar » peineront sans doute à être atteints. L'inefficacité des institutions malgaches, l'isolement physique et politique des populations rurales, l'étroitesse de la base de l'élite malgache ainsi qu'une très forte hérédité sociale, font le lit d'un niveau de corruption généralisée et de logiques prédatrices des ressources naturelles pesant sur le pays et ses habitants.

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 cycle projet précédent (2014-2017) 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 du présent cycle 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. Après avoir travaillé avec ceux de Manakara et Farafangana pendant plusieurs années, le projet a établi une relation nouvelle avec les SSD de Vohipeno depuis 2017. Les rapports au sein de chaque district sont différents et riches d'enseignements.

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 des enfants de moins de 5 ans 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 20.000 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 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 entre 7 et 20 ASG par centre (1 pour 2500 habitants en moyenne). 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 (qui, manquant cruellement de personnel, comptent également sur leur présence). 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 (mais intégré au système de santé public). 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 directives communautaires (*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. Approche stratégique

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 était 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 (mort-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 intègre de plus en plus les questions de mortalité materno-infantile au Malawi, en réponse à la part croissante de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile.

- **Le statut socio-économique.** La mortalité des moins de 5 ans est conditionnée par un certain nombre de variables, souvent d'ailleurs étroitement interdépendante, 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) et 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 lié 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 elle seules la majorité des causes de décès des moins de 5 ans sur la côte est de Madagascar et dans les zones rurales reculées 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, continuellement accessible et à très faible coût peut permettre de réduire efficacement les taux de morbi-mortalité infanto-juvénile.

Par ailleurs, 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 épidémiocentrique 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.

Sur cette base stratégique, le projet s'est développé au Malawi avec un certain nombre d'adaptations par rapport à la version malgache, liée au contexte local. En effet, la mortalité infantile initiale est légèrement plus faible au Malawi et la distribution des déterminants de cette mortalité est donc différente, avec un poids plus important des décès lors du premier mois de vie de l'enfant. Les activités tant sur l'offre que la demande de soins intègrent donc des éléments de santé materno-infantile au Malawi (sensibilisation sur le suivi de la grossesse, l'accouchement institutionnel et le planning familial et appui de ces services dans les structures soutenues). Le système de santé quant à lui, bien que souffrant de défaillances similaires (manque de ressources humaines, de médicaments et équipements, déficit d'image auprès des usagers lié à l'attitude du personnel soignant notamment), présente quelques particularités : centres de santé généralement surchargés de patients (en lien avec un accès géographique plus facile au Malawi qu'à Madagascar), soins communautaires intégrés dans la pyramide sanitaire et confiés à des agents fonctionnaires rémunérés. L'appui au système de soins dans ce contexte se concentre donc sur 2 échelons : le CSB et le niveau communautaire.

b. Objectifs de ce cycle projet (2017-2020)

Objectif global

L'action du projet va **contribuer à l'amélioration durable de la situation sanitaire et socio-économique des populations rurales ciblées.**

Objectifs spécifiques

Le projet cherche spécifiquement à **réduire durablement la mortalité infanto-juvénile dans les populations rurales des districts ciblés**, à travers les sous-objectifs spécifiques suivants :

- 1- Améliorer les connaissances et pratiques liées à la santé dans les familles rurales bénéficiaires (demande)
- 2- Augmenter l'accès à des services de santé de qualité (offre)
- 3- Pérenniser les mécanismes mis en place dans le développement de la demande et de l'offre de soin

L'accomplissement de ces objectifs sera mesuré contre les valeurs cibles des indicateurs suivants :

- 4- Le taux de mortalité infanto-juvénile décroît de 25% la première année avec une poursuite tendancielle à la baisse les années suivantes.
- 5- La prévalence des fièvres et des diarrhées recule de 30%.
- 6- Le nombre de consultations externes par un personnel de santé qualifié par enfant et par an est supérieur à 1.
- 7- L'amélioration des comportements sanitaires des communautés et l'augmentation des actes médicaux sont maintenues plusieurs années après le départ des équipes projet.

Voir cadre logique en annexe 1.

5. Résultats attendus, activités prévues et indicateurs proposés

Résultat 1 : Les familles adoptent des conduites appropriées dans la prévention des pathologies dominantes de l'enfant et dans la recherche de soins qualifiés.

Le projet met en œuvre une palette d'activités centrées sur la sensibilisation, l'accès à l'information et la communication sur les aspects primordiaux en matière de santé infantile. Cette dimension inclut la connaissance et l'utilisation des moyens de prévention, la reconnaissance des symptômes, la conduite à tenir en cas d'épisodes critiques, le traitement et les acteurs de l'offre de soins : boutiquiers, guérisseurs, agents de santé, CSB. Au Malawi, pour agir sur la mortalité néonatale dont la part dans la mortalité des moins de 5 ans augmente, des notions de santé materno-infantile ont été introduites dans cette activité de sensibilisation, comme le planning familial, le suivi médical des grossesses, l'accouchement au centre de santé, et le suivi post-natal.

Indicateurs du résultat 1 :

Indicateur d'activité	Le nombre de personnes participant à une ou plusieurs sessions de sensibilisations sur 3 ans est de 120 000 personnes (27 000 mères à Madagascar et 93 000 personnes au Malawi).
Indicateur de résultat	Le taux d'adoption des pratiques recommandées, notamment de prévention, progresse significativement dans chaque zone du projet : <ul style="list-style-type: none">- La proportion des foyers équipés d'une latrine dans les villages ciblés atteint 50% à Madagascar, et plus de 75% au Malawi.- La proportion des foyers utilisant au moins une moustiquaire dans les villages ciblés atteint 90% à Madagascar, et plus de 75% au Malawi.
Indicateur de résultat	La demande de soins cumulée (centre de santé et agents de santé communautaires) augmente de 25% à Madagascar et au Malawi.
Indicateur d'activité	<i>1 400 membres de comités de santé villageois sont soutenus chaque année au Malawi.</i>

Résultat 2 : Les capacités de prise en charge médicales précoces sont durablement renforcées.

L'action sur l'offre projetée de créer ou consolider le dispositif de soins de proximité porté par des agents villageois (Madagascar) ou des agents gouvernementaux dans les cliniques villageoises (Malawi). L'idée centrale est de rapprocher l'offre de la demande et donc de permettre l'expression de la demande latente, qui ne se manifeste pas auprès des CSB. Cependant, parce que le nombre de cliniques villageoises est limité au Malawi et ne peut être augmenté sous l'impulsion seule d'IA, le projet travaille également à l'augmentation

et l'amélioration des soins prodigués au niveau des CSB ciblés, qui demeurent un vecteur majeur de l'offre de soin.

Indicateurs du résultat 2 :

À Madagascar :

Indicateur de résultat *Le nombre de consultations réalisées par l'ensemble des agents de santé villageois représente 75% des consultations totales des enfants de moins de 5 ans (cumul des centres de santé de base et agents de santé villageois), alors que le nombre de consultations aux centres de santé de base ne diminue pas.*

Au Malawi :

Indicateur de résultat *Les cliniques villageoises ouvrent plus fréquemment et plus régulièrement.*

Indicateur de résultat *Le pourcentage d'accouchements au centre de santé atteint 95%.*

Résultat 3 : *À Madagascar, l'institutionnalisation des soins de proximité permet une pérennisation et un passage à l'échelle des dispositifs communautaires. Au Malawi, les actions de sensibilisation des populations et les soins de proximité sont mis en place de manière pérenne par des acteurs externes au projet (institutionnels et communautaires).*

Dans ce troisième cycle de projet, la question de la pérennisation des actions et résultats, et de la stratégie de sortie d'Inter Aide va être centrale, bien que différemment abordée à Madagascar et au Malawi (voir § 9). L'appui aux institutions de santé est donc indispensable dans plusieurs domaines :

- 8- **à Madagascar :** l'aménagement de la politique nationale pour améliorer l'applicabilité de certaines directives (comme le format des rapports), la gestion et la gouvernance de l'interface CSB / agent de santé, la pérennisation des mécanismes d'approvisionnement en traitement des agents communautaires, l'adoption d'une logique d'approvisionnement fondée sur les besoins réels, le plaidoyer à l'adresse du Ministère afin d'accroître les quantités d'intrants livrés
- 9- **au Malawi :** le renforcement des structures de soin (CSB et cliniques villageoises) mais également la pérennisation des actions de sensibilisation et le maintien dans le temps des bonnes pratiques communautaires.

