

Programme de santé - Evaluation continue 2024-2026

Capitalisation de l'approche mise en place avec le district sanitaire pour le renforcement de la santé communautaire à Madagascar

Version du 25 septembre 2026

Rédigée entre juillet 2025 et septembre 2026, par Rufin Rasoloniana, responsable opérationnel de programme santé à Madagascar, avec l'appui de Julie Pontarollo, cheffe de secteur, et des équipes Inter Aide de Vondrozo, Farafangana, Vohipeno et Vangaindrano

Question évaluation 1 : Comment le programme doit-il travailler avec le district sanitaire pour la pérennisation de la santé communautaire ?

Table des matières

Acronymes.....	2
Introduction.....	2
1. Contexte avant l'intervention à Vondrozo	2
a. Manakara (2001-2022).....	3
b. Farafangana (2008-2025)	6
c. Mananjary (2010-2014).....	11
d. Vohipeno (2006-2008 et 2018-2025)	12
e. Vangaindrano (2023-2025).....	14
2. La stratégie proposée à Vondrozo.....	16
a. Pourquoi une approche spécifique à Vondrozo ?	16
b. Etapes préliminaires et choix de l'approche stratégique à Vondrozo	17
c. Réalisation des activités et implication de l'EMAD	18
d. Positionnement d'Inter Aide	20
e. Outils développés depuis 2021	20
3. Recommandations.....	22
a. Principes de collaboration avec l'EMAD.....	22
b. Proposition d'analyse structurée de la fonctionnalité de la santé communautaire et de la performance de l'EMAD	23
4. Conclusion	25
Annexe - Compte-rendu d'atelier sur la description et la définition d'indicateur concernant la fonctionnalité de la santé communautaire et la performance de l'EMAD	26

Acronymes

AC	Agent de Santé Communautaire	MI	Médecin-Inspecteur
ARC	Atelier de Renforcement de Compétences	PCIMEC	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant Communautaire
AS	Agents de Santé (personnel du CSB)	PNSC	Politique Nationale de Santé Communautaire
BSD	Bureau du District de Santé	OG	Outil de Gestion
CSB	Centre de Santé de Base	RC	Relais Communautaire du CSB ou Responsable Santé Communautaire du CSB
DRS/EMAR	Direction Régionale de la Santé ou Equipe de Management de la Région	RSC	Responsable Santé Communautaire de l'EMAD
		RMA com	Rapport Mensuel d'Activités communautaires
EM5	Enfants de Moins de 5 ans	RPD	Responsable Palu du District (EMAD)
EPI	Evaluation de la Performance Individuelle	SDSP/EMAD :	Service du District de Santé Publique ou Equipe de Management du District
LV	Liste de Vérification	VDZ	Vondrozo
MdS	Ministère de la Santé	VGD	Vangaindrano

Introduction

Dans le cadre de l'évaluation continue menée sur les programmes de santé d'Inter Aide de 2024 à 2026, les équipes Inter Aide ont choisi de travailler sur le type d'appui à fournir et de relation à établir avec les différents districts sanitaires pour permettre une vraie prise en main de la santé communautaire, et ainsi la pérennisation du programme de santé d'Inter Aide.

Le district sanitaire est ici dénommé SDSP pour Service de Santé Public du District, ou EMAD pour Equipe de Management du District, de manière indifférencié. La santé communautaire est résumée sous l'acronyme PCIMEC pour Prise en Charge Intégrée des maladies de L'enfant Communautaire, le protocole de prise en charge promu par le Ministère de la Santé malgache.

L'équipe de Vondrozo, pour répondre à cette question, a choisi de capitaliser sur les différentes expériences d'Inter Aide avec les districts d'intervention ciblés depuis le début du programme (Manakara, Farafangana, Mananjary, Vohipeno, Vondrozo et Vangaindrano). La période étudiée est donc de 2002 à 2025. L'idée était de tirer des enseignements de chacune de ces expériences, notamment de la dernière à Vondrozo qui est particulièrement positive, pour établir des recommandations sur le travail à mener avec un EMAD.

La question évaluative pour l'équipe de Vondrozo a donc été :

Quelles leçons tirer de l'expérience à Vondrozo depuis 2021 pour proposer un appui pertinent à un EMAD dans la gestion du système de santé communautaire ?

1. Contexte avant l'intervention à Vondrozo

L'approche adoptée dans le district de Vondrozo est **le résultat d'une réflexion approfondie, tirée d'expériences cumulées dans plusieurs districts** (Manakara, Farafangana, Mananjary, Vohipeno). Ces expériences ont mis en évidence **l'importance de l'appropriation par les services de santé gouvernementaux locaux** pour assurer la pérennité des activités communautaires.

a. Manakara (2001-2022)

Au début, le programme était **conduit de manière indépendante par Inter Aide**, sans collaboration formalisée avec le Ministère de la Santé, ni avec les EMAD ou les chefs CSB (Centre de Santé de Base). À cette période, la santé communautaire n'était **pas encore définie ni encadrée par une politique nationale** du ministère de la Santé.

L'approche du programme s'inspirait de la stratégie mise en place par le programme hydraulique d'Inter Aide, qui opérait de manière autonome au niveau villageois, sans lien direct avec le ministère. À cette période, l'intervention se limitait essentiellement à la sensibilisation à la prévention des maladies, notamment le paludisme et la diarrhée, sans implication directe dans l'offre de soins. Concrètement, les activités du programme santé n'étaient initialement déployées que dans les communes disposant de borne-fontaine installée par le programme hydraulique. L'objectif principal était de garantir l'accès à une eau potable de qualité depuis la borne-fontaine jusqu'à la consommation au niveau du ménage. Cette première phase se concentrait donc davantage sur la sensibilisation communautaire à l'hygiène et à l'assainissement, en lien direct avec l'approvisionnement en eau potable.

