



Evaluation réalisée avec l'appui du F3E pour INTER AIDE

Evaluation externe du projet de réduction de la mortalité infanto-juvénile dans les districts de Manakara et Vohupeno – Madagascar

Rapport Final -241 Ev

Date de la mission : Décembre 2007

Date de rédaction du Rapport : Janvier 2008

Auteurs : Dr David Masson, Dr Mamy Tiana Rakotoarimanana

Bureau d'études
STEPS Consulting Social
5 Rue de la Claire
69 009 Lyon – France
Tel/Fax : +(33) 4 37 64 16 66
Mail contact@steps-cs.com

Table des matières

<i>Liste des sigles et acronymes utilisés</i>	5
<i>Résumé de l'étude</i>	6
I. Introduction	11
II. Contexte	12
2.1. Politiques sanitaires de lutte contre les diarrhées et le paludisme	12
2.1.1. Paludisme	12
2.1.2. Diarrhées	12
2.2. Acteurs impliqués dans la lutte contre les maladies prévalentes dans le district de Manakara	13
2.2.1. Système de santé de l'État.....	13
2.2.2. PSI	13
2.2.3. ASOS.....	13
2.2.4. Inter Aide Hydrologie (IAH).....	13
2.2.5. Autres: FJKN, nutrition, églises	14
III. Le programme Inter Aide	15
3.1. grands principes	15
3.2. Cartographie de l'intervention : district Manakara	16
3.3. Principaux résultats	18
3.3.1. Impact sur la mortalité infanto-juvénile.....	18
3.3.2. Couverture en moustiquaires	18
3.3.3. Activités des Mères Référentes	19
3.4. Les questions posées à l'évaluation	19
3.4.1. La validité des résultats	19
3.4.2. Les aspects novateurs de la méthodologie	19
3.4.3. La pérennité des résultats, l'efficacité du programme et sa reproductibilité	19
IV. Analyse de la validité des résultats	20
4.1. Procédé de recueil de données	20
4.1.1. Évolutions de la méthodologie des enquêtes annuelles	20
4.1.2. Description de la méthodologie actuelle des enquêtes annuelles d'Inter Aide	22
4.1.3. Les points contrôlés par l'évaluation.....	23
4.2. Validité des données recueillies	24
4.2.1. Enquête contrôle sur la mortalité infanto-juvénile annuelle.....	24
4.2.2. Etude complémentaire sur les cahiers de recueil de données d'Inter aide	25
Pré requis :	26
Données brutes.....	26
*Correction obtenue en appariant les villages	27
Analyse à l'échelle des villages. Sources de biais observés.	28
Analyse à l'échelle des communes	29
Les sources de biais et leurs conséquences.....	32
Conclusion sur la validité des données de recensement.....	33
4.2.3. Enquête contrôle sur la mortalité infanto-juvénile sur 5 ans	34
Méthodologie de l'enquête contrôle	34
Résultats.....	35
Discussion.....	36
4.3. Représentativité des indicateurs choisis	37
4.3.1. Le TMM5 global	37
4.3.2. Les TMM5 paludisme et diarrhée.....	38
4.3.3. Prévalences instantanées.....	39
SYNTHESE	41
4.4. Les améliorations à apporter	41

	3
4.4.1. Cartographie et contrôle social	42
La cartographie du village	42
La validation par les autorités	42
4.4.2. Mathématique et statistique	43
Proportion de femmes enceintes/population générale.....	43
4.5. Conditions d'utilisation de ces outils	45
4.5.1. Stratégie d'intervention:	45
4.5.2. Études d'impact:	45
Zone exposé/Non exposé	45
Suivi de l'impact après intervention	46
4.6. Conclusion :	47
<i>V. Imputabilité de l'impact observé</i>	<i>48</i>
5.1. Généralités sur l'impact attendu	48
5.1.1. Paludisme	48
5.1.2. Diarrhées	48
5.2. A MANAKARA	49
5.2.1. Paludisme	49
5.2.2. Diarrhées	49
5.3. Impact observé selon les zones	49
5.3.1. Paludisme	49
Réduction de la mortalité	49
Indicateurs de prévention.....	50
Evolution des taux de couverture en moustiquaires après intervention IA.....	51
Indicateurs d'activité de prise en charge.....	52
Conclusion : Impact imputable au programme d'IAS sur le paludisme	54
5.3.2. Diarrhées	55
Réduction de la mortalité	55
Indicateurs de prévention.....	55
Indicateurs d'activité de prise en charge.....	57
Conclusion : impact imputable au programme IAS sur les diarrhées	57
<i>VI. Méthodologie du projet</i>	<i>57</i>
6.1. Rappel de la méthodologie d'IA.....	58
6.2. Enquête de terrain	59
6.2.1 Commentaires généraux	59
6.2.2. Adéquation du projet au contexte socioculturel :	59
6.2.3. Opinion des bénéficiaires	59
Processus	59
Outils	61
6.3. Analyse	61
6.3.1. Forces	61
IEC:.....	61
Prévention	62
Accès aux soins:	63
6.3.2. Faiblesses ou aspects à améliorer	63
IEC.....	63
Prévention.....	64
Accès aux soins dans les villages.....	64
Accès aux soins dans les CSB	65
Alternatives au CSB	66
<i>VII. Efficience</i>	<i>68</i>
<i>VIII. Pérennité.....</i>	<i>68</i>
8.1 Le rôle central des Mères Référentes	69

8.2 Leur suivi dans un processus de désengagement	70
8.2.1. Les interactions entre les différents programmes.	70
8.2.2. L'indispensable intégration dans les activités du district et des CSB.....	71
Situation régulièrement rencontrée sur le terrain	71
Modifications souhaitables	71
<i>IX. Reproductibilité</i>	72
9.1. Isolement géographique et société traditionnelle	72
9.2 Prévalence importante et problème collectif de santé priorisé par la population.....	72
9.3. La chloroquino sensibilité	72
<i>X. Apports potentiels de l'expérience IA dans la politique nationale.....</i>	72
10.1. L'ASV prescripteur: une figure plus viable que l'ASV éducateur ?	73
10.2. La sensibilisation généralisée: entre l'alphabétisation pour adulte et l'EPS	73
10.3. La mesure de l'impact des programmes: une innovation à reproduire	73
<i>XI. Conclusion.....</i>	74
<i>XII. Recommandations</i>	75
<i>XIII. annexes.....</i>	76

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISES

ACT : Artesunate/amodiaquine (antipaludéen)

BF : Borne Fontaine (puit ou source captée)

CSB : Centre de Santé de Base

DC : décès

E<5 : Enfants de moins de cinq ans

FS : Formation Sanitaire

IA : Inter Aide

IAH : Inter Aide Hydrologie

IAS : Inter aide santé

IC : Intervalle de confiance

IO : Intra Osseux

IV : Intra veineux

MR : Mère Référente

MR/PR : Mère Référente/Père Référent

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PECIME : **P**rise **E**n **C**harge **I**ntégrée des **M**aladies de l'**E**nfant

PSI : Population Service International

SC : Sous cutané

TDR : Termes de Référence

TMM5 : Taux de mortalité des moins de 5 ans

μ : Taux de mortalité infantile annuel

RESUME DE L'ETUDE

L'évaluation présentée dans ce document a été réalisée à la demande de l'organisation française Inter Aide avec l'appui technique et financier du F3E. Elle a été portée par le bureau d'étude STEPS Consulting Social et menée par un médecin malgache, le Docteur Mamy Tiana Rakotoarimanana et un pédiatre français, le Docteur David Masson.

Objet de l'étude :

L'objet de ce travail était une évaluation externe du programme de lutte contre la mortalité infanto-juvénile développé par Inter Aide dans le district de Manakara, au sud-est de l'île de Madagascar.

Ce programme, débuté en 2002, atteint la fin de son second cycle de trois ans. L'objectif principal était la diminution de la mortalité liée au paludisme et aux diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans.

Après quelques adaptations au début de l'intervention, ce programme a développé une méthodologie originale d'intervention et mis en place des outils de mesure d'impact.

La stratégie d'intervention a été « glissante », chaque zone d'intervention (2 à 4 communes) bénéficiant du programme pour une durée de six mois. Ensuite, les activités communautaires se poursuivaient et l'équipe d'Inter Aide intervenait dans une nouvelle zone.

Malgré cette durée relativement courte pour réaliser des activités dont un des buts était d'entraîner des changements de comportement dans le domaine sanitaire, les impacts mesurés par Inter Aide ont montré un effet important et prolongé dans le temps sur l'amélioration des indicateurs.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5), particulièrement élevé avant intervention - de l'ordre de 200‰ - a diminué, dans chaque zone d'intervention, de façon flagrante, pour atteindre en 2007, sur l'ensemble des zones dans lesquelles le programme était intervenu, la moyenne d'environ 80‰.

Les prévalences instantanées de fièvre et de diarrhées montrent aussi des réductions importantes à la suite de l'intervention du programme.

Ces améliorations, selon une enquête témoin réalisée par Inter Aide, n'étaient pas liées à une amélioration globale de l'état de santé des enfants dans le district, puisque le TMM5 dans la zone témoin était retrouvé à 150‰ et que les prévalences instantanées de fièvre et de diarrhée étaient deux à trois fois supérieures par rapport aux zones d'intervention d'Inter Aide.

L'interrogation d'Inter Aide concernait la fiabilité de ces résultats qui ne pouvaient pas être validés par d'autres sources (faute de données) et qui étaient basés sur ses propres enquêtes.

La demande dirigée vers l'évaluation portait donc sur plusieurs points.

En premier lieu, il était demandé d'analyser la méthodologie d'enquête, de valider les résultats s'ils paraissaient fiables et de qualifier la représentativité des indicateurs suivis.

En deuxième lieu, si l'évaluation confirmait la réalité de l'amélioration des indicateurs, il était demandé d'étudier les aspects méthodologiques qui pouvaient expliquer l'importance de la diminution des TMM5 et des autres indicateurs.

Enfin, toujours dans l'hypothèse d'une confirmation de l'impact observé, il était demandé de chercher une explication à l'effet positif prolongé dans le temps, malgré le départ des équipes d'Inter Aide après quelques mois.

Finalement, la reproductibilité de cette approche et les apports qui pourraient être proposés à la politique nationale de santé de Madagascar étaient questionnés.

Analyse de la validité des enquêtes Inter Aide et de la représentativité des indicateurs

Les enquêtes d'Inter Aide sont réalisées au début de chaque année, dans tous les villages où les activités ont été menées depuis le début du programme (enquêtes d'évaluation), ainsi que dans les villages des communes où une intervention est envisageable (enquêtes initiales). Les enquêtes d'évaluation permettent de mesurer l'impact, année après année et les enquêtes initiales orientent la stratégie d'intervention. La priorité est donnée aux communes présentant les indicateurs de mortalité les plus bas et les prévalences de fièvres et de diarrhées les plus hautes. Les enquêtes sont menées par des enquêteurs villageois, formés et supervisés par Inter Aide. Elles durent trois semaines. Elles réalisent un recensement exhaustif des familles et des enfants de moins de cinq ans, collectent, pour l'année écoulée les naissances et les décès avant cinq ans, et comptabilisent le nombre d'enfants dormant sous moustiquaire et ceux ayant accès à l'eau potable. A partir du nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans de l'année, la mortalité infanto-juvénile est calculée par extrapolation du taux de mortalité annuel.

L'évaluation a étudié la méthodologie des enquêtes d'Inter Aide, a comparé les résultats de ces enquêtes sur deux années différentes (entre 2005 et 2007 pour certaines communes ; entre 2006 et 2007 pour d'autres) et a réalisé des enquêtes contrôle, afin d'observer la reproductibilité des résultats.

La méthodologie des enquêtes a été affinée au cours des années. Celle qui est utilisée actuellement est simple et les enquêteurs villageois que nous avons supervisés se sont révélés compétents dans la conduite de l'interrogatoire et le remplissage du questionnaire d'enquête.

La première enquête contrôle que nous avons réalisée s'est attachée à mesurer les taux de mortalité dans des communes prises au hasard et à croiser les résultats avec ceux des enquêtes Inter Aide. La comparaison n'a pas donné toute satisfaction, les effectifs inclus dans les enquêtes contrôles étant trop réduits pour permettre de conclure dans un sens ou dans un autre. Des biais potentiels ont été mis en évidence, tels que la non exhaustivité des enquêtes ainsi que les incertitudes liées à l'âge réel des enfants (qui n'ont pas de documents spécifiant leur date de naissance) et sur la date du décès dont il était difficile d'affirmer si elle entrait toujours dans la période étudiée par l'enquête.

Pour l'étude comparative des enquêtes d'Inter Aide, l'évaluation a repris toutes les données d'une quarantaine de villages et a comptabilisé le nombre d'enfants de moins de cinq ans dans les familles sur une vingtaine. L'hypothèse formulée était que si les biais précités se compensaient sur de grands effectifs, la classification des familles selon le nombre d'enfants de moins de cinq ans présents dans la famille devait être stable d'une enquête à l'autre. L'analyse des résultats sur plus de trois mille enfants a confirmé cette hypothèse et a montré qu'au-delà de 1800 enfants, les répartitions étaient tout à fait superposables, d'une enquête sur l'autre. Cette confirmation permettait d'affirmer que, à partir de l'échelle d'une à deux communes, les données démographiques d'Inter Aide étaient valides.

L'autre enquête contrôle s'est attachée à mesurer le nombre de décès sur les cinq dernières années, pour les enfants nés il y a cinq ans et de comparer le résultat au TMM5 calculé par extrapolation par Inter Aide. Le TMM5 mesuré a été trouvé statistiquement identique au TMM5 calculé. Par ailleurs, les TMM5 calculés par Inter Aide sont proches des TMM5 mesurés dans les enquêtes nationales, à condition socio-économiques équivalentes. Ces deux arguments ont permis de valider ce mode de calcul, ainsi que la fiabilité du recueil de données qui est à la base de celui-ci.

Nous avons précisé comment calculer l'intervalle de confiance qui, du fait de l'utilisation d'une extrapolation mathématique, se trouve élargi, en particulier lorsque le taux annuel de mortalité est élevé.

Les autres indicateurs suivis par Inter Aide sont les taux de mortalité spécifiques liés au paludisme et aux diarrhées, ainsi que les prévalences instantanées de symptômes de fièvre ou diarrhée observés le jour de l'enquête. Concernant les TMM5 spécifiques, l'interrogatoire rétrospectif des parents pour qualifier la cause du décès nous paraît un facteur de confusion potentiel. La représentativité de ces indicateurs est à appréhender très prudemment. Néanmoins, à très grande échelle ou pour observer l'impact d'une intervention, les TMM5 spécifiques et les prévalences spontanées présentent un intérêt comparatif.

L'ensemble de ce travail nous a conduit à conclure à la validité des résultats des enquêtes menées par Inter Aide et à la réalité de l'impact observé, en terme de réduction de la mortalité et de l'incidence des fièvres et des diarrhées.

Analyse de la méthodologie d'intervention du programme Inter Aide

Nous avons ensuite comparé ces indicateurs dans différents groupes de communes, selon la présence ou l'absence de programmes ONG. Quatre groupes ont pu être comparés : intervention d'Inter Aide seule, intervention d'une autre ONG, intervention d'Inter Aide et d'une autre ONG, et absence d'ONG. Dans ce dernier groupe, les TMM5 observés sont identiques – environ 200 ‰ - à ceux habituellement trouvés avant intervention dans ce district. Dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention d'une autre ONG, il existe une amélioration significative du TMM5, aux environs de 124‰. Les deux autres groupes (Inter Aide seul et Inter aide et une autre ONG), présentent des TMM5 équivalents entre eux (83 et 72‰), mais significativement plus bas que le groupe précédent.

Cette analyse comparative permettait de conclure que l'action d'Inter Aide seul avait un impact et que sa méthodologie permettait des résultats plutôt supérieurs aux autres approches développées.

En dehors de la stratégie d'intervention « glissante » à chaque semestre, certaines particularités méthodologiques méritent d'être soulignées. Pour l'étudier, nous avons réalisé une enquête qualitative, basée sur des visites de terrain, des entretiens semi dirigés (focus group) et des entretiens individuels approfondis, afin de confronter l'analyse des indicateurs à la réalité et recueillir les avis des bénéficiaires sur les caractéristiques du programme.

L'intervention est basée sur un triptyque – Information aux population, facilitation de l'accès aux moustiquaires et aux latrines, facilitation de l'accès aux soins dans les villages – dont la mise en œuvre est réalisée par un animateur Inter Aide qui partage la vie des villageois pendant plusieurs semaines.

Majoritairement, la durée d'intervention a été jugée satisfaisante par les bénéficiaires même si, pour certains, elle était trop courte. Rien n'assure cependant que les changements de comportements auraient été nettement renforcés avec une intervention prolongée de quelques semaines ou quelques mois. La présence et l'appui permanent de l'animateur au sein du village a, par contre, été universellement apprécié.

L'information sur le paludisme et les diarrhées a été dirigée vers toutes les mères d'enfants de moins de cinq ans, sous forme d'ateliers participatif en petits groupes. Des outils didactiques, adaptés au contexte, ont été créés par l'équipe d'Inter aide de Manakara et ont servi de support à l'enseignement. Cette formation a permis aux mères de comprendre progressivement les causes des diarrhées et du paludisme, les vecteurs et les modes de transmission, les principes de prise en charge.

Les moustiquaires ont été vendues pendant les six mois de présence du programme à prix subventionné. Cette promotion a complété les messages éducatifs et a permis de passer d'un taux de protection par les moustiquaires de 20% avant intervention à plus de 85% actuellement. L'appui d'autres programmes de promotion des moustiquaires (étatique ou pas) a probablement aidé à obtenir ces résultats. Mais les changements de comportements par rapport aux moustiquaires sont apparus réels.

Par rapport aux latrines, des San Plats ont aussi été proposés. La demande est restée faible. Néanmoins, les messages par rapport à l'hygiène ont été mémorisés par les mères, même si les changements de comportement sont difficiles à mesurer. La diminution observée des prévalences instantanée des diarrhées lors des enquêtes est un bon argument indirect en faveur de l'évolution des conduites.

Le troisième volet a consisté à former deux mères par village pour qu'elles deviennent les Référentes par rapport au paludisme et aux diarrhées. En théorie, leur rôle était de poursuivre des activités de sensibilisation dans le village et d'être un premier recours curatif. Un stock de traitements de chloroquine a été mis à leur disposition. Schématiquement leur rôle a été déterminé ainsi : si une famille vient les consulter avec un enfant fébrile, et qu'elles considèrent que le diagnostic de paludisme est probable, elles fournissent le traitement. Dans le cas contraire, elles réfèrent vers le CSB. Pour les diarrhées, elles expliquent comment réaliser des sels de réhydratation à partir d'eau, de sel et de sucre.

L'analyse de l'activité des ces agents de santé villageois a montré qu'ils étaient très sollicités pour les fièvres. Le nombre d'enfants traités par chloroquine est entre 1,5 et 5 fois plus important quand il existe un prescripteur villageois qu'en son absence. Par contre, les références des enfants de l'agent de santé villageois vers le médecin, pour un motif autre que le paludisme ou les diarrhées, n'a pas semblé opérationnel : nous n'avons pas objectivé d'augmentation des consultations dans les dispensaires pour des symptômes qui n'était pas en rapport avec ces deux pathologies.

En dehors de l'articulation quelque peu défaillante entre la prise en charge villageoise et la prise en charge dans les dispensaires, certains points mériteraient d'être améliorés. Une plus grande prise en compte des hommes dans les formations, en particulier si leur force de travail est nécessaire (construction de latrines, par exemple), devrait être envisagée. Le suivi des Mères Référentes (MR) devrait systématiquement être réalisé avec les médecins chef de poste dans les centres de santé et s'accompagner périodiquement de formations et mises à niveau – sur des thèmes médicaux et sur les outils didactiques - pour ces agents villageois. Les échanges avec les autorités administratives et traditionnelles gagneraient à être renforcées. Enfin la stratégie d'intervention pourrait être mieux coordonnée, depuis le district sanitaire, entre les différentes ONG.

Néanmoins, la méthodologie actuelle a permis indéniablement d'obtenir des résultats significatifs et prolongés dans le temps. Cette durabilité est apparue liée à trois facteurs : l'intervention sur ces thématiques d'autres programmes, qui ont pu renforcer les effets, mais dont l'apport positif (toujours difficile à estimer) semble avoir été modéré dans les communes observées ; les changements de perception de la maladie et de comportement par rapport aux moustiquaires et à l'hygiène, déjà cités plus haut ; et la durabilité des Mères Référentes, dont une majorité est en poste depuis plusieurs années.

Cette persistance d'acteurs bénévoles a été étudiée, car elle nous semblait importante mais inhabituelle. Les principales motivations que nous avons constatées tournaient autour du prestige de la MR de par son rôle de prescripteur de médicaments, et en raison de l'utilité de ce rôle – ressentie par tous - dans le cadre d'une réponse communautaire à deux problèmes collectifs de santé majeurs. La reconnaissance du travail réalisé, par le superviseur d'Inter Aide qui recueille les données tous les trois mois, nous est apparue comme un facteur de motivation supplémentaire.

Actuellement, cette stabilité est mise en danger par une certaine concurrence entre programmes et agents villageois. L'intégration insuffisante des MR dans le pool des agents des CSB risque, lors du désengagement d'Inter Aide, de les laisser isolées et incapables de poursuivre leur activité, faute de coordination avec les CSB.

Conclusion

Malgré ces dernières réserves, il est apparu que l'approche de ce programme comporte plusieurs aspects originaux qui mériteraient d'être analysés, par des acteurs institutionnels et privés, en vue de les adopter et/ou de les adapter.

La figure de l'agent de santé villageois prescripteur nous est apparue intéressante, de par l'importance de son activité et sa stabilité dans le temps. Dans le contexte actuel de réflexions sur la décentralisation de l'accès aux soins au niveau communautaire, l'expérience d'Inter Aide dans la mise en place et le suivi de ces agents gagnerait à être partagée.

Les changements de comportement induits par des formations dans des ateliers en petits groupes paraissent objectivement plus efficaces que les traditionnelles causeries et animations de groupe. Cette approche est bien entendue plus longue et plus lourde mais s'il est possible d'obtenir des changements de comportements rapides, généralisés (ou presque) et durables, la rentabilité de l'investissement est à étudier.

Enfin, les enquêtes d'impact, si elles ne remplaceront pas les enquêtes nationales, constituent un outil simple, bon marché et rapide pour établir des stratégies d'intervention et mesurer l'impact des programmes. Leur adaptation à d'autres thématiques est relativement simple à envisager.

Nous espérons que ce travail permettra de promouvoir l'utilisation des outils et méthodes développées par ce programme, et contribuera à renforcer les liens entre ONG et secteur public tant pour les programmes existant que pour les stratégies à venir. Au moment où la mise en place des ACT en alternative à la chloroquine pose un défi majeur au système de santé, il nous semble que l'apport de ces approches novatrices pourrait être particulièrement utile.

I. INTRODUCTION

1.1. Cadre de l'évaluation

Cette évaluation a été demandée par Inter Aide, afin de confirmer/valider certains résultats et de bénéficier d'un regard extérieur permettant d'explicitier les résultats observés. Une demande a été faite au F3E pour un appui méthodologique et financier. Après la rédaction des termes de référence, un appel d'offre a été lancé, courant 2007.

STEPS Consulting social a répondu par une proposition technique qui a été retenue en septembre.

1.2. Le déroulement global

L'équipe d'évaluateurs était composée d'un médecin malgache et d'un pédiatre français, tous les deux expérimentés en santé publique et en conduite de projet dans les pays à ressources limitées.

L'évaluation s'est déroulée à Madagascar entre le 21 octobre et le 12 novembre 2007. La présence dans le district de Manakara fut de 15 jours. Des visites dans différentes communautés ont été organisées. Les autorités sanitaires du district, ainsi que les responsables des ONG ayant une activité en lien avec la thématique ont été rencontrées. A Antananarivo, des entrevues avec le responsable du programme national de lutte contre le paludisme et avec le responsable du SCAC de l'Ambassade de France ont été réalisées.

1.3. Les mécanismes de restitution

Une restitution des premiers résultats fut réalisée à Manakara, dans les locaux du district sanitaire, devant tous les médecins responsables des CSB et les responsables d'ONG.

Une seconde restitution fut faite à Antananarivo, dans les locaux de l'ambassade de France.

Une troisième restitution a été réalisée dans les locaux d'Inter Aide à Versailles en janvier 2008, afin de commenter le rapport provisoire.

Après intégration des recommandations émises à cette occasion, le rapport final a été envoyé début février.

Une restitution finale est prévue en mars 2008.

1.4. Objet de l'évaluation

Ce programme a été mis en place en 2002. Si certains points de méthodologie ont été adaptés au cours du temps, l'approche a toujours été centrée sur le même angle d'attaque.

Initialement, la proposition du programme d'Inter Aide reposait sur deux postulats:

- la mortalité infanto-juvénile est élevée dans le district de Manakara.
- Cette mortalité est avant tout liée au paludisme et aux diarrhées.

Ces deux postulats menaient logiquement à une hypothèse: par le développement d'un programme centré sur ces deux maladies, il doit être possible de diminuer la mortalité infanto-juvénile dans la zone d'intervention.

Six ans plus tard, le programme présente des résultats positifs par rapport à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, qui est régulièrement mesurée par des enquêtes menées par Inter Aide dans les villages.

L'objet de cette évaluation est donc d'analyser et de commenter:

- la validité ces résultats, en étudiant la méthodologie des enquêtes
- la méthodologie du programme et ses éventuels côtés novateurs
- la poursuite dans le temps des résultats et les facteurs de pérennisation
- l'efficience du programme
- les possibilités d'intégration/articulation des activités avec les programmes nationaux

II. CONTEXTE

2.1. POLITIQUES SANITAIRES DE LUTTE CONTRE LES DIARRHEES ET LE PALUDISME

2.1.1. Paludisme

Dans les premières années du programme, les traitements anti-paludéens (chloroquine), comme les autres traitements, étaient payants même pour les jeunes enfants. Les moustiquaires étaient relativement chères et devaient être ré-imprégnées annuellement.

Dans l'année 2005, le Gouvernement a décidé de distribuer gratuitement des moustiquaires aux femmes enceintes qui venaient en consultation prénatale dans les centres de santé (CSB). Cette campagne s'est terminée début 2006.

A la même période, le Gouvernement a décidé la gratuité des traitements anti-paludéens. L'application de cette mesure a été effective courant 2006 dans le district de Manakara. Les ONG présentes, en particulier Inter Aide, se sont adaptées en demandant à leurs agents de santé villageois de délivrer gratuitement les médicaments anti-paludéens⁽¹⁾.

En 2006, sur les recommandations de l'OMS, le protocole national de prise en charge du paludisme a été modifié: devant l'apparition de résistances à la chloroquine, le traitement de première intention est devenu l'association Amodiaquine-Artesunate (ACT). Ce traitement est prescrit à la condition qu'un test de diagnostic rapide du paludisme soit positif (alors que la chloroquine était prescrite devant un diagnostic présomptif clinique).

Cette modification a été mise en place progressivement au cours de l'année 2007 dans le district de Manakara. Actuellement, les CSB sont sensés appliquer ce protocole. Par contre, sa décentralisation au niveau communautaire n'est toujours pas clairement définie.

2.1.2. Diarrhées

Concernant les diarrhées, la politique nationale n'a pas évolué de façon aussi visible. La prévention et la prise en charge des maladies diarrhéiques font partie du programme PECIME⁽²⁾, d'une part, et d'un programme vertical ponctuel dans le cadre de la lutte contre le choléra d'autre part.

Pendant la durée de l'intervention d'IA, l'influence de ces programmes n'a pas été ressentie de façon flagrante au niveau communautaire.

Concernant la prise en charge curative de la déshydratation, les sachets prêts à l'emploi ne sont pas disponibles sur le terrain pour une distribution à base communautaire.

Les possibilités de prise en charge par les CSB (rehydratation entérale ou parentérale (IV, SC, IO)) sont limitées par les consultations tardives et des possibilités techniques réduites

¹ Il est à noter que le coût d'un traitement par la chloroquine (50 Aryari) était abordable pour la population et ne semblait pas être un obstacle à l'accès aux soins. La généralisation de la gratuité de la chloroquine dans les CSB et chez les agents villageois a cependant été bien accueillie.

² La PECIME (Prise En Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) est un programme national, développé à Madagascar comme dans la plupart des pays africains sur des recommandations de l'OMS. Il comporte un volet communautaire et un volet structure de santé.

2.2. ACTEURS IMPLIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES PREVALENTES DANS LE DISTRICT DE MANAKARA

2.2.1. Système de santé de l'État

La structure pyramidale du système de santé malgache est superposable aux organisations mises en place habituellement dans les systèmes de santé en Afrique.

Manakara se situe au niveau 'district'. C'est à la fois le centre de référence médicale et la coordination des activités qui sont réalisées au niveau des Centres de Santé de Base (CSB). Le district sanitaire de Manakara supervise et coordonne les structures de santé réparties dans 45 communes.

Les CSB I et II⁽³⁾ sont situés au niveau des communes. On trouve en général 1 CSB par commune (parfois 2, rarement aucun).

Les CSB couvrent 3 à 10 villages (certains villages n'étant que des quartiers individualisés dans un même fuktan⁽⁴⁾).

Dans les villages ou quartiers, on trouve en théorie des Agents de Santé Villageois reliés au CSB, mais leur existence est aléatoire et leur rôle variable et mal défini.

2.2.2. PSI

Le programme de PSI faisait, avant même le début du programme Inter Aide, la promotion des moustiquaires et favorisait l'accès à la chloroquine, par un programme de marketing social: dans les boutiques (épiceries) situées dans des zones accessibles (le long des routes), des boîtes de chloroquine et des moustiquaires étaient mises à disposition par une équipe de PSI. Il n'y avait pas vraiment d'agent prescripteur, mais le médicament était disponible, à un prix abordable, pour la population.

Au cours de l'intervention d'Inter Aide, des moustiquaires de meilleure qualité et meilleur marché ont été introduites par PSI.

Il est à noter que PSI, outre son rôle de distributeur auprès des boutiques, fourni aussi les ONG (dont Inter Aide) en moustiquaires et en médicaments anti paludéens.

2.2.3. ASOS

ASOS est une ONG malgache, implantée depuis plusieurs années à Manakara. En 2005, elle a débuté un programme de lutte contre le paludisme, dans une zone qui inclut la zone d'intervention d'IA.

2.2.4. Inter Aide Hydrologie (IAH)

IA hydro est aussi présente depuis des années dans le district. Son intervention est antérieure à celle d'IA santé. Initialement, IA santé s'est implantée dans les villages où IA Hydro était présente ou lorsque des bornes fontaines avaient été mises en place par IAH.

Par la suite, chaque programme a suivi sa logique d'extension. Parfois, les équipes se croisent ou se succèdent dans les mêmes fuktans.

Les interrelations entre ces deux volets ont été observées (voir chapitre V).

³ La différence entre CSB I et CSB II est le niveau du personnel. Dans un cas, le CSB est dirigé par un médecin, dans l'autre, par un agent sanitaire non médecin (infirmier par exemple). Dans la plupart des cas, dans le district de Manakara, c'est un médecin qui dirige la structure.

⁴ fuktan: village

2.2.5. Autres: FJKN, nutrition, églises

D'autres programmes sont présents, soit nationaux, tel que le programme de nutrition communautaire, soit portés par des ONG ou les églises. Ils ne sont pas apparus comme ayant une influence importante sur le programme d'IA Santé, soit parce que leur zone d'intervention était géographiquement limitée, soit parce que leur thématique était différente de celle traitée par IASanté⁽⁵⁾. Les données d'IA Santé n'ont pas été mises en perspective par rapport à ces programmes.

5 Les interactions existent toujours. Par exemple, le programme de lutte contre la filariose fait la promotion des moustiquaires, ce qui peut avoir un effet de renforcement du programme d'IA santé et, dans certains cas, créer la confusion parmi les villageois si les actions ne sont pas coordonnées.

III. LE PROGRAMME INTER AIDE

L'objet de ce paragraphe n'est pas de présenter en détail le programme Inter Aide, mais de rappeler ses grands axes et ses principaux résultats. Une présentation plus détaillée pourra être consultée en annexe dans les Termes de Référence (p.6 à p.16).

3.1. GRANDS PRINCIPES

S'appuyant sur un contexte dans lequel plus de 50% de la mortalité infanto-juvénile était en rapport avec 2 pathologies - le paludisme et les diarrhées - Inter Aide a décidé de réaliser une approche « épidémio-centrée », afin de concentrer ses efforts sur ces deux maladies.

L'intervention a débuté en 2002 et s'est poursuivie pendant six ans, sous forme de deux cycles de trois ans. Elle a été dirigée par la même équipe depuis le début du programme.

L'objectif principal était défini comme « ***une réduction recherchée de la mortalité infanto-juvénile (TMM5 ou Taux de Mortalité des Moins de 5 ans) spécifique liée au paludisme et aux maladies diarrhéiques.*** »

Les objectifs spécifiques chiffrés étaient :

- *Prévalence observée des épisodes fébriles chez le jeune enfant : 10% de réduction par année/projet.*
- *Prévalence observée des maladies diarrhéiques : idem.*
- *Taux comparé de mortalité infanto-juvénile mesuré sur une évolution longitudinale et transversale : réduction espérée en fin de cycle: 30%*

La méthodologie initiale prévoyait « *une approche bipolaire avec :*

- *un versant communautaire fondé sur une pédagogie visant à transmettre aux mères de jeunes enfants un savoir faire pratique à la fois préventif et curatif.*
- *et un versant institutionnel, reposant sur une collaboration avec les formations sanitaires (FS) afin d'augmenter le taux d'utilisation des services disponibles d'une part et de mettre en place des dépôts villageois de proximité »*

En raison des événements politiques dans le pays, en 2002, lors de la mise en route du programme d'Inter Aide⁽⁶⁾ et des difficultés à travailler avec les structures sanitaires par la suite, l'approche communautaire a été plus développée que le versant institutionnel.

Cette approche communautaire reposait sur un triptyque opérationnel⁽⁷⁾ :

- Éducation sanitaire dirigée vers toutes les mères des enfants de moins de 5 ans.
- Accès facilité (subventionné) aux moyens de prévention (moustiquaires et San Plat⁽⁸⁾)
- Accès facilité aux traitements, essentiellement la chloroquine pour les enfants.

⁶ A l'époque, la plupart des structures de santé étaient fermées dans la région

⁷ analysé plus en détail au chapitre V

⁸ Les San Plat sont des dalles en ciment permettant de réaliser des latrines

Les bénéficiaires directs du programme, au niveau communautaire, ont donc été les enfants de moins de 5 ans et leurs mères.

Jusqu'à début 2007, dans le district de Manakara, le programme a touché 98 villages, 70 100 habitants, 10 300 mères et 17 700 enfants de moins de 5 ans⁽⁹⁾.

Le nombre de bénéficiaires est un cumul de l'ensemble des enfants touchés par le programme lors de la présence effective du programme. C'est à dire la population bénéficiaire de la zone I en 2002, celle de la zone II en 2003, celle de la zone III et de la zone IV en 2004, etc.... En effet, une caractéristique importante de ce programme est la stratégie d'intervention glissante: en fonction d'enquêtes initiales, il est décidé d'intervenir dans les communes présentant de mauvais indicateurs sanitaires. Après six mois, l'intervention est terminée et les équipes terrain sont déplacées sur d'autres communes.

Mais l'impact se poursuit et les enfants qui naissent dans les années qui suivent pourraient aussi être considérés comme bénéficiaires du programme. Les chiffres avancés par Inter Aide dans les TDR doivent donc être considérés comme chiffres plancher.

Par rapport au financement, *ce projet a bénéficié d'un cofinancement du MAE sur la période novembre 2001 à décembre 2004. Un nouveau cofinancement a été accordé pour la période 2005 à 2007, actuellement en cours.*

	Cofinancement nov 2001- déc 2004	Cofinancement en cours 2005-2007	TOTAL
Budget	<i>Réalisé</i> 302 163	<i>Prévisionnel</i> 270 949	573 112
Plan de financement			
MAE	144 994	135 000	279 994
ONG	104 101	40 642	144 743
Unicef	45 865		45 865
Divers privés	7 203	95 307	102 510

3.2. CARTOGRAPHIE DE L'INTERVENTION : DISTRICT MANAKARA

La carte présentée à la page suivante montre le district sanitaire de Manakara. Chaque subdivision correspond à une commune.

Les communes dans lesquelles le programme est intervenu sont colorées, la légende permettant de connaître la période de l'intervention du programme.

La partie inférieure de la carte correspond au district de Vohipeno. Le programme est intervenu dans certaines communes de ce district mais l'évaluation n'a pas porté sur cette région. Nous avons donc masqué les données correspondantes.

⁹ Voir les Termes de Référence, p.8. Dans le district voisin de Vohipeno, ce sont 29 villages, 18 000 habitants, 2340 mères et 3280 enfants de moins de 5 ans qui furent touchés.