Indicateurs du résultat 3 :

À Madagascar :

Indicateur de résultat *Le pourcentage de CSB où un dispositif autonome permet aux ASV de recevoir les quantités d'intrants requises (tests et traitements) atteint 50% à Manakara et 25% à Farafangana et Vohipeno.*

Au Malawi :

Indicateur d'activité *Les agents de santé communautaire gouvernementaux et les comités de santé villageois participent à plus de 75% des activités préventives et/ou curatives réalisées.*

6. Bénéficiaires prévus

Les **bénéficiaires indirects** attendus sont les familles des communautés rurales ciblées : sur 3 ans, **163 000 familles** (108 000 à Madagascar et 55 000 au Malawi), **soit 808 000 personnes** (541 000 à Madagascar et 267 000 au Malawi), comme indiqué dans la table ci-dessous. Ces personnes bénéficient de l'amélioration des comportements sanitaires dans leur village, et de l'accès à des soins de proximité.

Bénéficiaires indirects	1 ^{ère} année		Total estimé sur 3 ans	
	Personnes	Familles	Personnes	Familles
Madagascar¹	416 000	83 000	541 000	108 000
District de Manakara (45 communes)	216 000	43 000	229 000 ³	46 000 ³
District de	200 000	40 000	212 000 ³	42 000 ³

Farafangana (25 communes)				
District de Vohipeno (17 communes)	0 ⁴	0	100 000 ⁴	20 000 ⁴
Malawi²	140 000	30 000	267 000⁵	55 000⁵
District de Lilongwe	62 745	14 641	<i>Rotation des CSB :</i>	
CSB de Maluwa	19 229	4446	<i>CSB de Maluwa jusqu'en octobre 2017</i>	
CSB de Dickson	43 516	10195	<i>CSB de Dickson jusqu'en février 2019</i>	
District de Phalombe	77 602	14 968	<i>Rotation des CSB (cf. annexe 10) :</i>	
CSB de Nambazo	44 494	8124	<i>CSB de Nambazo jusqu'en décembre 2017</i>	
CSB de Kalinde	33 108	6844	<i>CSB de Kalinde jusqu'en janvier 2019</i>	
Total multi-pays	556 000	113 000	808 000	163 000

Bénéficiaires indirects du projet

¹ À Madagascar, sont considérées comme bénéficiaires indirects la totalité des familles des communes ciblées qui ont un enfant de moins de 5 ans, soit 80% des familles.

² Au Malawi, l'ensemble des familles est considéré comme bénéficiaire car l'ensemble des membres bénéficie de la sensibilisation et de l'accès au CSB soutenus par le projet.

³ Augmentation due à l'accroissement naturel de la population

⁴ L'action démarrera en fin d'année 1 dans le district de Vohipeno.

⁵ Basé sur une estimation moyenne de la population des 4 prochains CSB ciblés au cours du cycle

Les bénéficiaires directs sont détaillés dans la table 2 ci-dessous.

Bénéficiaires directs	1 ^{ère} année		Total estimé sur 3 ans		
	Madagascar	Malawi	Madagascar	Malawi	TOTAL
Personnes ou familles participant aux sessions de sensibilisation¹	9 000 mères ² 9 000 foyers	49 000 personnes 20 000 foyers	27 000 mères ² 27 000 foyers	93 000 personnes 38 000 foyers	120 000 personnes 65 000 foyers
Enfants de moins de 5 ans ayant accès à des soins grâce au projet¹	62 000 ³	10 000 ⁴	80 000 ³	40 000 ⁴	120 000 enfants
ASV formés et soutenus à Madagascar	1 100	0	1 500	0	1 500 ASV
ASG appuyés au Malawi	0	59 ASG	0	95 ASG	95 ASG
Membres de comités de santé villageois formés et accompagnés au Malawi	0	1 750 membres	0	2 800 membres	2 800 membres
Personnels de santé au niveau CSB au Malawi⁵	0	À déterminer	0	À déterminer	À déterminer

Bénéficiaires directs du projet

¹ Inclus également dans les bénéficiaires indirects

² Sont comptabilisés comme bénéficiaires directs les mères participant aux séances de sensibilisation initiales, et non aux campagnes de rappel (voir la description de l'activité dans la NIONG). Les membres de leur foyer bénéficient indirectement de l'amélioration des connaissances de la mère.

³ Enfants traités une ou plusieurs fois par tous les ASV de Madagascar

⁴ Enfants traités dans les cliniques villageoises et les CSB au Malawi sous l'effet de l'augmentation de la fréquentation due au projet.

⁵ Selon l'évolution des discussions avec les SSD, il est possible que des personnels de santé au niveau des CSB bénéficient de formation de la part du projet au Malawi.

7. Résultats

Il est trop tôt dans le calendrier du cycle projet encore en cours à l'heure où nous écrivons ces termes de référence, 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 (première tranche du cycle), la mission d'évaluation se référera 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

4 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 Consulting¹ en novembre 2007 à Manakara
- ⇒ Une évaluation ex post conduite par l'AFD² en 2010 dans le cadre d'une prestation plus large incluant 15 projets à Madagascar.
- ⇒ Evaluation finale de la première phase (2011-2014) du projet Inter Aide à Madagascar et au Malawi (mai-juin 2014). Véronique Pomatto
- ⇒ Evaluation finale de la seconde phase (2014-2017) du projet Inter Aide à Madagascar et au Malawi (avril-mai 2017). Xavier Vallès

¹ *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)*

² *Évaluation 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 (2017-2020) dont la réalisation est demandée par l'AFD. Ce cycle est le troisième et dernier financement de ce type (projet multi pays) que soutiendra par l'AFD. Les projets déployés au Malawi et à Madagascar vont quant à eux continuer leur développement, soutenus par d'autres mécanismes financiers. On considère donc qu'il s'agit d'une évaluation finale au regard du cycle qui s'achève, mais également d'une évaluation intermédiaire à même de donner des éclairages sur la poursuite des projets.

Cette évaluation s'appuiera sur deux autres exercices similaires réalisés en 2014 et 2017, se basant sur des axes d'évaluation proches : validation des résultats obtenus et des instruments de mesure utilisés d'une part, et définition des orientations stratégiques futures dans l'optique de la pérennisation de ces résultats d'autre part. Cette dernière notion a d'ailleurs été inscrite dans le cadre logique comme un objectif à part entière dans ce cycle projet. **Nous sommes bien dans l'appréciation finale d'une intervention s'inscrivant dans une vision prospective.**

Une des difficultés 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 sanitaire et institutionnel ne présente pas les mêmes caractéristiques et où l'ancienneté des projets est également composite. Il en va de même au sein de chaque pays : les 3 districts concernés à Madagascar et au Malawi représentent 2 générations de projet distinctes et successives. 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 et les nombreuses inflexions méthodologiques qui ont été apportées dans le déroulement du projet rendent très difficile toute approche complète et totalisante.

Il y aura bien entendu une dimension de validation des résultats obtenus des 3 dernières années, mais également un axe d'analyse des stratégies existantes visant, d'une part à définir un modèle opérationnel apte à réduire la mortalité infantile dans les différents contextes ciblés et d'autre part, à pérenniser un accès aux soins de proximité pour les populations visées.