▪ Développement d'un appui à l'offre de soin

Face aux difficultés rencontrées sur le terrain, notamment l'éloignement des CSB, les obstacles géographiques (distance, traversée de cours d'eau) et les contraintes liées aux déplacements nocturnes avec un enfant malade, il a été proposé de rapprocher la prise en charge des enfants malades des communautés.

Dans l'idée d'augmenter l'accès aux soins afin de contribuer à la réduction de la mortalité, Inter Aide a identifié la pertinence de **proposer la mise en place d'un service de soins au niveau villageois**, alors qu'il s'agissait encore d'une approche novatrice. Inter Aide assumait ainsi la majorité des responsabilités, allant de la formation des agents communautaires à la fourniture des médicaments, en passant par la supervision et la gestion des données à travers ses propres outils, développés en l'absence de cadre national de référence. Le programme a rapidement démontré son impact, **réduisant de 50% la mortalité des enfants de moins de 5 ans** (de 150 décès pour 1 000 naissances vivantes à 75).

Dans ce cadre, des membres volontaires des communautés ont été identifiés, formés et équipés pour assurer la prise en charge des enfants malades directement au niveau communautaire, au sein des *fokontany*. Cette approche visait à réduire les barrières d'accès aux soins pour les mères et les enfants, sans nécessairement formaliser, à cette étape, la notion de « site de traitement de proximité », puisque les volontaires recevaient les familles chez eux. Ces agents étaient appelés « maman conseil » pour les femmes ou « papa conseil » pour les hommes.

A cette époque, la mise en place d'agents communautaires n'était pas encore prévue dans la politique nationale ; ce n'est qu'à partir de 2009 que ce dispositif a été défini à l'échelle nationale, dans le cadre d'une Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). La majorité de ces « papas conseil » et « mamans conseil » ayant travaillé avec Inter Aide dans le district de Manakara ont ensuite été intégrés par le Ministère de la Santé pour devenir agents communautaires.

Ils ont été formés et approvisionnés en médicaments par Inter Aide pour soigner les enfants malades du village, et intervenaient également auprès des femmes enceintes souffrant de fièvre. Il est important de souligner que **jusqu'en 2010, aucune collaboration n'existait avec les CSB** : les agents d'Inter Aide étaient responsables de la collecte des rapports au niveau du *fokontany*, du renouvellement des stocks de médicaments, et de la gestion des fonds liés à l'achat des médicaments.

Avec l'augmentation progressive du nombre de communes couvertes, le stockage des médicaments a été transféré progressivement vers les CSB afin de faciliter la gestion et la pérennisation du dispositif.

▪ **Arrivée de la Politique Nationale de Santé Communautaire**

En 2010, une évolution majeure a été amorcée avec l'implication progressive des chefs CSB, en accord avec la nouvelle PNSC, débutant par leur formation sur la gestion du fonctionnement du système des activités communautaires. Le rôle des chefs CSB comprenait notamment :

- la conduite des revues des AC ;
- la collecte et l'acheminement des rapports ;
- la passation des commandes de médicaments ;
- l'acheminement et la distribution des médicaments.

Cette évolution **ouvrait la voie à la pérennisation des actions d'Inter Aide et l'intégration progressive de l'équipe du ministère** dans la gestion des systèmes mis en place, à titre de transfert de responsabilités. Initialement, les chefs CSB étaient responsables de la transmission des rapports, tandis qu'Inter Aide collectait les informations sur le terrain et gérait la transmission des fonds de la part des AC pour l'achat des médicaments à recouvrement de coût, et la préparation des commandes de médicaments.

Progressivement, un relais s'est mis en place : les chefs CSB déposaient leurs rapports directement au SDSP, et l'équipe d'Inter Aide venait les récupérer pour préparer la répartition des médicaments selon les commandes et assurer la livraison lors des revues.

▪ **Evolution de l'appui et transfert progressif de la gestion aux acteurs locaux (AC référents, CSB et EMAD)**

Dans une logique de pérennisation de la gestion des AC, Inter Aide a **mis en place les « AC Mpiradia » à partir de 2011 (ou AC référents)**, à la suite du constat de certaines faiblesses dans la gestion de la santé communautaire au niveau des CSB. Deux AC parmi les plus performants de chaque CSB étaient sélectionnés et formés spécifiquement pour accompagner leurs pairs, notamment dans la vérification et la correction des outils de gestion (registre de consultations et rapports mensuels). Ce dispositif répondait également à une contrainte pratique : lors des revues, le temps disponible des chefs CSB était souvent limité, ce qui ne leur permettait pas d'assurer de manière approfondie la vérification des outils de gestion de tous les AC. Les AC Mpiradia constituaient ainsi **un relais de proximité permettant de renforcer progressivement les capacités des AC et de soutenir l'appropriation** des activités au niveau communautaire.

A partir de 2016, **l'approvisionnement en médicaments par Inter Aide et le maintien de stocks dans ses bureaux ont été interrompus** afin de suivre le circuit public via le PHAGEDIS (PHArmacie Générale du DIstrict), favorisant ainsi la pérennisation du dispositif. Cependant, à ce stade, les chefs CSB n'étaient pas encore impliqués dans l'encadrement technique des AC.

