



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](mailto:interaide@interaide.org)

**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**

Juin 2007

# I. L'ACTION ET LES ACTEURS IMPLIQUES

## A. PRESENTATION SUCCINCTE DE L'ANG

### 1. Mission, objectifs de l'ANG

**Inter Aide est une association de solidarité internationale** spécialisée dans la réalisation de programmes de développement, qui **visent tous à ouvrir aux plus démunis un accès au développement**. Les programmes répondent à des besoins vitaux précis. Mais, à travers la réponse à ces besoins, notre objectif est surtout de **donner aux bénéficiaires le désir et la capacité de se prendre en charge eux-mêmes**.

Actuellement les programmes, définis à partir des besoins des familles les plus pauvres, sont menés dans sept pays (Haïti, Ethiopie, Mozambique, Malawi, Madagascar, Inde et Philippines) et sont de plusieurs types :

**en zone rurale** : Eau potable, hygiène et assainissement, agriculture, santé dans les écoles, santé communautaire, lutte contre les grandes endémies, scolarisation primaire.

**en zone urbaine** : Accès à l'emploi (formation professionnelle, micro-crédit), éducation (pré-scolarisation, et prévention de l'échec scolaire dans le primaire), accompagnement des familles les plus pauvres et lutte contre la tuberculose.

Tous les programmes visent à construire dans la durée (plusieurs années) **des structures locales capables de continuer les actions de manière autonome**. C'est pourquoi chacun comprend une composante « formation » aussi importante que la composante de réalisation.

Les partenaires locaux et équipes locales sont formés au sein des programmes : elles sont pour la plupart issues des zones d'intervention particulièrement démunies (bidonvilles, régions rurales isolées...).

Les bénéficiaires directs des programmes reçoivent systématiquement des formations adaptées, pour acquérir les techniques nécessaires aux projets (entretien des points d'eau, techniques agricoles, moyens de prévention en santé, micro-entreprises, etc.) mais aussi pour renforcer leur structuration et leurs capacités de base : initiative, organisation de groupe, prise de décision, gestion des projets.

### 2. Organisation interne institutionnelle

**La structure interne de l'ONG** est entièrement organisée autour de la réalisation d'actions de développement et en vue de permettre un suivi de terrain efficace.

Elle comprend :

- **Une structure de gouvernance extrêmement pointue**, comprenant une Assemblée Générale de 20 personnes, essentiellement constituée de membres fondateurs, et un Conseil d'Administration de 7 membres nommés par cette Assemblée Générale. Le rôle de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration est essentiellement de veiller à maintenir la ligne fondatrice de l'action de l'ONG, la responsabilité de l'exécution des programmes revenant essentiellement à l'exécutif (Direction, chefs de secteurs et responsables de programmes), qui rend compte de sa gestion deux fois par an au Conseil d'Administration et une fois par an à l'Assemblée Générale.

- **Une soixantaine de responsables de projets** (dont une quarantaine d'expatriés), tous basés sur le terrain et investis directement dans la réalisation des actions avec les partenaires et les comités locaux. C'est à leur niveau que sont décidées les orientations des projets, et les mesures opérationnelles courantes, avec un haut degré d'autonomie. Ce sont des professionnels (ingénieurs hydrauliciens ou agronomes, médecins, infirmiers, éducateurs et gestionnaires) embauchés en contrat à

durée indéterminée (engagement minimum de 2 ans). Chaque fois que c'est possible, nous recrutons des responsables de programme locaux possédant une haute expertise dans le domaine du projet concerné.

- **8 « Chefs de Secteur » chargés chacun de coordonner un groupe de projets.** Ils sont d'anciens responsables de projets et alternent leur temps entre le terrain et le siège. Ils apportent aux responsables de projet un appui déterminant sur le plan technique comme sur le plan du suivi-évaluation et des relations avec les autorités ou les partenaires. Par ailleurs, ils les aident à garder une ligne cohérente dans les évolutions de chaque projet.

- **Une équipe de 14 personnes au siège,** dont 6 pour la recherche des fonds et les rapports aux organismes de financement, 3 pour le recrutement et la gestion du personnel, 1 comptable, 1 secrétaire, 1 responsable des échanges méthodologiques et 1 directeur.

### **3. Expérience dans le pays et dans le domaine**

**Inter Aide a lancé ses premières interventions dans le district de Manakara en 1995.** Le choix de la zone était fondé sur des éléments de charge démographique, d'isolement géographique et de vulnérabilité alimentaire et économique.

La première action, actuellement toujours en cours, eut pour objet l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, utilisant les ressources hydriques gravitaires de la région. Des interventions dans le secteur agricole lui ont succédé, avec une action de réhabilitation de périmètres irrigués et un projet filières (également implanté dans le district contigu de Mananjary), visant à augmenter la productivité des micro-producteurs locaux dans le domaine des cultures vivrières ainsi qu'à renforcer les organisations paysannes issues du regroupement de ces producteurs. Des actions d'appui à la scolarisation à travers une stratégie de développement local ciblé (à travers un renforcement des capacités des communes à appuyer les associations villageoises dans leur effort pour améliorer les conditions de scolarisation) ont été initiées dans le district voisin de Farafangana. Enfin, Inter Aide met en œuvre, dans le cadre du projet ACORDS soutenue par l'UE, une action de développement local pur, dans lequel l'opérateur apporte un accompagnement aux municipalités à la réalisation de plans d'investissement axés sur la lutte contre la pauvreté.

**Sur le plan de la santé,** Inter Aide a conduit de nombreuses actions dans ce domaine depuis sa création, et dans des milieux très disparates. Pour l'essentiel, ces actions ont eu pour centre de gravité la lutte contre la tuberculose, la santé communautaire, la prévention du Sida, la santé reproductive, et pour théâtre d'opération tant les milieux ruraux (Malawi, Ethiopie, Haïti) que les contextes urbains (Bombay, Manille). C'est d'ailleurs à l'issue d'une réflexion conduite au décours de programmes classiques de santé primaire et des limites très concrètes de ce type d'intervention (que ce soit sous l'angle de leur efficacité, de leur appropriation ou de leur durabilité) que la nouvelle stratégie développée dans le présent projet a vu le jour.

### **4. Budget global et part relative au pays et au domaine d'intervention concerné**

Le budget total de l'association s'est élevé à **7 580 903 €** en 2005.

La part relative à Madagascar est de **21,28%, dont 7.97% en zone urbaine et 13.31% en zone rurale.**

La part relative au domaine d'intervention concerné (Santé, hygiène, nutrition) est de 1% à Madagascar, et de 17% tous pays confondus.

### **5. Pratique et organisation internes en matière de suivi-évaluation**

Le dispositif de suivi-évaluation des projets s'appuie d'une manière générale sur 3 niveaux d'intervention, favorisant une auto-évaluation permanente des actions entreprises :

**1. Un système intégré de collecte continue de données comprenant :**

- *Des bases de données et cartographies* concernant les sites d'intervention et les bénéficiaires permettant d'établir un référentiel indispensable
- *Un recueil permanent d'indicateurs :*

- *d'activités*
- *de résultats opérationnels*
- *de résultats structurels dans le domaine des capacités de gestion*

**2. Des mécanismes de mesure d'impact des actions réalisées**

**3. Des mécanismes de supervision et d'appui technique : reposant sur l'échange permanent d'information et la conduite des missions réalisées par des responsables de secteur chargés :**

- *De suivre le développement des différentes activités*, leur cohérence, le respect de la méthodologie et des calendriers d'exécution afin de faciliter la programmation des activités suivantes.
- *D'évaluer l'efficacité* des différentes activités et la qualité de sélection des groupes cibles.
- *De l'évaluation de la pertinence des stratégies* et de l'opportunité de leurs révisions.
- *De juger la qualité des synergies* entre les différents acteurs internes et externes au projet, ainsi que de l'efficacité de la capitalisation.