2- Objectifs de l'évaluation

Nous souhaitons que cette évaluation se concentre sur les 3 objectifs du programme, et qui peuvent se résumer à :

- 1- un volet opérationnel consacré à la prévention et la demande de soins
Les familles adoptent des conduites appropriées dans la prévention des pathologies dominantes de l'enfant et dans la recherche de soins qualifiés.
- 2- un volet ciblant l'offre de soins
Les capacités de prise en charge médicales précoces sont durablement renforcées.
- 3- un volet visant la pérennisation et/ou l'institutionnalisation des mécanismes mis en place dans les deux premiers volets
*À Madagascar, l'institutionnalisation des soins de proximité permet une pérennisation et un passage à l'échelle des dispositifs communautaires.
Au Malawi, les actions de sensibilisation des populations et les soins de proximité sont mises en place de manière pérenne par des acteurs externes au projet (institutionnels et communautaires).*

Ce dernier sous-objectif a été ajouté à partir de 2017 afin de renforcer cette orientation du projet, et sera donc évalué en tant que tel pour la première fois dans le cadre de cette évaluation ;

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. Cet enjeu recouvre partiellement les 3 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, et d'apprécier les efforts mis en place pour la pérennisation des actions.

- 2- **d'évaluer le modèle stratégique mis en place** pour l'atteinte des objectifs en jeu, tout particulièrement le troisième concernant la durabilité des résultats.

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 (2017-2020) par rapport aux cycles précédents (2011-2017). Le deuxième objectif cherche à jauger de la pertinence des stratégies mises en place sur les 3 volets d'action, et plus particulièrement sur le troisième. Les deux premiers volets sont en effet déployés depuis le premier cycle et sont d'ores et déjà relativement connus, de par l'expérience d'Inter Aide dans leur mise en place de longue date, et de par les deux précédentes évaluations.

De manière transversale, l'évaluation devra s'attacher à comparer chaque conclusion tirée, non seulement par 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

Les questions évaluatives visent à préciser l'objectif 1 et 2 de l'évaluation. Elles sont ici listées de manière exhaustive. Lors de la réunion de cadrage, Inter Aide pourra orienter l'équipe d'évaluation retenue quant à l'importance relative de chaque question. Cette priorisation permettra à la mission d'évaluation de gérer le plus efficacement possible son temps de travail.

a. Questions évaluatives concernant l'objectif 1 (validation des résultats)

➔ 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. **Les résultats concernant l'objectif 3 (pérennisation du projet) étant les plus novateurs et les plus difficiles à mesurer, une attention toute particulière devra leur être portée.** Ceux-ci comprennent les efforts de représentation et de plaidoyer réalisés par Inter Aide au niveau national et dans les districts dans le but d'améliorer l'approvisionnement des ASV.

Les indicateurs renseignés dans les rapports du terrain et dans les rapports transmis à l'AFD sont-ils documentés et avérés, et représentent-ils fidèlement la réalité sur le terrain ?

Où en est le projet par rapport à l'atteinte des objectifs fixés en début de cycle ?

Les moyens mis en œuvre au cours de ce cycle, notamment sur le volet 3 de pérennisation, ont-ils été suffisant et pertinents au regard des objectifs ?

➔ Q.1.2. En lien avec la question 1.1, la mission devra **observer et apprécier les outils de suivi-évaluation** mis en place :

- 1- pour les enquêtes de comportement et de mortalité mises en place, dont les modalités varient grandement d'une zone à l'autre
- 2- pour les grilles d'évaluation des CSB mises en place dans chaque pays dans le cadre de l'objectif 3 du projet (pérennisation)
- 3- pour les données des services de santé soutenus (rapport des CSB du Malawi, registres de consultation des ASV de Madagascar, etc.)
- 4- pour le suivi des activités mises en place par les équipes d'une part (réunions de sensibilisation, formation des ASV, etc.)

Les outils en 1 et 2 sont les plus complexes ou les plus récents et devront faire l'objet de plus d'attention de la part de la mission. Pour information, deux chargées d'appui expatriées ont été envoyées (une dans chaque pays) au cours du cycle, en partie pour travailler sur le suivi-évaluation des projets.

Le suivi-évaluation du projet est-il clair, maîtrisé et efficace ?

Les enquêtes de mortalité, dont le protocole varie d'un pays à l'autre, sont-elles fiables et valides dans le cadre de ce projet ?

Les outils mis en places pour l'évaluation de la performance des CSB sont-ils pertinents ?

Y aurait-il d'autres outils intéressants à développer ou formaliser pour l'évaluation du volet 3 (pérennisation) ?

La collecte de données des services de santé soutenus est un défi pour les équipes (erreurs de calcul, fraude, refus de partager, différences entre les niveaux CSB et SSD, etc.). Quelles améliorations pourraient être envisagées à ce niveau ?

➔ Q.1.3. La mission d'évaluation pourra proposer une interprétation (ou discuter de celle proposée par le terrain) concernant les **résultats obtenus dans le cadre du volet offre**. Plus spécifiquement, la **performance des structures de santé soutenues au Malawi** devra être creusée selon les données disponibles (avant et pendant l'intervention), ainsi que **le nombre de consultations réalisées par les ASV appuyés à Madagascar** (dont les chiffres varient dans le temps et d'un district à l'autre, les baisses étant généralement attribuées aux problèmes d'approvisionnement du système public).

Quelle est la part attribuée au projet dans les chiffres de fréquentation des CSB et des cliniques villageoises du Malawi ? Quels autres facteurs peuvent expliquer les résultats obtenus (fermeture ponctuelle des services pour de multiples raisons, présence d'autres acteurs, présence ou absence d'infrastructure, etc.) ? Quelles recommandations peuvent en être tirées ?

L'interprétation du projet dans les variations dans le nombre de consultations réalisées par les ASV dans les différents districts ? Dans la proportion des consultations réalisées au CSB et chez les ASV ? Peut-elle être affinée ? L'accent mis sur l'approvisionnement et la relation entre le chef CSB et les ASV s'en trouve-t-il justifié ?

b. Questions évaluatives concernant l'objectif 2 (évaluation du modèle stratégique)

➔ Q.2.1. : La mission d'évaluation devra **se prononcer sur la pertinence des activités mises en place par rapport aux objectifs du projet**, en désagrégeant la question par pays voire par district d'intervention. La **validité du modèle stratégique initialement conçu** pourra être discutée au vu de ses déclinaisons actuelles. **L'enjeu de pérennisation devra être au centre de cette analyse**. La notion d'**efficience** pourra éventuellement être intégrée à cette question si le temps permet l'intégration d'éléments budgétaires basiques.

Dans la mesure du possible, elle pourra rendre compte de la part de chacune des parties du projet dans la réalisation de l'objectif principal (notamment entre les activités de sensibilisation du volet 1 et les activités d'appui au système de soins du volet 2), ainsi que de l'influence possible de facteurs externes.

Plus spécifiquement :

- Volet 1 : Les activités de sensibilisation ont grandement évolué dans chaque pays. Ils ont pris différentes formes (réunions de masse, ateliers pratiques, visites à domicile, travail avec les leaders traditionnels pour la publication de directives communautaires, participation à des programmes nationaux comme le CBMNBC, etc.) et abordent des sujets variés (introduction de la SMI à Madagascar, introduction du dépistage de la malnutrition dans les deux pays).

L'ensemble des méthodes utilisées est-il cohérent et complémentaire ? Les sujets abordés et la part relative sont-ils pertinents ?

Quelle est l'appréciation de ce volet quant à ces résultats sur les pratiques des familles et in fine sur son impact par rapport à l'objectif global ? Quelles recommandations peuvent-être tirées de ce dernier cycle de ce projet ?

- Volet 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 modalités d'appui aux systèmes de santé proposées sont-elles pertinentes dans chaque contexte étudié ?