III. Le programme Inter Aide

L'objet de ce paragraphe n'est pas de présenter en détail le programme Inter Aide, mais de rappeler ses grands axes et ses principaux résultats aux lecteurs qui les connaîtraient mal.

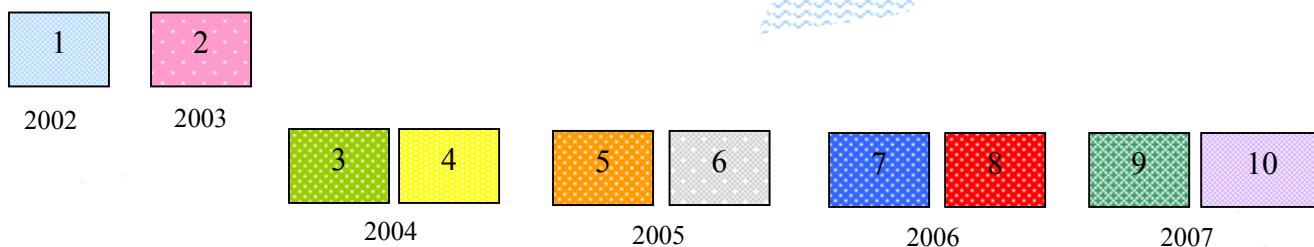
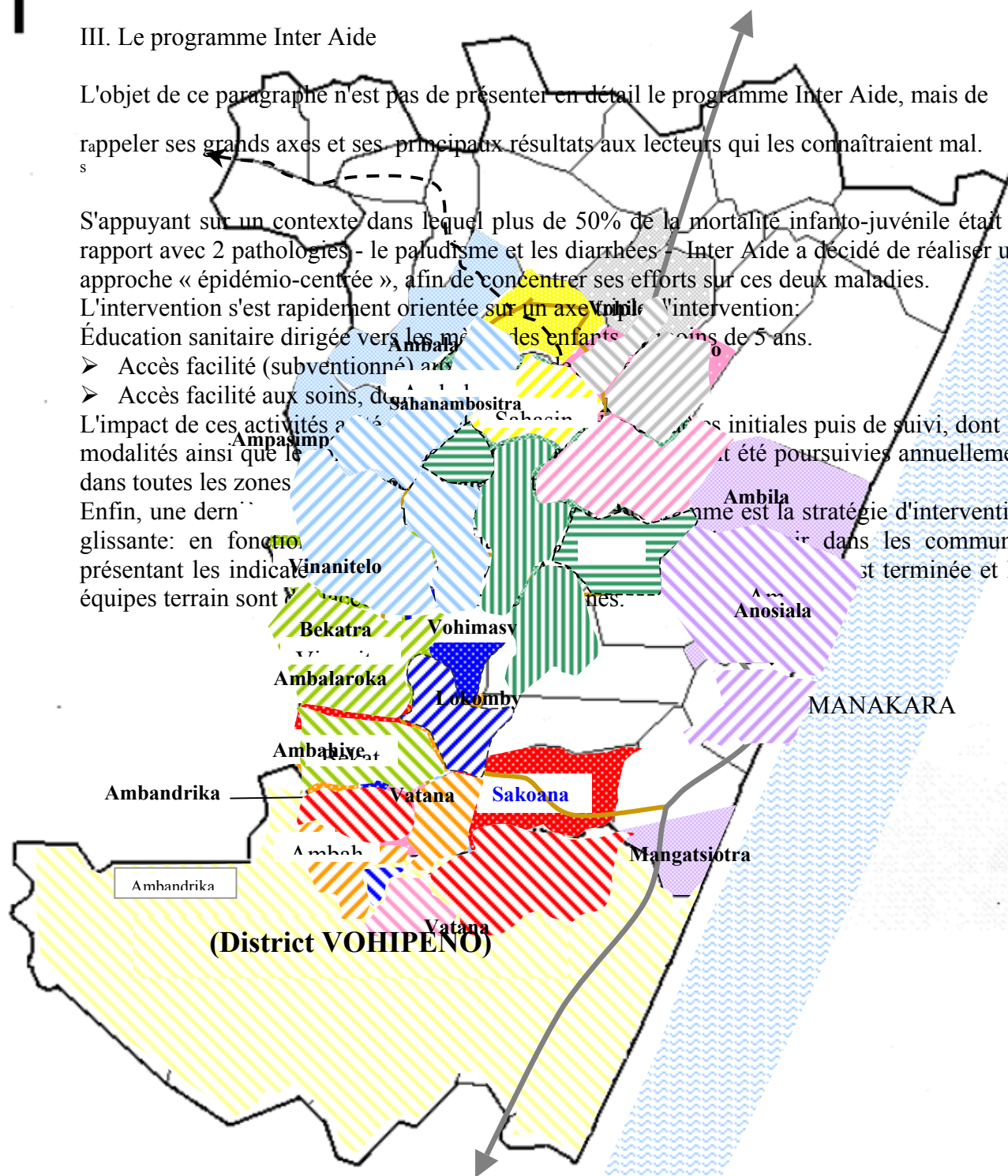
S'appuyant sur un contexte dans lequel plus de 50% de la mortalité infanto-juvénile était en rapport avec 2 pathologies - le paludisme et les diarrhées - Inter Aide a décidé de réaliser une approche « épidémiocentree », afin de concentrer ses efforts sur ces deux maladies.

L'intervention s'est rapidement orientée sur un axe triple d'intervention: Éducation sanitaire dirigée vers les mères des enfants de moins de 5 ans.

- Accès facilité (subventionné) aux médicaments
- Accès facilité aux soins, de jour et de nuit

L'impact de ces activités a été évalué par des enquêtes initiales puis de suivi, dont les modalités ainsi que les résultats ont été poursuivies annuellement dans toutes les zones.

Enfin, une dernière évaluation a été réalisée en 2007. Elle est la stratégie d'intervention qui a été mise en œuvre dans les communes du District de Vohitry. Cette stratégie est terminée et les équipes terrain sont en cours de formation.



3.3. PRINCIPAUX RESULTATS

Ce paragraphe résume les principaux résultats présentés par Inter Aide dans les Termes de Référence. L'analyse de la validité de ces résultats sera réalisée dans le chapitre 4.

Inter Aide a cherché à mesurer l'impact de ses activités, en comparant la variation d'indicateurs entre des enquêtes initiales et des enquêtes de suivi annuelles. Les modalités de ces enquêtes ont parfois varié d'une année sur l'autre, mais les indicateurs clefs (TMM5, couverture en moustiquaire, etc.) et leur mode de calcul ont été adoptés dès les premières enquêtes. Celles-ci ont été poursuivies annuellement dans toutes les zones où le programme est intervenu, ce qui permet une observation de l'impact à moyen terme.

3.3.1. Impact sur la mortalité infanto-juvénile

Pour les données chiffrées plus complètes, nous renvoyons le lecteur aux Termes de Référence, p. 12 et suivantes.

Le tableau suivant montre l'évolution au cours du temps du TMM5 dans les 4 premières zones.

TMM5	Enquête préliminaire 2002	Enquête d'évaluation * 2003	Enquête d'évaluation ** 2004	Enquête d'évaluation ** 2005	Enquête d'évaluation 2006	Enquête d'évaluation 2007
Zone I	203 ‰	318 ‰	186 ‰	142 ‰	59.4 ‰	81 ‰
Zone II		394 ‰	188 ‰	91 ‰	64 ‰	79 ‰
Zone III			198 ‰	109 ‰	43.1 ‰	34 ‰
Zone IV				206 ‰	115 ‰	87 ‰

* Pour la Zone I, il s'agit d'une enquête d'évaluation, pour la zone II, c'est l'enquête préliminaire.

** Remarque analogue avec les zones I, II et III, IV

Ce que l'on peut observer à la lecture de ces résultats sur la mortalité, c'est l'amélioration des indicateurs après l'intervention⁽¹⁰⁾, mais surtout la poursuite de l'amélioration dans les années qui suivent et la persistance de cette amélioration jusqu'à 4 ans après la fin de l'intervention.

La dernière enquête (début 2007) montre une ré-ascension des TMM5 dans les zones I et II, mais la différence n'est pas significative, ce qui signifie qu'après 4 et 5 ans, les améliorations constatées sont stabilisées à un niveau trois à quatre fois moins important qu'avant l'intervention.

L'interrogation par rapport à ces chiffres est double : quel est leur degré de fiabilité, d'une part, comment expliquer cette efficacité prolongée d'autre part ?

3.3.2. Couverture en moustiquaires

La couverture (ou taux de pénétration) en moustiquaire correspond au pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment protégés par une moustiquaire. Ce pourcentage est lui-aussi mesuré par les enquêtes annuelles initiales et de suivi. En 2001, avant intervention, ce taux de pénétration était inférieur à 20%. Actuellement, il est supérieur à 70%⁽¹¹⁾.

¹⁰ L'aggravation notée en 2003 est un phénomène isolé. De tels taux de mortalité, dans les enquêtes initiales ou de suivi n'a jamais été retrouvé à l'échelle d'une zone par la suite. Les raisons sont probablement multiples : répercussion sur la santé de la population des événements politiques (désorganisation du système sanitaire notamment), contexte épidémique sévère cette année-là, entre autres.

¹¹ TDR, p.6

Comme pour la mortalité, cet indicateur poursuit sa progression dans toutes les zones après la fin de l'intervention du programme Inter Aide. On peut dès lors s'interroger sur les mécanismes qui permettent la poursuite de l'amélioration de cet indicateur après la fin du programme.

3.3.3. Activités des Mères Référentes

Les Mères Référentes sont les Agents de Santé Villageoise mises en place par le programme. Elles sont consultées par les mères de jeunes enfants lorsque ceux-ci présentent des accès fébriles ou des diarrhées. Après la fin de l'intervention, elles continuent à assurer leur service, de façon bénévole, pendant plusieurs années. La persistance de cet engagement bénévole (ou presque) est intéressant, mais pose la question des motivations sous-jacentes et des possibilités de reproduction dans d'autres contextes.

3.4. LES QUESTIONS POSEES A L'EVALUATION

3.4.1. La validité des résultats

La première question demandée concernait la validité des résultats, qui sont bons, certes, mais qui ne sont pas vérifiables par ailleurs. En effet, ni le service d'état civil, ni le service de santé ne sont en mesure de donner des chiffres concernant la mortalité infanto-juvénile.

Par des enquêtes contrôle, par l'analyse détaillée de la méthodologie et des cahiers d'enquête, et par la comparaison aux études nationale, l'évaluation s'est efforcée de qualifier la validité de ces résultats, leurs limites et les améliorations qui pourraient être envisagées pour augmenter la fiabilité des donnés.

Les grandes lignes seront présentées dans ce document, au chapitre IV.

3.4.2. Les aspects novateurs de la méthodologie

Une autre demande importante concernait la méthodologie: rythme d'intervention, pédagogie, choix des cibles bénéficiaires,... afin d'évaluer si ce qui apparaît comme des changements de comportement durables pouvait être mis en rapport avec une approche novatrice. Ils seront commentés aux chapitres V,VI et dans le document annexe II.

3.4.3. La pérennité des résultats, l'efficienc du programme et sa reproductibilité

La persistance des résultats, l'intégration des agents de santé villageois dans le système sanitaire malgache, la reproductibilité de la méthode concernait la troisième série des questions. Elles seront traitées aux chapitres VII à IX.

IV. ANALYSE DE LA VALIDITE DES RESULTATS

La validité des résultats repose sur la fiabilité du recueil des données, sur la représentativité des indicateurs choisis et sur le caractère valide de l'extrapolation mathématique des résultats mesurés.

4.1. PROCEDE DE RECUEIL DE DONNEES

L'évaluation a observé en détail la méthodologie originale des enquêtes Inter Aide. En effet, la mesure d'impact repose sur des enquêtes qui mesurent des données non disponibles par ailleurs. Toute erreur méthodologique pourrait donc biaiser les résultats sans qu'il soit aisément possible de l'objectiver, faute de référent externe.

4.1.1. Évolutions de la méthodologie des enquêtes annuelles

Dans chaque commune où le programme est intervenu, Inter Aide a systématiquement réalisé une enquête initiale avant intervention. Ces enquêtes ont été répétées chaque année, à la même époque (en début d'année) en général.

La méthodologie de ces enquêtes a évolué au cours du temps, sur deux aspects. Le premier concerne les questionnaires, qui ont évolué de 2002 à 2005, mais qui ont toujours inclus les questions permettant de mesurer l'impact du programme ; la seconde modification correspond à un changement radical, les enquêtes évoluant d'une activité interne du programme à une activité communautaire supervisée par Inter Aide. Le tableau suivant⁽¹²⁾ précise ces évolutions.

Date	Enquête initiale	Enq. évaluation			
Janv-02	Zone 1		salariés	en français	Enquêteurs villageois
Janv-03	Zone 2	Zone 1			
Janv-04	Zone 3	Zone 1 et 2			
Juin-04	Zone 4		en malgache		
Janv-05	Zone 5	Zone 1, 2 et 3			
Juin-05	Zone 6				
Janv-06	Zone 7	Zone 1 à 4	Même questionnaire		
Mars-06	Zone 8 & 9				
Janv-07		Zones 1 à 7			
Févr-07	13 Communes dont zone 10				

Une des questions posée à l'évaluation était de comparer l'approche communautaire actuelle (initiée en 2004) de celle des premières enquêtes (2002-2004), afin d'essayer de déterminer si une méthode était plus fiable que l'autre.

Le tableau suivant compare les modes opératoires.

⁽¹²⁾ source : équipe terrain IA Manakara

	Anciennement	Actuellement
Enquêteurs	5 enquêteurs salariés par le programme	1 (rarement 2) enquêteur par village ⁽¹³⁾ , dédommagé pour ce travail
Durée d'enquête	plus de trois mois	trois semaines
Questionnaires	en français	en malgache
Zone de l'enquête	4 communes pour 5 enquêteurs	1 fuktan (village) par enquêteur
Couverture de la population	Échantillon (aléatoire ?)	Exhaustif
Taille population enquêtée	976 familles et 1600 Enfants <5 ans	Environ 150 Enfants<5 ans par enquêteur
Nombre de familles enquêtées par semaine	15	35 à 40

A la première lecture, il apparaît que la rentabilité des enquêteurs villageois est plus importante que celle des enquêteurs salariés. Ce rendement supérieur a 2 explications: en enquêtant dans un seul village, l'enquêteur villageois perd moins de temps que l'enquêteur salarié qui travaillait sur un territoire plus vaste, couvrant plusieurs villages d'une commune. L'autre raison est la simplification progressive des questionnaires: comportant plusieurs dizaines de questions en 2002, ils n'en renferment que 13 actuellement. Les renseignements apportés par les premières enquêtes étaient plus nombreux et variés, et cherchaient à déterminer les comportements (hygiène, parcours de santé) et leurs changements éventuels. Les questions retenues dans les enquêtes actuelles sont plus ciblées sur la mesure de l'impact des programmes.

La durée de l'enquête passe de trois mois à trois semaines, ce qui renforce probablement la fiabilité d'une donnée capitale, celle des décès. En effet, les indicateurs d'impact reposent sur l'interrogatoire rétrospectif du nombre de décès dans les douze derniers mois. Cette notion de temps étant assez vague pour la population peu alphabétisée du monde rural, il est plus pertinent de mener ces enquêtes en début d'année et sur une courte période. L'enquêteur peut interroger sur l'année écoulée, en se servant éventuellement d'évènements agricoles (récolte des litchis, par exemple).

A l'inverse, si l'enquête s'étend sur plusieurs mois, il faut alors déterminer la date du décès de façon plus exacte, afin de savoir si le décès doit être comptabilisé dans l'enquête en cours ou pas.

Le nombre d'enquêteurs est plus important actuellement. Si le risque d'avoir des données non interprétables est plus grand, à l'inverse ces données ne concernent qu'un village et non l'échantillon de toute une commune.

La notion d'échantillon, même s'il représentait une part importante de la population des enfants de moins de 5 ans, était une source de biais dans la méthode initiale. Les familles n'étaient pas tirées au sort de façon aléatoire et il est possible que la fraction de la population enquêtée n'ait pas été complètement représentative de la population. L'exhaustivité à laquelle la méthode actuelle prétend arriver est, de ce point de vue, plus satisfaisante.

Dernier point, les questionnaires actuels sont établis en malgache alors que les premiers étaient en français et traduits par les enquêteurs au moment où ils posaient les questions. Cette

¹³ soit environ une centaine en 2007 pour le district de Manakara

traduction est une source de biais, chaque enquêteur pouvant introduire des nuances différentes lors de la traduction.

Cette rapide comparaison des deux méthodologies montre que les deux types d'enquête sont difficilement comparables. Il est dès lors difficile de hiérarchiser la fiabilité et la précision obtenue par chacune des méthodes, d'autant que les objectifs de ces enquêtes ont doucement évolué au cours du temps. Si les premières enquêtes cherchaient à confirmer les postulats initiaux et objectiver des changements de comportement, les dernières sont centrées sur les impacts du programme, c'est à dire sur l'incidence et la mortalité du paludisme et des diarrhées et servent en outre à déterminer les stratégies d'intervention.

Néanmoins, il n'existe pas d'argument pour conclure que la méthodologie actuelle, basée sur les enquêtes communautaires, a une fiabilité inférieure aux premières enquêtes, réalisées par des salariés du programme, en ce qui concerne les 13 questions du questionnaire actuel. Les paragraphes suivants décrivent et analysent les enquêtes, telles qu'elles sont menées depuis 2004.

4.1.2. Description de la méthodologie actuelle des enquêtes annuelles d'Inter Aide

Il existe un document rédigé par l'équipe terrain d'Inter Aide Manakara sur la méthodologie des enquêtes annuelles⁽¹⁴⁾. Nous ne listerons donc ici que les étapes successives.

1. Déterminer la liste des villages dans lesquels seront menées les enquêtes: cette liste correspond aux villages dans lesquels ont été menées des activités (enquêtes de suivi ou d'évaluation de l'impact) et ceux dans lesquels l'équipe veut connaître les indicateurs (enquête préliminaire pour orienter la stratégie d'intervention).

2. Déterminer la liste des enquêteurs: si c'est une enquête de suivi/évaluation, c'est la Mère (ou le Père) Référente qui fait l'enquête. Si c'est une enquête initiale, c'est une personne du village désignée par une autorité du village. Cette personne devient parfois la Mère Référente.

3. Former à la méthodologie d'enquête: réalisée par Rufin, salarié d'Inter Aide santé, cette formation d'une demi-journée permet aux enquêteurs villageois de comprendre la méthodologie et d'intégrer les consignes.

4. Phase initiale d'enquête: les enquêteurs réalisent leurs premiers questionnaires.

5. Contrôle de qualité après la réalisation des premiers questionnaires: Rufin contrôle la façon dont sont remplis les questionnaires. Il réalise des corrections éventuelles et renforce les consignes.

6. Deuxième phase d'enquête: les enquêteurs terminent la visite exhaustive de toutes les maisons et de toutes les familles.

¹⁴ intitulé « Recueil de données sanitaires »

7. Les cahiers de questionnaires sont collectés.

8. Les données sont synthétisées, informatisées et consolidées.

Les cahiers mal remplis sont écartés. Certains indicateurs sont calculés (nombre d'enfants de moins de 5 ans par mère, % de mères rapporté à la population, % d'enfants de moins de 5 ans rapporté à la population) et lorsque les résultats sont éloignés des normes, l'ensemble du cahier est écarté. Dans certains cas, Rufin réalise une enquête contrôle dans la foulée.

9. Vérification a posteriori:

Lorsqu'il s'agit d'une enquête initiale, qui est suivie de la mise en route d'activités dans les villages de la commune, le nombre de mères d'enfants de moins de 5 ans, qui sont toutes invitées aux ateliers de formation, doit correspondre au chiffre trouvé dans l'enquête. Une vérification a posteriori peut permettre de conforter (ou pas) les résultats.

4.1.3. Les points contrôlés par l'évaluation.

9 activités avaient été présentées dans la proposition technique concernant la méthodologie des enquêtes.

Celles-ci sont détaillées dans le document en annexe I.

1	Faire la relecture critique des questionnaires de recueil de données annuelles
2	Observer une simulation d'entretien d'enquête
3	Tester le logiciel de synthèse de recueil des données
4	Comparer la qualité de remplissage des questionnaires des enquêteurs salariés et des enquêteurs villageois
5	Vérifier les décès d'enfants de moins de 5 ans dans les 5 années précédant le début de l'intervention d'Inter Aide
6	Vérifier la définition de la population cible
7	Vérifier les décès d'enfants de moins de 5 ans à partir des registres d'activité des MR et des statistiques des centres de santé de base
8	Vérifier les décès d'enfants de moins de 5 ans dans l'année précédente par interrogatoire rétrospectif
9	Lister les programmes intervenant sur les thématiques du paludisme, hygiène, nutrition dans les zones ciblées par Inter Aide

Globalement, les questionnaires sont simples et bien traduits, maîtrisés par les enquêtrices villageoises (activité 1 et 2). La liste des questions est réduite. Peut-être une des questions pourrait elle être traduite différemment (voir rapport qualitatif, annexe II). L'équipe terrain jugera de l'opportunité de ce changement.

Les cahiers, dans lesquels les données sont consignées, sont édités de façon spécifique pour les enquêtes. Ils sont faciles à remplir et clairs à lire. Ils ont avantageusement remplacé les cahiers d'écolier utilisés jusqu'en 2006 et dont la lecture était parfois pénible.

Il n'existe pas de logiciel spécifique pour informatiser les données (activité 3). Celles-ci sont compilées dans des feuilles de calcul type Excel. Lors du maniement de ces feuilles, une seule erreur a été observée dans une formule : le total d'une ligne, qui aurait dû additionner 12 cases n'en prenait que onze, le mois de janvier étant hors de la formule. La répercussion sur les résultats de la zone était tout à fait négligeable. L'observation des résultats consolidés des enquêtes montre des feuilles de plus en plus complètes et faciles à lire, les tableaux de

synthèse de 2007 aboutissant à un bon équilibre entre concision et précision. Le masque utilisé en 2007 pourrait être conservé afin de faciliter les comparaisons dans les prochaines années.

La comparaison brute de la qualité de remplissage des cahiers (activité 4) a été approfondie par la comparaison des différences méthodologiques entre les deux types d'enquête. Cette analyse a été exposée dans le paragraphe 4.1.1.

L'activité 6 a consisté à éclaircir une formulation un peu obscure contenue dans les TDR : il était difficile de comprendre si toutes les familles étaient concernées par les enquêtes annuelles ou seules les familles ayant des enfants de moins de 5 ans. L'analyse et les recommandations sont détaillées dans les paragraphes qui suivent (4.2.2)

L'activité 7 n'a pas pu être réalisée. Il était prévu de reprendre des registres de Mères Référentes et de comparer les décès enregistrés dans ces registres aux résultats de l'enquête. Cependant, les registres des Mères Référentes ne comportent plus de données sur les décès survenus dans le village. Cette donnée était mal renseignée par les MR et l'équipe d'Inter Aide, après avoir insisté pour que cette rubrique soit remplie, a décidé de ne plus demander aux MR de noter les décès.

L'activité 9 a permis de mettre en perspective les résultats de l'impact du programme dans le contexte du district. L'analyse est présentée au chapitre V.

4.2. VALIDITE DES DONNEES RECUEILLIES

Deux activités (5 et 8) ont cherché à vérifier la validité des données concernant la mortalité.

La première (activité 8) a interrogé les familles sur les décès d'enfants de moins de 5 ans survenus en 2006, dans une zone où cette enquête avait été faite par IA en janvier 2007. Les résultats de cette enquête contrôle ont été comparés à l'enquête 2007.

La seconde (activité 5) a recherché, parmi les enfants nés en 2003, le nombre d'enfants décédés entre 2003 et 2007, afin de le comparer au TMM5 calculé sur la base des données IA.

4.2.1. Enquête contrôle sur la mortalité infanto-juvénile annuelle.

Nous avons mené, dans deux communes – Vohimasy et Ambandrika - une enquête contrôle sur la mortalité infanto-juvénile annuelle (activité 8). Ces communes ont été choisies au hasard parmi les communes dans lesquelles Inter Aide avait réalisé une enquête en 2007.

L'objectif était d'interroger les familles sur l'éventualité d'un décès d'un enfant de moins de 5 ans en 2006. Puis de comparer les résultats à l'enquête d'Inter Aide de 2007, qui avait porté sur l'année 2006.

Les résultats n'ont pas été concluants, dans la mesure où les décès notifiés dans l'enquête d'Inter Aide n'ont pas été superposables aux décès déclarés dans l'enquête contrôle.

Commune	Village	enquête IA		enquête Contrôle	
		Nombre de mères	Décès enfants de moins de cinq ans	Nombre de mères	Décès enfants de moins de cinq ans
Vohimasy	ambohimaro	61	3	39	0
	Vohimbary	76	1	40	0
	Marofinaritra	128	9	24	0
	Ankarimbary	95	3	87	1
	Vohymasy	178	1	42	5
Ambandrika	Ambandrika	184	1	171	3
	Tsiranamahanoro	58	1	58	0
Total		780	19	461	9

Ces résultats nous ont suggéré plusieurs pistes de réflexions.

La première concerne la qualité du travail réalisé par les enquêteurs. Il est manifeste que certains enquêteurs ont travaillé sérieusement (Tsiranamahanoro, Ambandrika, Ankarimbary), alors que d'autres ont rendu des résultats très partiels. Cette conclusion évidente à la lecture comparée des données a été possible grâce à l'enquête réalisée antérieurement par Inter Aide. Ce qui nous a interrogé sur les mesures qui pourraient être mises en œuvre pour sécuriser la fiabilité des données en l'absence de données de référence (ce qui correspond à la situation de toutes les enquêtes initiales d'Inter Aide). Nous détaillerons ce point plus bas.

La seconde est que le « facteur mémoire » est source de confusion. Si on observe les réponses dans les trois villages où la corrélation du nombre de mères est la meilleure (Tsiranamahanoro, Ambandrika, Ankarimbary), on remarque des variations (à la baisse ou à la hausse) sur le nombre de décès entre les deux enquêtes (1 → 0 ; 1 → 3 ; 3 → 1). Ces variations peuvent s'expliquer par le fait que lors de l'enquête contrôle, nous avons demandé aux familles de citer les décès survenus presque 2 ans auparavant (enquête réalisée en novembre 2007 sur les décès de l'année 2006). Cette distorsion n'aurait peut être pas été retrouvée si l'enquête contrôle avait été réalisée à la même période que l'enquête d'IA, ce qui n'était pas techniquement possible.

Enfin, nous avons observé que, malgré des biais manifestes, les différences observées à la baisse ou à la hausse au niveau des villages avaient tendance à s'atténuer sur le résultat total. Ce phénomène est classique lorsqu'il n'y a pas de biais systématique, mais demandait à être confirmé dans ce contexte ; dans ce cas, il fallait déterminer l'effectif de population au-delà duquel les résultats devenaient représentatifs de la réalité.

4.2.2. Etude complémentaire sur les cahiers de recueil de données d'Inter aide

Il nous est alors apparu intéressant de reprendre les enquêtes antérieures d'IA et d'observer si ce phénomène de compensations était retrouvé dans les enquêtes IA. Il n'était pas prévu, dans la proposition technique, de développer autant l'analyse des données d'Inter Aide mais cette activité nous est apparue pertinente pour émettre un avis sur la qualité du recueil de données. Notre objectif était donc double : observer comment variaient les populations des villages, d'une année sur l'autre, afin d'estimer le caractère exhaustif ou pas des enquêtes d'IA; et dans le cas où des variations inattendues étaient observées, s'il existait une atténuation des variations sur de grandes populations (et quel était l'effectif minimal à atteindre pour avoir des valeurs stables).

Pré requis :

Dans les paragraphes qui suivent, nous appellerons "cohorte" la population des enfants de moins de 5 ans.

Cette cohorte varie ainsi d'une année sur l'autre:

- Cohorte_{année N} = (Cohorte + Naissances – Décès – sortie de cohorte)_{année N-1}
- La cohorte_{année N-1} est la population recensée l'année précédente
- Les Naissances sont comptabilisée dans l'enquête de l'année N, de manière rétrospective
- Les décès sont comptabilisés dans l'enquête de l'année N, de manière rétrospective
- Les sorties de cohorte correspondent aux enfants qui avaient entre 48 et 59 mois en année N-1 et qui ont 5 ans révolus en année N

Cette dernière donnée n'est pas connue. Dans les zones où des enquêtes ont été réalisées tous les ans, depuis 5 ans ou plus, dans lesquelles toutes les naissances et tous les décès ont été recensés, il serait possible de le déterminer. Mais cette approche est lourde et n'est pas possible dans la plupart des cas.

Données brutes

Pour évaluer le caractère exhaustif des enquêtes, nous avons repris une soixantaine de cahiers d'enquêtes⁽¹⁵⁾ réalisées entre 2005 et 2007 et nous avons comparé comment évoluaient les populations d'enfants de moins de 5 ans, en notant le nombre de maisons et de familles visitées. Dans trois communes, nous avons en outre relevé le nombre de familles sans enfant, avec 1 enfant, avec 2, avec 3, 4 et 5 enfants de moins de 5 ans.

Les tableaux qui suivent présentent 6 des 7 communes étudiées, prises au hasard dans lesquelles une analyse comparative des populations d'enfants de moins de 5 ans a été faite. Initialement, nous n'avons étudié que les résultats discordants, c'est à dire lorsque la cohorte variait beaucoup d'une année à l'autre (rapport année N/année N-1 > 125% ou < 75%).

Puis, constatant dans certains cas que des biais multiples se compensaient à l'échelle d'un village, nous avons vérifié l'intégralité des cahiers pour les dernières communes.

¹⁵ Ce qui correspond à 8.000 à 10.000 familles enquêtées

Nous ne commenterons dans ce document qu'une partie des tableaux car certaines observations se retrouvent d'une commune ou d'un village à l'autre.

	N enfants<5 ans		Rapport
	2005	2007	2007/2006
Commune Lokomby			
Ambodimanga	239	244	102%
Fandova	341	187	55%
Lokomby	273	250	92%
Mahavelo sirana	99	106	107%
Mitanty est	239		
Vohibazimba	239		
sous Total	1430	787	55%
Commune Ambahive			
AMBALATENINA	245	149	61%
AMBATOMAINTY	190	216	114%
IABAZAZA	91	102	112%
MISIRINTONA	171	238	139%
MITANTY OUEST	221	166	75%
NANARENA	235	224	95%
TAZOKONDRO BE	180	255	142%
VOHIBOATAVO	248	402	162%
Sous-total	1581	1752	111%
Total			
Total	3011	2539	84%
Total corrigé*	2533	2539	100%

	N enfants<5 ans		Rapport
	2006	2007	2007/2006
Vatana			
Andranomavo	165	149	90%
Fotatra	67	93	139%
Nato	96	67	70%
Vatana be	231	209	90%
Vatana kely	75	109	145%
Vatana anamba	42	51	121%
Vohimary	70	114	163%
Total			
Total	746	792	106%

	N enfants<5 ans		Rapport
	2006	2007	2007/2006
Commune Vinanitelo			
Ambodiara	293	331	113%
Ambohitsara	166	158	95%
Marolanana	195	221	113%
Vinanitelo	366	350	96%
Sous-total	1020	1060	104%
Commune Bekatra			
Ambalafary	190	174	92%
Bekatra	290	293	101%
Marokoriaka	205	236	115%
Niahonana	110	94	85%
Sous-total	795	797	100%
Total			
Total	1815	1857	102%

	N enfants<5 ans		Rapport
	2006	2007	2007/2006
Commune Vohimasy			
Ambodivoangy Nord	75	78	104%
Ambodivoangy Sud	320	267	83%
Ambohimanarivo	157		
Ambohimiary	72	80	111%
Anivotsara	131	85	65%
Ankarimbary	145	129	89%
Marofinaritra	174	196	113%
Vohimary	126	145	115%
Vohimasy Nord	91	71	78%
Vohimasy Sud	219	200	91%
Total			
Total	1510	1251	83%
Total Corrigé*	1353	1251	92%

*Correction obtenue en appariant les villages

Analyse à l'échelle des villages. Sources de biais observés.

1. Données non exhaustives (ou échantillon non aléatoire de la communauté non visité)

Lorsqu'une partie seulement du village est visitée, il est toujours à craindre que ce soit les maisons les plus éloignées et les familles les plus isolées qui soient exclues. Ces familles étant celles qui ont le moins accès aux soins, leur exclusion peut artificiellement améliorer le résultat.

Lors de l'étude des cahiers, cette différence est apparue fréquemment.

Exemple: Comparaison Vatana 2006-2007⁽¹⁶⁾

Commune Vatana	2006				2007				
	Nombre familles enquêtées	Nombre enfants < 5 ans	Nbre E <5 ans /Famille	Nais- sances	Décès	Nombre familles enquêtées	Nombre enfants < 5 ans	Nbre E <5 ans /Famille	E <5 ans 2006/ E <5 ans 2007
Fotatra	86	68	0,79	26	0	110	93	0,85	137%
Nato	116	96	0,83	18	2	100	71	0,71	74%
Vatana kely	72	75	1,04	17	2	79	109	1,38	145%
Vohimary	89	70	0,79	34	3	105	114	1,09	163%
autres villages...									
total commune		746					792		106%

Commentaires du tableau:

Village de Fofatra:

Le nombre d'enfants de moins de 5 ans progresse trop rapidement entre 2006 et 2007:

$$N \text{ enfants } < 5 \text{ ans début } 2007 \approx N \text{ enfants } < 5 \text{ ans début } 2006 + \text{naissances } 2006$$

Comme si aucun enfant n'était sorti de la cohorte (5 ans révolu).

Parallèlement, le nombre de familles enquêtées, qui devrait être plus stable, progresse dans des proportions identiques (presque 30%).

Il semble que l'enquêteur n'ait visité en 2006 que les $\frac{3}{4}$ des familles environ et que le chiffre réel soit obtenu en 2007.

Village de Nato:

C'est le même enquêteur qui a fait les 2 enquêtes. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans apparaît trop bas en 2007, comme si presque 40% de l'effectif avait quitté la cohorte. En 2007, 16 familles n'ont pas été visitées, ce qui peut expliquer une partie de l'effectif manquant. L'autre explication qui peut être avancée est une possible inclusion trop large en 2006 (voir paragraphe suivant).

2. Données exhaustives mais imprécises sur l'âge d'inclusion.

Les exemples qui suivent montrent un autre type de biais. Celui-ci est en rapport avec la difficulté de choisir d'inclure ou pas dans l'enquête les enfants qui ont environ 5 ans. Dans la mesure où il n'existe pas de certificat de naissance ni, dans la plupart des cas, de carnet de santé permettant de contrôler l'âge des enfants, il existe un flou pour les enfants ayant entre 4 et 6 ans (ou entre 4 ans et demi et 5 ans et demi). Il est probable que certains enquêteurs, dans le doute, incluent des enfants ayant 5 ans révolus alors que d'autres excluent des enfants qui ont entre 4 ans $\frac{1}{2}$ et 5 ans.

¹⁶ Seuls les résultats les plus dissociés sont présentés et commentés

Si on reprend les exemples de la commune de Vatana, entre 2006 et 2007 :

Village de Vatana Kely:

Le nombre de famille est sensiblement équivalent d'une année sur l'autre. Par contre:

$N \text{ enfants } <5 \text{ ans début } 2007 >> N \text{ enfants } <5 \text{ ans début } 2006 + \text{Naissances } 06 - \text{Décès } 06.$

Même si aucun enfant n'est sorti de la cohorte, 19 enfants « apparaissent ». Il est probable qu'en 2007, des enfants de plus de 5 ans ont été inclus. Dans le village précédent, c'est en 2006 que l'inclusion avait été trop large.

Village de Vohimary:

Ce village présente probablement deux phénomènes qui s'additionnent. Le nombre de familles visitées progresse de 89 à 105, ce qui peut expliquer une progression proportionnelle de 10 enfants. L'autre raison retrouvée est l'apparition en 2007 de 2 familles ayant 4 enfants de moins de 5 ans et de 3 familles ayant 3 enfants de moins de 5 ans. En 2006, toutes les familles avaient entre 0 et 2 enfants de moins de 5 ans. Donc soit, comme pour Vatana Kely, des enfants de plus de 5 ans ont été notés comme ayant moins de 5 ans. Soit des familles nombreuses se sont installées dans le village en 2007 (possible quoique rare). Soit encore les 2 phénomènes.

3. Imprécision temporelle des données sur les décès (et les naissances).

En l'absence de registre de déclaration des décès, pour des populations n'utilisant pas de calendrier, il est difficile d'affirmer si un décès est survenu 11, 12 ou 13 mois avant la date de l'enquête. Lorsque cette question est posée en janvier, sur l'année antérieure, de janvier à décembre, il est probable que le risque d'erreurs s'en trouve réduit. Lorsque l'enquête est réalisée en mars ou en milieu d'année, comme cela est parfois arrivé, il est probable que les approximations sont plus nombreuses.