A partir de l'année 2014, **l'implication des EMAD a été recherchée progressivement** par des invitations ponctuelles sur le terrain, dans une logique de transfert de compétences. Plusieurs actions ont été mises en place pour assurer ce transfert : approvisionnement des CSB en médicaments pour distribution aux AC selon leurs besoins, rappels réguliers des responsabilités des chefs CSB (revues, encadrement technique des AC, approvisionnement en médicaments). Malgré ces efforts, **les progrès au niveau de l'EMAD ont été limités**. Ceux-ci considéraient ces activités comme **relevant essentiellement d'Inter Aide, ce qui nécessitait souvent un financement (indemnité)** ou une invitation spécifique pour toute supervision sur le terrain, limitant l'appropriation des activités par les acteurs locaux.

Un facteur historique a également influencé cette dynamique. En 2006, un différend est survenu entre le responsable d'Inter Aide de l'époque et celui de l'ONG ASOS, qui menait des activités similaires à celles d'Inter Aide. Elle intervenait notamment dans la lutte contre le paludisme, en particulier à travers la distribution de moustiquaires subventionnées, selon des modalités proches de celles mises en œuvre par Inter Aide. Initialement perçu comme un refus de collaboration de cette ONG avec Inter Aide, il s'est avéré que les EMAD locaux avaient soutenu leur position, recommandant de ne plus travailler conjointement avec Inter Aide. Cette situation a entraîné une perte de motivation au sein de l'EMAD, rendant toute reprise de collaboration très difficile jusqu'au retrait définitif du programme dans le district. Le différend a même atteint les niveaux régionaux et ministériels, qui ont exprimé leurs difficultés à collaborer avec Inter Aide. Cette expérience souligne la **nécessité de prudence lors de la mise en place de collaborations avec des ONG proches du ministère, afin d'éviter des conflits similaires et de garantir l'appropriation des activités par les acteurs locaux.**

Malgré tous les efforts, l'appropriation des activités communautaires restait limitée (en particulier à partir de l'année 2016) : EMAD et chefs CSB percevaient encore ces activités comme des initiatives propres à Inter Aide, freinant leur engagement réel. Par ailleurs, certains partenaires, tels que USAID MIKOLU, ASOS, puis USAID ACCESS, ont adopté des approches différentes, parfois contradictoires avec celle d'Inter Aide, notamment en distribuant des indemnités pour chaque activité réalisée. Cette situation a réduit l'influence et l'efficacité d'Inter Aide, rendant toute collaboration harmonieuse très difficile.

Concernant les indemnités, l'approche d'Inter Aide était initialement très rigide et similaire pour tous les niveaux (AC, CSB et EMAD). Les activités de routine ne donnaient pas droit à des indemnités (supervision, participation à la revue mensuelle au CSB, etc.) tandis que les activités de formation nécessitant une participation à la journée entière et organisée par Inter Aide ouvraient droit à une indemnité. Cette approche a partiellement évolué au fil du temps. **Une indemnité a progressivement été accordée dans le cadre des supervisions conjointes avec les équipes du Ministère.** Cette évolution visait notamment à faciliter la collaboration avec les SDSP, tout en maintenant le principe d'un accompagnement conjoint des activités.

Dans le cadre du transfert de responsabilité, Inter Aide a donc procédé à un réajustement stratégique progressif de son mode d'appui, en réponse à l'évolution des besoins et du contexte institutionnel. Ce réajustement s'est traduit par **une réduction progressive de l'accompagnement terrain direct des Agents Communautaires (AC), au profit d'un renforcement de l'implication des chefs CSB et des EMAD,** dans une logique d'appropriation institutionnelle et de pérennisation des acquis.

▪ **Résumé de l'historique de l'intervention à Manakara (2001-2022)**

- Dans une première phase, de 2002 à 2009, l'intervention s'est principalement **concentrée sur les familles et les AC**, permettant une amélioration significative du recours aux soins des enfants, grâce à l'évolution des pratiques familiales et à la mise en place d'un service de soins de proximité fonctionnel. La relation avec les autorités sanitaires était toutefois parfois complexe. Cette complexité était en partie liée à la présence d'expatriés au sein d'Inter Aide, dont les modalités de vie et de travail sur le terrain pouvaient parfois rendre les échanges et la collaboration avec les équipes locales difficiles. Ces difficultés ont pu alimenter certaines incompréhensions et tensions dans les relations avec les autorités sanitaires.
- À partir de 2009, **les chefs CSB ont été progressivement intégrés** dans le suivi des AC. Cette évolution a contribué à maintenir, jusqu'en 2015, des volumes de consultation satisfaisants, traduisant une coordination opérationnelle entre les différents niveaux d'acteurs, également

permise par l'entrée en jeu de la PNSC. **L'implication d'AC référents** permettaient également de renforcer la participation des acteurs locaux, notamment sur la correction des données.

- A la suite de l'arrêt de l'approvisionnement en intrants assuré par Inter Aide fin 2015, **une baisse marquée des consultations a été observée**. Malgré les échanges et tentatives de concertation visant à accompagner cette transition et à renforcer l'implication des EMAD dans la continuité du dispositif, le niveau d'engagement effectif de ces derniers est demeuré insuffisant pour permettre une stabilisation durable de l'offre de soins.
- Une tentative de relance a été engagée début 2021 à travers une donation d'intrants, accompagnée de démarches de coordination avec les EMAD. Cependant, **des difficultés de gestion ont limité l'impact** de cette initiative et n'ont pas permis de restaurer durablement les niveaux de consultation antérieurs.
- Après plusieurs années de tentatives répétées de collaboration, marquées par des efforts continus de communication et d'implication des EMAD à chaque phase, les conditions nécessaires à un travail conjoint structuré, cohérent et harmonisé n'étaient toujours pas réunies. Cette situation a conduit à **une rupture progressive de la collaboration avec les EMAD, rendant impossible la poursuite de l'intervention** selon des modalités partagées et durables. L'information du retrait d'Inter Aide du district de Manakara a été donnée début 2022. Une activité de clôture a été menée dans chaque CSB auprès de tous les AC pour renforcer les rôles de chaque acteur dans la poursuite des activités communautaires (AC, AC Mpiradia, équipe CSB, EMAD).