Au Malawi, l'appui au CSB comme aux ASG est-il justifié et cohérent dans le cadre de l'objectif final ? Les difficultés rencontrées notamment dans la participation des ASG aux activités communautaires comme aux activités curatives (cliniques villageoises) ont-elles été correctement analysées et ont-elles mené à une modification pertinente de la stratégie ? Comment l'équilibre entre l'appui donné à l'amélioration qualitative des soins et celui donné à leur augmentation quantitative est-il apprécié dans le contexte ? Quelles difficultés dans l'accès aux soins demeurent et ne sont pas adressées par le projet ?

A Madagascar, le soutien donné aux ASV, fortement centré sur leur capacité à faire remonter leurs données jusqu'au SSD, est-il pertinent ? Peut-on considérer que la qualité du travail des ASV auprès des enfants est suffisante et que l'appui fourni est adéquat à ce niveau ? L'accès des familles aux ASV est-il considéré comme suffisant malgré les barrières relevées (prix du service principalement, distance dans une moindre mesure) ?

Que peut-on conclure de l'efficacité de ce volet sur ce dernier cycle, sur son impact par rapport à l'objectif global ? Quelles recommandations spécifiques et transversales peuvent-être proposées ?

- Volet 3 : La question de la pérennisation des dispositifs et des stratégies d'appui mis en place est au centre de notre réflexion.

A Madagascar, il s'agit de sécuriser un mode d'approvisionnement des agents villageois en médicaments au travers des filières existantes, et de renforcer leur statut en leur assurant une forme de reconnaissance par les professionnels de santé. Une étude spécifique concernant les mécanismes d'approvisionnement des ASV au niveau national a été commanditée par le projet en 2018. Sur cette base, un poste de chargée de plaidoyer a été créé en capitale pour compléter les efforts de renforcement du système d'approvisionnement (et de remontée des données) réalisés dans les districts par les équipes terrain.

Les mécanismes mis en œuvre pour assurer la persistance des dispositifs d'accès aux traitements de proximité sont-ils pertinents et efficaces dans les 3 districts d'ancienneté différente et au niveau national ?

Plus spécifiquement, quelle appréciation peut-on faire de l'implication des ASV référents ? De l'accent mis sur la remontée de données (registres créés, appui à la rédaction des rapports RMA, soutien au district dans la saisie de ces données) ? De la relation avec les 3 services de santé des districts partenaires et de leur implication dans la pérennisation du projet ?

Au niveau national, le poste de chargé de plaidoyer créé peut-il avoir un impact concret sur l'approvisionnement des ASV soutenus dans le Sud-Est ? Les partenariats établis en ou en cours d'établissements peuvent-ils influencer l'institutionnalisation souhaitée ?

Au Malawi, l'évaluation devra s'attarder :

1. 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).

Les révisions stratégiques menées et les efforts mis en place au cours de ce cycle vont-ils dans le sens d'une pérennisation de l'implication des ASG, des CSB et des SSD ?

2. Sur 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 défailtantes.

Le travail avec les comités et leurs superviseurs potentiels (notamment les leaders traditionnels) permet-il de maintenir dans la durée l'implication des membres et surtout les bonnes pratiques des familles mises en place pendant les 2 ans de présence des animateurs ?

⇒ Q.2.2 : **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 (à plus large public) et un déploiement du volet appui ciblant l'ensemble du district dès la première année (dans le cadre d'un partenariat renforcé avec els SSD). L'idée étant de pouvoir couvrir un nouveau district en 3 ans au lieu de 9.

Quel jugement peut-être aujourd'hui porté sur les options retenues, déployées notamment à Vohipeno depuis 2018, visant à accélérer les processus opérationnels, que ce soit au niveau de leur pertinence ou de leur efficacité ?

➤ Q.2.3 : Au Malawi, le volet d'appui au système de soins de proximité a fait l'objet d'une réflexion profonde pendant le cycle en cours. Les difficultés dans la mise en place de ces activités se sont en effet amplifiées, notamment avec les ASG. Cette situation est liée au mode de travail généré par les organisations intervenant dans le domaine de la santé avec les acteurs gouvernementaux à tous niveaux, car la participation de ces derniers à toute initiative est désormais systématiquement conditionnée à une rémunération financière, même si l'activité concernée fait partie des attributions quotidiennes du poste du fonctionnaire. Ce contexte est problématique depuis un certain temps pour Inter Aide, dont la politique a toujours été de s'affranchir des indemnités afin de garantir la pérennité de l'investissement des agents de l'Etat. Bien que la situation soit meilleure à Phalombe, notamment car l'isolement géographique du district limite le nombre d'organisations qui travaillent avec les ASG, ce contexte et d'autres constats concernant le volet d'appui au système de soins au Malawi (notamment sur la base de l'étude réalisée en mars 2018 par une docteure italienne) ont amené à une révision de la stratégie, dont les points principaux sont :

- la mise en place de réunions trimestrielle d'évaluation de la performance de chaque centre de santé et des ASG, sur la base d'engagements initiaux concertés (ouverture des services, propreté des locaux, prise en compte du retour des patients, etc.)
- la mise en place d'un système de bonus financiers basé sur la performance ciblant en priorités les personnels soignants des CSB et les ASG
- l'attribution d'allocation de transport pour les membres du DHO pour la conduite de visites de supervisions et la participation aux réunions
- le maintien du volet de soutien au système de soins dans la durée, même après le départ du volet de sensibilisation des communautés

Bien qu'abordée dans les questions évaluatives précédents, quelle évaluation est globalement faite de cette nouvelle approche et de sa récente mise en place ?

➤ Q.2.4. : En lien avec la pérennisation du projet, la question des différentes **stratégies de sortie ou de maintien allégé dans les zones d'intervention déjà couvertes** devra être analysée et discutée.

Les développements envisagés à Madagascar sont-ils pertinents :

- démarrage dans un nouveau district plutôt que développement d'une stratégie plus poussée sur la santé de l'enfant dans les districts actuels (travail sur d'autres pathologies, investissement au niveau CSB, etc.)
- maintien dans la durée d'une équipe réduite dans les districts historiques (Manakara et Farafangana) pour continuer le travail de pérennisation plutôt que sortie

Les développements envisagés au Malawi sont-ils pertinents :

- arrêt des activités communautaires après 2 ans et suivi léger des comités par la suite
- maintien de l'appui au système de soins dans la durée, pour augmenter progressivement l'échelle de ce volet
- réflexion en cours sur une mise en place basée uniquement sur les ASG (arrêt du travail à travers des animateurs employés du projet)

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 échanges avec l'AFD (note d'intention et rapports), les rapports d'activités, les rapports de mission des chefs de secteurs, les données de suivi-évaluation (y compris les enquêtes), les rapports des évaluations précédentes 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 (personnel des SSD, des CSB, ASG) 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, et les Chefs de secteur à Versailles.
- Elle se fondera enfin sur les éléments retirés de multiples visites de terrain incluant des CSB, des cliniques villageoises, des autorités locales, des familles, etc.
- 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 à l'issue des visites terrain.
- 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** incluant :
 - une introduction
 - les réponses aux questions évaluatives articulées autour des 2 objectifs dans le paragraphe 2
 - des perspectives et recommandations, avec des propositions concrètes et des propositions stratégiques
- 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 rapide
 - 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 35 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 remboursables 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 : 11 jours à Madagascar et 11 jours au Malawi
- Rapport provisoire : 6 jours
- Réunion de restitution à Versailles sur la base du rapport provisoire : 1 jour
- Rapport final : 2 jours

Total : 35 jours

6. CALENDRIER PREVISIONNEL

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

Lundi 3 février 2020	Publication de l'offre
Dimanche 23 Février	Date limite de réception des offres
Vendredi 28 février	Choix de l'évaluateur
Jusqu'à la réunion de cadrage	Analyse de la documentation par l'équipe d'évaluateurs retenue
Semaine du 9 mars	Réunion de cadrage avec l'équipe d'évaluateurs
Lundi 16 mars	Remise de la note de cadrage
Entre mi-mars et mi-avril	Mission de terrain (11 jours à Madagascar, 11 jours au Malawi)
Fin avril	Remise du rapport provisoire
Fin avril-début mai	Restitution du rapport provisoire à Versailles
Mi-mai	Remise du rapport final
Fin-mai	Relecture et finalisation du rapport