4. Consignes non suivies de façon homogène.

Il a été observé, en 2007 en particulier, qu'une consigne a été appliquée différemment selon les enquêteurs. Il était demandé aux enquêteurs de passer dans toutes les maisons, d'interroger toutes les familles mais de ne noter que les familles ayant des enfants de moins de 5 ans. Certains l'ont fait mais pas tous.

Cette différence dans le remplissage des données n'est pas directement source de biais, puisque le nombre d'enfants de moins de 5 ans, et le nombre de décès ne sont pas modifiés par l'inclusion ou l'exclusion des familles sans enfants de moins de 5 ans.

Par contre, ce recueil de données non homogène est un obstacle aux comparaisons d'une année sur l'autre et rend difficile la validation des données de l'année.

5. Erreurs de consolidation, transcription, saisie informatique.

Ces erreurs existent. Elles sont très rares et sont responsables de moins de 1% d'erreur sur les cahiers contrôlés.

Analyse à l'échelle des communes

A l'échelle des communes ou des zones d'intervention (regroupement de 2 ou 3 communes), les sources de biais sont différentes qu'à l'échelle des villages.

1. Villages enquêtés en année N-1 et non enquêtés en année N

Dans certains cas, des villages enquêtés une année ne sont pas inclus l'année suivante.

Soit parce que l'enquête n'a pas été possible (défection de l'enquêteur sélectionné lors de la formation) ou que l'enquête n'a pas été réalisée.

Soit parce que les cahiers sont écartés lors de l'analyse, devant des données manifestement erronées. Par exemple, lorsque toutes les femmes du village ont été enceintes en année N-1. En 2007, 14% des données n'ont pas été acquises ou ont été exclues de l'analyse.

Dans la commune de Lokomby, cette situation est survenue dans 2 villages sur 6. La cohorte 2007 correspond ainsi à 55% de la cohorte 2005.

	N enfants < 5 ans		Rapport
	2005	2007	2007/2005
Commune Lokomby			
Ambodimanga	239	244	102%
Fandova	341	187	55%
Lokomby	273	250	92%
Mahavelo sirana	99	106	107%
Mitanty est	239		
Vohibazimba	239		
sous Total	1430	787	55%

A la première lecture, à l'échelle de la commune, il est difficile de savoir si les données sont exhaustives ou pas.

Si on apparie les villages, en excluant Mitanty Est et Vohibazimba, ce rapport remonte à 83%

	N enfants < 5 ans		Rapport
	2005	2007	2007/2006
Commune Lokomby			
Ambodimanga	239	244	102%
Fandova	341	187	55%
Lokomby	273	250	92%
Mahavelo sirana	99	106	107%
Mitanty est			
Vohibazimba			
sous Total	952	787	83%

et les résultats sont cohérents sauf pour le village de Fandova, dont la cohorte est divisée par deux entre 2005 et 2007.

En reprenant les cahiers d'enquête de Fandova, on peut mettre en évidence plusieurs raisons. En 2007, un cahier qui comportait 53 enfants de moins de 5 ans n'est pas apparu fiable à l'équipe terrain, qui ne l'a pas pris en compte. En ajoutant ce cahier, la cohorte 2007 correspondrait à 70% de celle de 2005.

Par ailleurs, en 2005, les enquêtes étaient réalisées par plusieurs enquêteurs pour un même village. A Fandova, 4 enquêteurs ont travaillé. L'un d'eux a probablement « gonflé » les chiffres puisqu'il a noté plusieurs familles de 5 enfants de moins de 5 ans. Enfin, puisque plusieurs enquêteurs ont travaillé sur le même village, on ne peut exclure des doublons. Ce biais potentiel a été prévenu par la suite, puisque désormais 1 seul enquêteur (très rarement 2) réalise toute l'enquête dans un village.

2. Variations de cohortes liées à l'imprécision sur l'âge d'inclusion, à l'échelle des communes

Les variations sur l'inclusion plus ou moins large des enfants âgés d'environ 5 ans, au niveau des villages, ont été observées dans les 2 sens entre 2006 et 2007.

Dans la commune de Lokomby, une fois toutes les corrections faites pour apparier les villages enquêtés, la variation entre 2005 et 2007 n'est plus que de 12%.

Dans les autres communes présentées, la variation de la cohorte des enfants de moins de 5 ans varie de 0% (Bekatra 2006/2007) à 11% (Ambahive 2005/2007).

Si l'on observe ces variations à l'échelle des zones d'intervention d'IA (en général 2 à 3 communes), ces variations ne dépassent pas +/- 8% dans les zones observées.

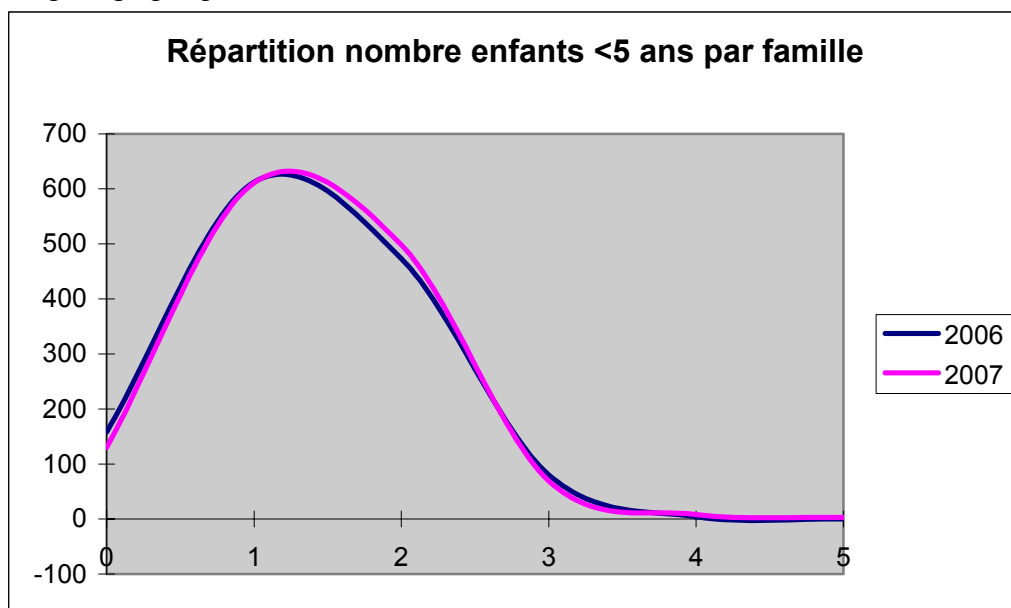
Il semble donc que les variations d'origine multifactorielle que l'on observe à l'échelle des villages se compensent à l'échelle des communes ou des groupes de communes.

Pour confirmer cette impression, nous avons repris, sur deux zones (III et VII, au hasard), la composition des familles.

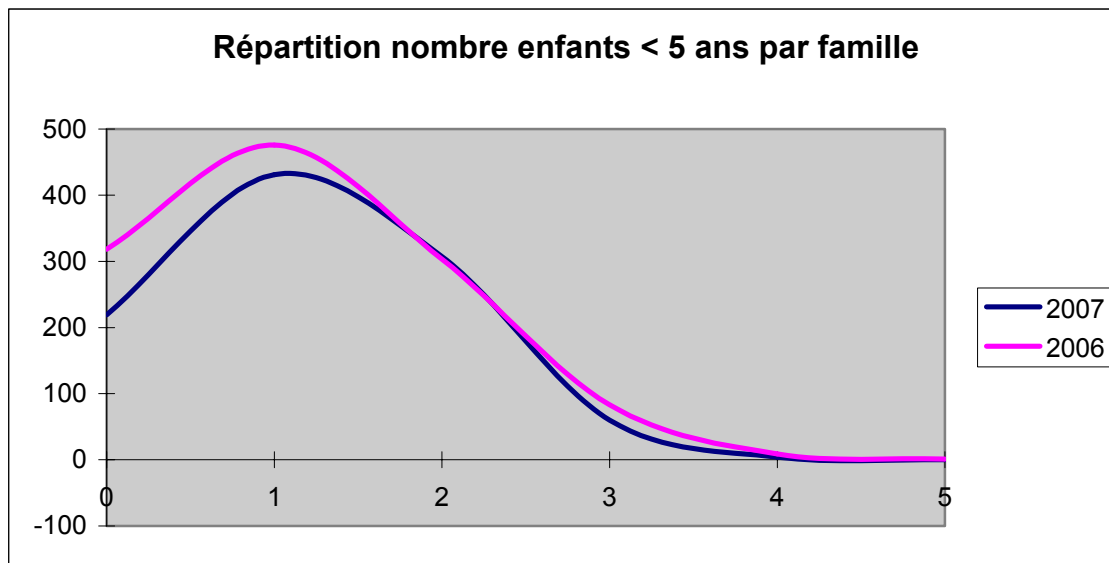
Le tableau suivant montre, pour l'ensemble des communes de Bekatra et Vinanitelo, la comparaison entre 2006 et 2007 du nombre de familles sans enfant de moins de 5 ans, celles avec 1 enfant de moins de 5 ans, avec 2, etc...

Zone III	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans la famille					
	0	1	2	3	4	5
2006	158	612	473	80	4	0 familles
2007	130	611	498	69	8	3 familles

L'aspect graphique de ce tableau est évocateur:



Pour la commune de Vohimasy :



Ce résultat n'est pas « aussi parfait », mais les courbes sont très superposables également. La plus grosse différence correspond aux familles sans enfant. Comme il a été exposé précédemment, il est demandé aux enquêteurs de visiter toutes les familles mais de ne pas enregistrer celles qui n'ont pas d'enfants de moins de 5 ans. Comme on peut le constater, ces consignes constituent un obstacle à l'analyse de la fiabilité des données. En 2006, plus de 300 familles sans enfant ont été notées dans l'enquête initiale. En 2007, 219 familles déclarent ne pas avoir d'enfants de moins de 5 ans. En raison de la consigne passée aux enquêteurs, il est difficile de savoir si la consigne a été partiellement suivie ou si cette diminution reflète autre chose.

Les sources de biais et leurs conséquences

Les conséquences ne sont pas identiques :

L'enregistrement ou pas des familles sans enfant est essentiellement gênant pour évaluer la fiabilité des données, mais n'est pas en soi une source de biais.

Les imprécisions sur l'âge réel des enfants, sur la date exacte d'un décès se compensent à l'échelle des zones, et souvent même à l'échelle des communes.

Par contre, la différence de couverture des populations enquêtées d'une année sur l'autre peut être source de biais, en particulier lors de la comparaison du TMM5 entre deux zones géographiques non identiques.

En reprenant l'exemple de la commune de Lokomby, où deux villages n'ont pas été enquêtés en 2007, on remarque que la conséquence sur le calcul du TMM5 n'est pas anodine.

En 2006, pour la commune de Lokomby : TMM5 calculé = 239%

Si on retranche les deux villages non enquêtés en 2007 (Mitanty Est et Vohibazimba), le TMM5 de 2006 devient = 263% soit une différence de 24%.

Dans ce cas, l'impact observé sur les 4 villages est renforcé. Parfois, c'est l'inverse. Il nous semble important de comparer des villages appariés, même si l'exclusion de villages rend moins précis les TMM5 calculés.

En toute rigueur, il faudrait recalculer le TMM5 des années précédentes (N-1, N-2,...) en ne prenant que les villages enquêtés et inclus en année N lors de la présentation des résultats.

Conclusion sur la validité des données de recensement

L'évaluation et l'analyse des données d'Inter Aide ont été concentrées sur la population des enfants de moins de 5 ans. Cette population est en effet doublement stratégique puisque c'est la population cible du programme et que les calculs des indicateurs sont réalisés en fonction de cette population.

Après l'analyse des données concernant plusieurs milliers de familles, nous pensons qu'il est très probable que le recensement effectué annuellement par Inter Aide représente une image globalement fiable de la population des enfants de moins de 5 ans dans la région de Manakara. Cette fiabilité reste acceptable et vérifiable à l'échelle des communes, lorsque les zones géographiques sont identiques d'une enquête à l'autre.

Des améliorations suivantes peuvent être proposées afin d'améliorer la fiabilité des données recueillies.

	Biais	problème induit	Solution proposée
1	Des enquêtes de suivi ne sont pas faites ou les cahiers sont écartés pour non-conformité	Les communes ou les zones comparées ne correspondent pas aux mêmes villages d'une année sur l'autre Comparaison du TMM5 discutable.	Recalculer les TMM5 des années antérieures en appariant les villages
2	L'enquêteur ne couvre pas l'ensemble du village	Dans le village, les données correspondent à un échantillon non aléatoire de la population. Validité des renseignements obtenus douteuse. Réduction de la fiabilité du TMM5	Faire une cartographie du village ou établir la liste des familles Faire valider les données par des représentants (ou autorités) du village
3	L'enquêteur (et/ou les parents) ignore si l'enfant a plus ou moins 5 ans	Surtout problématique sur des petits effectifs, entraînant des variations annuelles parfois importantes à l'échelle des villages	Noter l'âge de chaque enfant de moins de 5 ans. Ceci conduirait à modifier le cahier de questionnaire et alourdirait un peu l'interrogatoire mais permettrait de suivre les variations parfois incompréhensibles (peu utile sur de grands effectifs).
4	L'enquêteur inclut des décès d'enfants de plus de 5 ans ou survenus il y a plus de 12 mois.	Surtout problématique sur des petits effectifs, entraînant des variations annuelles parfois importantes à l'échelle des villages	Demander pour chaque décès des précisions concernant la période du décès (par rapport aux récoltes ou à des événements importants de l'année) ainsi que sur l'âge de l'enfant (regarder date de naissance dans carnet de vaccination si possible).
5	Les populations ne sont pas enregistrées de la même façon dans les enquêtes initiales et les enquêtes de suivi	Comparaisons difficiles d'une année sur l'autre. Analyse compliquée des écarts à la moyenne.	Harmoniser les consignes

4.2.3. Enquête contrôle sur la mortalité infanto-juvénile sur 5 ans

La dernière activité contenue dans la proposition technique, par rapport aux indicateurs, concernait une enquête contrôle de la mortalité infanto-juvénile. L'objectif de cette activité visait à évaluer la validité du mode de calcul du TMM5 par Inter Aide, une fois validées les données mesurées de la population et du taux de mortalité.

La méthodologie que nous avons retenue était différente de celle d'Inter Aide. En effet, IA mesure la mortalité de l'année précédente et extrapole les résultats sur 5 ans. Lors du contrôle, nous avons ciblé la cohorte des enfants nés 5 ans auparavant et comptabilisé ceux qui étaient décédés depuis. Notre hypothèse était que si les deux méthodes obtenaient des résultats comparables, l'extrapolation mathématique utilisée par Inter Aide serait validée.

Cette enquête a été menée dans 14 villages situés dans les communes de Mizilo et Amboanjo (zone d'intervention d'Inter Aide n°IX, premier semestre 2007) et dans la commune de Anosiala (zone d'intervention d'Inter Aide n°X, deuxième semestre 2007).

Une enquête initiale avait été menée par IA, avant intervention:

En janvier 2007 pour la zone X.

En mars-avril 2006 pour la zone IX.

Les TMM5 calculés par Inter Aide ont été les suivants:

Commune	Nombre d'enfants <5 ans	Nombre décès d'enfants <5 année N-1	Tx mortalité année N-1 (=μ)	TMM5 ⁽¹⁾
Mizilo	1042	37	35,5‰	163 ‰
Amboanjo	1743	59	33,8‰	156 ‰
Anosiala	1438	84	58,4‰	253 ‰
Total	4223	180	42,6‰	192 ‰

(1) Selon la formule $TMM5 = 1 - \exp(-\mu t)$

où « exp » est la fonction inverse du Logarithme népérien.

Méthodologie de l'enquête contrôle

Nous avons posé comme premier postulat est que le TMM5 était resté stable depuis 2003, avant l'intervention d'IA en 2007.

Nous avons émis l'hypothèse que si un enfant était décédé dans une famille dans les 5 ans qui venaient de s'écouler, tous les parents seraient en mesure de le signaler.

Avec Rufin, l'animateur d'Inter Aide qui réalise tous les ans les enquêtes dans les villages, nous avons déterminé le temps minimum nécessaire pour faire réaliser ce contrôle par des enquêteurs villageois.

Les questions ont été élaborées par les évaluateurs et traduites par l'évaluateur malgache et Rufin.

Concernant le TMM5, les questions étaient:

- Un enfant est-il né dans cette famille en 2003 ?
- Cet enfant est-il toujours vivant ?
- S'il est décédé, à quel âge ? et de quelle cause ?

Les consignes ont été expliquées individuellement par Rufin à chaque enquêteur.

Les données ont été notées sur des grilles élaborées spécifiquement pour ce travail, imprimées et distribuées à chaque enquêteur au début de l'enquête.

Ces grilles ont été collectées après 6 jours.

Les données ont été saisies dans une feuille de calcul type EXCEL.

L'analyse des données a été réalisée en croisant avec les données des enquêtes réalisées par le programme Inter Aide en 2006 et 2007.

En raison du temps disponible pour réaliser cette enquête de contrôle, il n'a pas été possible de la réaliser dans l'ensemble des villages des communes d'Anosiala et d'Amboanjo. L'enquête a donc été menée dans 14 villages sur les 21 villages composant ces trois communes. Les TMM5 des enquêtes Inter Aide ont été recalculés en enlevant les villages que nous n'avons pas contrôlés, afin de comparer les mêmes sites.

La méthode de calcul utilisée pour comparer ces résultats est celle du χ^2 . Nous avons comparé le nombre d'enfants vivants et d'enfants décédés, dans les mêmes villages et sur les mêmes périodes avec, dans l'enquête contrôle, la population des enfants nés en 2003 et, pour l'enquête Inter Aide, la population des enfants nés de 2002 à 2006 (inclus). L'hypothèse était que s'il existait une différence significative ($\chi^2 > 3,8416$ pour un risque α à 5%), les populations seraient statistiquement différentes. Dans le cas contraire, les enfants de l'enquête contrôle pourraient être considérés comme un échantillon des enfants nés entre 2002 et 2006, ce qui validerait les méthodes de calcul d'Inter Aide.

Résultats

Pour évaluer si les consignes données aux enquêteurs de l'enquête contrôle avaient été comprises et suivies, nous avons calculé le pourcentage des enfants nés en 2003 parmi les enfants de moins de 5 ans, pour chaque village.

En théorie, la proportion attendue d'enfants de 4 à 5 ans était de 18 à 20%.

Dans 5 villages, la proportion d'enfants nés en 2003 s'éloignait très nettement de cette valeur théorique⁽¹⁷⁾, ce qui semblait indiquer que la consigne avait été mal comprise.

Nous avons fait les calculs en excluant ces 5 villages et en appariant les 9 villages restant avec les données d'IA pour ces mêmes villages.

	Enquête Inter Aide			Enquête contrôle		
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans recensés	Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans (année N-1)	TMM5 extrapolé $[1-\exp(-\mu t)] * 1000$	Nombre d'enfants nés en 2003 recensés	Nombre d'enfants nés en 2003 déclarés décédés	TMM5 calculé [enfants DCD/total enfants nés en 2003]*1000
Total 3 communes (après exclusion données des 5 villages)	2464	92	170,3	633,0	95	150,1

¹⁷ Dans ces villages, le nombre d'enfants nés en 2003 (donnée de l'enquête contrôle) rapporté au nombre d'enfants de moins de 5 ans (donnée enquête Inter Aide) était respectivement de 4, 50, 67, 73 et 106%, pour un pourcentage attendu entre 18 et 20%

Les TMM5 sont statistiquement identiques. Les décès observés dans l'enquête contrôle sont donc équivalents aux décès calculés par extrapolation par Inter Aide à partir des décès de l'année N-1. La méthode de calcul utilisée par Inter Aide dans ce contexte semble donc validée.

Discussion.

Les taux de TMM5 calculés par la méthode d'enquête Inter Aide sont régulièrement remis en cause par les partenaires, qui les considèrent comme trop élevés par rapport aux chiffres nationaux.

En reprenant les données publiées dans les dernières enquêtes nationales, on peut noter que l'EDS de 97 trouvait, pour la mortalité infanto juvénile de la région de Fiannarantsoa, des taux de 204 pour 1000 pour la période des dix ans précédant l'enquête.

Dans les enquêtes plus récentes, les TMM5 sont plus réduits, mais il est établi que les TMM5 sont très variables selon les régions, le niveau d'instruction de la mère et la pauvreté de la famille.

	Quotient de mortalité infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête zone d'intervention USAID (JSI/Linkages), EBSRSE Madagascar 2003-2004	Quotient de mortalité infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête EDSMD-III, Madagascar 2003-2004
Milieu de résidence	Pour 1000 naissances vivantes	Pour 1000 naissances vivantes
Canitale		43.2
Urbain	67.6	
Rural	95.8	120.0
Province		
Antananarivo	71.2	79.6
Fianarantsoa	112.5	102.1
Niveau d'instruction		
Aucun	153.6	146.9
Primaire/Alphabét.	100.6	113
Secondaire ou plus	53.7	65.4
Quintile de bien être		
Le plus pauvre		141.8
Le second		147.4
Le plus riche		49.4

On remarque que dans les familles pauvres ou lorsque la mère n'a pas d'instruction, on retrouve en moyenne des TMM5 aux alentours de 150‰, avec des variations de 10 à 15‰ entre les deux enquêtes. Le milieu rural est un facteur aggravant, et la région de Fianarantsoa présente de moins bons résultats que la région d'Antananarivo.

Les caractéristiques socio-démographiques des populations vivant dans les villages où intervient Inter Aide cumulent tous ces facteurs de risques, et présentent en outre pour certains des caractéristiques d'enclavement en particulier en saison des pluies.

Dès lors, les TMM5 calculés, s'ils sont supérieurs aux références nationales, ne semblent pas très décalés par rapport à ces chiffres et pourraient correspondre à des situations/populations cumulant les facteurs de risque repérés par les enquêtes nationales.

4.3. REPRESENTATIVITE DES INDICATEURS CHOISIS

Une question posée à l'évaluation concernait la représentativité des indicateurs choisis. Nous avons essayé de répondre à cette interrogation dans le sens « les indicateurs mesurés (ou calculés) correspondent-ils à la réalité épidémiologique des prévalences ? ou quelles réserves doit-on émettre sur leur interprétation ? »

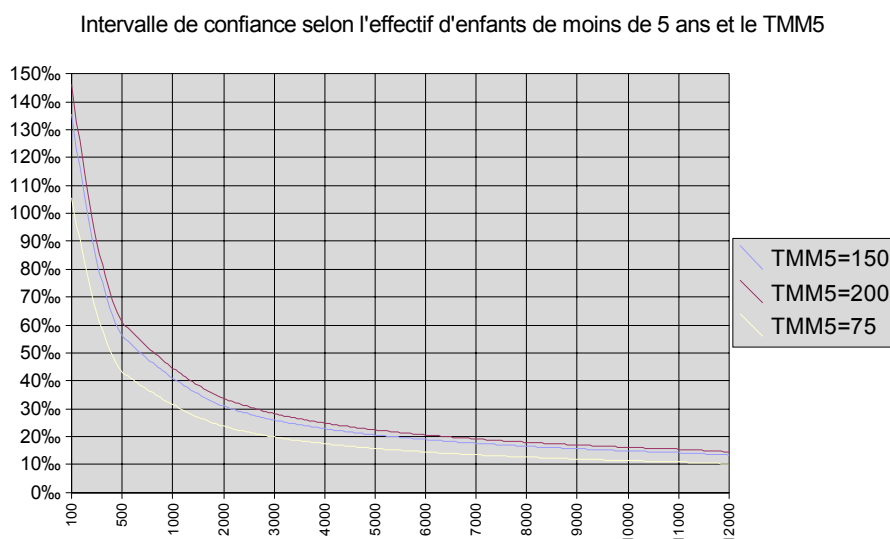
4.3.1. Le TMM5 global

Par rapport aux contrôles que nous avons effectués, nous avons retrouvé des TMM5 comparables à ceux calculés par la méthode Inter Aide, une fois exclus les résultats témoignant d'une incompréhension des consignes. La comparaison aux chiffres des enquêtes nationales montre aussi des résultats comparables, si on prend comme référence des contextes équivalents. Les TMM5 publiés par Inter Aide sur la base de leurs enquêtes peuvent donc être considérés, dans le district de Manakara, comme représentatifs de la mortalité infanto-juvénile réelle.

Il restait à calculer les intervalles de confiance afin de déterminer le degré de précision de ces résultats, en fonction des effectifs enquêtés.

Comme il a été rappelé plus haut, le taux de mortalité infanto-juvénile est calculé à partir de la mesure du taux de mortalité de l'année précédente. Ce taux est introduit dans une formule d'incidence classiquement utilisée en épidémiologie médicale⁽¹⁸⁾. Cette extrapolation a une répercussion sur l'intervalle de confiance des résultats trouvés.

Le graphique suivant représente en ordonnées l'intervalle de confiance du TMM5 calculé par la formule utilisée par Inter Aide. En abscisse, le nombre d'enfants de moins de 5 ans inclus dans l'enquête (et donc le calcul).



L'intervalle de confiance évolue selon deux variables : le nombre d'enfants inclus, la précision augmentant avec l'augmentation de l'effectif, d'une part ; la valeur du taux annuel de mortalité (μ), la précision augmentant lorsque ce taux diminue.

⁽¹⁸⁾ pour mémoire: $TMM5 = 1 - \exp(-\mu t)$

Pour un TMM5 à 200‰ :

Lorsque le nombre d'enfants de moins de 5 ans est inférieur à 1000, l'intervalle de confiance du TMM5 calculé est d'environ 5% (ou 50‰). Autrement dit, un résultat calculé à 200 pour 1000 est compris dans un intervalle entre 150 et 250‰. Par contre, lorsque l'effectif atteint 4000, l'IC se situe aux alentours de 2,5% (ou 25‰). Il faut dépasser une population de 6000 enfants pour avoir une précision de +/- 2 % (ou 20‰).

Si le TMM5 est à 150‰ :

L'effectif nécessaire pour obtenir un intervalle de confiance compris entre 130 et 170‰ (+/-2%) est de l'ordre de 5300.

Si le TMM5 est à 75‰ :

L'effectif nécessaire pour obtenir un intervalle de confiance compris entre 55 et 95‰ (+/- 2%) est de l'ordre de 3100 enfants de moins de 5 ans.

Il est manifeste que, même à l'échelle des communes, l'interprétation des résultats doit être très prudente en raison des effectifs parfois réduits des enfants de moins de 5 ans. La zone d'intervention d'IAS, qui correspond généralement à 2 à 3 communes, paraît être la plus petite unité à utiliser.

4.3.2. Les TMM5 paludisme et diarrhée

Les TMM5 spécifiques sont calculés de la même façon. Trois remarques peuvent être faites. D'abord, le motif du décès est notifié sur l'interrogatoire rétrospectif des parents et non sur un diagnostic posé par un agent sanitaire. En toute rigueur, on pourrait parler de « décès survenu en contexte de diarrhée aiguë » ou « en contexte fébrile ». Il est en effet difficile, pour des parents, de déterminer si leur enfant est décédé de déshydratation lié à une diarrhée aiguë ou d'une infection aiguë extra-digestive accompagnée de diarrhée, comme cela est fréquent chez les nourrissons. Quant au paludisme, l'introduction des tests rapides en Afrique a montré la prédominance des diagnostics portés par excès (50 à 85% des paludismes cliniques sont ne sont pas confirmés biologiquement).

Ensuite, pour que la formule utilisée soit valide, il faut, en théorie, que le risque de mourir soit identique pendant toute la durée de l'exposition. Si en épidémiologie de l'adulte, la période de 5 ans correspond en général à un risque stable, le risque de mourir de diarrhée ou du paludisme est différent pour l'enfant de 0-2 ans par rapport à l'enfant de 2-5 ans. Il est donc hasardeux, même si on était certain de la cause du décès, d'extrapoler un taux annuel par cette formule.

Enfin, en particulier pour les décès liés aux diarrhées, la fréquence très faible rend périlleuse toute interprétation quant à l'évolution d'une année sur l'autre, à l'échelle d'une commune ou même d'une zone d'intervention. En raison de la faiblesse des effectifs⁽¹⁹⁾, les formules classiquement utilisées (Khi deux, écart type) en statistiques doivent être adaptées avant de conclure⁽²⁰⁾.

¹⁹ Dans l'enquête d'évaluation de 2007, pour les zones I, II, III et IV, le nombre annuel de décès par diarrhées était respectivement de 0, 2, 1 et 0.

²⁰ Dans les tableaux de contingence, pour le calcul du Khi deux, si les effectifs calculés sont inférieurs à 5, la formule doit être adaptée.

Si on observe par exemple l'évolution du TMM5 des diarrhées de la zone I entre 2002 et 2006 :

Zone I	2002	2003	2004	2005	2006
TMM5 spécifique diarrhée	46‰	38‰	33‰	11‰	0
Nombre décès par diarrhée par an	9	7	6	2	0

Il existe une tendance régulière à la baisse, mais sur des effectifs réels très faibles. D'une année sur l'autre, les différences ne sont pas significatives, ou la faiblesse des effectifs rend inapplicable les formules classiques. Seule la différence entre 2002 et 2005 est valide et significative.

A l'inverse, si on observe pour les décès par « palu » dans la zone II entre 2004 et 2006,

Zone II	2004	2005	2006
TMM5 spécifique palu	19‰	27‰	30‰
Nombre décès par fièvre par an	6	7	9

on note une augmentation de 19 à 30 pour mille. Mais celle-ci n'est pas significative non plus. Ces indicateurs spécifiques n'ont donc un intérêt comparatif, à petite échelle, que lorsque les variations sont importantes.

Par contre, à grande échelle, telle que cela a été fait en 2007 pour comparer les zones exposées au projet et les 13 communes non exposées, ces indicateurs peuvent servir à établir une comparaison.

Pour finir, ces indicateurs ont probablement un intérêt classant (première cause de décès déclaré, deuxième cause, etc..., en conservant à l'esprit la précision limitée du diagnostic rétrospectif parental) mais sans que l'on puisse affirmer si les résultats chiffrés (pour lesquels il n'existe pas d'indicateur dans les enquêtes nationales) sont représentatifs de la réalité.

4.3.3. Prévalences instantanées

Ces prévalences instantanées, c'est à dire basées sur l'existence de fièvre ou de diarrhées le jour de l'enquête dans la famille, constituent une approche simplifiée par rapport aux premières enquêtes dans lesquelles on posait la même question sur les 15 derniers jours. Le fait de poser la question sur la présence de symptôme le jour de l'enquête fiabilise les données à petite échelle. En effet, il existait un biais potentiel (probablement compensé à grande échelle) dans la question rétrospective sur les 15 jours, concernant les symptômes survenus +/- 2 jours avant les 15 jours écoulés.

Ces prévalences sont basées sur l'interrogatoire. Il n'existe pas de critère (nombre/aspect des selles) ni de prise de température, en raison de la difficulté de déterminer ces critères et de les mettre en pratique de façon homogène auprès de plusieurs dizaines d'enquêteurs.

Il n'existe pas vraiment de moyen de contrôler cette donnée, à part si on effectue un contrôle aléatoire externe au moment de l'enquête.

Il est logique de penser que ces questions permettent de connaître les tendances évolutives de la prévalence des maladies diarrhéiques et des épisodes fébriles dans les zones observées, ou des informations comparatives entre zones témoin/zones exposées.

Pour le paludisme, on trouve une relation inversement proportionnelle entre le taux d'enfants dormant sous moustiquaire et la prévalence instantanée de fièvre le jour de l'enquête. Le tableau suivant montre des données, à l'échelle des zones d'intervention, extraites des enquêtes annuelles :

% d'enfants dormant Sous moustiquaire	Taux min. de prévalence instantanée de fièvre	Taux max de prévalence instantanée de fièvre
< 10%	10,1%	28,6%
< 20%	4,9%	19,6%
> 80%	1,5%	10%
> 90%	0,1%	3,5%

A grande échelle ces résultats ont été confirmés par les deux enquêtes de 2007 :

	% d'enfants dormant sous moustiquaire	Taux moyen de prévalence instantanée de fièvre
Communes exposées au programme IA	89%	2,4%
Communes témoin	64%	6,5%

Par contre, leur valeur instantanée est difficilement analysable. Les prévalences observées ne sont pas extrapolables dans le temps et ne peuvent servir à calculer le nombre moyen d'épisodes fébriles/an/enfant, par exemple.

Comme pour les TMM5 spécifiques, l'analyse à petite échelle doit être faite de façon très prudente, en raison de la rareté relative des événements et de la durée d'observation (une épidémie de gastro-entérite ou de grippe dans un village pouvant modifier le résultat de toute une commune).

Dans la commune d'Ambalavero, par exemple, 13% des enfants du village d'Antantanana présentaient une diarrhée le jour de l'enquête 2007, alors que la mortalité par diarrhée était nulle au cours de l'année écoulée dans l'ensemble de la commune. Cette commune présente ainsi une prévalence instantanée de diarrhée presque 4 fois supérieure à la moyenne de l'ensemble des communes évaluées (5,1% vs 1,4%).

Pour les fièvres, on trouve parfois ponctuellement des résultats discordants :

zone II	2003	2004	2005	2006	2007
N enfants fébriles	173	74	73	128	50
Prévalence instantanée fièvre	13%	6%	5%	10%	3%
Couverture moustiquaires	33%	31%	84%	86%	92%

L'année 2006 montre une augmentation étonnante. Il est possible qu'une épidémie virale sévissait au moment de l'enquête. Ces augmentations paradoxales sont très rarement retrouvées.

Cependant les résultats observés sur des effectifs de plusieurs milliers d'enfants gardent tout leur intérêt. On trouve par exemple, sur de grands échantillons, une prévalence instantanée de diarrhées plus faible dans la zone d'intervention que dans la zone témoin (enquête 2007).

2007	% d'enfants ayant accès aux BF	Taux moyen de prévalence instantanée de diarrhée
Communes exposées au programme IA	32%	1,40%
Communes témoin	10%	4,60%

On peut noter que cette prévalence instantanée plus basse s'accompagne d'un accès plus fréquent aux Bornes Fontaines installées par d'autres programmes. Nous discuterons de cette relation dans le paragraphe V.

SYNTHESE :

Pour résumer cette sous partie, on peut affirmer que les chiffres concernant la population des enfants de moins de 5 ans qui est recensée dans les enquêtes, ainsi que le taux annuel de mortalité (μ) sont des données valides, à l'échelle des zones d'intervention qui correspondent à 2 à 3 communes car les biais observés à petite échelle se compensent lorsque l'on dépasse des effectifs de 1500 à 2000 enfants.

Pour valider les données à l'échelle des communes avec plus de certitude, il faudrait améliorer le caractère exhaustif des enquêtes au niveau de chaque village.

Le mode de calcul du TMM5 a été validé par notre enquête de contrôle et les résultats observés sont en concordance avec les enquêtes nationales. Le caractère exhaustif des enquêtes est bien entendu ici aussi un gage de validité à l'échelle des communes.

La comparaison entre deux TMM5 (année N et année N-1) doit s'attacher à comparer les mêmes villages.

En raison de variations plus faibles, et de la validité moins forte du diagnostic étiologique des décès, les TMM5 spécifiques (TMM5 fièvre et TMM5 diarrhée) doivent être analysés avec précaution. Sur des analyses à grande échelle ils présentent néanmoins un intérêt comparatif.

Enfin, la mesure des prévalences instantanées ne traduisent pas de réalité épidémiologique extrapolable mais sont des indicateurs qui peuvent être utilisés dans le suivi des programmes et dans la comparaison de zones exposées et non exposées.

4.4. LES AMELIORATIONS A APPORTER

Un des points forts de cette méthodologie est de chercher à recueillir des données sur l'exhaustivité de la population. Cette approche supprime en théorie les biais d'échantillonnage.

Mais il est fondamental de vérifier si l'ensemble des familles a été interrogé. Lors de l'étape 9 de la méthodologie (paragraphe 4.1.2.), il existe un contrôle a posteriori du nombre d'enfant de moins de 5 ans du village (QS). De même, lorsque c'est une enquête de suivi, les enquêtes des années précédentes peuvent servir de référence (sous certaines réserves que nous verrons plus loin).

A l'inverse, lors des enquêtes exploratoires, il est difficile de connaître la complétude des données. Dans la mesure où les enquêteurs savent que l'intervention d'IA sera basée sur les résultats de l'enquête, certains pourraient être tentés de grossir la population d'enfants de moins de 5 ans du village, ou la fréquence des décès.

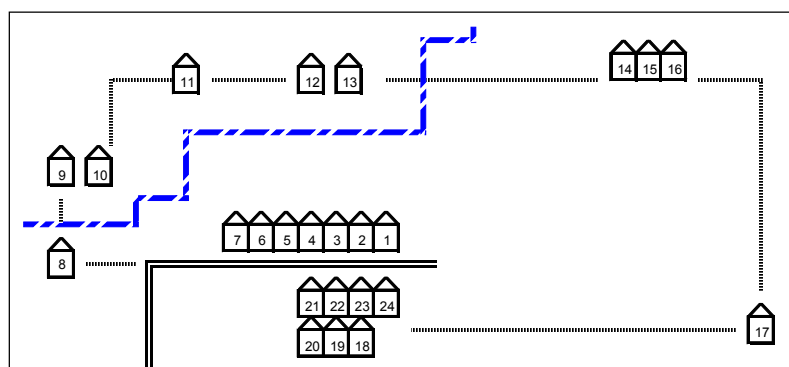
On peut envisager de mettre en place deux moyens de vérification de validation de l'enquête. Ces deux moyens sont imparfaits et doivent se compléter. Le premier est d'ordre socio géographique, le second statistique et démographique.