▪ Leçons apprises

Cette expérience met en évidence plusieurs enseignements majeurs. Tout d'abord, **l'implication active des acteurs locaux dès le départ** est indispensable pour favoriser l'appropriation et la pérennité des interventions. L'expérience montre également qu'un **transfert progressif des responsabilités et des compétences** vers les structures locales est nécessaire pour éviter une dépendance excessive aux appuis externes et permettre aux acteurs du système de santé de prendre progressivement le relais. Enfin, **la coordination et la cohérence entre les différents partenaires** sont essentielles pour assurer l'efficacité et la pérennité des interventions, notamment lorsque plusieurs ONG et programmes interviennent sur un même territoire avec des approches différentes.

b. Farafangana (2008-2025¹)

Au départ en 2008, il n'existait aucun contact direct entre Inter Aide et les autorités sanitaires locales. **L'expérience et l'approche développées à Manakara ont servi de modèle** pour le déploiement des activités à Farafangana. La démarche adoptée a suivi les mêmes étapes : prospection, démarrage du travail, mise en place des outils opérationnels. Plusieurs membres des équipes de Manakara ont d'ailleurs été affectés à Farafangana afin d'appuyer cette mise en place et d'assurer la continuité des bonnes pratiques et leçons apprises. Il est intéressant de noter le lien de filiation entre les structures : ainsi, si Inter Aide Hydro a donné naissance à Inter Santé Manakara, c'est Inter Aide Santé Manakara qui a été le « parent » d'Inter Aide Santé à Farafangana. Cette continuité a permis de **transférer les expériences et méthodes déjà testées**, tout en adaptant l'approche aux spécificités locales de Farafangana, notamment en termes de logistique et de besoins communautaires.

La prospection de 2007 s'est concentrée sur des rencontres avec le chef de district et les maires, sans véritable implication initiale du médecin inspecteur ni des chefs CSB. Dans cette phase, le programme

¹ L'intervention est toujours en cours à Farafangana, mais la capitalisation porte sur la période 2002 à 2025.

pilotait directement l'ensemble des activités communautaires, incluant la formation et le suivi des AC ainsi que la fourniture des intrants essentiels. Progressivement, et suite à la publication de la PNSC en 2010, l'approche a évolué vers une meilleure intégration des chefs CSB et de l'EMAD, favorisant une responsabilisation accrue des acteurs locaux et la pérennisation des interventions.

- **Historique de la collaboration entre Inter Aide Santé Farafangana et l'EMAD**

- 1- Une phase initiale marquée par une faible collaboration institutionnelle (2008-2015)**

L'intervention d'Inter Aide Santé dans le district de Farafangana a débuté en 2008. Durant cette première phase de présence, le programme s'est structuré et déployé **de manière largement autonome, sans cadre de collaboration institutionnelle, ni formelle ni informelle, avec l'EMAD**. Les activités étaient mises en œuvre directement auprès des CSB et des acteurs communautaires (AC), selon les approches, outils et méthodes propres à Inter Aide. Les relations opérationnelles se faisaient essentiellement au niveau des structures de base (CSB, AC), sans réelle concertation ni coordination avec l'équipe cadre du district.

À partir de 2010 et la publication de la PNSC, la relation avec l'EMAD a progressivement **évolué vers davantage de rapprochement et d'implication dans les activités du programme**. Les chefs CSB et les équipes de l'EMAD ont été progressivement associés au suivi et à la supervision des AC, ainsi qu'aux échanges autour des activités de santé communautaire. Cette évolution a permis de renforcer progressivement l'ancrage institutionnel du programme, même si l'appropriation et l'implication de l'EMAD sont restées variables selon les périodes.

Si cette autonomie a permis une mise en œuvre rapide et efficace de plusieurs activités communautaires, elle limitait de fait l'ancrage institutionnel du programme et sa reconnaissance comme partie intégrante du dispositif de santé publique du district. Mais elle s'expliquait par le contexte de départ, marqué par l'absence de cadre institutionnel formalisé et de possibilité réelle d'implication des acteurs de santé. Inter Aide a progressivement fait évoluer son approche afin de renforcer l'ancrage local et la pérennisation des activités. Dans cette dynamique, **des « AC Akama » (ou AC référents)**, sélectionnés parmi les AC les plus performants, ont notamment été mobilisés **pour appuyer leurs pairs dans la gestion des activités et des outils**, en particulier en l'absence d'un encadrement régulier par les agents de santé du CSB (et sur le modèle des AC Mpiradia de Manakara).

À partir de 2010, **l'arrivée de nouveaux partenaires** intervenant dans la formation et l'accompagnement d'autres AC, notamment dans le cadre de la PCIMEC ou d'autres programmes, a progressivement **complexifié la gestion et la coordination des AC** au niveau du district. Inter Aide a ainsi cherché à favoriser une harmonisation des listes d'AC et une meilleure coordination entre les différents acteurs. Cet effort d'harmonisation a notamment été formalisé avec l'EMAD en 2017, à l'initiative d'Inter Aide, avec la mise en cohérence des listes d'AC intervenant dans les différentes zones et programmes.

- 2- Le début effectif de la collaboration (à partir de 2016-2022)**

La collaboration avec l'EMAD à Farafangana se renforce de manière plus concrète à partir de 2016. Cette dynamique est initiée par Inter Aide, dans une logique de **renforcement de l'ancrage institutionnel du programme et d'alignement progressif avec les orientations du Ministère de la Santé**.