7. MODALITES DE CANDIDATURE

Veillez adresser votre message de manifestation d'intérêt au plus tôt, et votre offre **le 23 février 2020 au plus tard**, à l'adresse 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

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables et quantifiés si possible	Sources et moyens de vérification
Légende	<i>(en italique, éléments spécifiques à un seul pays)</i>		(en bleu : source publiques et/ou externes, en noir : sources du projet Inter Aide)
Objectif global	Contribuer à l'amélioration durable de la situation sanitaire et socio-économique des populations rurales	- Les indicateurs sanitaires et socio-économiques généraux des populations rurales ciblées s'améliorent.	- Rapports mensuels et annuels des services de santé des districts ciblés - Enquêtes nationales - Enquêtes spécifiques d'impact du projet
Objectif spécifique	Réduire durablement la mortalité infanto-juvénile dans les populations rurales des districts ciblés	- Le taux de mortalité infanto-juvénile décroît de 25% la première année avec une poursuite tendancielle à la baisse les années suivantes.	- Enquêtes spécifiques d'impact du projet
Sous-objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les connaissances et pratiques liées à la santé dans les familles rurales bénéficiaires (demande) - Augmenter l'accès à des services de santé de qualité (offre) - Pérenniser les mécanismes mis en place dans le développement de la demande et de l'offre de soin 	<ul style="list-style-type: none"> - La prévalence des fièvres et des diarrhées recule de 30%. - Le nombre de consultations externes par un personnel de santé qualifié par enfant et par an est supérieur à 1. - L'amélioration des comportements sanitaires des communautés et l'augmentation des actes médicaux sont maintenues plusieurs années après le départ des équipes projet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de données du projet - Enquêtes spécifiques d'impact du projet - Rapports mensuels et annuels des centres de santé et des agents de santé communautaires des zones ciblées (ASV et ASG)

Résultat 1	<p>Les familles adoptent des conduites appropriées dans la prévention des pathologies dominantes de l'enfant et dans la recherche de soins qualifiés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de personnes participants à une ou plusieurs sessions de sensibilisations sur 3 ans est de 120 000 personnes (27 000 mères à Madagascar et 93 000 personnes au Malawi). - Le taux d'adoption des pratiques recommandées, notamment de prévention, progresse significativement dans chaque zone du projet : <ul style="list-style-type: none"> ▪ La proportion des foyers équipés d'une latrine dans les villages ciblés atteint 50% à Madagascar, et plus de 75% au Malawi. ▪ La proportion des foyers utilisant au moins une moustiquaire dans les villages ciblés atteint 90% à Madagascar, et plus de 75% au Malawi. - La demande de soins cumulée (centre de santé et agents de santé communautaires) augmente de 25% à Madagascar et au Malawi. - 1 400 membres de comités de santé villageois sont soutenus en moyenne chaque année au Malawi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de données du projet - Enquêtes spécifiques d'impact du projet - Rapports mensuels et annuels des agents de santé communautaires des zones ciblées (ASV et ASG)
Activités à développer 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réaliser des enquêtes sanitaires (avant et après l'intervention) 2. Sensibiliser et éduquer les communautés sur les principaux problèmes de santé qui touchent les enfants <i>et les mères (spécifique au Malawi)</i>, promouvoir les moyens de prévention et autres pratiques recommandées, notamment en termes de recherche de soin, et ainsi augmenter la demande de soin des familles 3. Favoriser l'émergence de comités de santé villageois, les former puis les accompagner dans leur rôle (spécifique au Malawi) 		
Résultat 2	<p>Les capacités de prise en charge médicales précoces sont durablement renforcées.</p>	<p>À Madagascar :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de consultations réalisées par l'ensemble des agents de santé villageois représente 75% des consultations totales des enfants de moins de 5 ans (cumul des centres de santé de base et agents de santé villageois), alors que le nombre de consultations aux centres de santé de base ne diminue pas. <p>Au Malawi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les cliniques villageoises ouvrent plus fréquemment et plus régulièrement. - Le pourcentage d'accouchements au centre de santé atteint 95%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de données du projet - Enquêtes spécifiques d'impact du projet - Rapports mensuels et annuels des centres de santé et des agents de santé communautaires des zones ciblées (ASV et ASG)

Activités à développer 2	<p>1. Mettre en place ou appuyer un réseau d'acteurs communautaires pourvoyeurs de soins</p> <p>2. Renforcer l'interface entre agents de santé communautaire (villageois ou gouvernementaux) et centres de santé de base</p> <p>3. Appuyer les centres de santé de base, à travers la réhabilitation ou construction d'infrastructures nécessaires, la donation d'équipement, ou la formation des personnels de santé (spécifique au Malawi)</p>		
Résultat 3	<p><i>À Madagascar, l'institutionnalisation des soins de proximité permet une pérennisation et un passage à l'échelle des dispositifs communautaires.</i></p> <p><i>Au Malawi, les actions de sensibilisation des populations et les soins de proximité sont mis en place de manière pérenne par des acteurs externes au projet (institutionnels et communautaires).</i></p>	<p>À Madagascar :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le pourcentage de CSB où un dispositif autonome permet aux ASV de recevoir les quantités d'intrants requises (tests et traitements) atteint 50% à Manakara et 25% à Farafangana et Vohipeno. <p>Au Malawi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les agents de santé communautaire gouvernementaux et les comités de santé villageois participent à plus de 75% des activités préventives et/ou curatives réalisées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de données du projet - Rapports mensuels et annuels des centres de santé et des agents de santé communautaires des zones ciblées (ASV)
Activités à développer 3	<p>1. Etablir ou renforcer une véritable démarche de partenariat avec les services de santé et les autorités locales</p> <p>2. Collaborer avec les autorités sanitaires afin de faciliter le réapprovisionnement des agents de santé communautaire et la disponibilité de stock dans chaque formation sanitaire concernée</p> <p>3. Renforcer les capacités des acteurs de la santé, y compris les cadres des services de santé des districts, pour assurer les activités lancées et leur supervision après le retrait des équipes du projet</p> <p>4. Mener un plaidoyer constant pour une implication réelle des parties prenantes (notamment les comités de santé villageois, les agents de santé gouvernementaux, les personnels des centres de santé de base, les équipes des services de santé des districts et le Ministère de la Santé) dans la supervision, la mise en place ou la reprise des actions menées par le projet (spécifique au Malawi)</p>		

<p>Moyens requis et coûts des activités</p>	<p>Activités des résultats 1, 2 et 3.</p>	<p>Ressources humaines (Madagascar et Malawi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 responsables de projets - Appui de 2 responsables de secteurs géographiques et 1 responsable national au Malawi - Personnel d'encadrement - animateurs - Équipe de soutien technique et administrative (chauffeurs, gardiens, logisticiens...) <p>Ressources matérielles (Madagascar et Malawi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matériel pédagogique et fournitures pour les formations - Fournitures et outils pour les enquêteurs - Equipement pour les CSB et cliniques villageoises au Malawi (mobilier, équipement médical, etc.) - Matériaux de construction ou réhabilitation d'infrastructure de CSB (bâtiments, latrines, installation d'eau courante, système électrique, etc.) - Matériaux de construction pour le logement des ASG ou des personnels de santé au Malawi. - Equipement du personnel de terrain (bottes, vêtement de pluies, sacs à dos, etc.) 	<p>Sources et moyens de vérification</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activité des responsables de projet : trimestriels et annuels - Formulaire terrain du projet, rempli par les équipes - Visites de contrôle par les responsables de secteur géographique siège (environ 2 par an par pays) - Evaluation externe de fin de projet - Suivi comptable et financier mensuel par le siège <p>Coût total prévu de l'action : 1 732 259 €</p> <p>Voir le détail en annexe 2.</p>
--	---	---	---

ANNEXE 2 : PRINCIPALES OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DES EVALUATIONS PRECEDENTES

1- Résultats de l'évaluation finale de la première phase 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 éteffées, 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 d'IA : 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 d'IA : 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 d'IA : 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 d'IA : 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 l'UNICEF importés depuis leur centrale d'achat à Copenhague). Les équipes Inter aide pourraient prendre alors en charge la distribution jusqu'aux cliniques villageoises. 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 d'IA : 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'un 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 d'IA : 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 d'IA : 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, 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'île, 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.