4.4.1. Cartographie et contrôle social

Lors d'une enquête initiale, un des moyens disponibles pour limiter les erreurs est de s'appuyer sur la communauté villageoise, de deux façons: la cartographie du village et la validation des données par une autorité.

La cartographie du village.

Cette méthode est utilisée dans les programmes de fumigation à grande échelle dans la lutte contre les vecteurs de maladies transmissibles, en Amérique Latine. Avec un groupe de volontaires, l'équipe du programme dessine sur des feuilles « paper board » une représentation schématique de la communauté (ici du fuktan). Si celui-ci est dispersé, plusieurs feuilles peuvent être utilisées. L'idée est de recenser toutes les maisons à visiter ainsi que le trajet que l'équipe doit faire. Chaque maison est numérotée.



On connaît donc, a priori, le nombre de maisons à visiter. Il est possible aussi de numéroté les familles. Le schéma reprend les éléments géographiques qui servent de repères : rivières, chemins, ponts, collines... Lors de la réception des données, on pourra les comparer au nombre de familles (ou maisons) que l'enquêteur devait visiter.

Cette cartographie peut éventuellement être réalisée au début de l'intervention, lorsque les animateurs d'IA sont présents dans le village, afin de valider la première enquête et de fiabiliser les données qui serviront de référence ultérieurement (population totale, nombre de maisons, nombre de familles, pourcentage d'enfants de moins de 5 ans parmi la population, nombre d'enfants de moins de 5 ans, TMM5,...).

La validation par les autorités.

Actuellement, après l'enquête, les cahiers de questionnaires sont récupérés par Inter Aide sans être validés localement. L'enquêteur peut bâcler son travail ou rendre des résultats (+/- volontairement) distordus sans avoir de comptes à rendre au groupe social dont il dépend. Il nous semble qu'une validation communautaire constituerait un moyen d'augmenter la fiabilité du travail de l'enquêteur, cette fiabilité étant particulièrement importante lors du travail préliminaire. Cette validation peut être envisagée auprès du roi, du chef quartier, du comité hydrologique, du comité santé du village, d'un groupe de femmes organisé, etc... Le plus important est que l'enquêteur sache avant de commencer, que son travail sera observé par ses pairs.

Un des points que les autorités peuvent aider à valider est le nombre de familles qui ont été enquêtées. En général, le nombre de familles composant un village est connu et si un agent omet une partie significative du village, cette lacune sera repérée par ses pairs⁽²¹⁾.

Cette validation peut être formalisée par le tampon ou la signature du responsable, dans un premier temps.

Après analyse et validation informatique, les résultats devraient être restitués systématiquement au maire au roi aux chefs de quartier..., afin de leur présenter les indicateurs du village, replacés dans le contexte de la commune.

4.4.2. Mathématique et statistique

Après avoir essayé de sécuriser au maximum l'exhaustivité du recueil de données et le sérieux des informations notifiées, un contrôle peut être réalisé sur les données moyennes obtenues. Un écart inhabituel avec les variations standards permettra de décider de séparer ou de contrôler ces données.

L'équipe d'Inter Aide observe déjà ces indicateurs, en particulier le nombre d'enfants de moins de 5 ans par mère d'enfant de moins de 5 ans, mais aussi le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans la population, le pourcentage de mères d'enfants de moins de 5 ans dans la population, le nombre d'habitants par maison.

Nous avons étudié, sur les données 2006 et 2007, deux indicateurs pour lesquels des normes nationales ont été établies:

% de femmes enceintes dans la population totale (valide le chiffre de population)

% d'enfants < 5 ans dans la population totale (évalue le chiffre des enfants <5 ans)²².

Proportion de femmes enceintes/population générale.

La proportion de femmes enceintes rapportée à la population générale est déterminée au niveau national. A Madagascar, le nombre annuel de grossesses attendues correspond à 4,5% de la population totale.

Nous avons calculé le taux, à partir des résultats des enquêtes d'Inter Aide.

En 2006 :

Sur l'ensemble des communes de Manakara, la proportion de femmes enceintes par rapport à la population est de 5,9%. Cette proportion est supérieure à la moyenne habituellement admise à Madagascar. Les conditions socio-économiques défavorables, en particulier le faible taux d'alphabétisation, la forte mortalité infantile, la sous-utilisation des moyens de contraception sont des facteurs classiques de l'augmentation de la natalité que l'on retrouve ici.

Si on compare les zones entre elles, les zones II, III, IV, V et VI présentent toutes une proportion équivalente à cette moyenne. La zone I présente un taux plus élevé (à 8,7%) et la zone VII un taux inférieur (à 4,7%).

²¹ Un autre point crucial de la validation des données concernant l'âge des enfants enregistrés ainsi que l'âge des enfants décédés. On peut espérer que la diffusion des carnets de santé gratuits permettra de vérifier que les décès concernaient bien des enfant de moins de 5 ans.

²² Etabli à Madagascar à 18% de la population

Pour la zone I, cette proportion supérieure à la moyenne est retrouvée en 2007 et les pourcentages de 2006 et 2007 sont équivalents. Les données de cette zone, si elles s'écartent de la moyenne, restent donc homogènes. Une explication liée à l'enclavement, par exemple, pourrait probablement être trouvée.

Pour la zone VII, 2006 correspond à l'enquête préliminaire. Il n'y avait pas de référence antérieure. L'enquête 2007 montre un pourcentage de femmes enceintes dans la moyenne de l'ensemble des zones couvertes par l'enquête.

En 2007 :

Sur l'ensemble des communes de Manakara couvertes par l'enquête IA , la proportion trouvée est 6,6%, pour 13 communes correspondant aux zones I à VII (population recensée = 47.115 habitants).

L'intervalle de confiance de ce taux est compris entre 6,4 et 6,8 %.

2006 (données corrigées)*			2007		
Population	Naissances	FE/Population	Population	Naissances	FE/Population
47771	2804	5,87%	47115	3105	6,59%

* Nous avons pris en compte le fait que 15% environ des villages n'avaient pas été inclus dans l'enquête 2007. Les données de ces villages ont été retirées aux données 2006, afin de comparer les mêmes villages.

Sur de tels effectifs, la différence entre 5,9% et 6,6% est hautement significative.

Il est assez étrange de constater cette augmentation, alors que la logique voudrait que ce pourcentage soit stable ou diminué.

Parmi les différentes explications, une est probablement liée aux consignes qui sont données aux enquêteurs. Lors de l'enquête initiale, en théorie, toute la population est recensée. Lors des enquêtes de suivi, il est demandé aux enquêteurs de ne pas noter les familles qui n'ont pas d'enfant de moins de 5 ans. Certains le font mais pas tous. En 2007, cette consigne a probablement été appliquée plus souvent qu'en 2006. Les données ne sont probablement pas homogènes entre 2006 et 2007, ni même si on veut comparer les zones entre elles.

Il nous paraît dommage de ne pas faire dans les enquêtes de suivi un recensement identique à celui de l'enquête initial. Puisqu'il est demandé aux enquêteurs de passer dans toutes les maisons, il n'est pas beaucoup plus long de noter les renseignements pour toutes les familles (le temps moyen pour remplir un questionnaire est compris entre 5 et 10 minutes).

Cette systématisation du remplissage des données permettrait de comparer, lors du suivi:

- Le nombre de maisons visitées
- Le nombre de familles visitées
- La population totale du village (de la commune, de la zone)
- Le % de naissances par rapport à la population.
- Le % d'enfants de moins de 5 ans par rapport à la population, etc...

Dès lors, la comparaison des résultats d'une année sur l'autre et la comparaison d'une commune à la moyenne de l'année permettrait de pointer des variations excessives. Ce contrôle est actuellement très aléatoire et les différences observées peu interprétables.

4.5. CONDITIONS D'UTILISATION DE CES OUTILS

Inter Aide utilise cet outil dans 2 circonstances: pour évaluer l'impact de son programme sur la réduction de la mortalité infanto juvénile dans les zones d'intervention et pour orienter sa stratégie d'intervention future.

4.5.1. Stratégie d'intervention:

Afin de déterminer les priorités d'intervention, Inter Aide Santé a réalisé en 2007, sur les districts de Manakara et de Farafangana, des enquêtes sur 13 et sur 20 communes respectivement. La dispersion observée des TMM5 est majeure puisqu'elle s'étend entre 50‰ et plus de 250‰ (et même plus de 400‰ dans le district de Farafangan) selon les communes. Lorsque l'on observe les effectifs, on remarque qu'ils sont très variables (entre 200 et 2500 enfants de moins de 5 ans/commune, selon les communes), ce qui invite à interpréter les résultats des TMM5 avec prudence, en particulier lorsque les effectifs sont inférieurs à 1500. La stratégie d'intervention doit prendre en compte ces approximations liées aux variations d'échantillonnage et éviter les calculs sur des effectifs trop réduits.

4.5.2. Études d'impact:

Zone exposé/Non exposé

L'enquête précitée, menée dans 13 communes du district de Manakara afin de déterminer la stratégie, a fourni un formidable outil de comparaison par rapport aux communes dans lesquelles IA est intervenu.

Plus de 13.000 enfants de moins de 5 ans ont été recensés et 427 décès ont été notifiés.

Dans le même temps, une enquête d'évaluation recensait, dans les communes déjà couvertes par le programme, 15.495 enfants de moins de 5 ans et 265 décès.

	DC E<5ans	E<5 ans	(μ)	μ (%)	e	$\mu - e$	$\mu + e$	$\frac{\mu - e}{e}$ (%)	$\mu + e$ (%)	TMM5	[Int. Conf.]
Témoin	427	13242	0,03	3,22	0,003	0,035	0,03	3,53	2,92	149	136 – 162
Exposé	265	15495	0,02	1,71	0,002	0,019	0,02	1,91	1,51	82	73 – 91

On peut remarquer que le TMM5 calculé avant toute intervention (149‰) est très comparable à ceux trouvés dans les enquêtes nationales pour les familles pauvres en milieu rural, ce qui est un argument supplémentaire pour valider le mode de calcul utilisé par IA.

L'autre observation concerne la diminution du TMM5 calculé avant intervention: autour de 200‰ dans les années 2002-2005, le TMM5 moyen est passé en 2007 à 150‰. Cette évolution est également observée dans les enquêtes nationales (EDS), avec un décalage de quelques années, comme si Manakara suivait les indicateurs nationaux avec quelques années de retard.

Concernant la comparaison des TMM5 (Exposé/Témoin), sur de tels effectifs, il est manifeste que la différence observée entre les deux TMM5 est significative. Il y a eu d'autres programmes qui sont intervenus, en dehors d'Inter Aide Santé (ASOS, Inter Aide hydro, le programme national de nutrition, par exemple). Mais dans la mesure où les autres programmes sont intervenus dans les deux zones (zone Inter aide Santé et zone témoin), il est possible de conclure sans grand risque que le programme Inter Aide santé a eu un impact dans

la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Néanmoins une analyse plus détaillée sera présentée au chapitre V.

Suivi de l'impact après intervention

L'autre utilisation de ces enquêtes concerne la mesure de l'impact dans les zones d'intervention. L'enquête initiale donne la situation avant intervention d'IA Santé ; les enquêtes d'évaluation permettent de suivre l'évolution des indicateurs après intervention du programme (6 mois), puis annuellement. Ce suivi, rarement effectué dans les programmes de développement, permet d'observer les résultats à moyen terme du programme.

Ces observations s'effectuent à plus petite échelle. Il est nécessaire d'associer l'intervalle de confiance pour permettre l'analyse de l'impact.

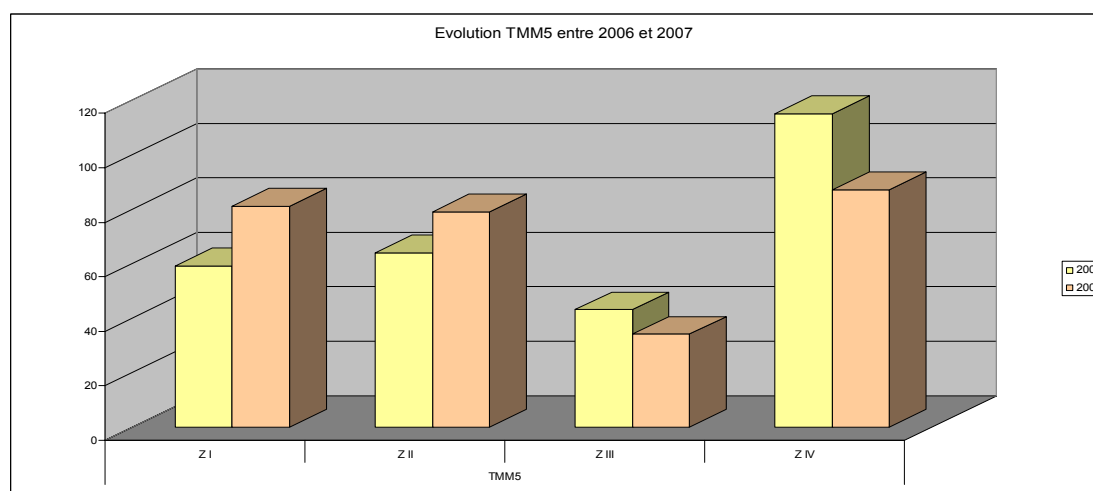
Ce tableau montre les résultats de la zone II (Ambahatrazo et Vatana).

	DC E<5	E<5	μ	μ (%)	e	$\mu + e$	$\mu - e$	$\mu+e$ (%)	$\mu-e$ (%)	TMM5	[Int. Conf.]
2004	51	1200	0,0425	4,25	0,0114	0,0539	0,0311	5,391	3,109	191	[144-236]
2006	17	1286	0,0132	1,32	0,0062	0,0195	0,0070	1,946	0,698	64	[34-93]
2007	24	1457	0,0165	1,64	0,0065	0,0230	0,0099	2,301	0,994	79	[48-109]

Lorsque les différences sont importantes, mêmes sur des effectifs moyens, l'impact est manifeste. Les différences sont significatives entre 2004 et 2006 d'une part et entre 2004 et 2007 d'autre part.

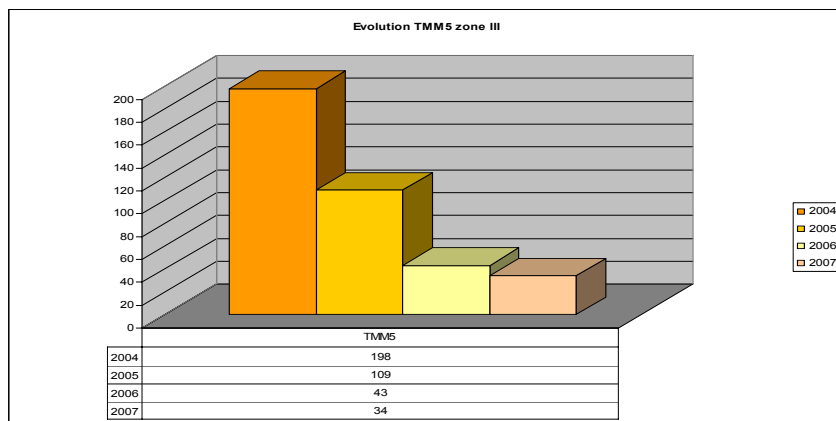
A l'inverse, l'augmentation observée entre 2006 et 2007 n'a pas de signification statistique. Lorsque les différences sont modérées, en effet, le calcul montre que les variations observées ne sont pas significatives.

Le graphique suivant compare les TMM5 des zones I à IV, entre 2006 et 2007. Aucune variation n'est significative.



Rappelons que pour ces 4 zones, le programme est intervenu entre 2002 et 2004 et que, par rapport aux TMM5 initiaux, une amélioration significative a été observée dans toutes les zones dans les années précédentes. Les chiffres de 2006 et 2007 correspondent à une stabilisation à un niveau significativement plus bas que les taux avant intervention.

Par exemple, l'évolution des TMM5 dans la zone III montre des diminutions significatives entre l'année N et N+1, entre N+1 et N+2. Par contre, entre N+2 et N+3, l'amélioration n'est pas significative.



Si la réalité de cet impact nous semble indiscutable, son imputabilité, partielle ou totale, à Inter Aide Santé doit être examinée avant de commenter la méthodologie utilisée par IA. Cette discussion sera abordée au paragraphe suivant.

4.6. CONCLUSION :

Concernant cette première partie, il est possible de conclure sur la méthodologie utilisée par Inter Aide les choses suivantes.

La réalisation des enquêtes par des enquêteurs villageois fournit des données dont les imprécisions se compensent lorsque l'effectif des enfants de moins de 5 ans augmente. La limite pour obtenir des données reproductibles semble être comprise entre 1500 et 2000 enfants de moins de 5 ans. Cet effectif correspond à deux communes de taille moyenne.

La première enquête, celle qui est réalisée avant intervention, doit être contrôlée et validée par différents moyens (contrôle communautaire, surveillance d'indicateurs démographiques). Les données de cette enquête initiale doivent être le plus possible exhaustives sur la population. Les consignes données aux enquêteurs doivent être identiques dans les enquêtes initiales et les enquêtes de suivi.

L'utilisation qui est faite de ces outils est adaptée : mesure d'impact et orientation stratégique. Attention cependant à toujours interpréter les résultats en fonction de l'effectif de la population.

Le mode de calcul du TMM5 utilisé par Inter Aide a été validé par notre enquête contrôle. Les résultats présentés par IA sont compatibles avec les chiffres des enquêtes nationales.

La validation du recueil des données et du mode de calcul du TMM5 permet de valider la réduction de la mortalité infanto-juvenile présentée par Inter Aide dans les zones où ce programme est intervenu.

Ces enquêtes ont montré un impact entre une zone exposée (entre 2002 et 2007) et une zone témoin, d'une part ; et un impact lors du suivi longitudinal des zones où Inter aide Santé est intervenu.

L'imputabilité des ces améliorations au programme d'Inter Aide Santé, les interactions positives et négatives entre les ONG et le système de santé public, les points forts et les points faibles de la méthodologie employée seront développées dans une deuxième partie.

V. IMPUTABILITE DE L'IMPACT OBSERVE

La première partie de ce travail a validé les résultats présentés. Avant d'aborder la partie sur la méthodologie de l'intervention, nous avons cherché à déterminer, dans un environnement où il existe plusieurs acteurs - publics et privés – qui interviennent sur des thèmes en interaction – santé, hydrologie, nutrition – quelle était la part qui revenait à Inter Aide Santé. Autrement dit, nous nous sommes questionnés sur l'influence relative du programme Inter Aide santé par rapport aux autres acteurs dans l'amélioration observée des indicateurs de mortalité infanto juvénile.

5.1. GENERALITES SUR L'IMPACT ATTENDU

Dans un programme centré sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile liée au paludisme et aux diarrhées, les axes d'intervention sont, très schématiquement, les suivants :

- Eviter la maladie
- Soigner la maladie pour éviter une issue fatale, ce qui sous-entend :
 - Diagnostiquer précocement les symptômes
 - Mettre en route à temps un traitement adapté
 - Référer à temps les complications si une prise en charge plus lourde est nécessaire

5.1.1. Paludisme

Les moyens pour éviter la maladie sont liés à la lutte contre le vecteur :

- Désinsectisation, lutte contre les gîtes larvaires
- Répелents, vêtements adaptés
- Moustiquaires (au mieux imprégnées d'insecticide de longue durée)

La prise en charge des cas déclarés implique que :

- les symptômes soient connus de l'entourage de l'enfant,
- des traitements adaptés soient disponibles localement,
- les signes de gravité soient connus
- une référence vers un service médical soit possible

5.1.2. Diarrhées

Les moyens pour éviter la maladie tournent autour de l'eau et de l'hygiène :

- Améliorer l'accès à une eau propre et en quantité suffisante
- Consommer de l'eau potable
- Préparer et conserver les repas de façon hygiénique (lavage des mains)
- Utiliser des latrines (lavage des mains).

La prise en charge des cas déclarés implique que :

- les symptômes soient connus de l'entourage de l'enfant,
- une réhydratation (+/- des traitements) adaptée soit disponible localement,
- les signes de déshydratation et autres signes de gravité soient connus
- une référence vers un service médical soit possible

5.2. A MANAKARA

Les choix qui ont été faits par Inter Aide Santé reprennent ces grands principes.

5.2.1. Paludisme

Dans un contexte de milieu tropical humide, la lutte contre le vecteur a essentiellement consisté en une promotion de l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et à leur utilisation.

La prise en charge précoce des cas déclarés a été favorisée par l'éducation des mères d'enfants de moins de cinq ans et la mise en place d'un agent villageois (Mère Référente) prescripteur de chloroquine⁽²³⁾. Pour les cas compliqués, la référence vers le centre de santé de base (CSB) de la commune était réalisée.

5.2.2. Diarrhées

Sur le volet préventif, Inter Aide Santé a favorisé l'accès au matériel pour construire les latrines, diffusé des messages sur l'hygiène et le lavage des mains.

Dans les premiers mois du programme, le choix des villages était corrélé à la présence de Bornes Fontaines. A partir de 2004, lorsqu'une commune était choisie, tous les villages de la commune ont été concernés par l'intervention, indépendamment de cette caractéristique.

La prise en charge des cas de diarrhée par la réhydratation orale a été enseignée aux mères d'enfants de moins de 5 ans. La Mère Référente pouvait aider les mamans qui avaient oublié comment composer une solution de réhydratation.

La référence en cas de complication était là aussi vers le CSB.

5.3. IMPACT OBSERVE SELON LES ZONES

Comme nous l'avons détaillé dans la première partie, la réduction des indicateurs de mortalité infanto-juvénile est une réalité. Nous avons cherché à savoir s'il était possible d'aller plus loin dans l'analyse en présentant les données selon les intervenants.

5.3.1. Paludisme

Réduction de la mortalité

En reprenant les données des enquêtes 2007 (évaluation dans les zones IA et exploration dans des zones non touchées par le programme IA), nous avons déterminé 4 types de communes.

Le critère différentiel était l'existence d'une ou de deux ONG qui avaient développé au moins 1 an auparavant des activités de lutte contre le paludisme. Il existait 4 situations différentes :

- Aucun programme mené par une ONG
- Un programme mené par une autre ONG
- Un programme mené par Inter Aide et une autre ONG
- Un programme mené par Inter Aide seul.

²³ Antipaludéen efficace jusqu'en 2006 sur toutes les formes de paludisme à Madagascar

Les résultats sont synthétisés dans les tableaux suivants :
Pour la mortalité infanto-junénil globale :

TMM5 2007	Enfants <5ans	Décès E<5ans	TMM5	[IC]
Pas de programme ONG	4316	191	198‰	[174-223]
ONG (autre)	8926	236	124‰	[109-138]
ONG + IAS	3544	53	72‰	[53-90]
IAS	7950	137	83‰	[69-96]

Pour la mortalité en contexte fébrile :

TMM5 « Palu » 2007	Enfants <5ans	Décès E<5ans	TMM5 _p	[IC]
Pas de programme ONG	4316	94	103‰	[83-122]
ONG	8926	129	70‰	[58-81]
ONG + IAS	3544	24	33‰	[20-46]
IAS	7950	41	25‰	[18-33]

On remarque que, en l'absence de tout programme additionnel aux activités du système de santé public, la mortalité infanto-juvénile rapportée au paludisme reste très élevée, de l'ordre de 100‰⁽²⁴⁾.

Cet indicateur chute à 70‰ (différence significative) lorsqu'il existe un programme spécifique (mené depuis 2 ans dans la plupart des communes observées).

Dans les communes ayant bénéficié du programme Inter Aide, la diminution est plus importante et le TMM5 spécifique se situe entre 25 et 33‰. Il n'existe pas de différence entre les communes ayant bénéficié d'un appui d'IA seul par rapport à celles qui ont bénéficié de programmes, successifs ou concomitants, par deux ONG.

Par contre, la différence est significative entre IA et l'autre ONG.

Indicateurs de prévention

Concernant la prévention, il existe 2 types d'indicateurs :

- Les prévalences instantanées mesurées chaque année
- Le taux de couverture en moustiquaires.

Il existe une relation inversement proportionnelle entre le pourcentage d'enfants qui dorment sous moustiquaire et la prévalence des fièvres lors des enquêtes. Ces variations s'observent à grande échelle. A l'échelle des zones d'intervention du programme d'IA, ces tendances sont retrouvées, même s'il existe parfois des résultats discordants, ponctuellement, à cette l'échelle.

Ce rapport a été recherché dans les 4 zones déterminées en fonction de l'intervention des ONG.

Palu 2007	Enfants <5ans	Enfants fébriles	Prévalence fièvre	% Enfants dormant sous moustiquaire
Pas de programme ONG	4316	374	8,7%	56%
ONG	8926	484	5,4%	68%
ONG + IAS	3544	124	3,4%	90%
IAS	7950	133	2,2%	89%

²⁴ On retrouve, pour la mortalité globale, un TMM5 d'environ 200‰.

Les enseignements sont multiples.

En dehors de toute intervention de programme centré sur la lutte contre le paludisme, on observe une protection par moustiquaire chez plus de 50% des enfants. Ce résultat, plus élevé que les taux mesurés jusqu'ici ⁽²⁵⁾, est lié à plusieurs facteurs. La baisse du prix des moustiquaires qui sont vendues dans les boutiques (programme PSI/Marketing social) depuis quelques années, la campagne de don de moustiquaires aux femmes enceintes consultant dans les CSB en 2005/06, d'autres programmes comme la lutte contre les filarioses lymphatiques.

Dans les communes où un programme de lutte contre le paludisme a été exécuté, la couverture atteint entre 68 % (après deux ans d'intervention) et 90%.

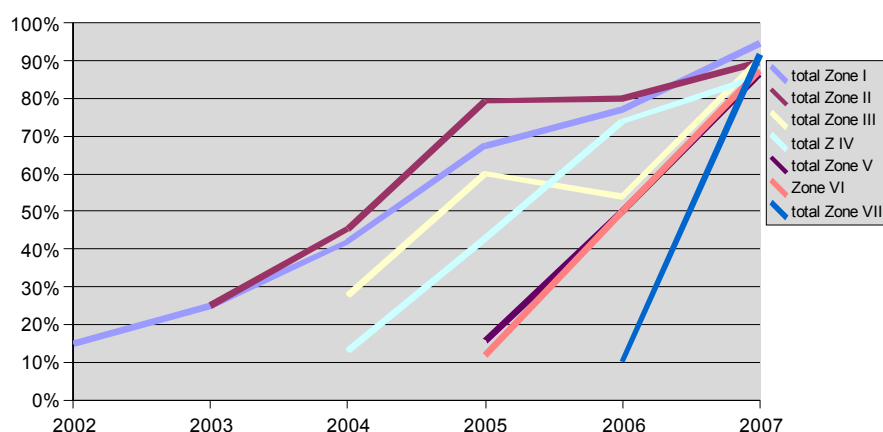
On remarque qu'il n'y a pas de différence, dans la zone d'intervention d'Inter Aide, si un programme vient se surajouter. Le recul est cependant insuffisant et cette observation mériterait d'être suivie dans d'autres communes, de façon prospective. En effet, s'il n'existe pas de bénéfice pour les populations, une meilleure coordination entre les interventions permettrait d'optimiser les ressources, en évitant de dupliquer les interventions.

On retrouve une corrélation inversée entre la prévalence instantanée des fièvres et la couverture en moustiquaires. On remarque cependant que, pour un taux équivalent (89 et 90%), la prévalence varie entre 2,2 et 3,4%. Cette dissociation (statistiquement significative) montre les limites de l'équation fièvre = paludisme, surtout lorsque la prévalence de cette pathologie diminue.

Evolution des taux de couverture en moustiquaires après intervention IA.

Concernant la couverture en moustiquaires de la population, les enquêtes d'Inter Aide permettent de visualiser l'augmentation progressive dans les zones d'intervention.

% enfants dormant sous moustiquaire



²⁵ Dans les enquêtes préliminaires d'Inter Aide, le taux de couverture était jusqu'ici entre 15 et 30%

Jusqu'en 2006, lors des enquêtes initiales, le % d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire était compris entre 10 et 25%. On peut voir que lors des enquêtes de suivi, cette couverture a progressé de plus en plus rapidement, pour atteindre en 2007 plus de 80%.

Il faut rappeler que le programme Inter Aide ne facilite l'accès aux moustiquaires subventionnées que pendant les 6 mois de présence effective sur la commune. Ensuite, les familles qui veulent s'équiper vont chercher ailleurs.

Nous pensions que les augmentations constatées après le retrait des équipes d'Inter Aide étaient liées à l'influence d'autres interventions : le programme national de donation de moustiquaires gratuites aux femmes enceintes par les CSB en 2005 et d'autres ONG. On remarque néanmoins que les populations de la zone VII, qui n'avaient pas bénéficié de programme avant ou pendant la distribution par les CSB, restaient très sous-équipées début 2006. La sensibilisation est donc un facteur nécessaire.

Si nous n'avons pas mis en évidence de synergie entre les interventions des différents acteurs, on ne peut exclure que la poursuite de l'équipement des familles a été favorisée par les programmes des autres acteurs du district. En effet, la persistance de l'offre, ainsi que les activités de sensibilisations réalisées par d'autres acteurs après l'intervention d'Inter Aide ont probablement renforcé l'action initiée par le programme.

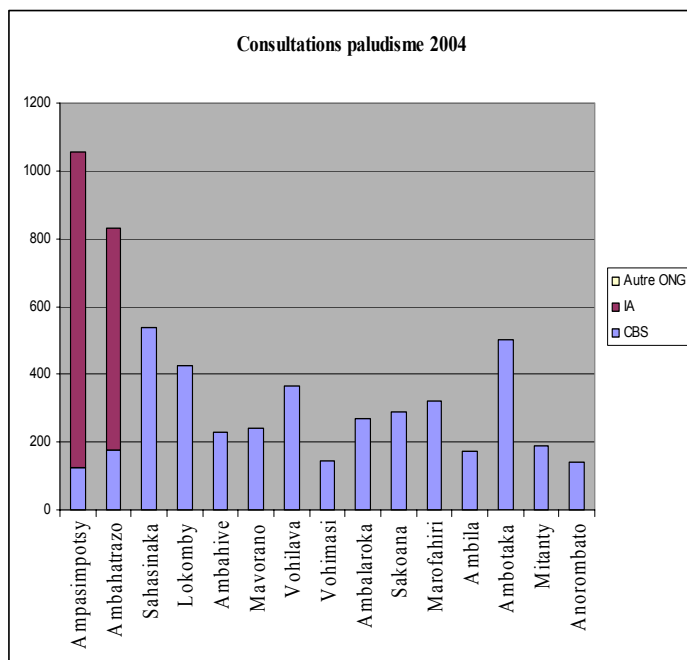
Mais les résultats observés dans les zones d'intervention IA, qui globalement supérieurs aux autres zones, invitent à penser que la méthodologie d'Inter Aide a un impact fort dans les changements de comportements, même si ceux-ci ne se font pas toujours sentir au cours ou au décours immédiat de l'intervention d'IA.

Indicateurs d'activité de prise en charge

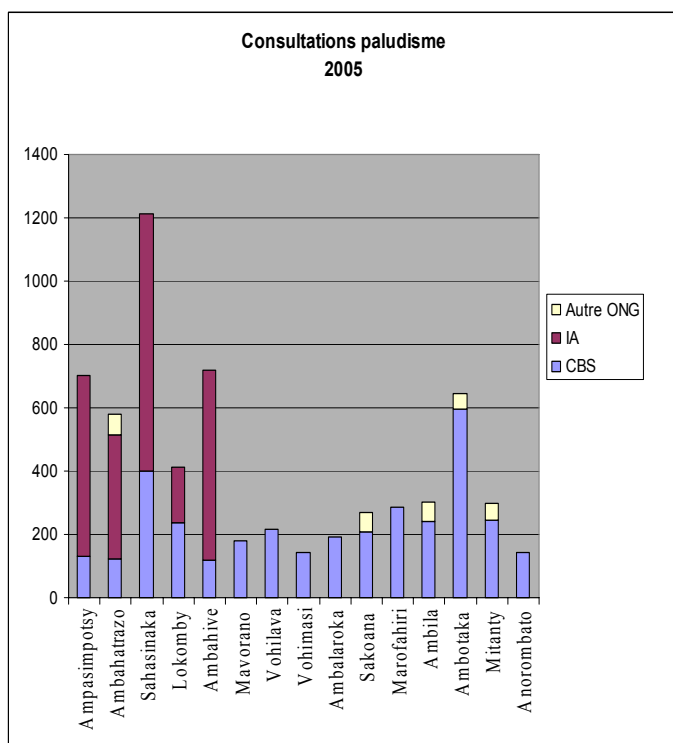
L'autre aspect fondamental de la réduction de la mortalité infantile est l'amélioration qualitative et quantitative de la prise en charge des enfants malades.

Pour la prise en charge, on peut analyser l'évolution des consultations pour fièvre et pour diarrhée par le personnel des CSB et par les agents prescripteurs villageois.

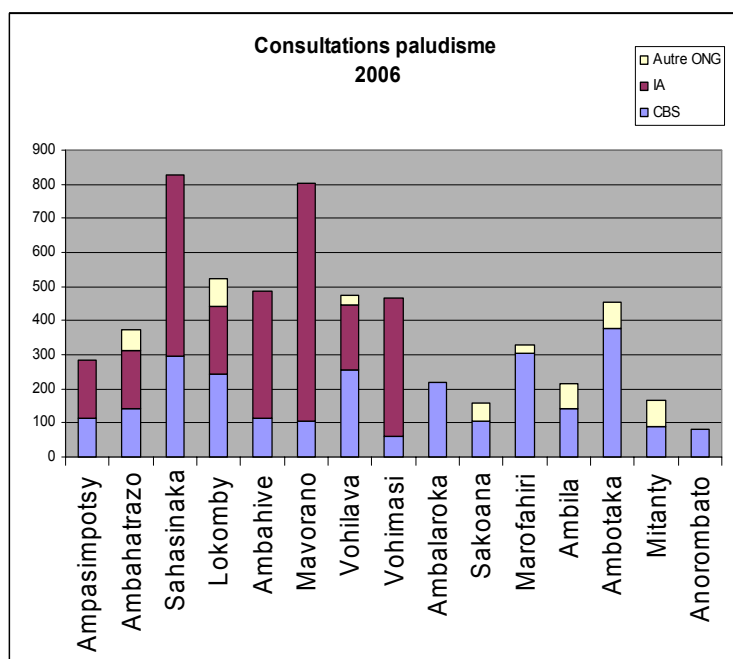
L'analyse est complexe car les activités de prévention et d'accès aux soins font varier le nombre de consultations dans des directions opposées : une offre de soin mise en place au niveau villageois doit logiquement augmenter la demande, alors qu'un programme de prévention efficace doit faire diminuer le nombre de consultation. Pour analyser cet impact, nous avons croisé les données d'Inter Aide, du District Sanitaire et d'autres programmes ayant mis en place des agents prescripteurs villageois.



En 2004, on peut observer que les mères référentes (MR) permettent d'augmenter le nombre de cas captés. A l'époque, l'utilisation des moustiquaires restait minoritaire et la prévalence du paludisme élevée



En 2005, d'autres agents prescripteurs ont été mis en place, en plus des agents formés par Inter Aide. Lorsqu'on compare l'activité de l'agent prescripteur d'IA par rapport à d'autres agents villageois, on remarque que son activité est beaucoup moins intense que celle de la MR. Lorsque cet agent se trouve en « concurrence », comme à Ambahatrano, il consulte moins que la Mère Référente. Néanmoins, dans la grande majorité des communes, les agents villageois permettent d'augmenter le nombre d'enfants ayant accès au traitement, alors que globalement le nombre de consultations pour fièvre (même en l'absence d'agents de santé) diminue dans les CSB.



L'activité des agents villageois a tendance à diminuer dans le temps. Il est probable que l'augmentation de la protection par moustiquaires, objectivée par la diminution des prévalences instantanées, et par la diminution des consultations pour fièvre dans les CSB, est en partie responsable de la baisse du nombre de consultations auprès de agents villageois.

Le croisement des consultations du CSB avec les agents villageois qui prescrivent la chloroquine est intéressant, dans la mesure où les médicaments étaient accessibles avant l'intervention des programmes et que les messages sur la conduite à tenir devant une fièvre avaient déjà été délivrés à ces populations.

On constate que l'intervention des programmes ONG permet d'augmenter le nombre d'enfants traités par chloroquine, grâce à un changement de comportement des parents devant une fièvre. Ce recours plus précoce et plus systématique aux traitements, couplé aux mesures préventives, permet de diminuer la mortalité.