## B. DESCRIPTIF DU PROJET

### 1. Le contexte de Madagascar



Située au large de la côte orientale de l'Afrique, l'île de Madagascar couvre une superficie de 587 041 Km<sup>2</sup> et compte 17.5 millions d'habitants. Madagascar fait partie des pays les plus pauvres du monde, avec un PIB par habitant de 290 \$ (2003) et un rang de 150<sup>e</sup> sur 177 pays selon l'Indice de Développement Humain (2002).

La géographie de l'île est marquée par des plaines côtières et des montagnes dépassant 2500 mètres d'altitude. L'inégale répartition de la population sur le territoire (densité moyenne de 30 habitants au km<sup>2</sup>) conjuguée à un relief accidenté constitue un obstacle pour le développement de structures socio-économiques.

Sur le plan politique, depuis son indépendance en 1960, Madagascar a connu trois Républiques. La troisième se caractérise par un régime semi-présidentiel, favorisant une politique de décentralisation. Le Gouvernement s'est engagé à mener à bien un programme de stabilisation macro-économique et des réformes structurelles, dont l'objectif est notamment d'instaurer un cadre incitatif au développement du secteur privé.

***Le projet se situe dans la région de Manakara sur la côte sud-est de l'île.*** Le district de Manakara fait partie de la région Vatovavy Fitovinany dans la province de Fianarantsoa. Il recouvre un ensemble de 45 communes elles mêmes constituées de sous-divisions administratives élémentaires, les communautés villageoises ou fokontany, qui représentent les populations cibles du projet. L'arrière pays de Manakara se caractérise par une forme de relief de falaises escarpées puis, d'ouest en est, par une succession de moyennes et basses collines à laquelle succède une plaine littorale lagunaire. La côte sableuse et rectiligne est constamment battue par les alizés.

***L'environnement socio-économique :*** Avec environ 250 000 habitants (78 hab./km<sup>2</sup>), cette zone est à la fois l'une des plus pauvres et des plus densément peuplées de l'île. La faible accessibilité physique de la zone et ses retards historiques expliquent pour une large part la conservation de logiques traditionnelles fortes, une faible urbanisation, une situation alimentaire précaire liée à une productivité du travail agricole parmi les plus basses de l'île, des carences criantes dans les principaux services publics.

***Le système de santé comporte 29 formations sanitaires (FS) répertoriées Centre de Santé de Base 1 (CSB 1) s'il est dirigé par un infirmier ou un agent de santé, ou Centre de Santé de Base 2 (CSB 2) si un médecin en assure la direction.*** Le taux de consultation moyen relevé en 1999 s'établissait à 0.24. Les consultations infantiles représentaient 75% de l'activité. Le paludisme et les épisodes diarrhéiques comptaient respectivement pour 40% et 25% des actes enregistrés. Parmi les multiples facteurs responsables, il convient de souligner les difficultés d'accès, le coût des soins, l'absentéisme des personnels de santé très fréquemment appelés à se déplacer au chef lieu pour percevoir leur salaire ou participer à des séances de formation.

## 2. Historique de l'action

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**. Cette action se fondait sur un certain nombre de constats et d'hypothèses :

- *Des sondages empiriques réalisés en 1999 auprès de mères de famille* des villages de la région avaient établi une TMM5 particulièrement élevée, autour de 200%.
- *Une étude exploratoire auprès des acteurs de santé et des habitants des villages* avaient confirmé la prééminence du rôle du paludisme et des maladies diarrhéiques dans la morbi-mortalité observée.
- *La région de Manakara appartient à la zone côtière orientale et septentrionale, qui relève de la catégorie des formes de paludisme<sup>1</sup> stable* (faciès équatorial, c'est à dire dans des conditions de pluviométrie très abondante), où la transmission est forte et quasi pérenne, bien qu'avec une variabilité saisonnière indiscutable, avec un creux de la transmission entre juin et septembre .
- *L'indice de pénétration des moustiquaires dans les zones concernées* était en 2001 de 18% environ.
- *La forme de paludisme présente à Madagascar conserve une bonne sensibilité à la CK*, avec près de 85% de RCA sur la base d'études réalisées en 2000. Les échecs thérapeutiques étaient de type tardif avec absence de résistance de type R3.

Les enquêtes conduites depuis son lancement n'ont cessé de confirmer ces hypothèses :

- ☞ *Des niveaux de mortalité très élevés*, compris entre **215 et 230%** dans les zones témoins de l'action.
- ☞ *Des valeurs de prévalence rapportée des diarrhées et des fièvres infantiles relativement stables et constantes* dans les 48 villages non encore exposés à l'action : **[5.5 – 7.9]%** pour les diarrhées et **[10.5-12.7]** pour les accès fébriles, ce qui renforce l'espérance de fiabilité des informations.
- ☞ *Un pourcentage de foyers équipés en moustiquaires* de **[13.1 – 31.4]%** (moustiquaires souvent anciennes et non imprégnées)

**Les stratégies initialement retenues étaient** l'information des mères, la délégation de compétences dans la prise en charge des maladies prédatrices, la mobilisation des acteurs du champ sanitaire (notamment la constitution de relais locaux alimentés par les centres de soins assurant une disponibilité permanente des médicaments génériques).

**Au cours des 5 dernières années, le projet semble avoir démontré sa capacité à atteindre les objectifs qu'il s'était fixé.** En effet, les indicateurs clefs proposés dans le premier cycle étaient une réduction de 30% de la prévalence des fièvres et des diarrhées chez les moins de 5 ans, ainsi qu'une diminution équivalente du TMM5 sur la période. Dans l'attente des résultats de l'enquête de janvier 2007<sup>2</sup>, qui selon toute probabilité confirmera les tendances observées, les données disponibles à ce jour permettent de mesurer l'impact de l'action sur les zones exposées:

- ☞ **Un recul de la prévalence rapportée des crises fébriles de 70% ([3.2 – 6.2]%) et de 80% pour les diarrhées ([1.1 – 3.8]%).**
- ☞ **Une baisse spectaculaire de la mortalité infanto-juvénile, comprise entre 50 et 80% en fonction de l'ancienneté de l'exposition des zones considérées.**
- ☞ **Une hausse spectaculaire du taux de foyers équipés d'une moustiquaire imprégnée, supérieure à 70%.**

---

<sup>1</sup> Avec près de 1000 piqûres infestantes par an et par individu et 30 à 50% des épisodes fébriles liés au paludisme. Valeur prédictive de la fièvre : 50%

<sup>2</sup> Portant sur la mortalité observée en 2006 et dont les résultats seront disponibles lors de l'évaluation

Soulignons que cette action s'insère à Manakara dans un dispositif d'intervention plus vaste, comprenant :

- ☞ un volet d'appui à la production agricole et aux organisations paysannes, dont une évaluation externe a été réalisée en mars 2006. Il n'y a pas d'articulation concrète entre ces types d'intervention, même s'il existe certaines convergences méthodologiques, notamment dans les rythmes opérationnels. Les acteurs cibles sont constitués non par des communes et villages mais par des micro-producteurs volontaires résidant dans des zones rizicoles.
- ☞ Un volet d'appui au développement local dans le cadre du projet ACORDS de l'UE, visant à accompagner le renforcement de capacités des acteurs communaux auprès de 37 municipalités de la Région. Il n'y a pas de lien méthodologique ou organisationnel avec le projet considéré dans cette évaluation.
- ☞ un volet d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, qui opère en synergie avec le projet santé, plus spécifiquement dans le domaine de l'hygiène. Comme dans le projet santé, ce volet cible des communautés villageoises dans leur ensemble à la double condition de la préexistence d'une demande et de la présence de ressources hydriques. Les deux composantes élaborent des messages conjoints sur les thématiques de la gestion domestique de l'eau et des déchets organiques, assurent la promotion des latrines villageoises, développent des campagnes de sensibilisation orientées autour de quelques gestes élémentaires (nettoyage des récipients de puisage, lavage des mains après les selles, techniques protégées de ponction à domicile, usage des latrines), utilisent les mêmes supports d'information auprès des communautés.