2- Résultats de l'évaluation finale de la seconde phase et réponses d'Inter Aide en mai 2017

Recommandations à Madagascar

1/ Volet enquête

D'après l'analyse de la méthodologie, on se pose la question de pourquoi on a fait le choix stratégique d'utiliser des enquêtes exhaustives avec une méthodologie particulière, au lieu d'utiliser les méthodes plus standard utilisées par exemple pendant les enquêtes MICS. Du point de vue logistique nous proposons prendre en considération les améliorations/suggestions suivantes :

- 1. Utiliser un logiciel plus adéquat et pratique pour éviter les erreurs de saisie et améliorer la gestion des bases de données, type Access.*
- 2. Valoriser l'utilisation d'applications de Smartphones pour la collecte de données. Ils existent plusieurs applications de ce type à partir de plateformes comme MAGPI (www.magpi.com). L'introduction directe des données sur terrain dans un portable a plusieurs avantages, comme la diminution des erreurs de transcription, l'introduction directe des données dans une base et l'agilité du processus de collecte. L'utilisation d'applications par des ASV de la part de l'Institut Pasteur en a démontré la faisabilité.*

Réponse d'IA : Nous allons réviser le système de collecte des données d'enquête de mortalité lors d'une mission de supervision en septembre 2017. L'utilisation d'Access pour la saisie et la gestion des données, et l'utilisation d'applications de smartphone (comme ODK) pour la collecte seront discutées. Nous souhaiterions néanmoins nous y atteler graduellement afin de ne pas tout bouleverser dans un domaine où il a été difficile d'obtenir des données avec une assez bonne fiabilité.

- 3. Envisager de réaliser les enquêtes de suivi sur la base d'un échantillonnage au hasard à partir du recensement de base. Un calcul statistique pour déterminer la taille de l'échantillon peut être facilement appliqué à partir de l'estimation du TMM5 attendue. Il faudra un traitement statistique simple pour déterminer les intervalles de confiance. Cette méthodologie permettrait d'épargner du temps et, en même temps, d'augmenter le nombre de données recueillies (voir ci-dessous).*
- 4. Augmenter les informations recueillies (base et suivi), par exemple il est souhaitable d'ajouter la "full birth history" pour comparer les résultats avec la méthodologie utilisée et standardiser la détermination du TMM5, ainsi que mieux maîtriser le biais de réponse par rapport à la mortalité des nouveau-nés. Il serait intéressant d'ajouter la collecte d'autres facteurs de risque de mortalité infantile pendant la collecte de données de suivi.*

Réponse d'IA : Notre méthode de mesure de la mortalité a été développée durant de nombreuses années et nous la considérons comme fiable et efficace. Nous n'envisageons pas de simplification avec un échantillonnage dans l'immédiat, mais nous comptons réaliser une mesure de mortalité avec une méthode en « full birth history », pour comparer les résultats avec notre méthode actuelle, sur la base de notre expérience au Malawi. L'intégration de facteurs de risques dans le formulaire d'enquête sera également discutée en septembre 2017.

- 5. Intégrer les enquêtes de connaissances, attitudes et pratiques dans l'enquête de mortalité.*

Réponse d'IA : Les connaissances, attitudes et pratiques des familles sont étudiées dans le cadre d'études spécifiques et régulières, donc nous n'envisageons pas de l'intégrer dans le formulaire d'enquête de mortalité.

- 6. Nous recommandons vivement de réaliser des autopsies verbales dans les maisons où s'est produit un décès d'un enfant de moins de 5 ans*

Réponse d'IA : Nous allons tester cette procédure à Madagascar au début du troisième cycle de projet. Cette activité est déjà en place au Malawi (pour les décès néonataux).

2/ Réalisation d'une étude du comportement pour la recherche de soins

Les informations qualitatives indiquent que le comportement de recherche de soins de santé dans les communautés de Farafangana et Manakara est assez complexe. L'offre sanitaire est diverse mais d'une qualité douteuse (pharmacies formelles et informelles, guérisseurs traditionnels, cabinets privés avec personnel paramédical, accoucheuses traditionnelles, etc.). Il serait intéressant de mener une enquête des comportements de recherche de soins et de leurs déterminants pour déterminer des stratégies qui puissent pousser la population locale vers l'utilisation des ASV et les CSB.

Réponse d'IA : Ce genre d'enquêtes a déjà été réalisé à Manakara il y a quelques années (2012). Elle avait en effet apporté énormément à notre compréhension des logiques de l'offre et de la demande. Nous envisageons la réalisation d'une nouvelle enquête sur Farafangana prochainement.

3/ Vers une stratégie intégrée

Ne pas aborder la mortalité néonatale (qui inclut la santé maternelle) ni la malnutrition chronique, entraîne une limite à l'impact du projet. En plus, les politiques nationales visent à l'intégration du programme de la santé de la mère et de l'enfant. Il est donc raisonnable de considérer d'élargir la stratégie IA à la santé

maternelle et infantile ou imaginer des actions intégrées contre la malnutrition. Cette intervention élargie peut être valorisée à moyen terme dans les nouvelles régions ciblées (district de Vohipeno). Des actions qui peuvent être intégrées facilement sont la promotion de l'accouchement assisté, de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et ensuite maintenu jusqu'à 24 mois, la prévention du paludisme pendant la grossesse (utilisation prioritaire des moustiquaires et prise de Fansidar), la CPN (Consultation Prénatale) et la CPoN (Consultation Post-Natale) et l'utilisation de la planification familiale.

Réponse d'IA : Sur le sujet des « limites de l'action sur la mortalité » telles qu'elles sont soulignées dans le rapport d'évaluation, il est essentiel de bien comprendre les raisons qui sous-tendent les choix opérés à Madagascar car nous touchons au fondement de la stratégie du projet.

En premier lieu, nous validons d'autant plus le diagnostic effectué que nous l'avons fait nous-même de longue date, au moins en ce qui concerne la mortalité périnatale et nous en avons même fait état dans plusieurs documents. Nous ne sommes pas entièrement d'accord avec le rapport d'évaluation qui considère que la mortalité périnatale est exclusivement rattachée à des causes maternelles (c'est à dire des causes d'amont), car il y a évidemment une fraction significative liée à des causes d'aval : accouchement compliqué même si médicalisé, asphyxie transitoire du nouveau-né, hypothermie, etc. Pour ce qui est de la malnutrition chronique, et il faut insister sur le qualificatif chronique, sa prévalence est forte dans la région même si la forme aiguë semble en régression assez nette.

Ensuite, il faut rappeler la définition de certains termes : le paludisme, les diarrhées et les infections respiratoires aiguës sont des **causes de mortalité**, c'est-à-dire des raisons directement imputables de décès infantiles. La sous-nutrition et les défaillances dans la santé maternelle sont des **facteurs de risque de mortalité** c'est-à-dire des éléments influençant l'environnement général favorisant dans un sens la mortalité infantile. Il est donc d'emblée compréhensible qu'agir sur les causes directes et intervenir sur les facteurs de risques sont deux approches totalement différentes dans leur opérationnalité, leur mise en œuvre et leur institutionnalisation.