L'adhésion de l'EMAD s'est faite de manière progressive, facilitée par l'implication de certaines personnes clés au sein de l'équipe cadre, notamment le Responsable du Paludisme District (RPD), convaincu de l'intérêt des supervisions conjointes et investi dans le développement des activités de santé communautaire.

Les premières formes de collaboration se sont traduites par :

- la participation du RPD à la formation des AC Akama en 2018 ;
- des supervisions conjointes ou descentes terrain avec les équipes du district (déjà mises en place à cette période, mais encore relativement limitées et ponctuelles) ;
- le développement d'échanges formels et informels autour de la situation des CSB ;
- la transmission régulière des comptes rendus mensuels des activités communautaires à l'EMAD (2018-2023) ;
- une collaboration dans la quantification de certains intrants (par exemple pendant la participation à l'étude de l'Institut Pasteur de Madagascar).

À ce stade, l'implication de l'EMAD restait toutefois limitée. Seuls certains membres étaient réellement engagés dans la collaboration, les supervisions conjointes ou descentes terrain étaient peu fréquentes, et l'EMAD intervenait sans outil de suivi spécifique. Cette phase peut être qualifiée de **phase d'amorçage, caractérisée par une volonté de rapprochement institutionnel, mais encore fragile et dépendante des dynamiques individuelles**.

Globalement, entre 2016 et 2022, la collaboration s'est progressivement renforcée, mais de manière lente et irrégulière. Les supervisions conjointes avec les équipes du district existaient déjà auparavant, mais restaient encore peu nombreuses et ponctuelles. Elles ont progressivement contribué à structurer les relations de travail entre Inter Aide et l'EMAD, sans toutefois atteindre un niveau de systématisation ne satisfaisant ni suivre un protocole de supervision standard. Cette période a été fortement influencée par l'instabilité des équipes en poste au niveau du district : 5 Médecins Inspecteurs se sont succédé depuis 2018, ainsi que 4 Responsables communautaires de l'EMAD, et 5 DRS.

Ces changements fréquents ont eu un impact direct sur la continuité de la collaboration. Chaque prise de fonction impliquait **un temps de réappropriation du programme, de clarification des rôles et parfois de renégociation des modalités de travail**. Certaines périodes ont été marquées par :

- une quasi-absence de collaboration effective ;
- des tensions liées aux indemnités versées lors des supervisions ;
- des blocages administratifs (refus de signature d'autorisations de travail, retards dans les validations) ;
- l'intervention ponctuelle du niveau central du Ministère pour apaiser certaines situations (par exemple encouragement à la coordination entre PTF et EMADF).

À l'inverse, d'autres périodes ont connu une amélioration notable du dialogue, une collaboration plus fluide, et une reconnaissance progressive du rôle stratégique de la santé communautaire dans le district, en fonction des personnels en place. Cette phase met en évidence **la forte dépendance de la collaboration aux personnes en poste, plus qu'à un cadre institutionnel stabilisé**.

3- Vers une structuration et un alignement institutionnel plus affirmés (2023-2025)

À partir de 2023, un tournant plus structurant apparaît dans la collaboration entre Inter Aide et l'EMAD. Cette évolution s'inscrit également dans un contexte de **renforcement de l'intérêt du niveau central du Ministère pour la santé communautaire**, qui s'est progressivement traduit par une plus grande attention portée à ces activités au niveau du district. Plusieurs actions traduisent ainsi une volonté de mieux ancrer le programme dans le dispositif institutionnel du district :

- Implication des Chefs CSB dans la préparation et la co-animation des ARC (Atelier de Renforcement de Compétences des AC) ;
- Mise en place de comités de pilotage réguliers ;
- Intensification, bien que modérée, des descentes terrain conjointes ;

- Désignation des responsables de la santé communautaire au CSB, puis renforcement conjoint des capacités des agents de santé ;
- Appui à l'acheminement des vaccins et autres intrants.

Le processus d'harmonisation des outils avec ceux du Ministère de la Santé avait été initié dès la publication de la PNSC. Inter Aide avait progressivement adapté ses outils internes afin de faciliter l'utilisation et le renseignement des outils officiels du Ministère (notamment le registre de consultations et le RMA com). La complexité des outils officiels, extrêmement difficiles à maîtriser pour les AC, avait poussé Inter Aide à développer des outils simplifiés utilisés en complément pour faciliter le remplissage des outils plus complexes du Ministère, jusqu'en 2022. À partir de 2023-2024, Inter Aide est entrée dans **une logique d'utilisation exclusive des outils officiels du Ministère, acceptant de fait d'investir plus de temps dans le renforcement technique des AC** pour la maîtrise de ces outils. En parallèle, un appui à la saisie des données dans DHIS2 a été apporté afin de contribuer à résorber les retards d'encodage.

Cette phase s'inscrit dans un processus engagé progressivement depuis plusieurs années, visant à faire évoluer l'intervention d'une logique initialement autonome vers un meilleur alignement avec le dispositif institutionnel. Cette évolution a progressivement renforcé l'implication des structures publiques et l'appropriation du programme au niveau du district.

Les descentes terrain conjointes avec les équipes de l'EMAD existaient déjà avant 2018, et ont progressivement contribué à renforcer les relations de travail entre Inter Aide et les équipes du district. À Farafangana, ces descentes conjointes sont toutefois restées relativement limitées, notamment jusqu'en 2025. Elles étaient généralement organisées pour accompagner la mise en place ou le suivi d'une activité de santé communautaire, par exemple lors d'une revue ou pour l'encadrement d'un agent de santé. La participation des membres de l'EMAD se faisait de manière alternée selon les disponibilités et les activités. Au total, environ quatre membres de l'EMAD étaient généralement impliqués dans ces descentes terrain, mais pas nécessairement au cours d'une même mission.