Conclusion : Impact imputable au programme d'IAS sur le paludisme

Même s'il faut être particulièrement prudent dans les interprétations de chiffres qui couvrent des situations très variées dans la réalité, il existe un faisceau d'arguments pour dire que le programme d'Inter Aide a une méthodologie qui permet d'obtenir une amélioration de la prévention et de la prise en charge communautaire du paludisme supérieure à d'autres interventions.

La diminution de la mortalité pourrait être liée dans un premier temps à une offre de soins efficace dans les villages. Dans un deuxième temps, la mortalité se stabilise ou continue à décroître, alors que la prise en charge communautaire diminue. Ce paradoxe apparent peut s'expliquer par la diminution de l'incidence – comme en témoigne la diminution de la prévalence des fièvres – grâce à une protection par les moustiquaires de 90% des enfants.

5.3.2. Diarrhées

Concernant les données sur les diarrhées, l'analyse est complexe car les déterminants sont plus nombreux, les indicateurs moins adaptés à une analyse différentielle et les données recueillies moins riches.

Réduction de la mortalité

A grande échelle, sur les enquêtes 2007, on note un TMM5 lié aux diarrhées plus bas dans la zone d'intervention d'Inter Aide par rapport à la zone témoin. Malgré les incertitudes déjà discutées sur la fiabilité de ces indicateurs à petite échelle, il est manifeste qu'il existe, à l'échelle de 13 communes, une différence réelle.

Diarrhées 2007	E<5 ans	DC par diarrhée	TMM5 _d	[IC]
Zone IA	11494	20	9‰	[5-12]
Zone témoin	13242	88	33‰	[26-39]

Ces différences observées sont très hautement significatives.

En dehors d'IA santé, le programme qui pourrait avoir un impact favorable et renforcer les effets observés est mené par Inter Aide Hydrologie. Il consiste en l'amélioration de l'accès à l'eau potable, avec la mise en place, depuis plusieurs années, de plusieurs dizaines de bornes fontaines, et une d'une éducation à l'Hygiène.

Cependant, l'installation de ces BF étant évidemment conditionnées par les possibilités techniques (captage de source ou creusement de puits), IA hydro n'intervient pas de façon homogène dans les communes et il est difficile de comparer des zones [IAS+/IAH+ versus IAS+/IAH-].

Indicateurs de prévention

Entre les deux zones de 2007 (IA/témoin), il existe une différence de prévalence instantanée des diarrhées le jour des enquêtes.

Diarrhées 2007	E<5 ans	Nombre diarrhées	Prévalence	[IC]	Accès BF
Zone IA	11494	166	1,4%	1,2-1,7%	31,5%
Zone témoin	13242	609	4,6%	4,2-5,0%	9,8%

Ici aussi, les différences sont très significatives.

On remarque que dans la zone d'intervention d'IAS, l'accès aux bornes fontaines est trois fois supérieur à la zone témoin⁽²⁶⁾. Cependant, il n'est pas possible d'imputer la diminution de l'incidence des diarrhées à la présence plus fréquente de BF.

En effet, la relation entre BF et latrines d'une part, diminution de l'incidence des diarrhées d'autre part n'est pas aussi linéaire que dans le cas du paludisme. Le comportement sur l'hygiène des mains est un facteur déterminant dans la prévention de la transmission des germes oro-fécaux et il n'existe pas d'indicateur qui pourrait être utilisé pour croiser ces données.

Nous avons, cherché, dans 6 communes dans lesquelles IAH avait installé des BF, quelle était l'influence sur les consultations pour diarrhées. Nous avons pour cela croisé les données d'IAHydro, d'IASanté et des CSB de référence.

⁽²⁶⁾ Il n'existe pas de données comparables concernant les latrines, mais celles-ci restent rares.

Dans la plupart des cas, aucune interaction n'a été objectivée, même si un phénomène a pu être mis en évidence dans la commune de Lokombi.

Dans cette commune, des Bornes Fontaines (BF) ont été mises en marche en 2003 (1 BF à Ambodimanga), en 2004 (5 BF à Vohibazimba) et 2005 (6 BF à Lokomby). Inter Aide Santé est intervenu pendant le premier semestre 2005. Pendant le second semestre, 21 diarrhées ont été prises en charge par 6 MR.

Consultation diarrhées		2005	2006	2007	
Commune	Fuktan	<2005	IAS 01-05		
Lokomby	Vohimary		0	0	0
	Ambodimanga	IAHyd 03	5	0	0
	Vohibazimba	IAHyd 04	1	1	0
	Lokomby	IAHyd 05	cf CSB	cf CSB	cf CSB
	Ss-Total		6	1	0
	Fandova analav		9	5	4
	Fandova Ambod		0	0	0
	Mahavelo		0	0	0
	Mitanty est		6	1	1
	Ss-Total		15	6	5
Total Cs MR			21	7	5
Total CSB		258	152	78	ND

Dans les villages ayant des BF, 6 diarrhées ont été observées, dans les autres villages, il y en a eu 15, alors que les populations d'enfants étaient équivalentes. Cette différence est significative mais sur des effectifs qui sont peu importants.

Par contre, si on observe le nombre de diarrhées soignées au CSB, qui est situé dans le village de Lokombi, les chiffres passent de 258 épisodes en 2004 à 152 en 2005 et 78 en 2006. Il est difficile de faire la part des choses entre l'apport d'Inter Aide Hydro et Inter Aide Santé, mais l'impact de cette double intervention est incontestable sur l'incidence des diarrhées infantiles. Il est sûrement possible de trouver d'autres exemples montrant l'impact direct sur la prévention des diarrhées suite à l'installation de BF.

Mais il faut reconnaître que pour mettre en évidence les effets des programmes, les outils de mesure sont mal adaptés. En effet, nous disposons des consultations pour diarrhée des CSB, des consultations pour diarrhée des MR et la présence d'une borne fontaine avec la date de sa mise en route (mais pas son état de fonctionnement).

Les données des CSB que nous avons recueillies sont annuelles et concernent toute la commune. Si une BF a été mise en place en milieu d'année, son effet éventuel est peu visible (il faudrait demander ces données mensuellement au District Sanitaire). De même, les bénéficiaires de chaque BF ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des habitants d'une commune. Pour espérer observer une diminution de l'incidence des diarrhées, il faudrait que plusieurs BF soient mises en route en même temps (ou à quelques mois d'intervalle) dans la même commune.

Enfin, les données des MR sont à l'échelle des villages, mais leur activité est réduite dans le domaine de la prise en charge des maladies diarrhéiques et rapidement, cette activité est déléguée aux mères de famille elles-mêmes. En général, les effectifs des consultations des MR sont donc trop faibles pour que les variations observées aient une quelconque valeur.

Cependant, même s'il est difficile de conclure sur l'impact relatif du volet santé et du volet hydrologie dans la réduction de l'incidence des diarrhées, il est manifeste qu'une telle diminution observée ne peut être uniquement liée à un accès facilité à l'eau potable pour 30% des enfants. L'impact du volet éducation, qui revient essentiellement au programme santé sur la période évaluée, a obligatoirement eu un impact.

Indicateurs d'activité de prise en charge

La diminution de la mortalité liée aux diarrhées est en partie liée à une diminution de l'incidence des diarrhées et en partie à une meilleure prise en charge des enfants, essentiellement par la réhydratation orale.

Contrairement au volet paludisme, dans lequel la prise en charge thérapeutique par les MR était massive dans tous les cas, l'activité pour les diarrhées a été beaucoup plus modeste. Même si l'enquête qualitative expliquera l'apport du programme dans la prise en charge des diarrhées, il n'existe pas d'indicateur d'activité convaincant sur l'apport des MR dans la prise en charge thérapeutique des diarrhées et déshydratations.

Cette carence de données objectives est probablement liée à l'absence de traitement disponible par la MR, tels que des sachets de réhydratation à reconstituer. Lors du départ de l'équipe IA, un petit stock de sucre et de sel est laissé à la MR, qui a pour consigne de le reconstituer par elle-même. En pratique, ce n'est pas fait et lorsque les produits sont épuisés, les mamans ont tendance à réaliser la réhydratation elle-même, au domicile, sans aviser la MR. Cet état de fait diminue l'intérêt de l'analyse des indicateurs, mais est par ailleurs plus satisfaisant dans une logique de pérennité de l'activité.

Si on considère les progrès qui ont été réalisés dans la diminution des décès par diarrhée depuis l'introduction de la réhydratation orale partout dans le monde, il semble impossible que cette prise en charge ne fonctionne pas à Manakara, au vu de l'évolution des indicateurs de mortalité par diarrhée.

Conclusion : impact imputable au programme IAS sur les diarrhées

L'impact sur les diarrhées est réel, tant sur la prévention que sur la prise en charge, mais l'imputabilité est difficile à objectiver.

Sur le plan de la prévention, les données disponibles sont trop globales ou trop incomplètes pour déterminer précisément l'impact relatif d'IAH et d'IAS. Une analyse plus complète, à la lumière de données plus exhaustives⁽²⁷⁾, permettrait d'aller plus loin.

Sur le plan de la prise en charge, la délégation rapide de l'activité de réhydratation aux mamans ne permet pas non plus d'analyse très démonstrative.

L'impact, qui est indéniable à grande échelle, sera donc analysé à la lueur de l'enquête qualitative présentée plus loin.

VI. METHODOLOGIE DU PROJET

Les questions posées à l'évaluation étaient: quels sont les points forts, la valeur ajoutée de la méthode, les aspects novateurs, qui permettent d'obtenir de bons résultats (et les points faibles à améliorer).

⁽²⁷⁾ Comprenant les périodes de présence sur le terrain des équipes, les dates de mise en fonction des BF (et les pannes éventuelles), ainsi que les données des consultations mensuelles des CSB et trimestrielles des Mères Référentes d'Inter Aide Santé.

Après avoir validé la méthodologie d'enquête et le mode de calcul du TMM5, nous avons objectivé que le programme Inter aide pouvait revendiquer un impact rapide, intense et prolongé sur les deux principales causes de décès, en particulier sur le paludisme (l'impact imputable étant plus difficile à déterminer sur les diarrhées, faute d'indicateurs adaptés). La question suivante concerne les points méthodologiques qui permettent, en quelques mois, d'obtenir ce type de résultats.

6.1. RAPPEL DE LA METHODOLOGIE D'IA

Sans rentrer dans les détails, nous présentons ici les caractéristiques les plus marquantes de l'approche d'Inter Aide et pour lesquels l'évaluation devait apporter des éléments d'appréciation.

L'action se proposait donc de montrer qu'une réduction du TMM5 était possible au sein des communautés cibles, pour peu que les populations soient :

- *Informées des risques spécifiques inhérents à ces pathologies,*
- *Sensibilisées aux pratiques à même de les réduire,*
- *Aptes à utiliser efficacement les ressources sanitaires disponibles. (TDR, p.7)*

L'intervention est basée sur un triptyque « IEC – prévention – accès aux soins » dont les grandes caractéristique sont les suivantes:

- IEC: toutes les mères d'enfants de moins de 5 ans sont invitées à participer à des ateliers d'apprentissage sur la diarrhée et le paludisme. Une sensibilisation est réalisée pour les autres femmes et pour les hommes, de façon moins systématique.
- Prévention: des moustiquaires et des San Plat sont proposés à prix subventionnés pour les familles ayant des enfants de moins de 5 ans, pendant la durée de présence du programme (6 mois). Les familles intéressées commandent le produit, en le payant à l'avance.
- Accès aux soins: parmi les mères qui participent aux ateliers, l'animateur Inter Aide repère celle (ou celles) qui pourront devenir une Mère Référente ou Maman Conseil. En général, deux personnes sont formées, la titulaire et sa suppléante. Elles disposeront d'un stock de PaluStop nourrisson et d'un stock de PaluStop enfant. Tous les 3 mois, elles remettront leur rapport d'activité à un superviseur d'Inter Aide, qui reconstituera le stock de médicaments en fonction de ceux qui furent consommés dans le trimestre.

Le rythme d'intervention est volontairement court et intense. Le programme reste 6 mois dans une zone, composée de 1 à 3 communes. Les animateurs d'Inter Aide partagent la vie des villageois pendant ces six mois, à raison de 3 semaines par mois, en couvrant parfois 2 ou 3 villages. Le désengagement est prévu et annoncé dès le début de l'intervention.

Les modules pédagogiques, ont été élaborés et réalisés par l'équipe locale d'Inter Aide. Ils sont basés sur une approche visuelle, ludique et font appel au raisonnement logique. Ils présentent les maladies selon une approche pasteurienne « une cause, une maladie, une solution ».

Un contrat pour la santé de l'enfant a été réalisé dans les premières années d'intervention. Il est cité dans les TDR mais l'équipe terrain nous a informé de son abandon, il y a plusieurs mois déjà, devant l'absence d'intérêt des bénéficiaires par rapport à ce document.

6.2. ENQUETE DE TERRAIN

Les commentaires qui suivent sont tirés du rapport qui décrit les observations de terrain et les différents entretiens qui ont été menés⁽²⁸⁾.

6.2.1 Commentaires généraux

Nous avons observé, avec tous les bénéficiaires, une opinion favorable du programme d'Inter Aide, tout en notant parfois une confusion entre les activités développées par le secteur santé et celles mise en place par le secteur hydrologie. Aucune remarque négative sur les intervenants de l'équipe, sur leur comportement dans le village n'a été émise, aucune critique d'ordre culturel sur l'approche centrée sur les femmes non plus.

6.2.2. Adéquation du projet au contexte socioculturel :

Il existe encore une structure traditionnelle au sein des communautés dans plusieurs régions de Madagascar, surtout rurales. Dans le district sanitaire de Manakara, l'« ampanjaka » est une autorité traditionnelle (le « roi ») dont la caractéristique est d'être élue par les communautés⁽²⁹⁾. Par ailleurs, l'autorité administrative officielle revient au maire, qui est secondé par les chefs quartier (fokontany). Le système administratif adopte et respecte cette valeur socioculturelle. Il existe donc deux autorités qui co-existent et s'articulent. Par exemple, à Amboanjo, le maire de la commune a réuni tous les chefs quartier et ampanjaka lors de notre descente sur le terrain. La concertation locale des deux leaders paraît bien articulé.

L'introduction du projet Inter Aide suit la logique socioculturelle. L'animateur IA visite d'abord le chef quartier. Ensuite, ce dernier l'emmène au roi ou « ampanjaka ». Avec l'aval de l'ampanjaka, le chef quartier convoque la communauté. Tous les deux sont présents à la réunion pour introduire l'animateur auprès du village. Les gens apprécient le respect de cette procédure.

L'implication des autorités existe donc au départ du projet. Par la suite, cette implication ne semble pas aussi systématique. Dans certains cas, le chef quartier ne connaît pas du tout les activités du projet IA⁽³⁰⁾. Ailleurs, ils sont capables de décrire les activités effectuées³¹.

Concernant les enquêtes initiales, les autorités rapportent qu'elles ont été informées de la tenue de la collecte. Certains ont participé à la restitution durant des réunions communautaires. D'autres affirment ne pas avoir été informés des résultats.

6.2.3. Opinion des bénéficiaires

Processus

Les mères apprécient l'intégration de l'animateur IA dans la vie communautaire et la méthode d'enseignement. Elles trouvent le temps et le rythme de réunion suffisants. Les réunions organisées en groupe de femmes n'ont pas perturbé le travail quotidien. Le contenu des formations leur apparaît clair.

(28) La description du travail d'enquête et l'ensemble des renseignements est en annexe II.

(29) l'élection de cette autorité n'est pas une constance dans le pays. Dans d'autres endroits, cette charge est familiale.

(30) observé à Amboanjo

(31) observé à Vohitromby

La majorité des mères d'enfant de moins de cinq ans ont qualifié le projet d'adapté et d'efficace. Sur la durée du programme (6 mois), les avis sont contradictoires. Pour certains, la durée est suffisante. Pour d'autres, il serait préférable de prolonger la présence des animateurs. Les raisons invoquées sont doubles : une présence plus longue permettrait de renforcer les changements de comportements et d'autres thématiques pourraient être abordées. Cette demande a été entendue dans un village où les projets d'éducation à la santé sont rares.

Par contre, les pères n'ont pas beaucoup de commentaires. Les hommes n'ont pas été tellement impliqués dans la santé de l'enfant. Si bien que la plupart se taisent ou expliquent que la santé des enfants concerne les femmes. D'autres avouent que leur intervention se limite à porter sur leur dos l'enfant malade dans les cas de référence au centre de santé.

Les animateurs IA évaluent les forces du modèle d'intervention par :

- aptitudes et formation préalable de l'animateur ;
- planning bien établi, documents bien préparés ;
- approche centrée sur des groupes de femmes et accompagnement familial ;
- séparation des thèmes en quatre composantes : conséquences des maladies, causes, prévention et traitement ;
- supports de travail (illustrations et jeux) pertinents et faciles à manipuler ;
- temps de réunion suffisant ;
- mise en place des acteurs relais ;
- animateur « modèle » ;
- appui du coordinateur IA aux animateurs IA.

Selon les mêmes animateurs IA, les faiblesses ou les menaces se rapportent au :

- changement d'animateur au cours de la mise en œuvre⁽³²⁾ ;
- lacune de compétences des animateurs en technique de communication pour le changement de comportement⁽³³⁾ ;
- difficulté de gestion de temps pour des villages éloignés de plus de 6km⁽³⁴⁾.

Outils

Le projet Interaide a conçu des illustrations et des supports ludiques pour passer les messages. Lors d'une séance de regroupement, l'animateur IA joue avec les mères. A partir des situations engendrées par le jeu, il pose des questions à l'assistance et fait sortir les comportements adéquats à adopter. D'après les bénéficiaires, la découverte se fait dans une ambiance conviviale ; l'assistance apprend. Parallèlement, l'animateur IA joue avec les enfants ou d'autres personnes en dehors des réunions de regroupement.

Au retrait de l'animateur IA, ces supports ludiques sont donnés aux mères référentes. Les outils utilisés par les animateurs IA ont fasciné la communauté, notamment les enfants. Les messages ont été clairs, et la manipulation du « dé » a été très appréciée. La plupart ont trouvé les images simples et attrayantes. Cependant, les communautés voient moins ces outils après le retrait de l'animateur IA. Les animations sont rares voire inexistantes.

6.3. ANALYSE

Le niveau d'éducation reste faible dans les communautés : l'analphabétisme et le niveau primaire prédominant. La conception du corps, de la maladie et du soin reste, dans cette partie du pays, très traditionnelle. La persistance de croyances et de traditions vivaces contribue à la résistance à l'adoption de comportements en faveur de la santé et rend peu efficaces les approches classiques d'IEC, basées sur une diffusion magistrale de l'information sur un thème de santé.

L'analyse des indicateurs montre cependant que le programme Inter Aide présente des résultats positifs et plutôt supérieurs à ces approches classiques. L'enquête qualitative de terrain nous a permis de dégager un certain nombre de points forts et de points à améliorer dans cette méthodologie.

6.3.1. Forces

IEC:

L'éducation généralisée des mères d'enfants de moins de cinq ans est manifestement une des clés de la réussite dans ce programme. Le défi était de transmettre des messages basés sur une approche pasteurienne des maladies à des femmes peu alphabétisées ayant une approche traditionnelle et rituelle de la santé, afin d'induire des changements de comportements par rapport aux accès fébriles et aux diarrhées des enfants.

Avant le début du programme, les connaissances sur le paludisme étaient relativement poétiques (transmission par les fruits) et les accès fébriles étaient assimilés à des « sortilèges », dont la résolution passait par un antidote. Le recours aux guérisseurs traditionnels était alors fréquent. La démarche de soin passait souvent aussi par l'auto-médication avant d'aller éventuellement au dispensaire.

⁽³²⁾ Cette situation est accidentelle et survient lorsqu'un animateur quitte le programme

⁽³³⁾ remarque probablement en rapport avec le besoin ressenti pour certains de formations complémentaires.

⁽³⁴⁾ Certains animateurs Inter Aide interviennent dans deux ou trois villages, ce qui semble peser à certains lorsque ces villages sont un peu éloignés.

Actuellement, la transmission du plasmodium par le moustique semble être une vérité universellement admise et le PaluStop (chloroquine) est devenu le premier réflexe devant un enfant fébrile. De manière générale, il existe un lien fort entre « fièvre – paludisme - PaluStop » pour les mères interrogées: toute fièvre est paludisme et tout paludisme simple équivaut à Palustop (antipaludéen). Désormais, le recours aux mères référentes (MR) est la première démarche de soins devant un accès fébrile. En son absence, les comprimés sont achetés à la boutique.

Dans le volet sur les diarrhées, il est difficile d'être catégorique sur les changements de comportement par rapport à l'hygiène des mains, de l'eau et de l'alimentation. Nous avons constaté que les messages sur l'hygiène sont connus, en particulier l'importance du lavage des mains avant manger et après défécation. D'autres messages circulent, sur l'importance de se laver avant de dormir ou au réveil, dont l'importance sur la prévention du péril oro-fécal est moins évidente.

Il existe aussi une amélioration des connaissances sur la nécessité de laver les ustensiles servant à transporter et conserver l'eau de consommation. L'usage de la cendre comme alternative au savon est connu.

Enfin les femmes affirment aussi faire bouillir l'eau de boisson pour les enfants lorsque les pompes (BF) ne fonctionnent pas.

Le fait que ces grands principes soient connus est évidemment un point positif. Leur mise en pratique est plus difficile à évaluer, le simple fait de connaître un principe n'est pas synonyme de changement de comportement. Cependant, la diminution de l'incidence des diarrhées est un argument indirect pour supposer qu'ils sont appliqués au moins partiellement.

Prévention

Concernant la prévention du paludisme, les chiffres sont sans équivoque: dormir sous moustiquaire était une exception, c'est devenu une norme. Plusieurs facteurs se sont cumulés et le programme d'Inter Aide n'est pas le seul responsable. Mais dans les villages visités, l'association entre *moustiquaire* et *prévention du paludisme* était présentée comme une évidence.

La subvention des moustiquaires a un effet incitatif pour décider une famille à acheter ce produit. Il y a quelques années, cette approche était probablement incontournable. Il semble cependant que dans le district de Manakara³⁵, actuellement, la prise de conscience soit désormais suffisante pour que les familles achètent les moustiquaires au prix standard³⁶.

Dans la mesure où, dans les premières zones, il existe maintenant entre 4 et 5 ans de recul, il sera intéressant de suivre, par les enquêtes, si la couverture en moustiquaires se maintient aux alentours de 90%, ce qui signifierait que les familles ont changé leur comportements et renouvellent spontanément ces produits.

Pour les diarrhées, nous avons pu observer dans quelques maisons que l'eau était gardée dans des récipients couverts, mais les invitations à entrer dans les pièces ont été trop rares pour que l'on se permette d'en tirer une généralité.

⁽³⁵⁾ Au moins dans les communes ayant déjà bénéficié du programme IA

⁽³⁶⁾ Depuis la baisse des prix de ces produits, une moustiquaire dont la durée de vie est estimée à 5 ans coûte environ le prix de 2 poulets.

Accès aux soins:

Concernant l'accès aux soins, l'apport du programme Inter Aide a été la mise en place de la Mère Référente (MR) ou Maman Conseil. En général choisies par l'animateur Inter Aide, les MR sont bénévoles, en dehors d'une petite rémunération qu'elles perçoivent lors de l'enquête annuelle.

Toutes les personnes interrogées, en particulier les mères d'enfants en bas âge, ont reconnu la disponibilité des MR et leur sérieux. Leur utilité est soulignée par le fait que, lorsqu'une MR a quitté son poste (plusieurs sont décédées), le village a décidé d'en élire une autre.

Par rapport aux médicaments, aucune rupture n'a été signalée. Les médicaments sont gardés dans la maison de la MR, sur une table ou dans un carton. Les lots ne sont pas nombreux. Les MR se ravitaillent au centre de santé en fonction des produits dispensés. Ceux-ci sont fournis par le programme Inter Aide.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple de MR qui aurait « dérapé » et qui aurait décidé de devenir le docteur du village. Au contraire, elles ont tendance à rester de façon stricte dans leur rôle de référence pour le paludisme et les diarrhées et à référer les autres pathologies. Pour les médecins des CSB, elles sont plutôt une aide qu'une concurrence déloyale.

Il faut rappeler qu'avant la mise en place de ces personnes, le PaluStop était déjà disponible dans un certain nombre de boutiques dans les villages. Ce n'est donc pas la mise à disposition du médicament qui était une nouveauté, mais la mise en place d'un prescripteur repéré et reconnu par la communauté ET la transmission réussie, en direction des mamans, des messages sur l'importance d'une consultation précoce pour les enfants fébriles.

Pour les diarrhées, il est plus difficile d'être aussi catégorique car la réhydratation est réalisée avec des recettes « maison » et ne sollicitent pas forcément la Mère Référente. Néanmoins, la réhydratation orale est probablement un des facteurs primordiaux de la réduction de la mortalité par diarrhée qui a été observée. Là encore, les conseils de réhydratation des enfants diarrhéiques ne sont pas nouveaux mais il semble que la méthodologie du programme ait permis leur adoption par les mamans.

6.3.2. Faiblesses ou aspects à améliorer

Les faiblesses de ce programme sont relatives et sont présentées ici pour essayer d'optimiser la méthodologie.

De manière globale, on pourrait reprocher au programme d'être très investi auprès des mères d'enfants de moins de 5 ans et pas assez avec le reste de la communauté, les hommes, les autorités, les partenaires du secteur sanitaire.

IEC

Concernant l'IEC, les hommes ne sont pas associés avec la même force que les mères au programme d'éducation. Lorsque nous les avons rencontrés, ils étaient malhabiles pour parler des thèmes de santé. Pourtant, dans les programmes menés par Inter Aide Hydrologie, des ateliers sont réalisés pour les hommes, avec les outils créés par le secteur santé (*le chemin du microbe*, notamment) avec une bonne participation de leur part. Les seuls hommes qui sont apparus à l'aise avec ces thématiques avaient été formés par IA hydrologie.

L'autre faiblesse de la partie IEC est en fait un regret par rapport à la sous utilisation des outils après le désengagement de l'équipe d'animateurs. Le matériel pédagogique qui a été créé et utilisé pendant la présence des animateurs est laissé à la MR au moment du départ. Nous

avons cherché à déterminer comment ce matériel était utilisé après le départ des animateurs. Pour de multiples raisons ou prétextes, ce matériel est sous employé. Les raisons suivantes ont été entendues :

- Les mères référentes n'ont pas assez de temps pour utiliser les supports ;
- Les communautés, notamment les adultes, n'ont pas de temps pour jouer ;
- Les parents pensent que les jeux font gaspiller le temps à leurs enfants ;
- Certaines mères référentes ont démissionné et elles n'ont pas donné les outils aux remplaçants ;
- D'autres ne veulent pas user les supports et les gardent précieusement ;
- D'autres n'ont pas eu tout simplement des supports ;
- Certaines laissent les enfants jouer avec, mais seulement une fois par mois...

Un certain nombre de raisons évoquées semblent assez spécieuses.

Il nous a semblé que, si les mères référentes connaissent les messages à faire passer par l'intermédiaire de ces jeux, elles ne maîtrisent pas suffisamment leur manipulation pour s'en servir elles-mêmes comme outil éducatif auprès des adultes de leur village après le départ des animateurs. Cette remarque est probablement à nuancer selon les villages mais un effort d'enseignement (maîtrise des règles de jeux, capacité à poser les questions sur les situations présentées, capacité à guider les réponses à la situation voulue, faculté d'animation des participants ; compétence pour effectuer une synthèse) semble souhaitable pour optimiser l'utilisation de ces ressources éducatives laissées à disposition dans les villages.

Prévention

Par rapport aux moustiquaires, les résultats sont globalement très bons. La seule remarque concerne l'utilisation des produits de réimprégnation. Ceux-ci sont méconnus par la population, y compris par les Mères Référentes. On notera cependant que les modèles de moustiquaires vendus actuellement annoncent des durées d'imprégnation prolongée, y compris si les produits sont lavés. Nous laissons à l'équipe terrain le soin d'évaluer la pertinence de formations sur ce thème.

Concernant l'offre de San Plat pour réaliser des latrines, il n'était pas nécessaire de faire une évaluation pour savoir que la demande était très basse. Cet état de fait n'est pas spécifique à ce programme. Les raisons sont multiples et avant tout pratiques. La plupart des familles vivent dans un habitat dispersé ou dans un village mais avec des possibilités de s'isoler facilement dans la nature. L'intérêt d'utiliser des latrines, souvent malodorantes, qui nécessitent un entretien quotidien et doivent être régulièrement reconstruites n'apparaît pas comme une évidence à la majorité de la population. Le fait que les hommes, qui doivent construire les latrines, soient peu impliqués dans les ateliers de formation, donc moins fortement sensibilisés, peut aussi jouer en la défaveur de cette partie du programme.

Accès aux soins dans les villages

L'apport du programme sur le changement de comportement face aux symptômes (fièvre, diarrhées) et sur l'accès précoce à un traitement de première intention est manifeste. Les MR/PR maîtrisent toutes la posologie des médicaments

Nous avons exploré les connaissances théoriques des MR et les messages qu'elles délivrent aux familles lors de la prescription de chloroquine, afin d'évaluer comment l'enseignement qu'elles avaient reçu avait été mémorisé.

Un certain nombre de points méritent d'être cités, afin d'étudier les possibilités d'amélioration (si cela paraît pertinent)

La démarche diagnostique n'est pas systématiquement appliquée.

Dans l'enseignement qui est dispensé aux Mères Référentes, un algorithme diagnostique a été élaboré, qui permet de déterminer, sur la base de signes majeurs et de signes mineurs, la conduite à tenir devant un accès fébrile chez un enfant (diagnostic présomptif).

Un père référent (PR) sur les 5 acteurs présents à Vohilava (formés en dernier semestre 2005) a formellement distingué le diagnostic du paludisme par l'association de deux signes majeurs ou l'association d'un signe majeur à deux signes mineurs. Les autres MR rencontrées, surtout celles formées en 2003, se focalisent seulement sur le pic thermique. En 2003, l'algorithme n'avait pas été intégré aux formations, mais il semble qu'il n'y a pas eu de formation complémentaire (ou cet enseignement n'a pas été retenu par les participantes) par la suite. Tous les MR/PR disent vérifier systématiquement la température par la pause du dos de la main au front de l'enfant. Mais, aucun MR/PR n'a mentionné de rechercher d'autres causes pouvant expliquer l'accès fébrile.

Les signes de gravité sont méconnus.

Parmi ceux que nous avons rencontré, aucun MR/PR ne connaissait les signes de danger et de référence immédiate au CSB. Au contraire, plusieurs personnes ont témoigné sur l'orientation des crises convulsives vers les guérisseurs.

Les consignes de surveillance ne sont pas vraiment suivies.

En théorie, les MR/PR ont pour consigne de revoir l'enfant après 24 heures pour surveiller l'évolution. En pratique, les MR/PR pensent que le suivi dérange les familles. La consigne qui est donnée aux familles est de terminer la cure de trois prises (48 heures) et de s'orienter vers le CSB en cas de non rémission. Dans certains cas, un deuxième avis est demandé à la MR après 48 ou 72 heures. Plus généralement, les familles consultent directement au CSB⁽³⁷⁾.

Il existe donc un retard potentiel à la prise en charge des fièvres non palustres ou aux accès qui résistent à la chloroquine. Les données sont cependant insuffisantes pour déterminer si ce retard est fréquemment nocif pour les enfants.

Les conseils de prise en charge associés sont parfois délétères.

Les MR/PR conseillent aux mères de bien couvrir l'enfant, au risque de favoriser déshydratation, convulsions hyperpyrétiques ou hyperthermie maligne. Certains recommandent de mettre un tissu humide au front et aux aisselles de l'enfant.

Concernant les diarrhées, les MR/PR interviennent peu dans les conseils nutritionnels pendant ou après la maladie : certains conseillent seulement l'éviction des aliments « indigestes » durant la maladie.

Malgré toutes ces remarques, nous sommes conscients que le niveau de connaissance atteint jusqu'ici a permis une diminution de la mortalité par paludisme et diarrhée. Il faut par ailleurs garder en mémoire que le niveau d'instruction d'un certain nombre de MR/PR ne permettra pas d'élever indéfiniment le niveau de connaissances théoriques et la qualité de la prise en charge.

Accès aux soins dans les CSB

Un des objectif du programme d'IA était de *développer un versant institutionnel, reposant sur une collaboration avec les formations sanitaires (FS) afin d'augmenter le taux d'utilisation des services disponibles d'une part et de mettre en place des dépôts villageois de proximité, mesure pressentie comme indispensable pour le succès d'une politique d'accès immédiat au traitement.* (TDR, p. 7)

⁽³⁷⁾ Ce qui sous-estime les données du programme sur la fréquence des références vers les CSB.

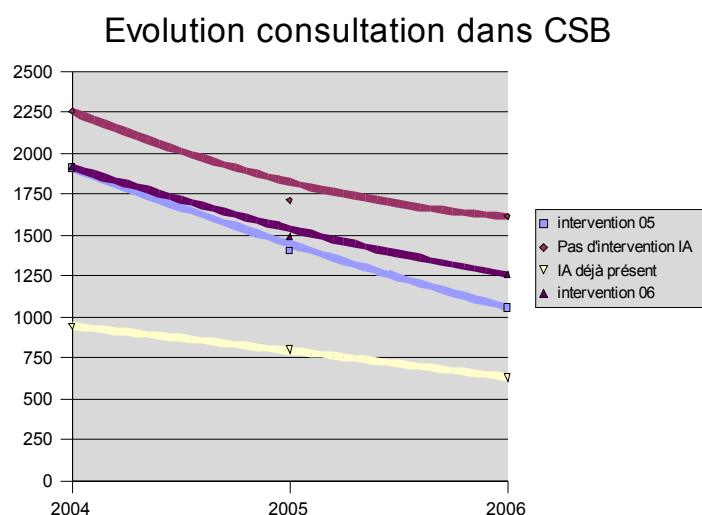
La deuxième partie de cet objectif (dépôts villageois) correspond aux stocks de chloroquine administrés par les MR/PR.

Nous avons cherché à savoir si une collaboration entre les MR/PR et les formations sanitaires, en l'occurrence les CSB, pouvait être mise en évidence..

D'après les avis recueillis sur le terrain, concernant les autres pathologies, l'influence des MR a été bénéfique pour l'image de marque des CSB. Grâce à leur action, la population consulterait plus volontiers dans les dispensaires qu'avant l'intervention d'Inter Aide.

Dans une dizaine de communes-tests, nous avons observé les variations des consultations pédiatriques en général, et des consultations pédiatriques pour fièvre. L'hypothèse était que les consultations pour fièvre et pour diarrhée devaient avoir une tendance à la baisse, et que les consultations pour un autre motif devaient augmenter.

Sur les communes étudiées, cette hypothèse n'a pas été vérifiée et nous n'avons pas mis en évidence de progression des consultations pour un motif autre que fièvre ou diarrhée après la mise en place d'une MR.



Sur les 10 CSB étudiés (équivalents à 10 communes), la tendance générale est à la diminution de la demande de soins pour les enfants dans les CSB.

La présence de MR depuis 2002 (courbe jaune), à partir de 2005 (bleu), à partir de 2006 (violet) n'entraîne pas d'augmentation de la demande.

Si on étudie l'évolution des consultations en excluant les consultations pour fièvre, les courbes sont analogues. Les MR ne semblent pas avoir d'influence pour inciter les autres femmes à consulter au CSB.

Les données présentées viennent des statistiques du District Sanitaire de Manakara. Cette diminution de la demande, qui semble indépendante de la présence d'un agent de santé villageois, mériterait d'être exploré sur une zone plus vaste. L'hypothèse la plus crédible est une amélioration de l'état de santé des enfants, en rapport avec la tendance à l'amélioration du niveau de vie, à la diffusion des moustiquaires, à un accès aux soins et à l'eau potable facilité. Malgré tout, l'absence d'augmentation du nombre de consultations pour motif autre que la fièvre semble indiquer que la référence depuis les agents villageois vers le CSB ne fonctionne pas de façon optimale.

Alternatives au CSB

En dehors du paludisme, les parcours de soins, lors des pathologies pédiatriques, restent très variables. D'après les témoignages recueillis, l'automédication, l'utilisation de plantes médicinales, le recours au guérisseur restent fréquents et pourraient expliquer que les consultations n'augmentent pas dans les CSB.

Deux attitudes sont regrettables. La première est l'achat d'antibiotiques, à l'unité, dans les boutiques des villages. Cette pratique s'observe aussi bien pour les diarrhées, en complément de la réhydratation, que pour les infections respiratoires aiguës. L'autre concerne le recours au guérisseur lors des convulsions, que ce soit en contexte fébrile ou pas.

6.4. SYNTHÈSE

La synthèse des données qualitatives et des données provenant de différentes sources permettent d'émettre quelques conclusions sur la méthodologie développée par ce programme.

La présence de l'animateur du programme au sein de la communauté permet de développer des activités répétées, en petit groupe et des contacts individuels. La valeur d'exemple de l'animateur a été relevée. Sa présence au sein des villages permet des contacts et des conseils individualisés.