En fine, si nous sommes donc tout à fait d'accord avec les limites de l'action sur la mortalité, il s'agit d'un **positionnement volontaire et explicite du projet qui a fait le choix d'agir à large échelle sur les causes techniquement plus « accessibles » de la mortalité**, tout en sachant que la baisse obtenue par le projet, si elle est significative, reste partielle. Le projet a très largement contribué à la baisse de la mortalité sur le district de Manakara (et cet impact a été largement et longuement documenté y compris par des évaluations externes) et nous avons constaté que cette baisse significative d'environ 50% se heurtait à un seuil situé autour de 70 décès pour 1000 naissances, pour des valeurs initiales comprises entre 150 et 180%. L'intérêt de la méthodologie est que la baisse de mortalité est obtenue rapidement et sur de larges territoires. Il y a donc fort à parier que la sous-nutrition et la mortalité périnatale jouent un rôle clef dans la mortalité résiduelle.

Nous pensons que **l'introduction d'activités spécifiques sur la malnutrition chronique demanderait de remodeler totalement l'intervention, d'introduire des stratégies sans garanties de succès et interdirait de raisonner à grande échelle**. Il nous paraîtrait donc contre-productif d'introduire cette dimension dans le projet présenté (rappelons que nous agissons indirectement sur cet aspect par le biais de nos programmes d'appui à l'agriculture locale qui touchent plusieurs milliers de familles), car cela nécessiterait de construire ex nihilo un nouveau modèle d'action, sous forme pilote sur plusieurs années avant de disposer de résultats tangibles puis d'éventuellement imaginer un mode de diffusion qui serait extrêmement aléatoire car impossible à institutionnaliser... Il nous paraît éminemment plus rationnel en termes de coût/efficacité comme de coûts/bénéfices, d'étendre un modèle qui a fait ses preuves, qui peut s'intégrer sans trop de difficultés au dispositif de santé, et qui touchera bientôt plus d'un demi-million de personnes plutôt qu'une expérimentation dont les résultats mettront des années avant de pouvoir être mesurables.

Nous pensons en revanche que le projet peut se prêter plus facilement à un travail sur **la mortalité périnatale**, en accord avec la recommandation formulée par l'évaluateur. Cependant, si Inter Aide a été l'acteur pionnier en ce qui concerne la lutte contre la mortalité infantile en milieu rural à travers le contrôle de ses principales causes (stratégie débutée en 2002 et reprise aujourd'hui par de multiples acteurs), nous démarrons seulement l'expérimentation de stratégies ciblées sur la mortalité périnatale au Malawi. Concernant Madagascar, nous proposons donc lors de ce troisième cycle de projet **d'intégrer quelques notions de santé materno-infantile dans la formation des ASV et dans les campagnes de sensibilisation des familles**. Nous démarrerons dans un premier temps avec un encouragement des femmes à la consultation prénatale au CSB et à l'accouchement assisté au CSB. Selon les résultats obtenus, nous réfléchirons à étendre ce volet du programme.

Mais le véritable défi de ce projet à Madagascar se situe toujours dans le passage à l'échelle d'un modèle d'intégration institutionnelle d'un réseau de santé de proximité autour de mécanismes d'approvisionnement pérennes, et ce défi vaut, à notre sens, d'y consacrer en priorité les ressources disponibles.

Il existe un risque évident d'établissement d'une culture des "indemnités" avec de potentielles conséquences négatives : l'enjeu se situe sur le système de santé lui-même, en provoquant indirectement l'absentéisme, et la mise en cause des activités d'IA suite à la concurrence d'autres ONG. Selon nos perceptions c'est encore seulement un risque et nous recommandons vivement de chercher de forums de coordination entre la SSD et les ONG et autres agences présentes dans les districts cibles pour harmoniser leurs activités et leurs politiques, pour chercher des synergies et surtout pour éviter les antagonismes. L'intégration des activités IA dans le SSD peut immuniser jusqu'à un certain degré contre ces effets.

Réponse d'IA : Nous comprenons les enjeux liés à cette recommandation. Inter Aide a développé une relation privilégiée avec les SSD, et est intégré au sein des espaces de coordination avec les autres acteurs. Nous poursuivons ces efforts lors du troisième cycle de projet.

5/ Appui de l'approvisionnement des médicaments par le PSI

La distribution des médicaments doit aussi s'appuyer sur le système PSI, sous l'hypothèse que PSI vise à rester sur la région à long-terme. C'est un système d'approvisionnement plus efficace si on réussit l'autonomisation des ASV. L'approvisionnement au travers du PHAGEDIS doit continuer à se renforcer, mais sa faiblesse justifie d'utiliser des systèmes complémentaires. Les problèmes structurels de l'approvisionnement à travers SALAMA méritent un plaidoyer au niveau central qui n'aura pas d'effets à court-terme.

Réponse d'IA : La pérennisation du système d'approvisionnement en intrant est un des enjeux clefs du troisième cycle de projet pour Madagascar et est longuement discuté dans la note d'initiative.

6/ Identification des communes avec des structures communautaires actives et utilisation de ces structures

Si les structures locales au niveau des communes et des fokontany restent en général assez faibles (c'est notre perception), dans certaines communes une activité remarquable a été repérée, comme l'établissement de normes obligatoires d'utilisation des CSB pour l'accouchement et la vaccination, avec des résultats nettement plus positifs par rapport à d'autres communes. Apparemment ceci dépend de la motivation et des capacités du maire. Cette stratégie de susciter ce type d'interventions, ciblée et sélective, peut être efficace en consultation avec le SSD et les autorités locales.

Réponse d'IA : Cette remarque est intéressante et de telles initiatives locales doivent être soutenues. Cependant, l'échelle de pilotage du projet se situe désormais au niveau du district et rend plus difficile l'intégration de particularités au niveau communal.

7/ Utilisation du registre vital des communes

Nous avons eu connaissance de l'existence d'un registre vital obligatoire, dont les responsables sont les maires des communes, et transmis au district, qui pourrait être une source complémentaire pour évaluer l'évolution de la mortalité infantile.

Réponse d'IA : Nous avons également eu vent de tels registres, mais n'avons jusqu'à présent pu en vérifier l'existence ni en vérifier la qualité. Nous allons continuer à interroger les personnes clefs sur cette question.

8/ Évaluation de la performance des ASV et des CSB

Suite à certaines informations sur l'utilisation irrationnelle des médicaments et le manque de suivi des enfants traités, nous recommandons de mener dans certaines communes sélectionnées une évaluation de la qualité des soins fournis par les ASV et les CSB. Le fait qu'entre 60-70% des TDR sont positifs chez les ASV, en comparaison du taux de positivité de 20-30% dans les CSB, peut signaler une utilisation du TDR plus spécifique (et de meilleure qualité) chez les ASV (probablement suite à la supervision directe réalisée par l'équipe IA), comparé avec les CSB, mais aussi suite au protocole différent utilisé par les chefs du CSB et les ASV. Toutefois, l'utilisation rationnelle des médicaments en suivant les algorithmes diagnostiques est essentielle pour assurer une bonne prise en charge des enfants malades. Des études préalables ont démontré que la performance des ASV doit être vérifiée pour introduire des améliorations. L'utilisation efficace des médicaments est très importante dans le contexte de Farafangana et Manakara.

Réponse d'IA : Nous accordons beaucoup d'importance à la qualité des services prodigués par les ASV. Grâce aux revues mensuelles au niveau des CSB, aux formations régulières, au suivi détaillé des résultats de chaque ASV, nous tentons d'évaluer au mieux la performance de chaque ASV. Il serait intéressant de réaliser une enquête aléatoire sur la qualité des consultations à travers des entretiens de sortie, nous allons en discuter la faisabilité lors de la phase 3.

Recommandations au Malawi

1/ Volet enquête

- 1. Utiliser des intervalles de confiance de 95% pour mieux exprimer les résultats rencontrés.*

Réponse d'IA : Nous sommes tout à fait d'accord, les intervalles de confiance ou l'erreur standard ont commencé à être utilisés dès la fin du second cycle de projet.