### 3. Rappel des objectifs

L'objectif spécifique du projet dérive directement des constats effectués et de l'analyse des déterminants de santé prévalant dans les villages de l'arrière-pays de Manakara. Il 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.

Rappelons enfin que le projet s'articulait initialement autour d'une stratégie d'intervention 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 : comprendre les principes pathogènes, acquérir les gestes de prévention, repérer les symptômes, s'adresser à la structure la plus proche et administrer rapidement le traitement approprié.
- 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, mesure pressentie comme indispensable pour le succès d'une politique d'accès immédiat au traitement.

Les indicateurs d'objectifs proposés étaient les suivants:

- ☞ 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%

#### 4. Les bénéficiaires

Dans les zones couvertes par l'action, la totalité des mères de jeunes enfants ont été concernées. Dans les zones I à III, le projet est intervenu auprès de communautés dispersées sélectionnées en fonction de la présence d'un point d'eau potable. Depuis juillet 2004 (zone IV) l'intervention se met en place au niveau communal (une commune rurale se composant en moyenne de 6 à 8 villages), soit environ 6 à 800 mères par commune et 1000 à 1300 enfants de moins de 5 ans (en moyenne, une mère a 1.6 enfant de moins de 5 ans). L'action se déroule pendant 6 mois après la sélection de la zone cible, et se retire après l'exécution de la séquence méthodologique, en ne maintenant qu'un mécanisme de suivi léger auprès des Mères Référentes. A l'heure où ces lignes seront lues, toutes les interventions présentées ci-dessous seront donc achevées, et de nouvelles zones auront été incluses dans la liste. Plus précisément (pour localiser les zones se référer à la carte en annexe) :

##### ➤ **Dans le district de Manakara**

☐ *7 zones d'intervention ont été ciblées au cours de cette période:*

- Zone I (mars 2002) : 9 villages, 4 500 habitants, 540 mères et 900 enfants (< 5 ans).
- Zone II (février 2003): 10 villages, 5 500 habitants, 760 mères et 1200 enfants.
- Zone III (février 2004): 8 villages, 5 600 habitants, 830 mères et 1350 enfants.
- Zone IV (juillet 2004): 10 villages, 6 400 habitants, 840 mères et 1 430 enfants.
- Zone V (janvier 2005) : 14 villages, 13 500 habitants, 2 000 mères et 3 010 enfants
- Zone VI (juillet 2005) : 17 villages, 11 000 habitants, 1 750 mères et 2 460 enfants
- Zone VII (janvier 2006) : 13 villages, 8 600 habitants, 1 380 mères et 2 100 enfants
- La zone VIII, comportant 17 villages, 15 000 habitants, 2200 mères et 3250 enfants, a été ciblée en juillet 2006.

**Soit au total 98 villages, 70 100 habitants, 10 300 mères et 17 700 enfants.**

##### ➤ **Dans le district de Vohipeno**

En juin 2005 le projet s'est étendu au district voisin, Vohipeno, situé au sud de celui de Manakara. Le modèle opérationnel défini plus haut a été mis en oeuvre dans deux zones.

☐ *2 zones d'intervention ont été ciblées au cours de cette période:*

- Zone A (juin 2005) : 6 villages, 4 850 habitants, 620 mères et 880 enfants (< 5 ans).
- Zone B (janvier 2006): 16 villages, 7 680 habitants, 970 mères et 1 300 enfants.
- La zone C, comportant 7 villages, 5 500 habitants, 750 mères et 1100 enfants, a été ciblée en juillet 2006

**Soit 29 villages, 18 000 habitants, 2340 mères et 3280 enfants de moins de 5 ans.**

#### 5. Organisation interne et partenariale

##### ▪ Organisation interne

L'équipe locale est constituée de :

- 1 assistant de programme malgache.
- 20 animateurs basés dans les communautés.
- 2 coordinateurs chargés de la supervision et du suivi des activités conjointes avec les autorités sanitaires
- 1 responsable des activités d'IEC (Information, Education, Communication) en charge notamment de la conception des outils didactiques.



Un responsable expatrié pour assurer la conception, l'animation générale et la supervision de l'exécution de l'ensemble des composantes du projet. Il a la charge :

- Du recrutement, de la formation et de l'encadrement de l'équipe technique,
  - De la collaboration avec les institutions de santé,
  - De la gestion matérielle et financière du projet,
  - Du suivi et de l'évaluation des actions,
  - De la liaison avec les principaux partenaires du projet,
- De l'intégration de l'action au sein du programme mené par Inter Aide et notamment de la nécessaire harmonisation des méthodes employées.

- Autres acteurs impliqués

**Les acteurs villageois :** les **mères référentes constituent la pierre angulaire de la stratégie déployée.** Elles représentent en effet un acteur ressource clef par leur rôle de proximité dans l'accès au traitement. Formées à l'usage d'un algorithme prédictif très simple et disposant de chloroquine (sous forme de blister ou de chloroquine générique) et de sels de réhydratation, elles sont l'extrémité distale du système de santé et la première ligne de réponse aux crises. Elles sont approvisionnées par les CSB, où elles achètent l'équivalent en médicaments de ce qu'elles ont consommé. En outre, elles sont un élément du système de collecte de données, en enregistrant continuellement les naissances et les décès d'enfants survenant dans leur village et en conduisant elles-mêmes l'enquête annuelle dans les zones couvertes.

**Les autorités et équipes sanitaires des districts concernés.** Il s'agit du partenaire essentiel du projet, à même d'assurer la pérennité des résultats produits. La mobilisation des acteurs a été défailante lors de la première phase de l'action. La crise politique de 2002 et les turbulences induites au niveau du système de santé, la gratuité des soins décrétée en 2003 et les recherches méthodologiques des acteurs du projet ont sensiblement retardé la mise en place des liens et synergies pressentis avec les Centres de Santé de Base. C'est en 2004 que le processus a pu être engagé et un consensus établi sur des bases concrètes et des objectifs précis. Aujourd'hui, les agents sanitaires de certains Centres de Santé de Base<sup>3</sup> participent directement de la formation continue des Mères Référentes, lors de réunions trimestrielles au cours desquelles ces dernières rendent des rapports d'activité sur des formulaires simplifiés pré-établis. L'objectif recherché était d'aboutir à une gestion autonome des Mères Référentes, de leur formation continue, des stocks et des flux de Chloroquine. La création d'une caisse de trésorerie spécifique a été facilitée. En outre, les Mères Référentes constituent un acteur relais potentiel pour de futures campagnes de diffusion, assurant l'interface entre le système de santé et les communautés villageoises. L'éventuelle mise à disposition sur le marché d'un antibiotique à large spectre pour prévenir la mortalité liée aux infections respiratoires aiguës trouvera un canal préférentiel de diffusion auprès des populations vulnérables.

Le rôle des agents sanitaires se situe donc à 3 niveaux d'objectifs, tous centrés sur les Mères Référentes :

- ☐ La gestion autonomisée de leurs activités.
- ☐ La formation continue périodique.
- ☐ Le suivi évaluation de leurs résultats.