Le positionnement des acteurs est relativement clair :

- L'EMAD se positionne comme structure de supervision ou d'appui technique lors de la descente ;
- Inter Aide intervient en complément, parfois en observateur.

Toutefois, la planification des supervisions reste majoritairement initiée par Inter Aide. Malgré plusieurs sollicitations, **les plannings ne sont pas encore construits conjointement**, ce qui limite l'appropriation pleine et entière du dispositif par l'EMAD.

Le rôle des acteurs dans les revues avait déjà évolué au cours du temps. Au début de l'intervention, Inter Aide animait et conduisait les revues des AC, le Chef CSB assurant l'ouverture et la clôture, tandis que l'EMAD restait peu impliquée. Avec la mise en place des AC Akama, Inter Aide s'est progressivement retirée de l'animation directe, transférant les responsabilités vers les acteurs locaux. Depuis 2023, la situation des revues à Farafangana est la suivante :

- L'animation est assurée par les AC Akama, le Responsable Santé Communautaire et le Chef CSB ;
- Le remplissage de la LV de revue est désormais assuré par les équipes du CSB, notamment grâce à la formation des agents de santé à l'utilisation de cet outil et aux encadrements réalisés conjointement par Inter Aide et l'EMAD au niveau des CSB ;
- L'encadrement est porté par le Chef CSB et le Responsable Santé Communautaire ;
- L'EMAD joue un rôle de supervision, d'accompagnement et de formation ponctuelle.

Concernant les formations, Inter Aide est progressivement passée d'un rôle d'opérateur principal à celui de partenaire technique. L'ARC des Agents de Santé, déployé en 2026, sera **principalement mené par l'EMAD/EMAR, avec un appui d'Inter Aide**. Ce changement illustre le transfert progressif de responsabilités et de leadership vers les structures publiques.

De plus, Inter Aide fournit un **appui à la saisie des données des RMA com dans le DHIS2 officiel du SDSP depuis 2024**, à travers le financement d'un poste dédié au sein du SDSP. Cet appui a permis de rattraper des retards importants d'encodage des données de consultation des AC. Toutefois, cette modalité comporte un **risque de déresponsabilisation de l'EMAD** si elle n'est pas encadrée dans le temps. L'absence d'échéance claire pose la question de la pérennité de cette prise en charge.

Par ailleurs, Inter Aide apporte un **appui logistique significatif** (transport, carburant, matériel) et verse des indemnités aux membres de l'EMAD pour les descentes de terrain (36 000 Ar depuis 2018, puis 25 000 Ar depuis fin 2025). Si ces appuis sont globalement bien perçus, ils ont parfois suscité des tensions, révélant la sensibilité de la question de la motivation financière dans les partenariats opérationnels.

Enfin, **l'absence de convention de partenariat formelle** entre Inter Aide Santé Farafangana et l'EMAD **constitue une limite à l'institutionnalisation de la collaboration**. Inter Aide a pourtant engagé des démarches pour formaliser ce partenariat, mais celles-ci n'ont pas abouti, l'EMAD n'ayant pas souhaité mettre en place une telle convention. Cette situation témoigne d'un engagement institutionnel encore variable de la part de l'EMAD. Dans la pratique, toutefois, l'absence de convention ne constitue pas nécessairement un obstacle majeur aux activités de terrain, celle-ci n'ayant pas de caractère contraignant. La qualité et la continuité de la collaboration restent ainsi largement dépendantes de la motivation, de la disponibilité et de l'implication des membres de l'EMAD.

▪ Résumé de l'historique de l'intervention à Farafangana (2008-2025)

L'évolution de la collaboration entre Inter Aide et les structures sanitaires publiques s'inscrit dans celle, plus large, du cadre institutionnel de la santé communautaire au niveau du Ministère de la Santé. Elle peut être résumée en trois grandes phases :

- **2008-2010 : une phase initialement autonome**, dans un contexte où la santé communautaire était encore peu institutionnalisée, avec une implication limitée des structures du district dans les activités d'Inter Aide ;
- **2010-2015 : une phase de rapprochement et de transition progressive**, marquée notamment par l'entrée en vigueur de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC), puis par une implication progressivement accrue des équipes du district. Les collaborations et descentes terrain conjointes existaient déjà, mais restaient encore irrégulières, avec une implication variable de l'EMAD selon les périodes ;
- **2016-2022** : suite notamment à l'interruption de l'approvisionnement direct par Inter Aide et à la baisse consécutive des consultations des AC, cette phase voit **s'intensifier les efforts de partenariat réel avec l'EMAD** de Farafangana et d'harmonisation avec les protocoles nationaux (y compris la liste officielle des AC).
- **Depuis 2023 : une phase d'alignement institutionnel plus affirmé**, dans un contexte de regain d'intérêt du Ministère de la Santé pour la santé communautaire, notamment sous l'impulsion des dynamiques soutenues par l'USAID. Cette évolution s'est traduite au niveau du district par une implication accrue des structures sanitaires, un transfert progressif des responsabilités et une utilisation désormais systématique des outils officiels du Ministère.

Aujourd'hui, la collaboration est plus systématique : chaque activité fait l'objet d'une demande d'accord et de validation auprès de l'EMAD. Néanmoins, **l'implication reste fortement dépendante**

des personnes en poste, ce qui constitue à la fois un levier potentiel de dynamisme et un facteur de fragilité du partenariat.