2. *Appliquer des méthodes pour contrôler le biais induit par la haute prévalence du VIH, développé dans l'article suivant: Walker N, Hill K, Zhao F (2012) Child Mortality Estimation: Methods Used to Adjust for Bias due to AIDS in Estimating Trends in Under-Five Mortality. PLoS Med 9(8): e1001298.*

Réponse d'IA : Cette remarque est intéressante pour notre mesure de la mortalité. Nous allons nous renseigner et voir comment l'intégrer à notre analyse.

2/ Volet durabilité

1. *Il est clair qu'il faut s'appuyer sur les structures bénévoles locales, les CSV et les Health Center Management Committees (HCMC). Dans ce sens il faut les préparer pour la continuation de leurs activités, surtout chez les HCMC pour surveiller la maintenance des améliorations introduites dans les CSB.*

Réponse d'IA : Nous sommes pleinement d'accord. Ces éléments sont au centre de notre stratégie pour le 3^{ème} cycle de projet.

2. *Les perspectives d'appui des CSV risquent d'être trop optimistes si continue à se développer la culture des indemnités. Toutefois, nous conseillons aussi de rendre aux membres des CSV certaines primes pendant les sessions de formation, comme de la nourriture, qu'ils puissent partager avec leur famille d'origine, ou comme des t-shirt ou des sacs à dos. Il faut tout à fait éviter les indemnités en forme monétaire.*

Réponse d'IA : Nous avons toujours appliqué ces principes. Les membres des comités de santé ne reçoivent jamais de donation sous forme d'argent, mais des repas sont servis pendant les formations, et ils reçoivent quelques petits équipements régulièrement. Ceci apparaît d'ailleurs au niveau du budget. Le fait que nous missions sur eux plus fortement (pour la pérennité des résultats) pendant le 3^{ème} cycle de projet ne changera pas ces règles, mais les formations et donations d'équipements auront peut-être lieu plus régulièrement.

3. *Il est impératif d'envisager un plaidoyer face aux autorités sanitaires, même au niveau du ministère, pour réguler l'effet pernicieux des ONG avec le système de santé. L'absentéisme suite aux formations, workshops, activités organisés par ces ONG est trop flagrant et va contre la promotion de la santé, qui est leur but primaire. Déraciner cette culture sera plutôt impossible à mi-terme, mais il est quand même nécessaire de la régler.*

Réponse d'IA : Bien que le plaidoyer ne soit pas une mission d'Inter Aide par définition, nous engageons fréquemment cette discussion, notamment concernant les ASG, avec le ministère de la santé à divers niveaux et avec d'autres acteurs. Nous allons continuer ce travail.

4. *Il est nécessaire d'insister sur l'important absentéisme des ASG dans les VC, notamment dans la région de Mitundu. Il faut un plaidoyer pour, au moins, assurer que les ASG desservent les VC deux fois par semaine, comme il est prévu. Sans VC opérationnelles, on pourra difficilement aboutir à une prise en charge précoce et durable des enfants.*

Réponse d'IA : Nous sommes tout à fait d'accord. Voir réponse précédente. A noter que les cliniques villageoises sont normalement ouvertes à tout moment où l'ASG est présent chez lui, étant envisagées comme un service permanent de proximité. Cependant, face au refus de certains ASG de vivre dans leur communauté-cible, certains districts (comme Lilongwe) ont autorisé les ASG à n'ouvrir les cliniques villageoises que 2 jours par semaine.

5. *Il faut aussi chercher la coordination horizontale des ONG, peut-être à travers les ADC, pour coordonner les activités et trouver des synergies (ou au moins éviter les antagonismes). Nous conseillons qu'au-delà des contacts avec les équipes locales, des contacts au niveau des sièges pays puissent se faire.*

Réponse d'IA : Nous sommes d'accord. La coordination est cruciale au Malawi, car le territoire est très restreint et les acteurs nombreux.

6. *Il est recommandé de mettre en cause la nécessité des maisons d'attente à Mitundu, et de le discuter avec la communauté.*

Réponse d'IA : Nous sommes d'accord. L'expérience des maisons d'attente est sensiblement différente entre le sud et le centre : l'utilisation à Maluwa n'est pas directe et immédiate, malgré les demandes initiales des autorités et de la communauté, alors que la maison est occupée à Nambazo. Il est nécessaire de comprendre quels sont les blocages à Maluwa et si le besoin avait été correctement identifié. Cette réflexion sera menée dans le cadre du 3^{ème} cycle de projet.

7. *Vu le contexte, le cycle d'intervention dans chaque zone d'influence paraît trop court pour la pérennisation. Il faudrait envisager des dispositifs de suivi à plus long-terme près des structures clé : les CSV et les HCMC.*

Réponse d'IA : Sur la base de l'expérience de Katchale, la stratégie de sortie du projet est revue et sera redéfinie pendant le 3^{ème} cycle de projet. Il est envisagé que l'intervention soit rallongée au sein de chaque CSB, notamment par une période de suivi finale plus longue (mais plus légère).

8. *Nous recommandons vivement d'implanter une stratégie de autonomisation (empowerment) de la communauté pour augmenter la connaissance des leurs droits sanitaires (p.ex. que les CV soient opératives les jours prévus) et les convertir en agents de pression active pour éviter la démission de leurs responsabilités des agents de santé*

Réponse d'IA : Cette remarque est très intéressante et sera discutée avec les équipes au Malawi pour en comprendre la faisabilité dans le contexte du projet. Il est certain que la pression du ministère de la santé est actuellement insuffisante pour obliger les ASG à faire leur travail correctement. Il serait extrêmement bénéfique que la communauté pallie ce manque et amène d'elle-même un meilleur accès au soin.

9. *Les animateurs d'IA travaillent dans des conditions assez exigeantes et sont parfois assez démotivés vue le manque de réponse des structures locales et des ASG. Quelques-uns habitent loin de leur famille et les plus jeunes ont des perspectives de progression professionnelle. Nous conseillons vivement de mettre en place une stratégie de soutien telle que, par exemple, faciliter l'accès à l'éducation supérieure aux animateurs plus jeunes qui le souhaitent après une période de service dans IA, ou bien la rendre compatible avec leur travail. La promotion personnelle des facilitateurs doit être considérée un impact des activités d'IA.*

Réponse d'IA : Nous entendons ces difficultés et essayons d'améliorer les conditions de travail sur le terrain. Inter Aide soutient, notamment financièrement, la formation des employés qui le souhaitent.

10. *Inclure la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les activités de sensibilisation, dans le cadre de la promotion de la CPN (consultation prénatale) et la CPoN (consultation post-natale). Une analyse préalable de la couverture et du succès de la PTME serait souhaitable.*

Réponse d'IA : Cette remarque est pertinente dans le contexte du Malawi. Une étude préalable est en effet nécessaire pour comprendre l'état de la PTME à l'heure actuelle, les partenaires impliqués, et les possibilités d'intégration dans nos activités. Ces éléments seront discutés au début du 3^{ème} cycle de projet.

11. *Des études récentes au Malawi ont signalé des problèmes dans la qualité du service fourni par les ASG, surtout en ce qui concerne à la détection et référencement des cas de paludisme sévère. Comme pour Madagascar, nous conseillons de réaliser une étude pour évaluer l'utilisation des médicaments, et la performance des actes cliniques des ASG et les résultats des enfants traités. Comme pour Madagascar, il serait fort utile de réaliser des autopsies verbales des malheureux cas de décès des enfants de moins de 5 ans.*

Réponse d'IA : Les autopsies verbales en cas de décès sont actuellement réalisées pour les nouveau-nés, dans le cadre du programme national de CBMNH appuyé par le projet. Une étude de la qualité des services cliniques rendus par les ASG serait en effet intéressante. Nous allons voir comment mettre en place une telle étude, et à quelle échéance. Nous concentrons actuellement nos efforts sur l'augmentation quantitative des soins au niveau communautaire.