---

<sup>3</sup> Dans l'état, et faute d'une injonction hiérarchique, la participation des CSB dépend étroitement de la motivation du personnel soignant qui semble pour l'instant acquise, à de rares exceptions près.

## 6. Budget total et plan de 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	Réalisé 302 163	Prévisionnel 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

## 7. Activités et résultats

- Les méthodes et les actions

**Le projet étant fondé sur une approche relativement novatrice, les stratégies et méthodes d'intervention ont connu des modifications importantes au cours du cycle de l'action, de façon à trouver le meilleur angle d'approche du problème. Après un certain nombre de tâtonnements méthodologiques, nous avons pu définir en 2003 un modèle d'action qui répondait à diverses exigences programmatiques :**

- **La rapidité opérationnelle**, c'est à dire la capacité à couvrir une zone déterminée puis à opérer un glissement topographique des moyens mobilisés de façon à toucher un plus grand nombre de villages.
- **La délégation de compétences**, au cœur des ambitions du projet, permettant à la fois de renforcer les capacités des mères à prendre en charge de façon autonome les volets préventifs et curatifs des pathologies cibles.
- Des assurances enfin quant au potentiel de **reproductibilité et de viabilité des actions conduites**, attestées par des coûts d'intervention particulièrement réduits et les pistes offertes par l'inclusion des acteurs villageois dans le périmètre de responsabilité des Formations Sanitaires.

**Ce modèle opérationnel émergent s'appuie sur la *Création de modules éducatifs et l'apparition d'acteurs relais* :**

- **La définition de cycles modulables d'éducation a été retenue comme stratégie centrale de l'action.** Elle consiste en une pédagogie séquentielle destinée à des groupes de 10 mères et basée sur un cycle de 5 ateliers. Une équipe de 15 animateurs, employés du programme et immergés durant six mois au cœur de chacune des communautés met en place et réalise ces activités. Cette stratégie a été progressivement élaborée, expérimentée puis validée au cours des deux premières années de l'intervention (2002-2003). Sa mise en application s'est généralisée au cours du premier trimestre 2004. Elle consiste à transmettre systématiquement à la totalité du public cible ( les mères d'enfants de moins de cinq ans) un ensemble de messages élémentaires mais fondamentaux concernant le mode de transmission des pathologies cibles, les moyens de prévention ainsi que les traitements curatifs préconisés. Des outils didactiques adaptés au contexte ont été conçus facilitant la diffusion de ces notions auprès de femmes majoritairement illettrées. Ces outils de communication sont en fin de cycle mis à la disposition des acteurs relais dont une des attributions

consiste (après le retrait de l'animateur) à prolonger les effets induits en favorisant la mémorisation de ces messages à travers des séances d'animation supportée par ces outils.

Dans un deuxième temps, les mères non participatives sont l'objet de démarche promotionnelle à domicile. Le troisième temps consiste en un élargissement de l'audience à l'ensemble des acteurs villageois par des prestations des groupes devant l'assemblée réunie dans le Tranobe. Parallèlement à cette activité éducative, un système de diffusion des techniques de prévention (moustiquaires imprégnées d'insecticide, san-plats) se met en place, géré par un volontaire villageois et approvisionné par le programme.

- **Le concept de mères référentes s'inscrit dans une logique de délégation des compétences par « capillarité sociale<sup>4</sup> ».** Une enquête auprès de 110 mères a permis d'établir une grille décisionnelle d'aide au diagnostic présomptif. Les mères référentes ont alors été formées à l'utilisation d'un algorithme prédictif en cas de fièvre chez l'enfant. Elles sont :
  - ✓ un recours de proximité dans le traitement des crises aiguës, grâce à un dépôt de Chloroquine, vendue avec une marge permettant la reconstitution du stock ;
  - ✓ des mères conseillères éducatrices d'autres mères ;
  - ✓ responsables du recueil des données épidémiologiques dans le cadre d'un observatoire permanent des pathologies de l'enfant dans chaque village.
  - ✓ enquêtrices lors des mesures d'impact effectuées chaque année
  - ✓ essentiellement bénévoles, si on excepte un bénéfice très marginal sur les ventes de Chloroquine et des indemnités lors de la réalisation des enquêtes annuelles.

Corrélativement, un processus de contractualisation a été instauré. Au cours des quatre dernières années, 80 villages ont ainsi paraphé un Contrat pour la Santé de l'Enfant (CSE). Ces conventions de partenariat se conçoivent comme l'aboutissement d'une période de sensibilisation intensive et le prélude d'une seconde phase d'autonomie des acteurs villageois dans la prise en charge des maladies prédatrices. Le projet s'engage à accompagner cette dynamique villageoise en assurant la formation continue des acteurs, l'approvisionnement des dépôts de médicaments et la diffusion de moustiquaires imprégnées (avec une clause temporaire de subvention de 30% pour les groupes vulnérables pendant 1 an).

**Ainsi, la séquence opérationnelle simplifiée consiste, sur une période de 6 mois et après une sélection des zones cibles 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.

**Les indicateurs d'activité sur les 7 premières zones de Manakara:**

- Selon les zones, chacune des mères de la population cible a suivi de **3.5 à 4.2** ateliers sur les 5 possibles.
- **92 mères référentes** ont été formées et autant de sites d'accès précoce au traitement ont été ouverts.
- **4 600** accès fébriles ont été traités en 2005 par l'ensemble des mères référentes, 4500 en 2004 et 750 en 2003. Encore convient-il de rappeler que les Mères Référentes des zones III et IV n'ont été

---

<sup>4</sup> Au sens où elles fournissent le relais indispensable à la diffusion des pratiques thérapeutiques

opérationnelles que respectivement 7 et 3 mois en 2004, celles de la zone V 8 mois seulement en 2005.

- **58** de ces accès ont été référés au Centre de Santé de Base le plus proche, soit **1%**.
- **194** cas de diarrhée ont également été traités dont 7 référence au Centre de Santé de Base (**3.6%**).
- **684** femmes enceintes ont bénéficié d'un traitement anti-palustre.
- **5 662** moustiquaires imprégnées ont été diffusées à des prix subventionnés en 2005 contre **5 506** en 2004 et **300** en 2003.

#### Les indicateurs d'activité sur les 2 zones de Vohipeno :

- Chacune des mères de la population cible a suivi en moyenne, 4 ateliers sur les 5 possibles.
- **5 mères référentes** ont été formées et autant de sites d'accès précoce au traitement ont été ouverts en novembre 2005.
- **350** accès fébriles ont été traités par les mères référentes au cours des huit premiers mois de l'année 2006
- **8** de ces accès ont été référés au Centre de Santé de Base le plus proche (2.3%)
- **23** cas de diarrhée ont également été traités dont 2 références au Centre de Santé de Base (8.7%)
- **2 950** moustiquaires imprégnées ont été diffusées à des prix subventionnés

**Parallèlement, le projet a été amené à proposer une nouvelle stratégie au niveau d'une autre commune particulièrement isolée, vaste, densément peuplée et difficile d'accès (Mahazoarivo) du district de Vohipeno.** Le début de l'intervention a eu lieu en juillet 2005. La population concernée est de 15 352 personnes, dont 1782 mères et 2788 enfants pour 185 familles initialement équipées de moustiquaires (10.4% de taux de pénétration, données non incluses dans la présentation p. 8). Cette stratégie consiste à confier l'animation aux acteurs villageois préalablement choisi par les communautés pour réaliser l'enquête initiale dans leur village. Ces acteurs « juniors » ont participé à deux modules de formation consacrés chacun à l'apprentissage des modes de transmission et des moyens de prévention des deux pathologies prédatrices (paludisme et maladies diarrhéiques). Des outils didactiques ont été mis à leur disposition. *Enfin une troisième étape a été franchie au cours du premier trimestre 2006 qui a conduit ces 11 animateurs ou animatrices villageois à évoluer vers la fonction de pères ou mères référentes* et à prendre en charge autant de sites d'accès précoce au traitement. 2 780 moustiquaires imprégnées ont été diffusées dans cette commune. En juillet 2006, la même stratégie s'est mise en place dans une seconde commune du même district (Ilakatra) présentant les mêmes caractères géographiques et démographiques. L'enquête de janvier 2007 fournira les premiers résultats sur l'impact de cette méthodologie allégée à Mahazoarivo. En ce qui concerne Ilakatra, le recueil de données sera plus tardif et sans doute indisponible lors de l'évaluation.