La formation des mamans d'enfants de moins de 5 ans dans les ateliers favorise la compréhension de phénomènes qui nous paraissent triviaux (la transmission microbienne des maladies) mais qui s'opposent à la vision traditionnelle de la santé chez les bénéficiaires. Ces formations, appuyées par des outils didactiques élaborés localement et adaptés au contexte, aboutissent à l'intériorisation des nouveaux messages, qui génèrent des changements de comportement.

Le plus manifeste est sans doute l'utilisation des moustiquaires, qui s'est généralisée. Les messages sur l'hygiène sont mémorisés, même si leur application reste probablement inégale d'une famille à l'autre. Par contre, les conduites à tenir devant une fièvre ou une diarrhée sont devenues plus adaptées.

La durée de l'intervention a été jugée parfois trop courte, mais rien n'assure que les changements de comportements auraient été nettement renforcés avec une présence de quelques semaines ou quelques mois de présence supplémentaire.

Certains les points pourraient probablement être améliorés :

Une information plus systématique envers les autorités traditionnelles, qui conservent une influence, et les autorités administratives.

Une plus grande prise en compte des hommes dans les formations, en particulier si leur force de travail est nécessaire (pour la construction de latrines, par exemple).

Une meilleure formation des MR à la maîtrise des outils pédagogiques. La formation du personnel des écoles pourrait aussi être envisagée afin d'optimiser l'utilisation du matériel laissé dans les villages.

Une formation continue des MR, lors des rencontres trimestrielles de recueil des données, pourrait être mise en place, afin d'améliorer progressivement leurs connaissances et leurs pratiques.

VII. EFFICIENCE

Nous avons prévu de comparer l'impact du programme Inter Aide à un programme équivalent, afin de voir si le rapport coût/efficacité était en la faveur de ce modèle d'intervention. La comparaison n'a pas été possible sous cette forme. Par manque de données financières de comparaison, d'une part. Mais surtout par manque d'un programme comparable.

Il existe bien, dans le district de Manakara, d'autres intervenants qui développent des programmes de lutte contre le paludisme. Aucun de ces programmes ne comporte de volet sur l'hygiène et les diarrhées. Surtout, ces programmes n'ont pas les mêmes objectifs, centrés sur la diminution de la mortalité infanto-juvénile. Un des programmes facilite l'accès aux médicaments et aux moustiquaires, sous forme de marketing social. L'autre travaille à une échelle plus vaste (plusieurs districts) et ne suit pas les indicateurs de mortalité.

Néanmoins, sur le plan de l'efficacité, IA a réalisé un calcul que nous aimerions commenter. En faisant le rapport entre le coût du programme et le nombre de décès évités, IA a déterminé le coût de chaque décès évité. Il nous semble que cette méthode peut donner une indication de l'efficacité du programme développé. Mais dans la mesure où les enquêtes successives montrent que les effets se prolongent sur plusieurs années, il conviendrait de réaliser le calcul de manière cumulative.

Sur les données de l'enquête préliminaire de 2007, nous avons constaté que les TMM5, en l'absence de programme ONG (IA ou autre), restent stables.

Il est donc possible de considérer que le nombre de décès évités (rapporté à un TMM5 d'environ 200 pour mille) s'accroît, d'année en année puisque les effets se prolongent. Comme après l'investissement initial de six mois dans une zone, il n'existe pratiquement plus de dépenses (hormis quelques visites pour récupérer les données), le calcul d'efficacité devrait être réactualisé tous les ans, en cumulant, par zone, le nombre de décès évités depuis le départ de l'équipe.

VIII. PERENNITE

Une des grandes questions posée à cette évaluation concernait le maintien (voire l'amélioration) dans le temps de l'impact sur la mortalité infanto-juvénile.

La première explication tient à une indéniable amélioration des connaissances et aux comportements désormais plus adaptés face aux fièvres et aux diarrhées infantiles. Nous avons aussi présenté les interactions positives (campagnes de distribution de moustiquaires, mise en place de Bornes Fontaines) qui peuvent expliquer le maintien et l'amélioration des indicateurs après le départ de l'équipe d'une zone.

Néanmoins, il est très probable que le personnage de la MR joue un rôle majeur dans cette évolution positive prolongée.

Dans les programmes d'éducation pour la santé, il est courant de voir que des changements de comportement sont fragiles et que les anciennes habitudes reviennent rapidement si les circonstances changent. Par exemple si les médicaments ne sont plus accessibles dans le village.

En dehors de la spécificité de l'éducation des mères, dont nous avons déjà parlé, il était probablement primordial de disposer d'Agents de Santé reconnus mais surtout stables dans le temps.

8.1 LE ROLE CENTRAL DES MERES REFERENTES

L'équipe d'Inter Aide a fait le choix de mettre en place des Mères Référentes, deux par village, une titulaire et une suppléante, toutes issues des mères qui avaient été formées par les animateurs du projet. Ces femmes ont fait preuve d'une grande stabilité dans le temps. Certaines ont quitté leur poste volontairement, mais ce fut rare. Dans la plupart des cas, le départ d'une MR a conduit le village à élire ou à nommer une remplaçante.

Ce phénomène montre l'acceptation collective de cette nouvelle figure et l'importance qui lui a été donnée par le groupe.

Le choix des femmes était une option judicieuse. Celles-ci sont, dans cette région, moins mobiles que les hommes. Le phénomène de migration concerne rarement les femmes, à part pour la récolte des girofles, mais dans ce cas le déplacement ne dépasse pas quelques semaines.

Mais cela n'explique pas pourquoi des femmes (quasi) bénévoles restent en poste pendant plusieurs années, alors que l'instabilité des Agents de Santé Villageois est un problème récurrent dans la plupart des programmes.

Nous avons cherché à connaître les raisons, lors de notre enquête dans les villages, et nous avons retenu trois aspects.

Le premier aspect qui est avancé par les intéressées est d'ordre social. Même si elles ont été repérées et choisies par les animateurs d'Inter Aide, elles considèrent qu'elles se sont engagées devant leur communauté et donc qu'elles doivent assumer leur tâche même si celle-ci génère du travail. C'est **une obligation sociale**. La notion **d'utilité pour les enfants** vient juste après. Au début de l'intervention d'Inter Aide, les décès liés au paludisme et aux diarrhées sont fréquents (puisque c'est le critère de choix d'une commune) et prendre le rôle de Maman Conseil, c'est prendre la place stratégique dans un programme de lutte contre la mortalité infantile.

En face de ces obligations sociales et de cette prise de responsabilité face à un problème collectif, **les bénéfices** humains sont réels pour **la MR**. Le fait d'avoir été choisie pour ses capacités (même si les raisons ne sont pas verbalisées), la formation spécifique qu'elle reçoit (et qui lui servira pour ses propres enfants), le pouvoir qu'on lui confère en lui donnant la responsabilité de la prescription de la chloroquine sont autant de facteurs qui renforcent son auto-estime et qui peuvent être sources de motivations dans la durée. Le dernier facteur de reconnaissance est la rencontre trimestrielle avec le superviseur Inter Aide, qui récupère les données de son activité et lui redonne un stock de médicaments.

Le rôle de prescripteur, validé par le suivi de leur activité, est certainement un facteur clé de la durabilité des ces agents villageois. Il confère à ces femmes un prestige dans le village et le sentiment d'appartenir à un groupe spécifique, celui des Mamans Conseil d'Inter Aide.

Le facteur financier est anecdotique dans ce programme, puisque seule l'enquête annuelle leur permet de gagner quelques milliers d'Aryary, ce qui n'est pas en soi une grande motivation. Il existe cependant parfois une intégration des MR dans des activités ponctuelles organisées par les programmes nationaux (vaccination, campagne de vitamine A, de Mebendazole,...) à partir des CSB. Les MR impliquées reçoivent alors une motivation monétaire ou en nature.

8.2 LEUR SUIVI DANS UN PROCESSUS DE DESENGAGEMENT

Si les connaissances et les changements de comportements se maintiennent dans le temps, ils restent dépendants de la présence des MR qui garantissent l'accès aux traitements. Nous avons cependant constaté qu'un certain nombre de facteurs de perte de motivation apparaissaient.

Certains sont internes, liés en quelque sorte au succès du programme. Le nombre de cas de paludisme diminue, puisque la plupart des enfants (et de leurs parents) dorment sous moustiquaire, et que les mamans ne viennent plus demander conseil pour les diarrhées. Le rôle de référente dans le village perd de son intensité.

Mais il nous semble que ce sont surtout des facteurs externes qui sont préjudiciables à l'activité des agents de santé villageois.

8.2.1. Les interactions entre les différents programmes.

Nous avons évoqué plus haut la présence d'autres programmes qui travaillent sur les mêmes thématiques que celui d'Inter aide Santé. Nous avons vu que, dans certains cas, ces programmes ont probablement influencé positivement les résultats observés, même s'il est complexe d'attribuer les impacts à tel ou tel acteur.

A l'inverse, nous avons constaté que la présence de différents programmes génère des effets négatifs.

Il y a d'abord la duplication de la fonction. Les programmes qui travaillent sur la thématique du paludisme dans la zone ont tendance à multiplier les acteurs: MR/PR, boutiquiers de PSI, agents des CSB ou d'une autre ONG. Au lieu de renforcer l'accès aux soins et aux traitements, cette multiplication est source de confusion pour les populations et source de démotivation pour les acteurs. Certains agents s'arrangent avec les différents programmes et travaillent avec plusieurs casquettes, parfois avec plusieurs stocks de médicaments. D'autres délèguent une partie de l'activité à une suppléante et conservent la partie qui les intéresse, en général la partie rémunératrice. D'autres, enfin, démissionnent.

Le deuxième problème est la différence entre les choix de distribution des produits. Pour le PaluStop, les ONG ont décidé de pratiquer la gratuité, telle qu'elle avait été décidée par le gouvernement. Pour les moustiquaires, il existe des petites différences qui nuisent à l'image des agents chargés de faire leur promotion. La description de ces différences n'a pas d'intérêt en soi (Inter Aide vend à prix subventionné, alors qu'ailleurs les moustiquaires sont vendues avec un petit bénéfice qui est distribué au niveau communautaire et du CSB) par contre, il est important de noter que ces variations de prix, décidées par les équipes programme, ont tendance à décrédibiliser les agents dans les villages.

Enfin, il existe une concurrence de fait avec d'autres programmes, tel le programme national de nutrition, qui rémunèrent leurs Agents de Santé Villageois. La coexistence d'Agents rémunérés et d'agents bénévoles est en général facteur d'abandon de la part de ces derniers. Il paraît donc indispensable d'harmoniser les pratiques et de réfléchir à une certaine forme de rétribution des agents.

Bien entendu, cette réflexion devra être menée en coordination avec les partenaires publics et privés (autres ONG). Les sources de motivations concrètes sont variées, de l'intéressement lors de la vente de moustiquaires à l'intégration aux activités du district (campagnes de vaccination, cours de remise à niveau, qui peuvent générer des bénéfiques ponctuels), en passant par une reconnaissance de leur travail par la communauté (exonération de jours de travail collectif, dédommagement en nature après les récoltes,...).

8.2.2. L'indispensable intégration dans les activités du district et des CSB

Dans l'hypothèse d'un désengagement d'Inter aide, le transfert du suivi des MR/PR aux responsables des CSB est impératif.

Situation régulièrement rencontrée sur le terrain

Jusqu'ici, tous les trois mois, les MR/PR se réunissent au CSB avec le coordinateur IA pour la collecte des données. Les données IA ne sont pas intégrées dans le rapport d'activité mensuelle du CSB⁽³⁸⁾ (système d'information et de gestion du ministère).

Le médecin chef du CSB n'est pas responsabilisé pour encadrer techniquement les MR/PR. Il est parfois absent lors de la remise des rapports.

Concernant les stocks de médicaments destinés aux agents villageois, le dispensateur du CSB gère les produits antipaludéens des ONG. Aucune rupture n'a été observée jusqu'ici. Les fiches de stock sont bien tenues. Le circuit d'approvisionnement fonctionne bien, tout en restant dépendant d'une organisation externe. Mais dans les CSB que nous avons visités, cette activité n'était pas supervisée par le médecin responsable.

Le faible degré d'engagement des chefs de poste est peut-être lié à son implication tardive dans le projet IA ou à une absence de directives venant de sa hiérarchie. Quoiqu'il en soit, cette absence d'implication est préoccupante dans une perspective de désengagement.

Modifications souhaitables

Afin d'augmenter les chances de pérennisation des MR, le suivi de leurs activités doit être réalisé conjointement avec le chef CSB, au mieux dès le début de l'intervention.

Le renouvellement des stocks d'antipaludéens devrait être assuré par le CSB. Un stock de secours peut être conservé par le programme pour pallier à d'éventuelles ruptures.

Les MR/PR pourraient être choisies parmi les agents communautaires travaillant déjà avec le CSB avant l'intervention d'IA. A défaut, elles devraient être intégrées dans le pool de ces agents dès que possible, afin de faciliter les références et contre références entre les villages et les CSB.

Enfin, le partage d'information sur les données sanitaires des CSB d'un côté, et des enquêtes d'Inter Aide de l'autre gagnerait à être amélioré, au niveau local et au niveau du district.

L'année 2008 sera, à Madagascar, une année charnière dans la lutte contre le paludisme. La chloroquine va être remplacée par les ACT (Artesunate/Amodiaquine) dans le traitement de première intention du paludisme. Les protocoles restent à déterminer au niveau communautaire. Il serait dommage que les quelques 150 MR/PR formés par Inter Aide ne

⁽³⁸⁾ Cette information nous a paru étonnante. Le médecin chef de district nous a expliqué que les responsables des CSB avaient pour objectif de diminuer le nombre de consultations pour paludisme de plus de 50% d'ici 2011. L'intégration des données des agents villageois dans les données CSB aurait éloigné les médecins des CSB de leur objectif. Il n'existe pas de ligne spécifique pour noter les consultations des agents villageois.

soient pas inclus dans les processus de mise à niveau des agents communautaires, dans une période où la fin du programme commence à être envisagée.

IX. REPRODUCTIBILITE

La question de la reproductibilité de l'approche développée dans ce programme était posée à l'évaluation. Il est toujours difficile de se positionner, de manière théorique, sur les possibilités d'adaptation d'un programme dans un contexte différent.

Nous pointerons trois aspects qui nous paraissent importants.

9.1. ISOLEMENT GEOGRAPHIQUE ET SOCIETE TRADITIONNELLE

L'isolement géographique des villages, le faible accès aux biens de consommation sont des facteurs qui favorisent probablement la mise en place de programmes dont la figure centrale est une personne bénévole. L'organisation encore traditionnelle des villages et le poids du contrôle social sont aussi des facteurs à ne pas négliger.

Un schéma d'intervention analogue en centre périurbain, dans des quartiers composés de migrants n'aurait probablement pas la même durabilité.

9.2 PREVALENCE IMPORTANTE ET PROBLEME COLLECTIF DE SANTE PRIORISE PAR LA POPULATION

Nous pensons que le fait d'avoir centré l'intervention sur deux pathologies (et surtout le paludisme) ressenties comme un problème collectif de santé majeur par la population a bien entendu favorisé l'adhésion des mères au programme. Il est probable que la même approche sur la bilharziose, ou les filarioses, n'entraînerait pas le même intérêt de la part des bénéficiaires.

9.3. LA CHLOROQUINO SENSIBILITE

Même si cet aspect très particulier est sur le point de disparaître, le fait que le protocole de prise en charge du paludisme soit basé sur la chloroquine, avec des traitements très simples à appliquer est un facteur facilitant. D'une part parce que l'enseignement de la prescription du traitement est simple, d'autre part parce que personne n'est choqué par la prescription communautaire de chloroquine.

Dans la plupart des pays africains cependant, la chloroquine n'est pas retenue dans les protocoles nationaux, ce qui doit être pris en compte avant d'envisager la reproductibilité éventuelle dans d'autres pays des schémas développés par Inter Aide. En effet, la prescription des ACT au niveau communautaire peut entraîner des résistances de la part de certains décideurs, qui peuvent estimer que ces médicaments doivent être protégés et que la prescription communautaire des ACT n'est pas envisageable comme l'était la prescription de chloroquine.

Le suivi des décisions prises sur ce thème à Madagascar sera intéressant, dans une perspective de reproductibilité dans d'autres pays.

X. APPORTS POTENTIELS DE L'EXPERIENCE IA DANS LA POLITIQUE NATIONALE

Cet aspect a déjà été évoqué dans les paragraphes précédents. Nous reprendrons donc les trois points qui nous paraissent les plus novateurs et/ou les plus à même de répondre aux interrogations des politiques nationales en ce moment.

10.1. L'ASV PRESCRIPTEUR: UNE FIGURE PLUS VIABLE QUE L'ASV EDUCATEUR ?

Le système de santé malgache souffre, comme la plupart de ses « confrères » d'une décentralisation insuffisante de son offre de soins, en particulier en milieu rural. Les CSB sont dirigés par des médecins, ce qui est une garantie d'une certaine qualité de prise en charge, mais qui est un facteur évidemment limitant pour la multiplication des services. Une des solutions est de s'appuyer sur des Agents de Santé Villageois, qui idéalement pourraient prendre en charge les cas les plus simples et référer les cas les plus graves chez le médecin ou vers l'hôpital. Cet agent, dont le rôle correspondrait à ce que font les MR pour le paludisme (et les diarrhées, dans une moindre mesure) aurait une responsabilité différente des agents de santé communautaire. Ceux-ci sont souvent confinés au rôle de diffuseurs de messages de prévention ou d'organiseurs lors des campagnes de vaccination pour favoriser le rassemblement des bébés. Ils agissent ponctuellement ou lorsqu'un programme vient les solliciter. L'agent de santé villageois, de part son rôle de prescripteur, aurait la place du premier recours aux soins pour la population. L'expérience de MR montre qu'elles savent rester à leur place, même si leur intégration dans le système de santé et leur capacité à référer les patients doit être améliorée.

La question qui se pose est la spécialisation ou la polyvalence des ces agents, avec deux écueils: former beaucoup d'Agents n'ayant chacun qu'une spécificité (le palu, le planning familial, les Infections respiratoires,...) et les difficultés de supervision qui en découleraient; ou former un seul agent totipotent, qui serait investi de nombreuses responsabilités et serait en droit d'exiger un salaire ou un statut de fonctionnaire.

La solution raisonnable serait de former un petit pool de trois ou quatre agents villageois polyvalents, régulièrement supervisés et bénéficiant de formation continue.

Comme nous l'avons dit plus haut, la rémunération de ces agents, sous une forme ou sous une autre, nous paraît indispensable et doit être harmonisé au maximum. Des approches variées peuvent être mises en place.

10.2. LA SENSIBILISATION GENERALISEE: ENTRE L'ALPHABETISATION POUR ADULTE ET L'EPS

Cet aspect est très probablement ce qui fait la différence avec les autres programmes en terme d'impact. Les supports visuels ont leur importance mais cette formation (et pas seulement information) des mères au diagnostic présomptif de paludisme et à l'explication logique de la transmission de la maladie pourrait probablement être adapté à d'autres thématiques dans lesquelles la consultation et l'accès précoces aux traitements sont déterminants dans la réduction de la mortalité.

Il est difficile d'extrapoler comment le système national de santé pourrait reprendre à son compte la méthodologie développée par Inter Aide sur une grande échelle. Des programmes pourraient cependant être imaginés, à l'échelon de districts pilotes, impliquant des animateurs villageois articulés autour des CSB, supervisés par les responsables de l'éducation pour la santé du district ou de la région.

10.3. LA MESURE DE L'IMPACT DES PROGRAMMES: UNE INNOVATION A REPRODUIRE

Dernier point mais non le moindre, la mesure d'impact, par la réalisation des enquêtes annuelles. Malgré les différentes réserves que nous avons pu émettre, cet outil permet d'avoir une vision claire et probablement assez proche de l'impact engendré par un programme.

Ces enquêtes ne remplaceront pas les enquêtes nationales mais pourraient être adaptées pour définir des stratégies d'intervention et mesurer des impacts sur des districts ou des régions, sur les thématiques paludisme/diarrhées ou sur d'autres, telles que la périnatalité, pourvu que les questions soient claires et peu nombreuses. En effet, il est toujours tentant de multiplier les questions lors de l'élaboration d'un questionnaire d'enquête. Mais le risque, en utilisant des enquêteurs villageois est de collecter des données ininterprétables si les consignes sont trop complexes ou nombreuses.

XI. CONCLUSION

Il nous est apparu, tout au long de ce travail sur le terrain et dans l'analyse des données, que ce programme avait évolué, que sa méthodologie s'était transformée et affinée, que ses outils pédagogiques comme les outils de suivi s'étaient perfectionnés.

Il semble avoir atteint une maturité et une solidité qui mériterait d'être partagées. Les outils développés pour mesurer l'impact des activités fournissent des indications très précieuses. Basés sur des enquêtes réalisées par des agents communautaires, ces outils sont simples, bon marché, rapides à mettre en œuvre. Ils permettent d'obtenir des informations sur les décès qui ne sont disponibles nulle part ailleurs, ainsi que d'autres indicateurs d'impact, tels que les prévalences instantanées de symptômes tels que les fièvres ou les diarrhées, qui permettent des analyses comparatives.

L'analyse des données présentées a conclu à une fiabilité des résultats sur le recensement à partir de l'échelle de deux communes environ. Le mode de calcul du taux de mortalité infanto-juvénile, extrapolé à partir du taux annuel de mortalité, a été validé par une enquête contrôle et par la comparaison avec les enquêtes nationales.

Les résultats présentés par Inter aide et validés par cette évaluation, montrent que ce programme a réduit la mortalité infanto-juvénile liée au paludisme et aux diarrhées, ainsi que la prévalence des symptômes de fièvre et de diarrhée, dans toutes les zones où il est intervenu. Cet impact n'est pas lié à une amélioration générale dans le district puisque des enquêtes dans des zones témoins montrent que les indicateurs ne s'améliorent pas en l'absence d'intervention. Cet impact se retrouve pendant plusieurs années, jusqu'à cinq ans après l'intervention.

Les mécanismes de cette l'amélioration prolongée sont doubles. Il existe probablement des interactions bénéfiques avec d'autres programmes mais surtout de véritables changements de comportement ont été observés. Ceux-ci sont liés à une intégration des messages par les mères d'enfants de moins de cinq ans: hygiène des mains, intérêt des moustiquaires, importance du traitement précoce par chloroquine lors des accès évocateurs de paludisme et de la réhydratation lors des diarrhées.

Encadrées par un animateur résidant plusieurs semaines dans le village, les mères ont été formées, par petits groupes, en atelier. Des outils pédagogiques, adaptés au milieu et aux bénéficiaires ont été créés et contribuent à ces améliorations. Cette approche montre un impact supérieur aux méthodes d'IEC classiques basées sur des animations de masses ou des causeries.

La mise en place d'agent de santé villageois (les Mères référentes) a contribué à entretenir ces bons résultats en maintenant l'accès aux soins de manière constante dans les villages. On peut regretter une intégration insuffisante de ces acteurs villageois dans l'activité des Centres de Santé de Base et plus généralement de l'articulation du programme d'Inter Aide

dans ce district avec les autorités sanitaires et traditionnelles. L'absence d'harmonisation des pratiques avec d'autres programmes est aussi dommageable. La responsabilité de cet état de fait est partagée entre les différents acteurs.

Nous espérons que ce travail permettra de promouvoir l'utilisation des outils et méthodes développées par ce programme, et contribuera à renforcer les liens entre ONG et secteur public tant pour les programmes existant que pour les stratégies à venir. Au moment où la mise en place des ACT en alternative à la chloroquine pose un défi majeur au système de santé, il nous semble que l'apport de ces approches novatrices pourrait être particulièrement utile.

XII. RECOMMANDATIONS

Des recommandations techniques ont été proposées dans le cours de ce rapport.

Les points les plus marquants sont les suivants :

Pour les enquêtes :

Il est fondamental de sécuriser l'enquête initiale. Si une intervention a été décidée après une enquête initiale et au vu d'indicateurs de mortalité élevés, il est impératif de vérifier, lors de l'intervention, les données initiales. Le recensement de la population générale et des enfants de moins de 5 ans permettra, s'il est exhaustif, de valider plus simplement les enquêtes ultérieures et assurera que l'impact mesuré est représentatif de la réalité.

La méthodologie d'enquête, dans sa forme actuelle, n'a été validée que pour des populations d'enfants supérieures à 1.500 à 1.800. Les résultats donnés doivent comporter, dans l'idéal, l'intervalle de confiance de la mesure.

Il est souhaitable de partager systématiquement les données de ces enquêtes avec les autorités administratives et traditionnelles, d'un côté, et avec les autorités sanitaires de l'autre. Avec ces dernières, l'analyse conjointe des résultats des enquêtes IA et des données des CSB pourrait faciliter les stratégies d'interventions des ONG comme du district.

Il est souhaitable de poursuivre ces enquêtes même dans les zones où Inter Aide n'est plus présent depuis plusieurs années. Dans les premières zones, une tendance à la dégradation des indicateurs (jusqu'ici non significative) a été observée en 2007. La poursuite de l'observation apportera des indications sur la durabilité de l'impact observé.

Pour la méthodologie :

S'il est fondamental de garder la population des mères d'enfants de moins de cinq ans comme priorité, il conviendra d'étudier comment inclure les hommes dans l'éducation.

L'articulation avec les autorités administratives et traditionnelles doit être améliorée.

Une formation des instituteurs pourrait être tentée, afin d'optimiser l'utilisation du matériel pédagogique après le départ des équipes terrain.

Une formation continue doit être mise en place pour améliorer les compétences des MR. Cette formation pourrait être réalisée lors du recueil de leurs données d'activité dans les CSB. Le médecin chef du CSB doit être intégré dans ce processus.

Plus généralement, l'intégration des MR dans les CSB doit être réalisée, afin de garantir autant que possible la persistance de leur activité après le départ du programme.

XIII. ANNEXES

- Annexe 1 : Rappel des Termes de Référence
- Annexe 2 : Budget de l'étude
- Annexe 3 : Méthodologie
- Annexe 4 : Références Bibliographiques
- Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées
- Annexe 6 : Enquête qualitative



inter aide

Lancement et suivi de
programmes concrets de
développement

44, rue de la Paroisse
78.000 Versailles

☎ +33 1 39 02 38 59

📠 +33 1 39 53 11 28

✉ :

interaide@interaide.org

ANNEXE 1

EXTRAIT

**Termes de Référence pour l'évaluation externe
Du projet de réduction de la mortalité infanto-juvénile
dans les districts de Manakara et Vohipeno**

*** MADAGASCAR ***

Demande de cofinancement au F3E

I. L'ACTION ET LES ACTEURS IMPLIQUES

Le projet se situe à Madagascar dans la région de Manakara sur la côte sud-est de l'île. Il s'agit d'un projet initié en 2002 dans une partie du district de Manakara, autour d'un **objectif de réduction de la mortalité infanto-juvénile (TMM5) par une action sur ses principaux déterminants, en l'occurrence le paludisme et les maladies diarrhéiques.**

L'objectif spécifique du projet peut être formulé comme **une réduction recherchée de la mortalité infanto-juvénile (TMM5 ou Taux de Mortalité des Moins de 5 ans) spécifique liée au paludisme et aux maladies diarrhéiques.** L'action se proposait donc de montrer qu'une réduction du TMM5 était possible au sein des communautés cibles, pour peu que les populations soient :

- Informées des risques spécifiques inhérents à ces pathologies,
- Sensibilisées aux pratiques à même de les réduire,
- Aptes à utiliser efficacement les ressources sanitaires disponibles.

Le projet étant fondé sur un modèle d'action qui répondait à diverses exigences programmatiques :

- **LA RAPIDITE OPERATIONNELLE, C'EST A DIRE LA CAPACITE A COUVRIR UNE ZONE DETERMINEE PUIS A OPERER UN GLISSEMENT TOPOGRAPHIQUE DES MOYENS MOBILISES DE FAÇON A TOUCHER UN PLUS GRAND NOMBRE DE VILLAGES.**
- **LA DELEGATION DE COMPETENCES, AU CŒUR DES AMBITIONS DU PROJET, PERMETTANT A LA FOIS DE RENFORCER LES CAPACITES DES MERES A PRENDRE EN CHARGE DE FAÇON AUTONOME LES VOILETS PREVENTIFS ET CURATIFS DES PATHOLOGIES CIBLES.**
- **DES ASSURANCES ENFIN QUANT AU POTENTIEL DE REPRODUCTIBILITE ET DE VIABILITE DES ACTIONS CONDUITES, ATTESTEES PAR DES COUTS D'INTERVENTION PARTICULIEREMENT REDUITS ET LES PISTES OFFERTES PAR L'INCLUSION DES ACTEURS VILLAGEOIS DANS LE PERIMETRE DE RESPONSABILITE DES FORMATIONS SANITAIRES.**

Ainsi, une séquence opérationnelle simplifiée a pu être définie sur une période de 6 mois et après une sélection des zones cibles, et consiste à:

- *conduire une enquête préliminaire exhaustive* sur les déterminants de la mortalité infanto-juvénile,
- *exposer le résultat de l'enquête et le contenu de l'action aux communautés* et aux équipes sanitaires des Centres de Santé de Base,
- *organiser les ateliers éducatifs*, à l'aide d'outils de communication et de supports pédagogiques spécialement conçus dans le cadre du projet.
- *identifier, former et approvisionner les acteurs relais*,
- *contractualiser les termes de l'action* avec l'assemblée villageoise,
- *rattacher l'action des mères référentes au CSB*, et organiser les modalités longitudinales de leur collaboration (formation continue, approvisionnement, collecte de données)
- *réitérer les enquêtes annuelles grâce à la mobilisation de volontaires villageois* (dont les mères référentes) formés pour cela.

II. L'EVALUATION

A. JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

1. Attentes et objectifs pour le projet en cours

Mesurer le degré de fiabilité et de validité des résultats et de leurs moyens de collecte.

Afin de mesurer les effets induits par ses activités, le programme a sélectionné un nombre restreints d'indicateurs dont les variations témoignent de l'évolutivité de la situation sanitaire des populations ciblées.

TMM 5 (taux de mortalité des moins de cinq ans),
prévalence des accès fébriles
prévalence des épisodes diarrhéiques
indice de pénétration des moustiquaires imprégnées.

Ces indicateurs sont mesurés à l'aide d'enquêtes auprès des familles réalisées systématiquement avant toute intervention puis chaque année à la même époque, pour limiter l'effet des variations saisonnières. Les premières études ont été réalisées par des enquêteurs recrutés pour l'occasion, formés à cet exercice et rémunérés. Depuis juillet 2004 (intervention au niveau d'une commune rurale à la demande de son maire) les enquêtes initiales sont réalisées par des bénévoles villageois. Leur sélection est du ressort de la commune qui choisit un représentant pour chaque village concerné, leur formation incombant au programme. C'est en janvier 2005 que les enquêtes annuelles d'évaluation ont été confiées aux mères référentes.

Les résultats de ces enquêtes sont régulièrement en décalage avec les données officielles, notamment entre les chiffres de mortalité relevés localement et les valeurs retenues à l'échelon national. Ce n'est guère étonnant si l'on considère :

- ✓ que les valeurs nationales sont des estimateurs qui ne sont pas seulement le reflet de la mortalité réelle, mais également celui des effets attendus des politiques instaurées !
- ✓ que le district de Manakara présente une vulnérabilité particulière, nettement supérieure à la moyenne nationale (et le district voisin de Vohipeno présente un contraste saisissant en termes de vulnérabilité).

La question clef est donc celle de la validité des résultats et des méthodes de collecte : nous attendons que l'évaluation participe à authentifier les résultats publiés et à garantir le sérieux de la méthode, sachant que celle-ci s'efforce de combiner plusieurs aspects :

- ❑ **la participation des groupes cibles** : confier le recueil de données à des acteurs villageois relève de la mobilisation des ressources locales, de l'appropriation des enjeux par les populations cibles, de l'adéquation des supports utilisés, et en définitive de la reproductibilité des initiatives.
- ❑ **La maîtrise du temps, des coûts et de l'espace**: l'enquête de janvier 2006 a mobilisé près de 80 enquêteurs dans plus de 60 villages pour une population de 6500 familles, le tout en 20 jours et pour un coût global nettement inférieur à 1000 €, hors travail des responsables expatriés.
- ❑ **La rigueur nécessaire** à tout recueil d'information sanitaire auprès de larges populations, de façon à éliminer les principaux biais méthodologiques.

Préciser les éléments nécessaires à une orientation des stratégies

La stratégie d'intervention décrite ci dessus sera proposée à de nouvelles communes du district de Manakara ciblées sur des critères de vulnérabilité des populations et d'accessibilité. Au total douze communes rurales pourraient faire l'objet d'une intervention au cours des deux prochaines années. En fin de cycle, 32 communes rurales auront bénéficié de ce programme (soit 71% de l'ensemble des communes du district). Dans le district de Vohipeno, seules deux communes présentent un profil semblable à celles du district de Manakara, le programme y poursuivra ses activités. Ailleurs, la moindre vulnérabilité des populations associée à la présence de nombreux intervenant ne justifie pas la

poursuite des activités. L'option de reproduire l'action dans le district de Farafangana à la suite d'une enquête de mortalité conduite en mars 2007 a été confirmée.

AU COURS DE DEUX CYCLES DE TROIS ANNEES LE PROGRAMME SERA INTERVENU AUPRES DE 70% DES COMMUNES RURALES DU DISTRICT DE MANAKARA (LES COMMUNES ACCESSIBLES), SOIT UNE POPULATION D'APPROXIMATIVEMENT 140 000 PERSONNES. IL SE TROUVERA AINSI DEVANT UN CHOIX STRATEGIQUE QUI PEUT SE RESUMER A TROIS PROPOSITIONS NON EXHAUSTIVES ET NON EXCLUSIVES L'UNE DE L'AUTRE:

- Prolonger l'intervention dans le district de Manakara afin de compléter la couverture géographique.
- Prospecter de nouvelles zones et y proposer une intervention similaire si la situation sanitaire le justifie. Au cours du premier trimestre 2007 le projet a réalisé une vaste enquête préliminaire auprès des populations du district de Farafangana. L'étude des principaux indicateurs démographiques et sanitaires recueillis justifie une éventuelle réplique du programme auprès de ces communautés.
- Extraire des stratégies mises en oeuvre des unités méthodologiques éventuellement aptes à être reproduites dans le cadre d'un soutien à la politique institutionnelle de lutte contre le paludisme et/ou de réduction de la mortalité infanto-juvénile.

Il s'agit donc de rechercher des arguments concourant à éclairer les décisions que le projet sera amené à prendre avant la fin du deuxième cycle.

Faciliter un rapprochement avec les politiques sanitaires et les décideurs institutionnels

Il s'agit évidemment d'un rapprochement méthodologique : nous pensons que les politiques de santé souffrent à Madagascar d'une surabondance d'initiatives et d'orientations stratégiques consécutives qui se surajoutent pour offrir un paysage sanitaire souvent confus. Ainsi, les expérimentations succèdent aux expérimentations et les programmes aux programmes sans que des enseignements soient véritablement tirés de cette profusion derrière laquelle l'essentiel finit par s'estomper. Dans le domaine de la *prophylaxie de la mortalité infantile*, plusieurs approches ont été introduites ces 2 dernières années sans qu'une évaluation sérieuse de leur impact ait été réalisée. Un objectif pour le projet serait donc que l'évaluation concoure à déterminer les articulations possibles entre les méthodes du projet et les initiatives sus-jacentes, et d'autre part de présenter les avantages comparatifs de ces méthodes par rapport aux stratégies nationales, enfin d'exposer les résultats devant les autorités sanitaires et leurs principaux bailleurs (UNICEF, AFD, MAE...).

2. Attentes et objectifs pour Inter Aide

Contribuer au processus de modélisation

Le type d'action mené à Manakara a été conçu dans le but de mettre à l'épreuve certains postulats épidémiologiques émis sur la question de la mortalité infantile, dans les conditions géo-climatiques, sanitaires et sociales d'une région malgache. Ces postulats ayant été confirmés, l'objectif a été de disposer d'une méthode d'intervention :

- efficace, limitée dans le temps, standardisée et modulaire,
- afin de répondre aux besoins d'une large population disséminée en de nombreux villages d'accès difficile
- sans recourir à un déploiement considérable de moyens
- et en s'appuyant autant que possible sur les ressources, communautaires et institutionnelles, localement disponibles.