▪ **Leçons apprises**

- La collaboration dépend fortement des personnes en poste plus que des mécanismes institutionnels.
- L'absence de cadre formel fragilise la durabilité du partenariat.
- Les supervisions conjointes ou descentes terrain constituent un levier clé d'appropriation institutionnelle.
- Le transfert progressif de leadership nécessite du temps et un accompagnement structuré.
- Les appuis opérationnels (logistiques, financiers) apportent des gains rapides mais comportent des risques de dépendance.

c. Mananjary (2010-2014)

Dans ce district, **la demande d'appui provenait du médecin inspecteur**, désireux d'implanter une approche centrée sur un appui au SDSP. Cependant, le programme y a reproduit le modèle de Manakara : les médicaments étaient achetés par Inter Aide auprès de PSI et de pharmacies locales, puis stockés au PHAGEDIS de Mananjary. Malgré cette organisation logistique, Inter Aide continuait d'assurer directement la distribution et le suivi des médicaments, limitant ainsi l'implication des équipes du Ministère.

Le manque de relations étroites avec les équipes ministérielles, combiné à la faible implication des EMAD et des chefs CSB, a contribué à la perception que la mise en œuvre des activités relevait essentiellement d'Inter Aide. Cette situation a complexifié le suivi et l'encadrement des Agents Communautaires (AC). Dans ce contexte, les attentes financières exprimées par les AC doivent également être comprises à la lumière des conditions socio-économiques locales, caractérisées par un niveau de vie relativement élevé dans la zone, rendant difficile un engagement régulier des AC sans compensation financière perçue comme adéquate.

Parallèlement, la présence d'autres ONG telles qu'ADRA et CRS, qui proposaient des indemnités nettement plus élevées aux AC et aux chefs CSB, a accentué ces tensions. À titre d'exemple, alors qu'Inter Aide versait 1 500 Ar par AC et par jours lors des formations, ces autres ONG offraient jusqu'à 8 000 Ar. Ces facteurs combinés ont généré de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre des activités et freiné l'appropriation locale des interventions.

Le programme avait démarré par des formations simultanées des chefs CSB et des équipes de l'EMAD, avec Inter Aide comme formateur principal — notamment sur la PCIMEC et d'autres thématiques. Si cela constituait une évolution importante par rapport aux méthodes mises en place précédemment, la gestion des activités restait néanmoins centralisée par Inter Aide : fourniture des intrants, supervision et encadrement direct des AC. Cette configuration a engendré plusieurs problématiques, dont la revendication récurrente d'indemnités par les AC, souvent peu conscients de l'ampleur de l'appui fourni par Inter Aide. Cette dépendance financière a considérablement freiné le transfert de compétences vers les équipes de l'EMAD et les chefs CSB, limitant par conséquent l'appropriation locale des interventions.

Dans ce contexte, la décision de mettre fin à l'intervention au niveau du district ne résulte pas d'un facteur isolé, mais d'une combinaison de contraintes, associant à la fois **les revendications financières des AC, le faible niveau de consultations d'enfants observé et les limites rencontrées dans l'implication opérationnelle de l'EMAD**, rendant la poursuite du programme difficile sans un engagement institutionnel renforcé.

d. Vohipeno (2006-2008 et 2018-2025)

L'intervention du programme à Vohipeno s'est déroulée en deux grandes périodes distinctes, chacune marquée par des approches et des contextes différents.

▪ Période 2006-2008

Les premières activités ont débuté en 2006, dans un contexte antérieur à la mise en place de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). À cette période, Inter Aide travaillait principalement avec les autorités administratives et n'avait pas encore mis en place de collaboration avec les autorités sanitaires locales. Les activités étaient ainsi conduites de manière relativement autonome, sans implication directe des équipes sanitaires du district dans leur planification et leur mise en œuvre.

Les actions étaient concentrées dans les communes éloignées³ du district. Des Agents Communautaires (AC) dans ces communes ont été formés pour réaliser des animations de sensibilisation et assurer la commande de moustiquaires pour les familles convaincues d'en acheter. À cette époque, le programme Inter Aide commercialisait des moustiquaires à prix subventionné, rendant ces outils de prévention plus accessibles aux ménages. Les AC ont été formés également sur la prise en charge des enfants de moins de 5 ans. Le programme fournissait les intrants antipaludiques et les intrants pour les deux autres maladies (IRA et diarrhée).

Cependant, en 2008, les interventions ont été arrêtées à Vohipeno. Cette décision s'explique par le constat que **le district présentait une meilleure situation sanitaire initiale par rapport aux autres districts cibles**. En effet, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans initial était significativement plus faible : 90 ‰ à Vohipeno contre 150 ‰ dans le district de Manakara (mort-nés inclus).

Cette situation a conduit le programme à réorienter ses ressources et efforts vers des zones jugées plus prioritaires et vulnérables d'où l'ouverture de l'intervention dans le district de Farafangana.

▪ Période 2018 à 2025

L'intervention à Vohipeno a repris en 2018. Cette reprise n'a pas été motivée fondamentalement par l'analyse des indicateurs sanitaires, tels que le taux de mortalité, mais plutôt par une volonté de mettre en œuvre une « intervention théâtrale », selon l'expression de M. Philippe Redon. L'intervention à Vohipeno visait à capitaliser sur les expériences et les acquis développés dans les districts de Manakara et de Farafangana, tout **en testant une approche accélérée de déploiement à l'échelle d'un district**, en contraste avec l'approche progressive, commune par commune, mise en œuvre précédemment.

Le district de Vohipeno a été retenu pour cette phase pilote en raison de sa taille jugée raisonnable et de sa position géographique intermédiaire entre les deux zones d'intervention, facilitant la mobilisation des équipes et le transfert des pratiques éprouvées. L'ambition était de former l'ensemble des Agents Communautaires (AC) sur une période concentrée de quelques mois, en collaboration étroite avec les EMAD, afin d'accélérer la mise en œuvre du dispositif à l'échelle du district.