#### ▪ Les résultats

##### ➤ Présentation succincte

#### Zone I

Indicateurs		Enquête préliminaire 2002	Enquête d'évaluation 2003	Enquête d'évaluation 2004	Enquête d'évaluation 2005	Enquête d'évaluation 2006
TMM5		<b>203 ‰</b>	<b>318 ‰</b>	<b>186 ‰</b>	<b>142 ‰</b>	<b>59.4 ‰</b>
Principales causes évoquées des décès	Diarrhées	34%	11%	18.9%	22.2%	18.2%
	Paludisme	31%	41.9%	32.4%	26%	27.3%
Prévalence des maladies diarrhéiques		7.6%	3.7%	1.1%	4.5%	0.8%
Prévalence des épisodes fébriles		10.5%	13.3%	3.2%	9.4%	3%
Taux de pénétration des moustiquaires		17.9%	30.6%	52.1%	71.3%	81%

## Zone II

Indicateurs		Enquête préliminaire 2003	Enquête d'évaluation 2004	Enquête d'évaluation 2005	Enquête d'évaluation 2006
TMM5		<b>394 ‰</b>	<b>188 ‰</b>	<b>91‰</b>	<b>64‰</b>
Principales causes évoquées des décès	Diarrhées	18.6%	14%	3.3%	-
	Paludisme	38.6%	44%	20%	41.2%
Prévalence des maladies diarrhéiques		6.1%	3.8%	1.7%	2.8%
Prévalence des épisodes fébriles		12.7%	6.2%	4.6%	10%
Taux de pénétration des moustiquaires		26.2%	49.7%	83.7%	85.6%

## Zone III

Indicateurs		Enquête préliminaire 2004	Enquête d'évaluation 2005	Enquête d'évaluation 2006
TMM5		<b>198 ‰</b>	<b>109 ‰</b>	<b>43.1‰</b>
Principales causes des décès	Diarrhées	25.4 %	7.9 %	12.5%
	Paludisme	28.8 %	36.8 %	43.8%
Prévalence des maladies diarrhéiques		5.5 %	2.1 %	1.1%
Prévalence des épisodes fébriles		11.5 %	3.8 %	3.8%
Taux de pénétration des moustiquaires		31.4 %	66.5 %	56.8%

## Zone IV

Indicateurs		Enquête préliminaire Juin 2004	Enquête d'évaluation 2006
TMM5		<b>206 ‰</b>	<b>115‰</b>
Principales causes des décès	Diarrhées	49 %	9.3 %
	Paludisme	13.3 %	27.9 %
Prévalence des maladies diarrhéiques		7.9 %	1.6 %
Prévalence des épisodes fébriles		11.3 %	1.7 %
Taux de pénétration des moustiquaires		13.1 %	80.3 %

### ➤ Analyse et commentaires

**La chute spectaculaire du TMM5** enregistrée dans toutes les zones est probablement la résultante de multiples facteurs. L'impact du programme peut cependant s'évaluer à l'aide d'un indicateur mesurant le nombre de *morts infantiles évitées*. La comparaison peut s'établir entre les 4 zones exposées depuis plusieurs années et 3 zones témoins nouvellement incluses.

Zones I II III et IV (exposées) Nb total décès : <b>87</b>						Zone V VI et VII (témoin) Nb total de décès : <b>288</b>					
Données de l'enquête 2006	population	décès p	% p	décès d	%d	Données de l'enquête 2006	population	décès p	% p	décès d	%d
		5763	29	<b>0.51 %</b>	8		<b>0.14%</b>		7565	210	<b>2.84 %</b>

Il s'agit d'un taux de mortalité brut, obtenu en divisant le nombre de décès spécifiques par la population « d'enfants années », c'est à dire également exposés au risque de mourir. Pour matérialiser la comparaison, il est intéressant d'appliquer les taux de mortalité observés en zone témoin sur les zones test. On obtient ainsi le nombre de décès qui aurait été observé en l'absence d'intervention dans les zones test. La différence calculée avec le nombre réel des décès relevés donne le nombre de morts évitées au cours de l'année de référence. Ce procédé fait apparaître :

- **201 (288-87) décès infantiles évités, dont :**
- **132 pour cause de paludisme (161-29)**
- **32 (40-8) pour cause de diarrhées**
- **37 pour les autres causes.**

- ▶ **66% des morts infantiles évitées sont liées au paludisme, ce qui souligne si besoin était le rôle prépondérant de cette maladie sur la mortalité des moins de 5 ans. Il faut rappeler que les causes des décès sont des motifs supputés et qu'en conséquence, ils ne peuvent être considérés comme parfaitement fiables. C'est ce qui pourrait expliquer qu'outre son effet sur les pathologies prédatrices dont elle a fait sa cible principale, l'action présente également un impact sur la mortalité liée aux autres causes.**
- ▶ **Rapporté au coût total du projet, le coût par mort infantile évitée revient donc à un peu moins de 500 euros pour les 4 zones couvertes seulement.**
- ▶ **Il est à noter que l'action a cessé dans toutes ces zones, en tout cas pour ce qui est de l'implication directe des acteurs du projet, et depuis plusieurs années pour les premiers sites. Or, il y a une conservation des effets de l'action pour ce qui est de la mortalité, voire même une poursuite de l'amélioration des indicateurs, même en tenant compte d'un effet année.**

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

### **Enquêtes inaugurales**

- **Rappel des méthodes utilisées dans l'estimation des résultats** (il s'agissait en janvier 2002 d'une enquête par sondage, le projet n'ayant pas à ce stade défini une politique exhaustive dans le prélèvement d'indicateurs)

- ▶ **Calcul des effectifs** (enquête inaugurale)

$$n = e^2 pq/i^2.$$

*e* étant l'écart réduit pour un risque donné. Pour 5%,  $e = 2$

*p* est le taux de mortalité (on l'estime à 20%)

*q* est l'opposé de *p* ( $q = 1-p$ )

*i* est la précision désirée, c'est à dire l'intervalle de confiance, fixé ici à 0.02

$$n = 2^2 \times 0.2 \times 0.8 / 0.02^2 = 1600.$$

- ▶ **Calcul d'un risque cumulé de mortalité**

La formule utilisée est extraite de « *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine* » de Jekel, Katz et Elmore de 2004 et correspond à un risque cumulé de mortalité pour les moins de 5 ans, calculé d'après un taux de décès observé sur l'année de référence.

$$R(t) = 1 - e^{-\mu t}$$

Où : *R* est le risque considéré

*t* est le nombre d'années incluses dans le calcul (ici  $t=5$ )

*μ* est le taux de mortalité calculé sur l'année de référence (où le risque de mourir est le numérateur et la population d'enfants années au dénominateur)

- **Principaux résultats**

Cette enquête a été conduite au niveau de 4 communes rurales regroupant une trentaine de communautés villageoises. Cinq enquêteurs salariés ont travaillé à plein temps durant plus de trois mois pour interroger 976 familles et collecter des données concernant plus de 1600 enfants âgés de 0 à 5 ans.