Dans le même temps, des actions similaires sont en voie de préparation pour être mises en œuvre dans d'autres régions africaines, notamment au Mozambique, au Malawi et en Sierra Leone, qui s'appuieront sur les méthodes expérimentées à Madagascar. Il s'agit donc d'une **entreprise de modélisation**, visant à proposer des modes opératoires reproductibles et qui auront fait la preuve tangible de leur intérêt dans un contexte donné. Ce modèle, intitulé « prise en charge autonome des maladies prédatrices », répond à une définition dont on peut reproduire l'interprétation proposée dans le document de projet soumis au MAE en 2005 :

Améliorer la communication

Comme nous l'avons déjà souligné, le projet à évaluer a rencontré un certain scepticisme quant à ses résultats propres, essentiellement du fait de l'absence de jugement externe sur son système de mesure. Inter Aide attend de l'évaluation qu'elle contribue à améliorer autant l'information que la documentation disponible sur l'action considérée. Il ne s'agit pas ici de se placer dans une logique d'amélioration d'image ou de stratégie promotionnelle, mais bel et bien d'accréditation des méthodes et de l'impact du projet, dans la perspective de fournir un modèle d'action homologué, transposable dans toutes les circonstances contextuelles où on observe une surmortalité infanto-juvénile prioritairement liée au paludisme.

3. Attentes et objectifs pour les partenaires

Le précédent paragraphe expose brièvement de quoi est fait l'attente des partenaires de l'action : **une confirmation des résultats présentés et des méthodes utilisés**. Les acteurs institutionnels ont été informés d'une éventuelle procédure d'évaluation externe, sans pour autant vouloir être associés à l'élaboration des TDR. Des discussions avec certains bailleurs du système de santé ont mis en exergue la recherche d'éléments de méthode exportables et transposables dans d'autres sites d'intervention. En ce qui concerne le système de santé dans son ensemble, deux directions sont envisagées :

Contribuer à la pérennisation du projet : l'évaluation permettra de mesurer le bien-fondé de la démarche de transfert vers les Services de Santé du District du volet curatif des activités (gestion des sites de traitement précoce, suivi / évaluation des mères référentes)

Collaborer à la politique nationale de santé publique : au terme de cinq années d'activité, le programme a acquis un savoir-faire, élaboré et validé une stratégie opérationnelle efficiente dont certains résultats tangibles ont été exposés plus haut. Parallèlement, le Minsanp³⁹, dans sa politique de lutte contre les maladies prédatrices, prévoit d'adopter des stratégies similaires. Quelle contribution l'action pourrait-elle apporter à cette politique ?

Les acteurs villageois ont été informés de la démarche d'évaluation, par le biais des Mères Référentes, qui entretiennent des relations consistantes avec le projet. Ils n'ont cependant pas été associés à l'élaboration des TDR.

Les TDR ont été rédigés en concertation étroite avec les opérateurs de terrain, et notamment le Dr Mougenot et son équipe. L'essentiel de la proposition ayant été rédigée lors d'une mission du Directeur de Secteur à Manakara en octobre 2006

4. Justification de l'évaluation externe

³⁹ Ministère de la Santé et du Planning Familial.

Il s'agit d'une évaluation finale car l'action achève son deuxième cycle de 3 ans et dispose maintenant d'un corpus complet de méthodes et d'outils qui ont été longuement testés et reproduits. La question centrale est actuellement, outre celle de l'accréditation des résultats et des instruments de mesure (donc de la redevabilité et de la transparence auprès des différents partenaires), celle de la définition des orientations stratégiques futures que le projet sera amené à prendre. **Nous sommes bien dans l'appréciation finale d'une intervention s'inscrivant dans une vision prospective.**

L'évaluation externe sera utilisée pour juger de la pertinence et de l'efficacité du modèle opérationnel élaboré dans le cadre du projet, ainsi que pour en diffuser aussi largement que possible les tenants et les aboutissants. Le premier théâtre de diffusion sera évidemment le système de santé malgache et ses principaux bailleurs, qui pourrait trouver dans les recommandations produites matière à renforcer, de façon sélective, les politiques nationales de lutte contre la mortalité infanto-juvénile et les méfaits du paludisme. Mais les horizons dégagés peuvent être sensiblement plus vastes. Car il est légitime de penser qu'une action aussi simple dans sa conception et sa réalisation, tout en présentant un effet aussi marqué sur l'un des indicateurs de santé cardinaux pour des coûts relativement modestes, gagnerait à être reproduite partout où les conditions épidémio-sanitaires pourraient le justifier. Ce type de configuration restant très fréquente en Afrique, la réplique de ce type d'intervention pourrait être très facilement envisagée. Comme nous l'avons suggéré plus haut, Inter Aide se propose de dupliquer cette action dans d'autres contextes, mais l'évaluation pourrait également convaincre d'autres ONG de tester cette méthodologie facilement assimilable.

B. OBJET DE L'EVALUATION

1. Postulats fondateurs dont les évaluateurs apprécieront la pertinence

📖 Le premier des postulats émis à l'origine de l'action fut celui de **l'existence d'une mortalité infanto-juvénile élevée dans la zone d'intervention (autour de 200%), fortement liée à quelques pathologies dominantes dont le paludisme**. Ce postulat, basé sur des relevés empiriques succincts, n'avait à vrai dire rien de révolutionnaire mais sous-tendait néanmoins toute la logique du projet. Tous les indicateurs relevés au cours des dernières années ont amplement confirmé à la fois le niveau préoccupant de la mortalité des moins de 5 ans et le rôle prééminent du paludisme et des diarrhées dans les deux-tiers des décès.

📖 Le deuxième postulat était dérivé d'une expérience pilote menée en 1999 dans le Tigrée (Ethiopie). Celle-ci avait mis en lumière l'efficacité d'une campagne centrée sur la prise en charge des accès palustres par les mères d'enfants de moins de 5 ans, grâce à de la chloroquine qui leur était confiée, dans la réduction de la TMM5. **Autrement dit, une stratégie épidémio-centrée, c'est-à-dire exclusivement consacrée à une action sélective sur ses principaux déterminants peut réduire significativement la mortalité infanto-juvénile**. A la condition d'agir dans une logique de contrôle épidémiologique, donc en incluant les dimensions préventives, curatives et informatives dans les systèmes mis en place. Les pathologies concernées étant transmissibles, la diffusion des techniques de prévention, l'accès facilité au traitement et l'information sur les risques spécifiques inhérents à ces pathologies constitueront les fondamentaux du projet.

📖 Le troisième postulat, placer **le concept de délégation de compétences au cœur de la méthode est une clef de la réussite de l'action** résulte aussi d'un constat. Il concerne l'offre de soin institutionnelle disponible. En effet, cette forte mortalité est observée en dépit de l'existence d'un système de santé regroupant plus de 30 Centres de Santé de Base (CSB), ce qui représente environ une formation sanitaire pour moins de 8 000 habitants. Malheureusement, l'accès aux soins (mesuré par le taux d'utilisation des services sanitaires) reste très insuffisant, avec un indice annuel de consultation calculé autour de 0.25 en moyenne pour l'année 2001. En 2002, seules 35% des mères déclaraient avoir recours au Centre de Santé de Base en cas de fièvre ou de diarrhées chez leur enfant, et il est fort probable, compte-tenu des anticipations des répondants, qu'il s'agisse d'une surestimation de ce type de conduite. Les raisons sont sans doute multiples,

allant du faible niveau de sensibilisation des populations cibles à l'éloignement des services sanitaires, en passant par les déficits d'image des Centres de Santé de Base, le coût des soins et l'absence d'une volonté politique clairement exprimée. **Le projet a donc fait le pari que l'accès précoce et permanent à des traitements anti-paludéens était une condition première de l'efficacité thérapeutique et qu'un système de santé centralisé ne pouvait pas répondre à cette exigence.**

2. Questions à traiter

i. Questionner la validité et l'authenticité des résultats est donc une priorité, et ce sous divers points de vue :

- ⇨ 1/ En comparant les données recueillies au cours des deux périodes par les différents systèmes, proposer une évaluation de la précision et la régularité des procédés utilisés. Quelles sont les mesures éventuelles qui pourraient renforcer la fiabilité des modalités d'enquêtes?
- ⇨ 2/ En tenant compte des indicateurs choisis (et notamment celui du taux cumulé de mortalité), les résultats obtenus peuvent-ils être considérés comme représentatifs de la situation réelle prévalant dans les zones d'intervention ? Comment améliorer, le cas échéant, leur précision ? Quelles réserves émettre sur leur validité ?
- ⇨ 3/ Existe-t-il des éléments en faveur de l'existence d'un biais d'enquête dans le recueil des données effectué par les Mères Référentes (les enquêtrices étant à la fois juge et partie) ?

ii. La seconde série d'interrogations concerne les moyens : méthodes et outils

- ⇨ 4/ Comment déterminer les éléments les plus décisifs dans la panoplie des moyens contribuant aux résultats ? Quelle est la valeur ajoutée essentielle de la méthode ? Existe-t-il des aspects novateurs particuliers qui pourraient être isolés de l'ensemble du processus et qui mériteraient d'être documentés
- ⇨ 5/ Quelle est la qualité des outils conçus par le projet et quel est leur potentiel de diffusion à plus large échelle ? Quelles améliorations peuvent être proposées ?

iii. La dernière série d'interrogations concerne la viabilité et le processus de modélisation.

- ⇨ 6/ Que peut-on dire de la « viabilité locale » de l'action, c'est à dire de la durabilité des changements introduits dans le milieu villageois même : la continuité du rôle des Mères Référentes, la mémorisation des messages auprès des publics cibles, la conservation des outils transmis et des pratiques préconisées ? Quelle interprétation proposer de la persistance des résultats en termes de mortalité ?

- 7/ Evaluer les perspectives de l'articulation entre l'action des Mères Référentes et de celle des Centres de Santé de Base. Comment intégrer dans une approche unifiée et cohérente les différents acteurs en jeu dans le système de santé? Quel rôle les collectivités territoriales pourraient jouer dans cette orchestration ?
- 8/ Enfin, il est souhaité une évaluation de la possibilité d'extraire de ce paquet méthodologique un ou plusieurs éléments susceptibles de s'intégrer au dispositif global d'une politique de santé ?

C. METHODOLOGIE

1. Pour la préparation de l'évaluation

Une réunion de cadrage de l'évaluation se tiendra entre Inter Aide et l'évaluateur expatrié responsable de l'évaluation, en présence du F3E. Cette réunion se tiendra au siège d'Inter Aide à Versailles en France. Elle permettra de préciser le questionnement évaluatif et la méthodologie de l'évaluation, sur la base des termes de référence et de l'offre technique qui aura été retenue.

2. Pour la mission d'évaluation

La mission se déroulera autour de **deux temps consécutifs réalisés par un évaluateur international, responsable de l'étude et de la coordination, et un évaluateur malgache** :

1/ le premier temps sera réservé à répondre aux questions 1, 2 et 3 des TDR, et consistera, en amont de l'évaluation proprement dite, en une étude des moyens et des méthodes de recueil des données de façon à vérifier leur fiabilité. Il s'agira, d'après un échantillon représentatif des données collectées, de vérifier la validité des informations par une vérification aléatoire (notamment des décès) auprès des populations cibles.

2/ Le deuxième temps devra répondre aux questions 4, 5, 6, 7 et 8 et débutera en disposant des résultats de la première partie de l'évaluation. Il s'agira donc des problématiques relatives à la méthodologie, au système d'acteur en place, à la viabilité intrinsèque de l'action et aux orientations futures du projet.

1/ Le premier temps de l'évaluation, réalisé par un évaluateur malgache, reposera sur :

- Un choix des sites en fonction de l'ancienneté d'exposition, de la situation géographique ou d'autres paramètres pertinents. Un tirage au sort des familles enquêtées fournira une liste d'unités qui permettra de vérifier l'information auprès des familles elles-mêmes. L'objectif est de valider le nombre des décès survenus dans une année donnée au sein d'un village particulier, afin de contrôler les données fournies par le projet.
- la confrontation des données d'enquête aux informations recueillies au sein des villages.
- Le croisement des diverses sources de données disponibles dans le cadre du projet.
- La rencontre des enquêteurs villageois et des mères référentes dans l'optique de vérifier les modalités d'intervention de ces acteurs.

2/ Le deuxième temps sera sous la direction d'un évaluateur expatrié.

L'évaluation reposera sur :

- l'étude détaillée des documents disponibles à travers les rapports d'activités, les rapports de mission des chefs de secteurs, les données d'enquêtes et globalement tout le système édifié dans le cadre informatif du projet.
- Elle s'appuiera sur des entretiens avec les différents acteurs du projet : les équipes d'animation, les bénéficiaires directs, les autorités locales et institutionnelles, les acteurs villageois impliqués à un degré ou à un autre dans le projet.
- Elle s'articulera autour de discussions avec les responsables du projet à Manakara, le Responsable des Opérations et le Directeur Régional à Versailles.

- Elle se fondera enfin sur les éléments retirés de multiples visites de terrain incluant des échanges détaillés avec les bénéficiaires, ainsi que des entretiens avec (liste non exhaustive) les MR, le personnel des CSB, les acteurs villageois et notamment les femmes, les maires des collectivités.

Une bonne articulation entre les deux phases et entre les deux évaluateurs sera indispensable. Dans ce sens, la méthodologie d'enquête pour la première phase devra être élaborée en concertation entre les deux évaluateurs, et validée par l'évaluateur référent responsable de l'évaluation. Les résultats de la première phase d'enquête seront validés également par l'évaluateur référent responsable de l'évaluation, ou par une tierce expertise qui pourra être proposée par les évaluateurs dans leurs offres de service, si ils le jugent utile.

L'équipe d'évaluation, et l'évaluateur malgache en particulier, devra être indépendante par rapport aux enjeux liés aux politiques de santé à Madagascar.

3. Pour la restitution

Une première restitution aura pour cadre l'ensemble des acteurs impliqués localement dans la réalisation du projet : opérateurs du projet, partenaires, ONG engagées dans des actions de santé dans le district, autorités locales. Elle aura lieu à Manakara en présence des différents participants.

Une rencontre/restitution aura également lieu à Antananarivo avec l'attaché de coopération de l'Ambassade de France, les représentants du ministère de la Santé et du Planning Familial Malagasy, l'UNICEF, des représentants de l'AFD ainsi que d'autres bailleurs dans le domaine de la santé.

Une restitution en comité restreint fera suite à la remise du rapport provisoire, elle aura lieu au siège d'Inter Aide en présence du F3E.

Suite à la remise du rapport final, une restitution finale ouverte sera organisée avec le F3E en présences des bailleurs de fonds du projet et autres organismes intéressés.

4. Rôle de l'ONG et de ses partenaires

Inter Aide et ses partenaires faciliteront le déroulement de l'évaluation dans toute la mesure du possible par:

- ▶ La mise à disposition, tant au Siège que sur les sites d'intervention, de tous les documents, internes et externes, narratifs et financiers, relatifs au projet.
- ▶ La transmission de tous les documents d'enquêtes
- ▶ La mobilisation des moyens logistiques nécessaires pour la réalisation de la mission
- ▶ L'information des acteurs concernés : professionnels de santé, représentants municipaux, bailleurs, organisations partenaires
- ▶ La préparation des conditions de restitution

ANNEXE 3
LES ACTIVITES A METTRE EN ŒUVRE EN FONCTION DES QUESTIONNEMENTS EVALUATIFS

Inter Aide propose 8 questionnements génériques pour lesquels nous proposons de manière synthétique les activités suivantes :

	Quoi	Avec qui	Combien et où	Objectif	Responsable
1	Relecture critique des questionnaires de recueil de données annuelles		1 formulaire type	vérifier l'absence de contresens dans la traduction des questions et des réponses	évaluateur malgache (EM)
2	Observer une simulation d'entretien d'enquête	Mères Référentes	10 à 15 MR	Tester chez les MR la capacité de reformulation du questionnaire, la qualité du remplissage, la définition des critères de diarrhée, d'état fébrile	EM
3	Tester le logiciel de synthèse de recueil des données			Vérifier l'absence d'erreur due à des bugs logiciels	évaluateurs malgache et français (EM & EF)
4	Comparaison qualité de remplissage des questionnaires des enquêteurs salariés et des enquêteurs villageois		60 formulaires	Comparer le % de réponses non utilisables	EM
5	Vérification des décès d'enfants de moins de 5 ans dans les 5 années précédant le début de l'intervention d'Inter Aide	Groupe de femmes, leaders villageois	une partie de la zone V ou VI (tirage au sort des villages)	Vérifier l'adéquation entre le TMM5 calculé et la réalité locale de la mortalité infanto-juvénile	EM
6	Vérifier la définition de la population cible	équipe Inter Aide et MR	10 à 15 MR	Vérifier que mères d'enfants décédés dans l'année sont systématiquement inclus dans les enquêtes	EM
7	Vérification des décès d'enfants de moins de 5 ans à partir des registres d'activité des MR et des statistiques des centres de santé de base	MR, infirmier chef de poste	1 zone ou une partie de zone (tirage au sort des villages)	Vérifier l'adéquation entre les résultats de l'enquête annuelle et les activités des registres	EM
8	Vérification des décès d'enfants de moins de 5 ans dans l'année précédente par interrogatoire rétrospectif	Groupe de femmes, leaders villageois	1 zone ou une partie de zone (tirage au sort des villages)	Vérifier les données sur la mortalité et la fiabilité des résultats d'enquête par les MR	EM

9	Lister les programmes intervenant sur les thématiques du paludisme, hygiène, nutrition dans les zones ciblées par Inter Aide	équipe Inter Aide et personnel sanitaire de L'État	toutes les zones	Replacer le programme santé d'Inter Aide dans son contexte	EM & EF
10	Enquête qualitative	Focus groupes (avec des mères formées/ non formées, des hommes) et entretiens individuels (responsables sanitaires, leaders villageois, groupe de femmes,...)	6 focus groupes dans au moins 2 zones différentes, une dizaine d'entretiens individuels	Analyser les obstacles (géographiques, économiques, culturels) à l'accès aux soins (avant et après intervention Inter Aide), tester les connaissances, évaluer les changements de comportement (consultation précoce, auto médication, achat moustiquaire, lavage des mains,...), appréhender l'image des MR recueillir opinion des bénéficiaires et autorités sanitaires sur rythme de réalisation du projet, contenu des modules et supports IEC et impact de la contractualisation	EM & EF
11	Analyse comparative entre zones ayant bénéficié d'un volet accès à l'eau potable/zones sans ce volet	MR, infirmier chef de poste, équipe Inter Aide	selon indications obtenues localement	observer la prévalence des consultations pour diarrhée et paludisme et chercher des différences significatives sur la mortalité infantile.	EM & EF
12	Analyse comparative entre zones (ou villages) ayant eu des dysfonctionnements importants (ruptures prolongées de médicaments, abandon des MR) et des villages « optimaux »	MR, infirmier chef de poste, équipe Inter Aide	selon indications obtenues localement	observer la prévalence des consultations pour diarrhée et paludisme et chercher des différences significatives sur la mortalité infantile.	EM & EF
13	Analyse du système de distribution des médicaments: approvisionnement, stockage, péremption, recouvrement des coûts, articulation avec les centres de santé de base,...	MR, infirmier chef de poste, médecin chef de région, pharmacien régional	10 à 15 MR, 5 à 8 infirmiers	Vérifier la fonctionnalité du dispositif et sa reproductibilité	EM & EF
14	Analyse de l'évolution du pool des Mères Référentes au cours du temps	Entretien avec les MR, l'équipe Inter Aide et infirmiers référents	zone I +/- zone II	Évaluer la stabilité des MR dans le temps, comprendre leurs motivations, replacer leur rôle dans le contexte culturel et traditionnel local.	EM & EF
15	Explorer les possibilités futures d'articulation formelle du travail des MR avec le système sanitaire	Entretien avec les responsables sanitaires (+/- administratifs) régionaux et nationaux		Comprendre les orientations stratégiques de la politique de santé dans le cadre de l'approche communautaire des pathologies pédiatriques prévalentes	EM & EF

ANNEXE 4
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE 2003-2004 MADAGASCAR

Chapitre 10 : mortalité des enfants de moins de 5 ans. Tableau 10.2 : mortalité des enfants par caractéristiques socio-démographiques, p. 196

http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=491

ENQUETE DE BASE SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION ET LA SURVIE DES ENFANTS (EBSRSE) DANS LES ZONES D'INTERVENTION USAID. MADAGASCAR 2003-2004

Chapitre 6 : mortalité des enfants. Tableau 6.2. : Mortalité des enfants par caractéristiques socio-démographiques, p. 40

http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=523&srchTp=type

METHODES STATISTIQUES A L'USAGE DES MEDECINS ET DES BIOLOGISTES.

D. SCHWARTZ.

Edition Médecine sciences Flammarion

ANNEXE 5
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

A Antananarivo

L'équipe du SCAC

Ministère de la santé, du planning familial et de la protection sociale

- Dr Raveloson Andrianirina, chef du service de la lutte contre le paludisme;
- Dr Ravaoarinosy Vololoniaina Aimée, responsable de la prise en charge du paludisme,
- Dr Vonisoa H. Julie, responsable de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à base communautaire;
- Dr Razanamasy Marie Jacquie, chef de service de la santé de l'enfant

UNICEF

- Dr Nilda Lambo, chef d'unité Survie de l'Enfant;
- Dr Razafindratsita Bodo, responsable des districts sanitaires;
- Dr Ralitera Norolalao, responsable de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant;
- Mme MIALY, responsable Suivi Evaluation

A Manakara,

- Dr Randriamalason Vincent, Médecin Inspecteur
- Dr Randriamahefa Naina, Médecin ASOS
- Mr Randriamananjara Joseph, Responsable PSI



ANNEXE 6
RECHERCHE QUALITATIVE
dans l'évaluation externe du projet de réduction de la mortalité infanto-juvénile
dans le district Manakara - INTERAIDE - MADAGASCAR

Docteur David Masson

Docteur Rakotoarimanana Mamy Tiana

Services Techniques et Études pour la Participation Sociale

STEPS Consulting Social, 5 rue de la Claire 69009 - Lyon France – Tél. : (33) (0) 4 37 64 16 64 – Fax: (33) (0) 4 37 64 16 66
 e-mail : contact@steps-cs.com – site Internet : www.steps-cs.com – SAS au capital de 40 000€ – RCS : 478 039 225

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	3
II.	METHODOLOGIE.....	4
III.	RESULTATS.....	5
	III.1 Bilan de l'enquête.....	5
	III.2 Synthèse des informations.....	6
	• Obstacles à l'accès aux soins avant et après intervention.....	6
	• Connaissances, changement de comportements des bénéficiaires directs...7	7
	• Opinions des bénéficiaires et des différents acteurs sur le projet.....9	9
	• Adéquation du projet au contexte socioculturel.....12	12

•	Compétences des mères référentes en terme de connaissance, de sensibilisation, et de prise en charge.....	13
•	Maîtrise des mères référentes des outils de gestion.....	15
•	Mères référentes : images, motivations et stabilité.....	16
•	Fonctionnalité du système de distribution des médicaments.....	17
•	Articulation du projet au système de santé.....	17
IV.	CONCLUSION.....	19
V.	ANNEXE.....	20
	V.1 Bénéficiaires directs.....	20
	V.2 Mères référentes.....	22
	V.3 Autorités administratives et traditionnelles.....	24
	V.4 Personnel du centre de santé.....	24
	V.5 animateurs Interaide.....	25

➤ **INTRODUCTION**

Le projet d'Interaide Santé Madagascar vise à réduire la mortalité infanto-juvénile liée au paludisme et aux maladies diarrhéiques. Il a mis en œuvre des modules d'intervention intensive de six mois dans des villages du district sanitaire de Manakara.

Les stratégies d'intervention ont été basées sur :

- des actions d'information et d'éducation des communautés et des mères ;
- un accès facilité aux traitements ;
- et une délégation de compétences au niveau communautaire.

Parmi les méthodes d'évaluation, nous avons mené des enquêtes qualitatives.

Les objectifs de la recherche qualitative ont été centrés sur l'analyse de :

- ☞ la pertinence du dispositif mis en place ;
- ☞ l'adéquation du dispositif aux contextes local et national ;
- ☞ la viabilité du dispositif.

Les objectifs spécifiques ont été de :

- comparer les obstacles à l'accès aux soins avant et après intervention ;
- tester les connaissances des bénéficiaires directs;
- évaluer les changements de comportements ;
- recueillir l'opinion des bénéficiaires et des différents acteurs sur le projet ;
- statuer l'adéquation du projet au contexte socioculturel ;
- mesurer les compétences des mères référentes en terme de connaissance, de sensibilisation, et de prise en charge ;
- vérifier la maîtrise des mères référentes des outils de gestion ;
- déterminer l'image des mères référentes, leurs motivations, et leur stabilité ;
- observer la fonctionnalité du système de distribution des médicaments ;
- apprécier l'articulation du projet au système de santé.

➤ **METHODOLOGIE**

Plusieurs acteurs ont participé indirectement ou directement à la réduction de la mortalité infanto-juvénile à tous les niveaux:

- Bénéficiaires directs : mères des enfants de moins de cinq ans et pères ;
- Chefs quartier (« fokontany ») ;
- Rois (« ampanjaka ») ;
- Mères référentes et animateurs de santé autre que Interaide ;
- Maires des communes ;
- Chefs des centres de santé de base ;
- Animateurs Interaide ;
- Partenaires et autres.

La recherche qualitative a utilisé diverses techniques :

- Observation directe : changement de comportement, disponibilité des médicaments et des outils de communication, gestion des médicaments;
- Simulation : enquête annuelle, manipulation des jeux éducatifs ;
- Entretien individuel ;
- Discussion de groupe ;
- Évaluation anonyme pour les animateurs Interaide ;
- Revue documentaire.

Des questionnaires, joints en annexe, ont été élaborés.

Les enquêtes ont été réalisées dans des zones d'intervention ayant bénéficié du programme à différentes périodes, afin de mieux apprécier la pertinence, la viabilité et la pérennisation du projet.

Elles ont été organisées jusqu'à la non découverte de nouvelles informations.

C'est-à-dire que nous avons continué jusqu'à l'obtention des informations relativement uniformes (sauf dans des opinions personnelles de quelques individus).

➤ **RESULTATS**

3.1 Bilan de l'enquête :

Cible	Bilan
Mères (enfant moins de 5ans)	3 focus group sur trois communes visites de maison (conservation de l'eau, dispositif de lavage de mains, moustiquaire imprégnée, latrine)
Pères (enfant moins de 5ans)	3 focus group sur trois communes 2 visites de borne fontaine
Mères et pères référents	12 observations directes d'enquête de décès 15 entretiens individuels 04 focus group sur quatre communes 3 simulations d'animation avec les outils de jeux visites de maison (conservation de l'eau, dispositif de lavage de mains, latrines, moustiquaire imprégnée, gestion des médicaments et des fiches de stock)
Autorités administratives et traditionnelles	1 entretien avec un maire de la commune 5 entretiens avec chefs quartier 2 entretiens avec « ampanjaka » (roi)
Centre de santé	4 entretiens aux chefs CSB (Centre de Santé de Base) 3 visites aux dispensateurs (gestion de stock et des outils)
Autres	1 réunion d'évaluation avec 10 animateurs Interaide 2 entretiens avec autres animateurs (ASOS : association santé, organisation et social) Entretiens avec les responsables Interaide Hydro, ASOS, PSI (Population Service International)
Revue documentaire	Lecture critique du formulaire d'enquête annuelle de décès 60 cahiers de données tirés au hasard analysés

3.2 Synthèse des informations :

- **Obstacles à l'accès aux soins avant et après intervention :**

D'après les témoignages recueillis, Avant l'intervention du programme Inter Aide, les accès fébriles étaient assimilés à des « sortilèges », dont la résolution passait par un antidote. Le recours aux guérisseurs traditionnels était alors fréquent.

Les mères, formées lors des ateliers effectués par l'animateur Interaide (IA) reconnaissent désormais le paludisme par la notion de fièvre et frissons. Actuellement, il semble y avoir un lien fort entre « fièvre – paludisme - PaluStop » pour les mères interrogées: toute fièvre est paludisme et tout paludisme simple équivaut à Palustop (antipaludéen). Désormais, le recours aux mères référentes (MR) est devenu la première démarche de soins devant un accès fébrile.

Par contre, des gens ne connaissent pas la liaison d'une crise convulsive à l'hyperthermie ou à un accès neuropalustre. Convulsions ou « vorona » restent du ressort des guérisseurs.

Par rapport à l'accès des communautés au CSB, des mères référentes (MR) ont constaté la diminution de l'appréhension des gens à aller se traiter au CSB.

Les mères perçoivent les diarrhées comme des maladies banales. Leur conduite à tenir consiste à donner une infusion de plante médicinale aux enfants. Si les diarrhées persistent, les mères achètent un comprimé de COTRIM (cotrimoxazole) à l'épicerie et qu'elles renouvellent en fonction de leur pouvoir d'achat et de l'évolution de la diarrhée. Parfois, si moyen est, elles associent le cotrim au METRONIDAZOLE, et ce avec le même comportement de traitement.

Avec le projet IA, les mères savent préparer une réhydratation orale : litre d'eau bouillie avec cuillerées rasées de sel et de sucre. En cas d'hésitation dans la posologie du sel et du sucre, elles consultent les MR.

Mais, l'automédication reste encore une pratique quotidienne des familles.

Si les diarrhées ne s'améliorent pas encore, les mères vont au CSB.

Dans la prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA), les gens disent préparer une infusion de patate douce : une cuillerée de tisane pour la voie orale, et un cataplasme des feuilles sur la poitrine pour la voie transcutanée. Si les signes ne s'améliorent pas, les familles achètent de l'antibiotique, voire de la théophylline à la boutique : la poursuite de la prise d'antibiotique est relative à l'évolution des signes. Les mères soulignent que les IRA sont fréquentes, notamment en saison pluvieuse.

La prise en charge des maladies de l'enfant dans une zone appuyée par Interaide paraît se résumer actuellement comme suit :

- a) Fièvre et frissons induisent la consultation aux mères référentes pour accéder au Palustop. Il faut une boîte de 3 comprimés de dose adaptée à l'âge de l'enfant et à terminer jusqu'au dernier jour pour traiter la crise palustre.
- b) En cas de diarrhées infantiles, la réhydratation orale est une pratique qui est systématiquement citée. Le nombre de selles peut guider la famille à adjoindre des antibiotiques achetés à la boutique selon le pouvoir d'achat et l'évolution de la diarrhée.

- c)
- d) En cas de non rémission de la fièvre ou de la diarrhée, recours au CSB ;
- e) En cas de persistance, recours au guérisseur (ce recours pouvant être antérieur à la visite au CSB);
- f) Pour les autres maladies, la prise en charge reste floue.

▪ **Connaissances et changement de comportement des bénéficiaires directs :**

La liaison de la lutte contre le paludisme à l'utilisation des moustiquaires imprégnées, à l'assainissement et au traitement antipaludéen semble être acquise. La communauté a pris conscience de l'importance de la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Son accès est lié au pouvoir d'achat du ménage. Bien que les gens souhaiteraient en acquérir gratuitement (distribution gratuite par le ministère en 2005/2006), leur achat semble ne pas les déranger dans la mesure où le prix est stable et accessible. Ils souhaitent l'acquisition directe dès disponibilité financière plutôt que le système de commande⁴⁰. La plupart connaissent l'existence de produit de ré imprégnation MII au CSB. Mais, aucun ménage ne sait pas exactement la durée de vie d'une MII.

Dans la prise de médicaments, les mères incluent la nécessité absolue de trois jours de cure anti palustre. En cas d'échec, les mères consultent au CSB.

En matière de diarrhées, la liaison avec la saleté est aussi acquise au niveau des connaissances. Cependant, il semble que les messages en hygiène ont été nombreux et disparates⁴¹ si bien qu'après avoir cité « aliments propres », les mères mettent souvent en exergue la propreté des linges, la nécessité de se laver avant de dormir ou dès le réveil et la propreté du village.

Avec le projet Interaide, les communautés reconnaissent la substitution de la cendre au savon. Dans le temps d'intervention IA, elles ont utilisé les bouteilles « tippy tap » ou « les bambous » comme dispositif de lavage des mains à côté d'une latrine. Nous n'avons trouvé qu'une installation conservée mais non fonctionnelle. (Bouteille remplie d'eau verdâtre et sale).

Les mères mentionnent habituellement les deux moments critiques du lavage des mains : « après défécation » et « avant de manger ». Les autres moments clés n'ont pas été dits comme : avant de préparer la nourriture ou d'allaiter, de donner à manger à l'enfant, ou après s'être occupé un enfant qui a fait ses besoins.

Si théoriquement, toutes les mères enquêtées savent que les mains doivent être séchées avec un tissu propre, dans la réalité, elles reconnaissent que les enfants les séchent directement sur leurs vêtements.

Globalement, l'impact du programme sur le changement de comportement par rapport au lavage des mains est difficile à généraliser car ces changements individuels ne dépendent pas uniquement des connaissances théoriques. Le niveau d'éducation, les ressources économiques, l'accès facile à une eau de bonne qualité sont des facteurs qui favorisent les changements d'habitudes au quotidien.

40 Dans le programme Inter Aide, les familles qui souhaitent bénéficier de moustiquaires ou de San Plats subventionnés doivent d'abord verser l'argent et reçoivent leur achat quelques jours plus tard. Ce système a semblé t'él surprendre certains.

41 NB: les messages sur l'hygiène ont été délivrés par différents programmes au sein des communautés.

En matière d'eau potable, les mères connaissent les comportements à adopter de la source d'eau jusqu'à la conservation et à l'utilisation. Elles disent bouillir l'eau pour la boisson des enfants⁴². « Quand les pompes ne marchent pas, nous faisons bouillir l'eau pour la famille, notamment les enfants ». Elles lavent les récipients et les ustensiles au savon ou à la cendre. Nous avons vu des seaux remplis d'eau couverts par des couvercles en vannerie.

L'utilisation de latrines reste un grand problème communautaire. Ce sont les familles non originaires du district (commerçants...) ou des familles ayant un niveau d'éducation plus élevé qui en utilisent. Nous avons vu dans un village de la commune Amboanjo, une latrine bien construite avec le San' plat et une cheminée bambou, et qui n'a pas été du tout utilisée. La coutume argumente « qu'accepter un frère et une sœur pour faire leurs besoins dans un même site enfreint les valeurs morales ». L'étendue des terrains pour déféquer dans la nature et l'odeur de la latrine, aggravée par la chaleur, défavorise vraisemblablement l'adoption de la latrine.

Dans un village nommé « Ambodimanga », sis dans la commune de Lokomby ; quelques leaders communautaires demandent des San' plat, et si possible, subventionnés. Une demande, qui nous a étonnés, face à la grande résistance communautaire à l'adoption de la latrine.

Dans cette communauté, chaque ménage possède une moustiquaire imprégnée. Dans les maisons visitées, les seaux sont couverts. Les gens disent nettoyer périodiquement le village. Ils creusent des fosses à ordures. Selon leur version, leurs bornes fontaines restent toujours entretenues. Elles sont fonctionnelles jusqu'à maintenant.

Dans ce village qui semble s'organiser, nous décelons un « facteur temps » qui paraît s'acheminer pour influencer progressivement la communauté à utiliser les latrines.

Dans un premier temps, Inter Aide Hydro est intervenu dans ce village. Sensibilisés au « parcours du microbe » (support éducatif), les gens se sont engagés dans l'adduction d'eau potable. Le thème des latrines, introduites dans les discussions de changement de comportement, a été laissé « en sourdine ».

42 L'eau de boisson traditionnellement utilisée dans la région est une préparation réalisée à partir de l'eau de cuisson du riz. Même si elle n'a pas été bouillie, cette eau a été chauffée, ce qui détruit probablement la plupart des germes pathogènes.

Et après un certain temps d'expérimentation des avantages de l'eau potable, Inter Aide Santé a relancé la lutte contre les diarrhées et a apporté des solutions au problème du paludisme. La communauté a de nouveau expérimenté ce nouveau comportement. Depuis l'intervention IA, aucun décès du à ces maladies n'existe plus dans le village.

Alors, des leaders communautaires ont commencé à expérimenter deux latrines à usage commun. Une loi dite « dina », élaborée par la commune, légifère les communautés à l'hygiène et à l'utilisation des latrines. Ces diverses situations ont amené le village à construire quatre latrines supplémentaires. Ainsi, les leaders villageois expriment actuellement le besoin de disponibilité des San'plat à prix subventionné dans leur village.

Cette demande est bien entendu à prendre avec précaution car il existe toujours une adaptation des discours à ce que les étrangers ont envie d'entendre. Le facteur original dans cet entretien était le lien qui est apparu entre l'implication de l'autorité traditionnelle qui affirmait son intérêt pour la mise en place des latrines, et l'intérêt des habitants pour obtenir des San Plats. Comme si, dans ces organisations villageoises traditionnelles, le fait de convaincre le roi était un facteur déterminant pour obtenir l'adhésion de la population.

▪ **Opinions des bénéficiaires et des différents acteurs sur le projet :**

PROCESSUS

Les mères apprécient l'intégration de l'animateur IA dans la vie communautaire et la méthode d'enseignement. Elles trouvent le temps et le rythme de réunion suffisants. Les réunions organisées en groupe de femmes n'ont pas perturbé le travail quotidien. Le contenu des formations leur apparaît clair.

Par contre, les pères n'ont pas beaucoup de commentaires. Les hommes n'ont pas été tellement impliqués dans la santé de l'enfant. Si bien que la plupart se taisent et se réfèrent au rôle principal de la femme. D'autres avouent que leur intervention se limite à porter au dos l'enfant malade dans les cas de référence au centre de santé.

