

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

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
	• Opinions des bénéficiaires et des différents acteurs sur le projet.....	9
	• Adéquation du projet au contexte socioculturel.....	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

I. 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.

II. 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).

III. 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 cuillérées 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 commande¹. 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 disparates² 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 sèchent directement sur leurs vêtements.

1 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'ill surpris certains.

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

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.

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 enfants³. « 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 ».

3 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 comportement⁴ ;
- ✓ difficulté de gestion de temps pour des villages éloignés de plus de 6km⁵.

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.

4 remarque probablement en rapport avec le besoin ressenti pour certains de formations complémentaires.

5 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 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 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 communautés⁶. 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.

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

DEMARCHE DU PROJET

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 IA⁷. Ailleurs, ils sont capables de décrire les activités effectuées⁸.

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 était⁹ :

7 observé à Amboanjo

8 observé à Vohitromby

9 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.

- ✓ 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.

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 diagnostic 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 :

- ✓ Suite à la formation initiale des mères référentes, ces dernières maîtrisent la collecte de données.
- ✓ 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 femmes 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 boites 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 son 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 Ambahatrazo 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.

IV. 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'adapte 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 satisfaisant 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.

V. ANNEXES

V.1 Bénéficiaires directs :

Mères

Methodologie 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: déterminer si les MR maîtrisent la méthodologie des enquêtes 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: déterminer la qualité des connaissances théoriques 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 médicaments

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: évaluer la fiabilité des données 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			