Les principaux indicateurs concernent la démographie et les pathologies de la petite enfance

- Naissances par femme : **4,1**
- Enfants de 0 à 5 ans par famille : **1,6**
- Taux de mortalité infanto juvénile : **210 p. 1000**
- Prévalence des épisodes diarrhéiques : **9%**
- Prévalence des épisodes fébriles : **11,5%**

<b>Taux de TMM5 = 210 ± 20 % ou 0.190 &lt; TM &lt; 0.230 avec p &lt; 0.05</b>
---

### **Enquêtes rétrospectives annuelles**

Le projet s'est doté dès le départ d'un outil de mesure des effets produits, qui puisse rendre compte des changements enregistrés dans les principaux indicateurs sanitaires utilisés. Ces enquêtes sont réalisées systématiquement en janvier pour réduire les variations saisonnières. Il s'agit d'enquêtes exhaustives, concernant donc la totalité de la population cible depuis le début de l'action, cette dernière étant définie par l'ensemble des mères d'enfants de moins de 5 ans. Les sujets exclus sont donc les familles qui n'abritent pas d'enfants de moins de 5 ans lors de l'enquête.

**Chaque enquête permet ainsi le recueil de 10 paramètres**

- ✓ population totale
- ✓ nombre de mères de moins de 5 ans
- ✓ nombre d'enfants de moins de cinq ans
- ✓ nombre de naissances l'année précédent l'enquête
- ✓ nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans l'année précédent l'enquête ( avec l'âge et la cause de chacun d'entre eux)
- ✓ nombre d'accès fébriles le jour de l'enquête
- ✓ nombre d'épisodes diarrhéiques le jour de l'enquête
- ✓ nombre de moustiquaires imprégnées
- ✓ nombre d'enfants dormant sous moustiquaires imprégnées
- ✓ nombre d'usagers du point d'eau potable

**Et le calcul de sept indicateurs**

- ✓ TMM5
- ✓ répartition des décès par pathologie
- ✓ prévalence rapportée des accès fébriles
- ✓ prévalence rapportée des épisodes diarrhéiques
- ✓ indice de pénétration des moustiquaires imprégnées
- ✓ taux d'enfants protégés
- ✓ taux d'utilisateurs du point d'eau potable



## II. L'ÉVALUATION

### A. Justification de l'évaluation

#### 1. Origine de la demande

Le précédent cycle projet (2002-2004) n'avait pas fait l'objet d'une évaluation externe, la méthodologie employée (et les résultats obtenus) n'ayant pas atteint une forme suffisamment stabilisée. Il existe en revanche un certain nombre de documents d'évaluation interne. La réalisation d'une évaluation externe était envisagée dans le projet proposé au MAE pour la phase 2005-2007, sans toutefois avoir été inscrite à l'époque dans le budget.

Aujourd'hui, le programme de réduction de la mortalité infanto-juvénile évolue dans un environnement en constante évolution et se trouve confronté à un certain nombre d'interrogations.

- **Le programme se situe à un carrefour de choix stratégiques** et s'interroge sur les orientations à donner au développement de ses activités. A l'issue de ce second cycle dans le district de Manakara, la plupart des communes rurales accessibles auront bénéficié de l'intervention du programme, et l'action aura donc achevé ses objectifs, tant épidémiologiques que géographiques. Il conviendra alors d'évaluer la pertinence des stratégies ouvertes par ce constat : réplification méthodologique, transfert partiel ou global d'éléments de méthode au sein de la politique de santé, appui institutionnel ciblé.
- **La méthodologie arrive à un stade de maturité** : après les premières années de tâtonnements et de mises au point, le mode opérationnel a atteint une forme relativement aboutie. La question de la diffusion et la reproduction des méthodes se pose dès lors que ces dernières seraient validées. Il importe de noter que les **deux phases successives ont constitué une continuité stratégique et opérationnelle**. Les objectifs et les moyens mis en œuvre n'ont pas connu de variations notables, hormis pour la duplication de l'action sur le district de Vohipeno. Le premier cycle a permis de tester plusieurs démarches dans la poursuite des objectifs puis de sélectionner une méthodologie sur des critères d'efficacité et de reproductibilité présumée. Le deuxième cycle, actuellement en cours, repose sur l'ambition de tester la reproductibilité de la méthode en l'étendant sur un deuxième district, tout en affinant les protocoles de façon à définir les contours d'un modèle opérationnel. La période couverte par l'évaluation comprendra donc les deux cycles consécutifs, tout en précisant que l'évaluation des méthodes se concentrera sur les formes plus accomplies du deuxième cycle, et que l'évaluation des résultats concernera l'intégralité de la période.
- **Le contexte politique dans lequel évolue le programme se modifie** : depuis le début de l'année 2004, le gouvernement malgache met en place une politique de lutte contre le paludisme dont la stratégie repose sur une large diffusion des moyens de prévention (moustiquaires imprégnées d'insecticide) et sur la prise en charge précoce des accès fébriles. Ce nouveau contexte oblige à repositionner le programme au sein du nouveau dispositif.
- **Au vu des résultats obtenus et des moyens investis, l'importance d'un regard extérieur sur le programme prend une acuité particulière**. Il y a en effet, chez certains acteurs du champ sanitaire malgache, une relative réserve quant à la validité des résultats affichés. Tant en matière de capitalisation que de communication, l'évaluation pourrait renforcer - ou affaiblir- le crédit accordé aux documents produits par le programme.

## 2. 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 années le programme sera intervenu auprès 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 stratégique qui peut se résumer à 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.
- Prospector 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 répliation 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...).

### **3. 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 oeuvre 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 :

*En considérant la précocité des soins comme un pré-requis à une lutte efficace contre le paludisme et les maladies diarrhéiques chez l'enfant, seul un dispositif alternatif décentralisé, simplifié, continûment accessible et à très faible coût peut répondre à cette exigence, à la condition indispensable que ce dispositif trouve une forme de viabilité dans le prolongement même du système de santé. Les enjeux fondamentaux de l'action relèvent donc de l'ambition de définir une matrice opérationnelle permettant de couvrir de vastes zones géographiques grâce à une stratégie de glissement topographique, un schéma d'intervention réduit à 6 mois pour chaque site défini, des outils de pilotage, de formation et de communication affinés, des méthodes sélectionnées pour leur potentiel de reproductibilité autonome par les acteurs villageois, le rattachement du dispositif au système de santé qui en assure la pérennisation. De fait, le projet dispose d'un corpus de stratégies et de méthodes dont la capacité à produire des résultats mesurables dans la réduction de la morbi-mortalité des moins de 5 ans semble patente. L'objectif de cette deuxième phase serait d'en tester la reproductibilité à une échelle supérieure sans érosion manifeste d'efficacité ou d'efficience.*

#### ➤ *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.

#### **4. 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 Minsanpf<sup>5</sup>, 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.

---

<sup>5</sup> Ministère de la Santé et du Planning Familial.

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

## 5. Justification de l'évaluation externe

**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'évaluation

#### 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 :**

#### Celui des procédés de recueil des données.

Afin d'évaluer les résultats et les impacts, le projet devait disposer de données permettant de mesurer les principaux indicateurs sanitaires, totalement inexistantes à tous les niveaux du contexte local-régional. Une seule source de données était disponible : les communautés villageoises ; une seule technique de collecte semblait adaptée à la situation : l'enquête domiciliaire exhaustive.