Les animateurs IA évaluent les forces du modèle d'intervention par :

- ✓ aptitudes et formation préalable de l'animateur ;
- ✓ planning bien établi, documents bien préparés ;
- ✓ approche de groupe de femmes et accompagnement familial ;
- ✓ séparation des thèmes en quatre composantes : conséquence des maladies, causes, prévention et traitement ;
- ✓ supports de travail (illustrations et jeux) pertinents et faciles à manipuler ;
- ✓ temps de réunion suffisant ;

- ✓ constitution des acteurs relais ;
- ✓ Animateur « modèle » ;
- ✓ Appui du coordinateur IA aux animateurs IA.

Selon les mêmes animateurs IA, les faiblesses ou les menaces se situent au :

- ✓ changement d'animateur au cours de la mise en œuvre ;
- ✓ lacune de compétences des animateurs en technique de communication pour le changement de comportement⁴³ ;
- ✓ difficulté de gestion de temps pour des villages éloignés de plus de 6km⁴⁴.

Si la majorité des mères d'enfant de moins de cinq ans ont qualifié le projet adapté et efficace, une contradiction s'observe dans la manifestation de besoin d'accompagnement plus prolongé en termes de changement. Cette demande a été entendue dans un village où les projets d'éducation à la santé sont rares et où les femmes auraient apprécié une présence plus longue des animateurs. Rien ne dit que les changements de comportements auraient été nettement renforcés avec une présence de quelques semaines de plus. Dans un autre village, une femme a regretté que le programme ne soit pas resté plus longtemps pour aborder d'autres thématiques, telles que les infections respiratoires.

APPROCHE LUDIQUE

Le niveau d'éducation reste faible auprès des communautés : analphabétisme ou niveau primaire. Cette situation intriquée d'habitudes et de coutumes explique la résistance à l'adoption de comportements en faveur de la santé.

Le projet Interaide a conçu des illustrations et des supports ludiques pour passer les messages. Lors d'une séance de regroupement, l'animateur IA joue avec les mères. A partir des situations engendrées par le jeu, il pose des questions à l'assistance et fait sortir les comportements adéquats à adopter. Entre les rires, la découverte se fait dans une ambiance conviviale ; l'assistance apprend. Parallèlement, l'animateur IA joue avec les enfants ou d'autres personnes en dehors des réunions de regroupement.

Au retrait de l'animateur IA, des supports ludiques sont donnés aux mères référentes.

⁴³ remarque probablement en rapport avec le besoin ressenti pour certains de formations complémentaires.

⁴⁴ Certains animateurs Inter Aide interviennent dans deux ou trois villages, ce qui semble peser à certains lorsque ces villages sont un peu éloignés.

Au niveau de la connaissance, beaucoup de mères d'enfant enquêtées ont retenu les messages clés en santé. Les outils utilisés par les animateurs IA ont fasciné la communauté, notamment les enfants. Les messages ont été clairs, et la manipulation du « dé » a été très appréciée. La plupart ont trouvé les images simples et attrayantes.

Cependant, les communautés voient moins ces outils après le retrait de l'animateur IA. Les animations sont rares voire inexistantes.

A l'interrogatoire sur l'utilisation actuelle des supports après retrait du projet, plusieurs types de réponses ont été collectés :

- ✓ Les mères référentes n'ont pas assez de temps pour utiliser les supports ;
- ✓ Les communautés, notamment les adultes, n'ont pas de temps à jouer ;
- ✓ Les parents pensent que les jeux font gaspiller le temps à leurs enfants ;
- ✓ Certaines mères référentes ont démissionné et elles n'ont pas donné les outils aux remplaçants ;
- ✓ D'autres ne veulent pas user les supports et les gardent précieusement ;
- ✓ D'autres n'ont pas eu tout simplement des supports ;
- ✓ Certaines laissent les enfants jouer une fois par mois...

Les outils éducatifs requièrent une formation des mères référentes pour potentialiser leur coût d'efficacité : (i) maîtrise des règles de jeux, (ii) capacité de poser les questions sur les situations présentes, (iii) capacité de guider les réponses à la situation voulue, (iiii) faculté d'animation des participants ; (iiiiii) compétence à effectuer une synthèse.

Il nous a semblé que, si les mères référentes connaissent les messages à faire passer par l'intermédiaire de ces jeux, elles ne maîtrisent pas suffisamment leur manipulation pour s'en servir elle-mêmes comme outil éducatif auprès des adultes de leur village après le départ des animateurs. Cette remarque est probablement à nuancer selon les villages mais un effort d'enseignement semble souhaitable pour optimiser l'utilisation de ces ressources éducatives laissées à disposition dans les villages au départ des équipes.

▪ **Adéquation du projet au contexte socioculturel :**

Il existe encore une structure traditionnelle au sein des communautés dans plusieurs régions de Madagascar, surtout rurales. Dans le district sanitaire de Manakara, l'« ampanjaka » est une autorité traditionnelle (le « roi ») dont la caractéristique est d'être élue par les communautés⁴⁵. Par ailleurs, l'autorité administrative officielle revient au maire, qui est secondé par les chefs quartier (fokontany). Le système administratif adopte et respecte cette valeur socioculturelle. Il existe donc deux autorités qui co-existent et s'articulent. Par exemple, à Amboanjo, le maire de la commune a réuni tous les chefs quartier et ampanjaka lors de notre descente sur terrain. La concertation locale des deux leaders paraît se faire spontanément.

DEMARCHE DU PROJET

45 l'élection de cette autorité n'est pas une constance dans le pays. Dans d'autres endroits, cette charge est familiale.

L'introduction du projet Interaide suit la logique socioculturelle. L'animateur IA visite d'abord le chef quartier. Ensuite, ce dernier l'emmène au roi ou « ampanjaka ». Avec l'aval de l'ampanjaka, le chef quartier convoque la communauté. Tous les deux sont présents à la réunion pour introduire l'animateur auprès du village. Les gens apprécient le respect de cette procédure.

L'implication des autorités existe donc au départ du projet. Par la suite, cette implication ne semble pas aussi systématique. Dans certains cas, le chef quartier ne connaît pas du tout les activités du projet IA⁴⁶. Ailleurs, ils sont capables de décrire les activités effectuées⁴⁷.

Concernant les enquêtes initiales, les autorités rapportent qu'elles ont été informés de la tenue de la collecte. Certains ont participé à la restitution durant des réunions communautaires. D'autres affirment ne pas avoir été informés des résultats.

Enfin, il pourrait être intéressant de réfléchir à l'implication des instituteurs. Nous n'avons pas pu les rencontrer en raison des vacances scolaires au moment de l'évaluation, mais ces éducateurs pourraient renforcer les messages auprès des enfants qui constituent une population généralement plus sensible aux messages novateurs que les adultes.

PARTICIPATION DES HOMMES

Les sensibilisations sont orientées en majeure partie sur les femmes. Ce qui ne paraît pas déranger les hommes, mais qui pourrait expliquer leur faible participation à la santé de l'enfant.

Si un animateur IA souligne une réceptivité des femmes à 80% des messages, un autre animateur IA observe que « les hommes sont plus réceptifs à la latrine ». Cette réceptivité est toute relative, puisque le nombre de San Plats achetés depuis 2003 s'élève à 1242, alors que 27326 moustiquaires ont été vendues, ce qui fait un rapport de seulement 5%. Cette remarque sur l'implication des hommes par rapport aux latrines est peut être simplement liée au fait qu'ils sont directement impliqués dans la construction des latrines.

Néanmoins, vu le rôle décisif de l'homme dans la famille malgache, il pourrait être intéressant de renforcer l'implication des hommes dans les ateliers de formation sur la santé de l'enfant. Cette interrogation nous a amené à organiser de focus group mixte pour analyser l'approche « genre » dans la santé de l'enfant. Le schéma d'intervention qui a été proposé était⁴⁸:

- ✓ Réaliser des réunions avec des groupes séparés « femmes » pour qu'elles puissent s'exprimer librement, et « hommes » avec la même répartition de temps et de rythme de regroupement ;
- ✓ après ces réunions séparées, la constitution de groupe mixte avec nombre égal de femmes et d'hommes et promotion de l'équité à la parole.

46 observé à Amboanjo

47 observé à Vohitromby

48 a noter qu'Inter Aide Hydrologie, qui a besoin de la participation des hommes dans la mise en place des bornes fontaine, réalise des ateliers avec les hommes et qu'il manifestent un réel intérêt.

Il pourrait être intéressant de voir si cette approche permet d'obtenir une plus grande adhésion des hommes sur la construction des latrines, pour lesquelles leur participation est indispensable.

Soulignons que les chefs fokontany (quartier) viennent d'être sensibilisés par le Président de la République sur l'équité de la femme et de l'homme.

- **Compétences des mères référentes en termes de connaissance, de sensibilisation, et de prise en charge :**

LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)

- ✓ Les mères référentes (sauf si elles sont en même temps agent villageois du programme ASOS) ne vendent pas de MII. Globalement, elles ne nous ont pas semblé inciter la recherche de MII auprès des distributeurs à proximité;
- ✓ Les MR méconnaissent les messages à passer sur l'entretien de la MII. Si les MR connaissent l'existence du KAOTAB à distribution communautaire (projet mis en œuvre par ASOS), elles ne s'engagent pas dans leur promotion.

Prise en charge

- ✓ Dans l'enseignement qui est dispensé aux Mères Référentes, un algorithme diagnostique a été élaboré, qui permet de déterminer, sur la base de signes majeurs et de signes mineurs, la conduite à tenir devant un accès fébrile chez un enfant (diagnostic présomptif).
- ✓ Un père référent (PR) sur les 5 acteurs présents à Vohilava (formés en dernier semestre 2005) a formellement distingué le diagnostic du paludisme par l'association de deux signes majeurs ou l'association d'un signe majeur à deux signes mineurs. Les autres MR rencontrées, surtout celles formées en 2003, se focalisent seulement sur le pic thermique. En 2003, l'algorithme n'avait pas été intégré aux formations, mais il semble qu'il n'y a pas eu de formation complémentaire (ou cet enseignement n'a pas été retenu par les participantes) par la suite. Tous les MR/PR disent vérifier systématiquement la température par la pause du dos de la main au front de l'enfant. Mais, aucun MR/PR n'a mentionné de rechercher d'autres causes pouvant expliquer l'accès fébrile. Rappelons que les mères des enfants établissent elles-même le diagnostic et qu'elles ne consultent les MR/PR que pour le paludisme et à la constitution de la réhydratation orale.
- ✓ Les MR/PR maîtrisent la posologie des médicaments.
- ✓ En théorie, les MR/PR ont pour consigne de revoir l'enfant après 24 heures pour surveiller l'évolution. En pratique, les MR/PR pensent que le suivi dérange les familles. La consigne de s'orienter vers le CSB en cas de non rémission s'avère systématique. Les MR/PR insistent d'abord à terminer la cure de trois jours, et à se référer immédiatement au CSB après échec thérapeutique. Dans certains cas, un deuxième avis est demandé à la MR après 48 ou 72 heures. Plus généralement, les familles

consultent directement au CSB. Il existe donc un retard potentiel à la prise en charge des fièvres non palustres ou aux accès qui résistent à la chloroquine. Les données sont cependant insuffisantes pour déterminer si ce retard est fréquemment délétère pour les enfants.

- ✓ Les MR/PR conseillent aux mères de bien couvrir l'enfant. Certains recommandent de mettre un tissu humide au front et aux aisselles de l'enfant. La plupart disent de ne pas avoir rencontré de graves problèmes.
- ✓ Les MR/PR interviennent peu dans les conseils nutritionnels pendant ou après la maladie : certains conseillent l'éviction des aliments « indigestes » durant la maladie.
- ✓ Aucun MR/PR ne connaît les signes de danger et de référence immédiate au CSB.
- ✓ La communauté se réfère aux guérisseurs pour les crises convulsives.

LUTTE CONTRE LES DIARRHEES

Utilisation des latrines

- ✓ Si la plupart disent continuer des campagnes périodiques de nettoyage du village, elles avouent leur faible influence à l'utilisation des latrines ;
- ✓ La sensibilisation de la gestion des excréta, à défaut d'utilisation des latrines, n'est pas stipulée.

Eau potable, Lavage des mains au savon et/ou à la cendre

- ✓ Mêmes constatations au niveau des bénéficiaires directs: les MR considèrent qu'elles n'ont pas d'influence pour entraîner des changements de comportement.

Prise en charge thérapeutique

- ✓ Les MR/PR maîtrisent la réhydratation orale.
- ✓ Dès que les gens savent faire la réhydratation orale, les MR/PR ne voient pas de consultations. Cette constatation se retrouve dans l'analyse des données sur l'activité des MR: dans la première année qui suit le programme, quelques consultations pour diarrhée sont réalisées par les MR. Ensuite cette activité diminue et souvent devient négligeable ou nulle. Le fait que les MR n'aient pas de sachets de réhydratation à proposer et qu'après quelques temps, le sel et le sucre laissé par Inter Aide soit épuisé pourrait être une raison expliquant l'absence de consultation: contrairement au paludisme où les MR prescrivent la chloroquine, elles n'ont rien de concret à proposer aux familles en cas de diarrhée.
- ✓ Les MR rencontrées n'ont jamais eu à référer de diarrhées.

SENSIBILISATION

- A part leur rôle de distributeur, les MR/PR se cantonnent sur la promotion de l'hygiène de l'habitat.
- Les MR/PR ne maîtrisent pas les jeux. Ils ont assisté aux séances d'animation, mais ils n'ont jamais dirigé des jeux. En plus, ils n'ont pas reçu des formations spécifiques à la sensibilisation.

▪ **Maîtrise des mères référentes des outils de gestion**

ENQUETE ANNUELLE :

- Il n'existe pas de contresens dans la traduction des 13 questions d'enquête. Cependant, nous proposons de traduire la question 4 en « **niteraka ve ianao tamin'ny taona lasa** » au lieu de « **firy ny zaza naterakao tamin'ny taona lasa** ». Littéralement, poser « **est-ce que vous avez eu...** » au lieu de « **combien d'enfants...** ».
- Dans l'ensemble, les mères référentes reformulent facilement les questions. Elles remplissent aisément le questionnaire. Nous avons seulement noté une certaine hésitation dans la formulation de la question 4 (cf. proposition sus citée)
- L'analyse des cahiers en archive a confirmé ces observations. Un questionnaire seulement sur 60 a relevé un formulaire ininterprétable. Ce problème est lié probablement à une mauvaise compréhension des consignes par l'enquêteur. Un autre questionnaire a montré qu'un enfant est né en 2006. Alors, que le cadre du nombre des enfants moins de cinq ans révèle zéro enfants.

Nous suggérons de poser la question **5** avant la **quatrième** question pour éviter ce genre d'erreur.

RAPPORTAGE :

1. Suite à la formation initiale des mères référentes, ces dernières maîtrisent la collecte de données.
2. La réunion trimestrielle au niveau du centre de santé avec le coordinateur IA permet la transmission des données. Ces réunions contribuent probablement à maintenir l'intérêt des MR dans leur rôle, en formalisant leur activité par rapport à un référent.

▪ **Mères référentes : images, motivations, et stabilité**

Les communautés font confiance aux MR/PR pour acquérir le Palustop et apprendre la réhydratation orale. En fait, les mères des enfants moins de cinq ans s'auto-diagnostiquent déjà, si bien que les MR/PR signifient surtout « accès au palustop ». Que ce soit une femme ou un homme ne semble pas poser de problème aux bénéficiaires. L'essentiel est la disponibilité des médicaments à tout moment, nuit et jour. Alors, pour assurer cette disponibilité, il y a parfois un suppléant. Et quand une mère quitte son poste (démission, décès,..), la population s'organise pour le remplacer.

Toutes les mères référentes justifient leur élection par rapport aux décisions du village. Alors que ce sont les animateurs IA qui les ont choisies en fonction de leurs capacités et de leur dynamisme, lors des interventions du projet in situ.

Leur travail est bénévole. Ce statut motive la démission de certains, assez rarement cependant. Les activités accaparent du temps et dérangent la vie familiale. Avant, les mères touchaient un pourcentage sur les boîtes de chloroquines vendues. Actuellement, le Palustop est gratuit. Par ailleurs, d'autres animateurs comme ceux du projet de l'Office National de Nutrition touchent une indemnité mensuelle.

Mais, la plupart des MR/PR sont toujours là pour de multiples raisons :

- La satisfaction de servir aux communautés ;
- Leur intégration dans d'autres activités du CSB ou d'autres projets (exemple : campagne de vaccination, de vitamine A, de mebendazole, planning familial à base communautaire, agent de service à base communautaire ASOS...). pour lesquels il existe une motivation ponctuelle lors d'une formation/réunion, ou distribution de gadgets dotés par le ministère, symbolique mais assez suffisante pour maintenir leur engagement.
- Une opportunité de pouvoir élargir les connaissances en santé de l'enfant et de la famille ;
- Un statut particulier conférant prestige et fierté.

▪ **Fonctionnalité du système de distribution des médicaments :**

▪

- Les MR/PR n'ont jamais eu de rupture ;
- Ils gardent les médicaments sur une table ou dans un carton. Les lots ne sont pas nombreux. Ils ne portent cependant pas attention à la date de péremption.
- Ils se ravitaillent au centre de santé en fonction des produits dispensés. Ceux-ci sont fournis par le programme Inter Aide.

▪ **Articulation du projet au système de santé :**

Tous les trois mois, les MR/PR se réunissent au CSB avec le coordinateur IA pour la collecte des données.

Les données IA ne sont pas intégrées dans le rapport d'activité mensuelle du CSB (système d'information et de gestion du ministère).

Le médecin chef du CSB n'est pas responsabilisé pour encadrer techniquement les MR/PR.

Le dispensateur du CSB gère les produits antipaludéens des ONGs, que ce soit Interaide ou ASOS. Aucune rupture n'a été observée jusqu'ici. Les médicaments sont gardés dans un carton. Les fiches de stock sont bien tenues. Le circuit d'approvisionnement fonctionne bien.

Le degré d'engagement des chefs de poste reste faible. Il paraît ne pas être impliqué dans le projet qu'à mi-parcours ou vers la phase de retrait du projet IA dans les villages et dans l'instauration du circuit d'approvisionnement.

Donc, ce processus amène le dispensateur à assurer tout seul la continuité des activités, dans les CSB dans lesquels nous avons observé le circuit des médicaments.

▪ **Intégration des MR dans le pool des agents communautaires :**

Trois types d'agents communautaires peuvent coexister dans une commune (exemple à Vatana) :

- agent de service à base communautaire (ASBC) ou l'animateur du CSB ;
- les mères référentes qui ont été identifiées par l'animateur IA ;
- ASBC de l'ONG ASOS qui a été sélectionné par un comité communal (CSB+Commune). Dans le projet ASOS, le chef CSB a été intégré dès le début du programme et il assure le reportage des activités.

Parfois, ces agents ont plusieurs casquettes. Dans la commune de Lokomby, une mère référente assure à la fois la distribution des produits ASOS (MII et KAOTAB), les produits IA (Palustop) et les produits de planning familial du CSB. Elle maîtrise la prise en charge et les outils de gestion.

Mais, la différence de prix appliquée par IA et ASOS la discrédite un peu. Les communautés pensent que c'est elle qui manœuvre les marges.

Une autre mère de la commune Lokomby possède à la fois de palustop ASOS et de palustop IA. Afin de ne pas mélanger les produits, elle travaille avec une suppléante. Donc, la gestion de stock se révèle facile. D'autant plus que le rapport IA se fait tous les trois mois, alors qu'il est mensuel pour l'ASOS.

Certains chefs CSB voudraient pérenniser l'amélioration de l'accès des soins à base communautaire. Ils aimeraient intégrer tous les agents communautaires dans un pool commun. Mais ils estiment que les animateurs communautaires sont trop nombreux pour qu'ils puissent tous les faire participer aux activités ponctuelles du CSB.

A Ambahatrano et à Vatana, les chefs CSB accordent la priorité à « leurs » animateurs communautaires. Du coup, les MR/PR ne sont pas impliqués dans les mobilisations spéciales de la santé de la mère et de l'enfant organisées par l'État. Dans d'autres communes comme celle de Vohilava, les MR/PR ont pu être récupérés par le CSB pour assurer ces mobilisations. Dans une logique de pérennisation et d'optimisation des ressources humaines formées par les différents programmes, un effort doit être fait

pour que les MR soient intégrées le plus tôt possible dans l'organisation autour des CSB.

Cette intégration pourra probablement renforcer les références et contre références entre les villages et les CSB.

Enfin, les centres de santé ne sont pas suffisamment au courant des enquêtes de prévalence et de mortalité infantile effectuées dans les communes. Il semblerait logique de partager systématiquement les données concernant leur zone d'intervention et de réaliser analyse de celles-ci à la lumière de leur expérience.

➤ **CONCLUSION**

- **Comparer les obstacles à l'accès aux soins avant et après intervention**

Les communautés du district sanitaire de Manakara présentent une difficulté d'accès au centre de santé de base. La distribution de service à base communautaire a manifestement réduit ce problème. Le dispositif mis en place a répondu aux besoins de la communauté. Beaucoup de consultations ont été effectuées par les mères référentes dans le paludisme. L'activité concernant les diarrhées a été moins intensive, peut-être en raison de l'absence de produits à distribuer.

- **tester les connaissances des bénéficiaires directs**

Les mères d'enfants de moins de 5 ans connaissent les signes de paludisme et la conduite à tenir devant une fièvre et une diarrhée. L'intérêt des moustiquaires est reconnu et les notions générales d'hygiène sont acquises.

- **évaluer les changements de comportements**

L'utilisation des latrines reste minoritaire. Cette constatation est fréquemment retrouvée dans les projets analogues. Une plus grande implication des hommes dans les formations pourrait peut être faire progresser cet aspect. Concernant le lavage des mains et l'hygiène de base, les changements observés sont variables et dépendent aussi de facteurs socio-culturels tels que l'éducation et les ressources économiques des familles. Concrètement, la couverture des récipients contenant l'eau a été observée, mais les dispositifs de lavage des mains autour des latrines ne semblent pas remplacés une fois qu'ils ne sont plus fonctionnels.

- **recueillir l'opinion des bénéficiaires et des différents acteurs sur le projet**

L'opinion générale est très positive. La présence des animateurs au sein du village pendant une longue période est appréciée. La durée d'intervention a parfois semblé courte, mais cette remarque concernait aussi le fait que le programme aurait pu étendre son intervention à d'autres thématiques. Concernant le paludisme et les diarrhées, l'impression générale était que la présence avait été suffisante.

- **statuer l'adéquation du projet au contexte socioculturel.**

Le dispositif s'adéquate au contexte local. Il respecte les valeurs socioculturelles. Néanmoins, il faudrait intensifier, tout au long du projet, l'implication des acteurs clés administratifs et traditionnels. L'adhésion des autorités (maires, chefs quartier, Ampanjaka, voire les instituteurs) permettrait probablement de renforcer certains changements de comportement, en particulier ceux concernant l'hygiène.

- **mesurer les compétences des mères référentes en terme de connaissance, de sensibilisation, et de prise en charge.**

La prise en charge des accès fébriles simples semble satisfaisante. Les critères de base du diagnostic sont connus, de même que la posologie du traitement par PaluStop. Cependant, le dépistage et la prise en charge des signes de danger devraient être renforcés auprès des mères référentes. La référence des crises convulsives au centre de santé mérite aussi une large sensibilisation.

- **vérifier la maîtrise des mères référentes des outils de gestion**

Les questionnaires d'enquête annuelle sont maîtrisés, de même que les outils permettant de rapporter les activités de consultation. Par contre, les outils éducatifs, s'ils sont efficaces pour transmettre l'information aux bénéficiaires, sont insuffisamment maîtrisés par les MR pour qu'elles en fassent usage après le départ des animateurs.

- **déterminer l'image des mères référentes, leurs motivations, et leur stabilité.**

Les MR sont très bien perçues par la population. Elles sont considérées comme compétentes et disponibles. Le recours aux MR est particulièrement important lors des accès fébriles. Il existe parfois une appréciation plus nuancée lorsqu'elles sont en même temps agent communautaire ASOS et qu'elles vendent des moustiquaires à un prix supérieur au prix qui était pratiqué par Inter Aide au cours de son intervention. Un effort d'harmonisation des pratiques entre les programmes est souhaitable.

- **observer la fonctionnalité du système de distribution des médicaments.**

Le système est fonctionnel, dans le sens où les ruptures sont inexistantes ou exceptionnelles. Cependant, l'approvisionnement reste sous la responsabilité de l'ONG. Un transfert de cette activité au responsable du CSB serait plus satisfaisante lors du désengagement du programme, la supervision trimestrielle permettant de contrôler par la suite la disponibilité des médicaments.

- **apprécier l'articulation du projet au système de santé.**

Cette articulation mérite d'être renforcée. Il nous semble que les responsables des CSB devraient être impliqués dès le départ et tout au long du processus, afin que les acteurs villageois formés fassent partie intégrante de l'activité du centre de santé. Les références des malades doivent être améliorées, les données des consultations et des enquêtes annuelles devraient être partagées, la supervision et la formation continue des MR devrait être réalisées en coordination avec les médecins responsables des CSB pour optimiser la pertinence, la viabilité et la pérennisation du projet.

➤ **ANNEXES**

V.1 Bénéficiaires directs :

Mères

 **Méthodologie du projet :**

1.1 Contenu des enseignements :

- Adéquation des thèmes du projet aux besoins communautaires :
 - Quels sont les principaux problèmes des enfants dans le village ?
 - Par rapport à ces problèmes, quels thèmes le projet Interaide a abordé ?
 - Est-ce que ces thèmes répondent à votre situation ?
 - Si oui, qu'est-ce que vous avez aimé le plus ?
 - Si non, quels en sont les causes ? Et quelles suggestions proposez-vous ?

- Qualité de l'enseignement :
 - Quels sont les messages véhiculés par le projet ? (Diarrhée, Palu)
 - Est-ce que vous avez déjà connu ces messages ?
Si oui, quelles est la différence que vous avez remarquée ?
 - Le contenu des messages est-il clair et facile à comprendre ?

1.2 Outils utilisés :

- Quels sont les outils utilisés par Interaide pour véhiculer les messages ?
- Quels sont les plus de ces outils ?
- Quels sont les points à améliorer ?
- Sont-ils adaptés à votre contexte ?
- Est-ce que vous les utilisez encore ?
Si non, pourquoi ?
Si oui, pourquoi ?
- Est-ce que vous avez besoin d'autres supports ? Si oui, lesquels ? Pourquoi ?

1.3 Rythme d'intervention :

- Durée de l'enseignement :
 - Combien de fois avez-vous été formé ?
 - Est-ce suffisant ? Trop court ? Trop long ?
 - Sur quel thème ? Pourquoi ?
- Durée globale du projet :
 - Pouvez-vous dire la durée du projet Interaide dans le village ?
 - Six mois, est-ce suffisant ? Trop court ? Trop long ?
 - Que proposez-vous ?

Impact des formations :

2.1 Mémorisation des messages :

- Redemander les messages retenus. Sortir le degré de mémorisation.

2.2 Changement de comportement:

- Demander quel changement de comportements a été observé chez les femmes du village ?

2.3 Facteurs influant :

- Si changement, quels ont été les sources de ce changement ?
- Si pas de changement, quels sont les facteurs de blocage ? Solutions préconisées.



Place des mères référentes dans le système de santé :

3.1 Perception de la communauté :

- A votre avis, à quoi servent les mères référentes ?
- Quand consultez-vous les mères référentes ?
- Quelles sont les conséquences s'il n'y a pas de mères référentes ?
- Est-ce que les mères référentes sont-elles disponibles ? Quelles conditions exigent-elles ?
- Quels critères allouez-vous pour la sélection de mères référentes ?
- Est-ce que ces critères sont-ils remplis ?
- Comment voyez-vous les animateurs ASOS, Interaide ou autres ?

3.2 Rôle dans le système de prise en charge et de référence :

- Comment procédez-vous quand votre enfant est malade ?
- Quand allez-vous consulter les mères référentes, le guérisseur et le Centre de santé ?
- Y-a-t-il une collaboration entre les mères référentes et le centre de santé ?
Si oui, sous quelles formes ?
- Est-ce que les mères référentes ont toujours des médicaments à leur disposition ?
Si non, quels produits ? Durée de rupture.

Pères



Connaissance du projet :

- Est-ce que vous connaissez le projet Interaide ?
Si oui, pouvez-vous dire les objectifs du projet ? Thèmes, processus.
Si non, est-ce qu'il y avait des activités de promotion de la santé de l'enfant dans le village ? En quoi consistent-elles ?



Diffusion de l'enseignement et des messages:

- Quels messages avez-vous entendu dans la lutte contre les diarrhées chez l'enfant moins de cinq ans ? Et contre le paludisme ?
- Comment les avez-vous entendus ?
- Par rapport au contexte socioculturel, sont-ils adaptés ? Pourquoi ?

- Quels outils avez-vous aimé le plus ? Pourquoi ?
- Quels sont vos avis sur l'implication des mères référentes à la santé de l'enfant ?



Adéquation du projet au contexte socioculturel :

- Existe-t-il des changements dans le comportement des familles par rapport au projet ?
- Si oui, quels ont été les sources de ce changement ?
- Si pas de changement, quels sont les facteurs de blocage ? Solutions préconisées.
- Comment voyez-vous les animateurs ASOS, Interaide ou autres ?



Appréciation de la contractualisation :

- A mi-parcours du projet, un contrat s'effectue avec la communauté. Comment vous le percevez ?
- Par rapport aux structures locales (traditionnelle et administrative), quelle est la force du projet ? Et quels en sont les points faibles ?



Rôle de l'homme dans un projet de réduction de mortalité infantile :

- A la fin du projet, quelles sont vos propositions pour pérenniser les activités de promotion des mères référentes ?
- A votre avis, quelles sont les stratégies adaptées pour faire impliquer les hommes dans la réduction de la mortalité infantile ?
- Est-ce que le projet a-t-il considéré cette approche ? Dans quelle mesure ?

V.2 MÈRES RÉFÉRENTES (MR)

○ OBJECTIF 1: DETERMINER SI LES MR MAITRISENT LA METHODOLOGIE DES ENQUETES DE SUIVI.

1.1. Observation directe de la conduite d'un interrogatoire d'enquête (simulation)

On notera en particulier:

- ✓ durée nécessaire pour poser les 13 questions et remplir le formulaire ;
 - ✓ reformulation des questions avec des mots qui peuvent être compris par la personne interrogée ;
 - ✓ vérification si on déclare un palu ou une diarrhée, et que l'enfant est vraiment malade ;
 - ✓ Capacité d'analyse d'une situation un peu complexe (jumeaux, enfant unique décédé dans l'année,...).
 - ✓
- 1.2. Entretien individuel sur les difficultés sur le terrain et la couverture exhaustive de l'enquête.

○ **OBJECTIF 2: DETERMINER LA QUALITE DES CONNAISSANCES THEORIQUES DES MR**

2.1 Connaissances préventives: demander à la MR de transmettre les messages préventifs à un groupe de femmes et observer:

- ✓ Le contenu des messages délivrés (valides ? Complètes ?) ;
- ✓ La manière de transmettre ces messages (magistral, participatif,...) et son utilisation des outils d'Inter Aide ;
- ✓ Ses réponses face à des questions un peu pointues.

2.2 Connaissances curatives:

- ✓ Interroger la MR sur les algorithmes de prise en charge du palu et des diarrhées mis en place par IA (Interaide) ;
- ✓ Présenter des cas cliniques (enfant présentant des symptômes) et noter si son attitude est:
 - conforme à ces algorithmes,
 - adaptée au cas présenté, en particulier s'il existe des signes de gravité.

○ **OBJECTIF 3: ANALYSER LE CIRCUIT DES MEDICAMENTS**

3.1 Gestion des stocks: Observer le stock de médicaments de la MR: conditions de conservation, dates de péremption, outils de gestion.

3.2 Délivrance: Essayer d'observer la délivrance d'un traitement anti palu ou faire une simulation d'une délivrance, notant les conseils donnés à la mère :

- pour administrer les traitements, la conduite à tenir si les médicaments sont vomis
- les mesures d'accompagnement (faire boire l'enfant, le découvrir)
- les mesures de surveillance
- le rendez-vous pour la consultation du lendemain

3.3 Renouvellement des stocks: Interroger les MR sur les rapports avec le responsable du CSB: rendu des rapports d'activité, renouvellement des stocks (qualité de la relation avec le personnel du CSB, disponibilité des médicaments, existence de ruptures dans les stocks d'IA,...)

○ **OBJECTIF 4: EVALUER LA FIABILITE DES DONNEES SUR LES REGISTRES**

Le travail d'enregistrement des données par les MR semble souffrir de 2 carences:

- Les consultations pour un motif autre que palu ou diarrhée ne sont pas inscrites et les références vers le CSB probablement pas non plus.
- Les décès ne sont pas répertoriés.

Il semble que l'équipe d'InterAide ait décidé, après avoir longuement insisté, d'abandonner l'enregistrement de ces données, puisqu'il n'est pas possible d'avoir des données fiables. Devant l'intérêt qu'elles présentent, on pourrait demander aux MR pourquoi elles ne notifient pas ces données (manque de temps, outils de recueil mal adaptés, ne voient pas l'intérêt,...)

○ **OBJECTIF 5: ANALYSER LES MOTIVATIONS DES MR**

Essayer de comprendre ce qui motive une femme à se former comme MR et ce qui la pousse à poursuivre ses activités dans le temps.

- Depuis combien de temps avez vous été formée comme MR ?
- Quand on vous a proposé de devenir une MR, pourquoi avez-vous accepté ?
- Comment pourriez-vous qualifier votre activité de MR (intéressant, valorisant, fatigant, stressant,...)
- Comment pensez-vous qu'on vous voit dans la communauté ?
- Pensez-vous continuer longtemps cette activité ? Pourquoi ?
- Avez-vous eu déjà envie d'arrêter ? Pourquoi ?
- Comment les gens perçoivent les animateurs ASOS, les animateurs Interaide ? Suggestions.

V.3 Autorités administratives et traditionnelles

1. Perception des maladies

- Quelles sont les principales maladies de l'enfant de moins de cinq ans dans le secteur ?
- En quoi sont-elles graves ?
- Que suggérez-vous pour diminuer la mortalité infantile due à ces maladies ?
- Quel rôle peuvent-jouer les autorités ?

2. Appréciation du projet

- Connaissez-vous le projet Interaide ? Pouvez-vous décrire brièvement leur processus ?
- Comment les communautés perçoivent le projet ? Points forts ? Points à améliorer ? (Approche : mères référentes, contractualisation, outils, durée...)

V.4 Personnel du centre de santé

1. Appréciation du projet:

- Pouvez-vous citer les problèmes socioculturels entravant l'accès au centre de santé en santé de l'enfant ?
- Existents-ils des obstacles géographique, financier et temporel des communautés à l'accès au service ? Si oui, quels en sont les conséquences ?
- Quels sont les ONGs /projets qui interviennent dans votre secteur ? Mode de recrutement des animateurs. Points forts et points à améliorer.
- Pouvez-vous relater l'approche stratégique du projet Interaide dans la réduction de la mortalité infantile dans le district ?
- Par rapport à ces obstacles, quelles activités le projet a-t-il apporté pour réduire ces problèmes d'accès ?
- Durant le projet et après le projet, quelles sont vos constatations ?

2.Place des mères référentes à la prise en charge des maladies de l'enfant:

- A votre avis, quelles sont les forces de la disponibilité de mère référente au niveau de la communauté ?
- Est-ce qu'un système de référence et de contre référence existe-t-elle entre vous ?
Si oui, comment et dans quel domaine ? Est-ce que la référence est à temps, tardive ou trop tôt ? Quelles motivations suggérez-vous pour maintenir ce système ? Si non, quels sont les facteurs de blocage à l'instauration de ce système ? Solutions préconisées.
- Est-il possible de potentialiser les activités des mères référentes dans d'autres thèmes de la santé de l'enfant ? Dans quels domaines ? Pourrait-on étendre l'approche aux infections respiratoires ?
- Quel mécanisme suggérez-vous pour coordonner les activités des mères référentes au centre de santé ?
- Avez-vous des besoins particuliers ? Si oui, lesquelles ?

3. Circuit d'approvisionnement et gestion de l'information:

- Pouvez-vous décrire le circuit d'approvisionnement des animateurs ? Force ? Faiblesse ?
- Existe-t-il une structure de suivi et d'encadrement ? Si oui, rythme et effets. Si non, facteurs du blocage.
- Comment s'effectue le circuit des données ? D'après vous, quels sont les intérêts de la gestion de l'information ? Vos propositions pour comptabiliser les activités des animateurs.

V.5 Animateurs INTERAIDE**Questionnaires individuels, anonymes**

Activités	Force	Faiblesse	Suggestions (Opportunités, menaces)
Atteinte des objectifs			
Méthodologie d'intervention . Planning . Organisation . Supports de travail . Durée des activités ...			
Changement de comportement . famille . environnement			
Transfert aux acteurs			
Collecte de données			