Au cours des premières campagnes de recueil de données (janvier 2002-avril 2004) le projet a utilisé les services d'une équipe d'enquêteurs recrutés pour l'occasion, formés par le projet et salariés. Les enquêtes ne concernaient qu'un nombre restreint de villages.

En juillet 2004, la requête d'un maire contraignit le programme à modifier son approche géographique en incluant la totalité des villages composant la commune rurale. Plusieurs enquêtes initiales devaient être réalisées concomitamment et dans un bref délai, la solution retenue consista à confier la réalisation de ces enquêtes à des villageois préalablement sélectionnés par les autorités communales. Un module de formation fut mis au point, les outils adaptés. Les enquêtes furent ainsi réalisées simultanément auprès des 10 villages composant cette commune.

Depuis cette date, toutes les enquêtes initiales sont réalisées en utilisant cette méthode. Les enquêtes d'évaluation annuelles sont, quant à elles, effectuées par les mères référentes. Cette méthodologie de collecte constitue, selon nous, un outil simple, assimilable par des acteurs locaux, facilement utilisable à une grande échelle. Il permet en outre, de limiter les moyens consommés et d'augmenter la participation communautaire par délégation de compétences.

#### ⇨ **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?**

#### Ceux de la nature et la valeur des résultats exprimés.

Les statistiques produites par le projet diffèrent sensiblement des chiffres publiés par les services publics ou les collectivités locales. Ceci est particulièrement sensible au niveau de la démographie où les chiffres peuvent varier du simple au triple selon les sources. Les raisons procèdent de plusieurs facteurs : techniques ( doubles comptages, illettrisme... ) politiques ( majoration des subventions per capita... ). Le projet a tenté de s'affranchir de ces incertitudes en recueillant lui-même les paramètres nécessaires au calcul des différents indicateurs et en établissant des mécanismes de contrôle :

☞ *les enquêtes comportent deux volets* : un recensement de la population puis une collecte des données spécifiques auprès des populations cibles.

- ☉ *un certain nombre d'indicateurs témoins permettent d'évaluer la fiabilité des chiffres* (nombre d'enfants/mères, composition de la famille, part des moins de 5 ans dans la population)
- ☉ *enfin ces données sont confrontées à celles collectées par l'animateur* au début de son intervention auprès des communautés.

⇒ **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 ?**

Celui de leur persistance.

La lecture des résultats fournis par les enquêtes successives montre une persistance des changements induits, la mortalité dans les zones précédemment exposées continuant à se maintenir à des niveaux nettement inférieurs aux valeurs d'origine. Il s'agit, si ce constat perdure, d'une indication fondamentale sur les changements opérés dans les comportements des populations locales. En effet, cela signifierait que l'impact de l'action sur la mortalité se poursuit dans le temps hors de toute exposition au projet (la participation d'un coordinateur du projet aux réunions mensuelles des Mères Référentes dans le cadre des Centres de Santé de Base ne peut être considéré comme une exposition). Cette observation confère à l'action une durabilité d'effet qui pourrait être présentée comme une avancée remarquable et à vrai dire non anticipée dans la poursuite des objectifs de l'action.

Rappelons que les résultats incriminés résultent directement de l'analyse de données recueillies par les Mères Référentes qui sont les acteurs villageois auxquels le projet a délégué des compétences. Elles sont à la fois :

- un recours de proximité dans le traitement des crises aiguës,
- des mères conseillères éducatrices d'autres mères
- des acteurs sentinelles qui assurent un recueil continu des événements dans le cadre d'un observatoire permanent des pathologies de l'enfant dans chaque village.

⇒ **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

Les méthodes

Le principe méthodologique appliqué au cours de ces deux cycles du projet comporte trois grands axes :

- **Information / éducation intensive et systématique.** Dans chaque communauté ciblée, la totalité des mères d'enfants de moins de cinq ans participent à deux modules d'éducation à la santé, décomposés en 5 ateliers : trois ateliers pour les maladies diarrhéiques et deux pour le paludisme. Au terme de ces deux modules elles ont acquis de nouvelles compétences en matière de prévention et prise en charge des deux pathologies.
- **Faciliter l'accès aux techniques de prévention.** L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide constitue une méthode simple et efficace de lutte contre le paludisme en réduisant le nombre de piqûres infectantes. En subventionnant ces moustiquaires et en déléguant aux populations cible la gestion d'un système de diffusion de proximité, le programme avait pour objectif de faciliter l'accès à cette technique de prévention. La même politique a été mise en place concernant la diffusion de latrines. Leur usage constituant l'un des moyens efficaces de prévention des maladies diarrhéiques.

- **Délégation aux Mères Référentes du diagnostic et du traitement des cas aigus.**

Le volet curatif de la méthode consiste à réduire les délais de prise en charges des pathologies aiguës (accès palustres et épisodes diarrhéiques). Pour ce faire, des mères repérées par les animateurs pour leurs qualités intrinsèques ont été agréées par la communauté. Une formation leur a permis d'acquérir des compétences en matière de diagnostic et de traitement des pathologies cibles, un stock de médicaments leur a été confié ainsi que des outils de gestion et de recueil de données. Le suivi/évaluation, la formation continue sont parties intégrantes du système.

⇒ **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**

### Les outils

Des outils ont été élaborés afin de mettre en oeuvre ces méthodes :

- **Le rythme de réalisation**

S'il ne s'agit pas à proprement parler d'un outil, le tempo de l'action est un aspect central de l'approche méthodologique, conditionnant à la fois la capacité du projet à toucher des populations numériquement importantes et l'efficacité même des activités réalisées. La durée de l'intervention auprès des populations cibles étant limitée à six mois, le rythme d'exécution est tel que l'intérêt des participants demeure à un niveau élevé. En outre, la brièveté de l'action diminue le risque de dépendance et stimule le sentiment d'appropriation. Dès le début de l'intervention, en effet, les communautés sont informées du calendrier de l'action et donc du retrait programmé de l'intervenant extérieur.

- **Les modules éducatifs**

La complexité des messages à transmettre aux populations cibles a conduit le programme à proposer des séances pédagogiques regroupant une dizaine de mères de famille. Cinq ateliers, chacun épousant une forme participative, sont ainsi organisés avec chaque groupe. Au terme de la séquence, les femmes ont acquis des connaissances relatives aux modes de transmission des maladies cibles, aux techniques de prévention ainsi qu' à leur traitement.

- **Les supports IEC<sup>6</sup>**

Les populations cible étant majoritairement illettrées, sans référentiel extérieur à leur environnement, le programme a imaginé et conçu des supports de communication adaptés à cette situation. C'est la représentation imagée qui a été privilégiée dont les modèles ont été puisés dans les villages mêmes. Divers supports ont été réalisés ( illustrations, jeux ) et largement diffusés dans les communautés.

- **La contractualisation**

L'appropriation du projet par les populations concernées constitue une condition essentielle à sa réussite. La contractualisation de partenariat a été proposée comme un moyen d'atteindre cet objectif. Un Contrat pour la Santé de l'Enfant a été élaboré conjointement par les villageois et l'animateur. Il enregistre les progrès réalisés au cours des premiers mois de l'intervention ainsi que ceux restant à accomplir, propose un plan d'action et son évaluation.

⇒ **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 ?**

---

<sup>6</sup> Information Education Communication.



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

*L'objectif affiché du programme est de contribuer durablement à la réduction de la mortalité infanto-juvénile dans les villages de la région de Manakara.* L'analyse des enquêtes annuelles semble montrer une diminution continue de la mortalité des moins de cinq ans. Le recul est cependant insuffisant pour juger du caractère durable de cette évolution. Un effort important a été entrepris pour favoriser l'émergence de méthodes reproductibles, de faible coût, routinisées sur le plan opérationnel et s'appuyant sur les ressources endogènes des communautés. Il y aurait donc un potentiel de viabilité dans les actions de base menées par le projet, au sens où les changements opérés n'ont pas nécessairement besoin d'être entretenus de l'extérieur.

*La question de rattacher les acteurs villageois au système de santé a néanmoins toujours figuré au rang des priorités dans ce projet.* Les événements survenus au cours des 5 années écoulées n'ont pas vraiment facilité cet ancrage (crise électorale, rotation massive du personnel, succession de directives ministérielles pas toujours compatibles, changements itératifs de politique de recouvrement des coûts...). Dans cet environnement instable, le projet a poursuivi l'objectif d'intégrer l'action des Mères Référentes au sein des Centres de Santé de Base, en facilitant l'organisation de rencontres de travail périodiques, en proposant des formats de rapport d'activités remplis par les Mères Référentes et remis au personnel du Centre de Santé de Base, et en confiant aux Centres de Santé de Base la responsabilité de fournir les traitements aux Mères Référentes contre paiement. Ce dispositif fonctionne de façon satisfaisante jusqu'à présent, mais l'apparition de nouveaux acteurs ou la réactivation de structures villageoises dormantes dans le domaine de la lutte contre le paludisme, a sensiblement modifié la situation, parfois d'ailleurs au prix d'une indiscutable confusion

Enfin, cela a été évoqué plus haut, *le projet s'interroge quant à la contribution qu'il pourrait éventuellement apporter à la politique de santé publique mise en œuvre par le gouvernement Malagasy*, notamment dans le domaine de la prophylaxie de la mortalité infanto-juvénile et de l'atteinte des objectifs du millénaire pour la lutte contre les endémies. La prise en charge communautaire des maladies de l'enfant figure parmi les stratégies mise en place par les pouvoirs publics en matière de lutte contre les grands fléaux. Cette approche est encore expérimentale et autorise toute action novatrice.

- ⇨ 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 ?

**Il est demandé aux évaluateurs, dans leur offre de service, de présenter le questionnement évaluatif qu'ils se proposent de traiter, à partir du questionnement proposé ci-dessus et de leur compréhension de la problématique, des enjeux et des objectifs de l'évaluation, qu'ils auront exposée par ailleurs.**

## C. Méthodologie

### 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.*

**Cette proposition de méthodologie est indicative. Il est demandé aux évaluateurs de faire dans leur offre des propositions détaillées en ce qui concerne la méthodologie d'évaluation qu'ils se proposent d'utiliser (étapes de l'évaluation, éléments d'échantillonnage, outils utilisés...) et de faire éventuellement d'autres propositions méthodologiques argumentées.**

### **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 présence 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

#### **D. Moyens**

##### **1. Moyens humains**

Un binôme d'évaluateurs conduira la mission, composé d'un évaluateur expatrié et d'un évaluateur malgache.

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

- ☞ Médecin/spécialiste en santé publique - santé communautaire (ou économiste de la santé) disposant d'une formation de base en statistiques médicales ou en épidémiologie formelle ou acquise par l'expérience :.

- ☞ Doté d'une expérience antérieure dans le domaine du développement : conduite et gestion de projet, conception, suivi et/ou évaluation d'actions de santé...
- ☞ Ayant une compétence éprouvée dans l'analyse des notions d'efficacité et d'efficience
- ☞ Disposant d'une qualité d'écoute et de bonnes capacités relationnelles
- ☞ Une connaissance antérieure de Madagascar est souhaitable mais non exigée.

**En ce qui concerne l'évaluateur malgache :**

- ☞ Un profil d'économiste de la santé, de statisticien, de médecin de santé publique ou de sociologue de la santé (avec un bagage d'analyse statistique des populations) est nécessaire . Quelle que soit sa formation, une habitude des protocoles d'échantillonnage est souhaitée et une expérience antérieure dans le domaine des enquêtes de terrain indispensable.
- ☞ Disposant si possible d'une expérience hors de Madagascar
- ☞ Avec une connaissance des logiques socio-culturelles des zones côtières
- ☞ Ayant une expérience de terrain indispensable, sous une forme ou une autre : missions d'évaluation ou de consultance, poste fixe de gestionnaire de projet,
- ☞ Et une bonne maîtrise du français.

## **2. Moyens financiers**

- ☞ Le budget de l'évaluation est fixé à **23 300 € TTC** (coûts directs) avec, à titre indicatif, **59 jours travaillés au total pour les 2 évaluateurs (26 jours pour l'évaluateur référent responsable de l'étude et 33 jours pour l'évaluateur malgache), dont 45 jours sur le terrain au total pour les 2 évaluateurs**
- ☞ Le montant maximum des honoraires est fixé à 510 € TTC par homme et par jour pour l'évaluateur international.
- ☞ Ce budget inclus également les per-diems pour les 2 évaluateurs (en France et à Madagascar) et les déplacements (internationaux, en France et à Madagascar), les frais éventuels de traduction et de restitution/reproduction/diffusion.
- ☞ Les imprévus (5% des coûts directs) seront calculés à partir des propositions reçues suite à l'appel d'offres restreint.

***Précisions.** Pour les déplacements à Madagascar, la possibilité suivante est proposée aux évaluateurs (budgétée comme telle, à budgéter de la même manière dans les offres si cette possibilité est retenue par les évaluateurs) :*

- *Pour ce qui concerne le déplacement depuis Antananarivo, en l'absence d'avion assurant la liaison Tana Manakara, le transport des évaluateurs sera assuré avec un véhicule Inter Aide depuis Tana moyennant une participation forfaitaire aux frais équivalente aux frais d'avion soit 320 euros AR (pour 2 personnes). La durée aller du transport à prévoir sera d'une journée, (environ 12 h de route depuis Antananarivo). Des échanges pourront éventuellement avoir lieu dans le véhicule avec le responsable du projet.*
- *Dans la zone d'intervention les véhicules du projets assureront les déplacements des évaluateurs moyennant une participation forfaitaires aux frais de carburant de 50 euros à prévoir (les autres frais étant pris en charge par InterAide).*

**Il est demandé aux évaluateurs de faire dans leur offre des propositions détaillées en précisant le nombre de jours travaillés et la répartition envisagée entre les deux experts, en fonction de la méthodologie proposée.**

## E. Calendrier

*Nous prévoyons à titre indicatif :*

L'évaluation devra avoir lieu **entre octobre 2007 et janvier 2008**, et devra notamment comprendre :

- ✓ La préparation en France pour l'étude des documents disponibles et la rencontre des coordinateurs du projet, et à Madagascar (lecture documents envoyés par email) pour l'évaluateur local
- ✓ Les voyages internationaux AR (suite de la lecture des documents).
  
- ✓ Pour la mission sur place :
  - le transport secondaire, Tana Manakara.
  - les visites sur les sites d'intervention (arrière pays de Manakara),
  - Une restitution terrain, en particuliers aux équipes mais également aux médecins de la zone et au chef de région.
  - le transport secondaire, Manakara-Tana.
  - une restitution élargie à Antananarivo avec les représentants du ministère de la santé malgache, du SCAC, de l'Unicef, de l'AFD et autres bailleurs impliqués dans le domaine de la santé...
  
- ✓ la rédaction en Europe, pour la production d'un rapport provisoire.
- ✓ la préparation de la restitution finale incluant une journée à Versailles (restitution provisoire).
- ✓ la production du rapport définitif et sa validation par Inter Aide et le F3E.
- ✓ la restitution finale du rapport définitif au F3E à Paris (janvier 2007)