Dans cette même logique, une méthode accélérée de sensibilisation communautaire a été privilégiée pour réduire les délais de déploiement. Toutefois, malgré cette ambition initiale de mise en œuvre sur

² L'intervention est toujours en cours à Vohipeno, mais la capitalisation porte sur la période jusqu'à 2025.

³ Commune de Mahazoarivo et commune d'Ilakatra pour cas exceptionnel pour les communes de Nato, Mahabo, Ankarimbary et Lanivo. Les maires dans ces communes étaient très demandeurs pour avoir l'intervention du programme.

trois ans, le processus a finalement nécessité près de cinq années pour le volet animation, mettant en évidence les limites et les ajustements requis par cette approche accélérée.

L'intervention à Vohipeno s'est appuyée sur une stratégie technique renforcée, centrée en premier lieu sur la formation des Agents Communautaires (AC). Les formations ont été principalement conduites par l'équipe du programme, avec la participation systématique d'un Chef CSB et d'un membre de l'EMAD. Cette implication des responsables sanitaires locaux a permis de **renforcer leur association à la mise en œuvre des activités et de favoriser progressivement leur appropriation du programme**. Cette approche diffère de celle mise en œuvre précédemment à Manakara, où Inter Aide assurait davantage directement les formations, avec une implication plus limitée des responsables locaux. À Vohipeno, la participation régulière du Chef CSB et de l'EMAD dès les formations constituait ainsi un élément favorable à l'ancrage institutionnel de l'intervention.

Cette approche a permis de renforcer les compétences techniques des AC tout en favorisant une implication régulière des structures sanitaires locales. La collaboration avec le SDSP de Vohipeno était alors bien engagée, notamment grâce à la participation du Chef CSB et d'un membre de l'EMAD aux différentes formations. Toutefois, **l'arrivée de nouveaux acteurs à partir de 2019, proposant des indemnités et des appuis financiers** aux différents acteurs à plusieurs niveaux, a progressivement complexifié la coordination et fragilisé cette dynamique de collaboration. Ainsi, aucune supervision conjointe n'a pu être organisée avec l'EMAD, car celle-ci préférerait travailler avec d'autres partenaires offrant des indemnités, et se montrait donc peu disponible pour réaliser des visites conjointes avec Inter Aide, même lorsque celles-ci étaient proposées. Cette situation a limité la consolidation d'une dynamique de partenariat stable et le renforcement progressif de l'autonomie locale dans la mise en œuvre des activités.

▪ Leçons apprises

Il y avait effectivement une intention d'intégrer l'EMAD et les chefs CSB dans la mise en œuvre des activités. Cependant, la majorité des formations a été menée par les équipes du programme, sans implication active des autres EMAD, y compris le Médecin Inspecteur. Dans certains cas, la participation de l'EMAD se limitait à l'ouverture de la formation avant de se retirer, faute de disponibilité.

Ce qui a fait défaut, c'est **principalement l'établissement d'une relation solide avec l'ensemble de l'EMAD**. Seule une personne a été affectée pour travailler directement avec l'EMAD, ce qui a limité la collaboration réelle. Il n'y a eu ni travaux conjoints étendus avec les autres membres de l'EMAD, ni participation active aux revues organisées au BSD (Bureau du District de Santé). Cependant, le curriculum de formation a été élaboré par l'équipe d'Inter Aide, puis présenté au Médecin Inspecteur et au responsable d'activité. Sur la base de leurs retours, certains éléments ont été intégrés, notamment le thème de la vaccination, demandé par l'EMAD après cette présentation.

On résume ainsi les leçons tirées de l'expérience à Vohipeno :

- L'implication effective de tous les acteurs du ministère est essentielle pour assurer l'appropriation des activités ;
- Il faut consacrer du temps spécifique à la construction de relations durables avec l'ensemble de l'EMAD, pas seulement avec une seule personne ;
- Les formations et activités doivent être co-animées avec les acteurs locaux (EMAD, CSB) pour renforcer leur engagement et éviter que l'équipe du programme ne reste l'unique responsable de la mise en œuvre.

Cette expérience montre que l'intention seule ne suffit pas : **l'intégration réelle des acteurs locaux nécessite planification, disponibilité et engagement actif**.

e. Vangaindrano (2023-2025⁴)

▪ Phase de prospection et démarrage de l'intervention (2021-2023)

La prospection du programme Inter Aide à Vangaindrano a été menée en novembre 2021 avec la participation du Médecin Inspecteur alors en poste. Toutefois, au démarrage effectif des activités en janvier 2023, un changement institutionnel est intervenu avec la prise de fonction d'un nouveau Médecin Inspecteur. Ce changement a eu un impact notable sur le lancement opérationnel du programme. Si, formellement, les échanges semblaient ouverts, la collaboration avec le nouveau MI s'est révélée difficile dans la pratique. Son positionnement, perçu comme très politique, se traduisait par **une absence de suivi des engagements pris et un manque de clarté dans les décisions**, ce qui a freiné l'avancement des activités et généré une incompréhension persistante du côté d'Inter Aide quant aux blocages rencontrés.

Depuis le début de l'intervention, Inter Aide travaille avec l'EMAD de Vangaindrano. Toutefois, **l'implication des membres de l'EMAD est restée très hétérogène**. Un seul membre, le responsable de la santé communautaire (RSC), s'est montré constant, engagé et moteur dans la collaboration. Celui-ci se trouve néanmoins dans une position délicate, pris entre Inter Aide et ses collègues EMAD, dont une partie refuse de s'impliquer dans les activités sans perception d'indemnités. Cette situation a contribué à des tensions internes au sein de l'EMAD, certains allant jusqu'à se moquer des agents acceptant de travailler sans compensation financière directe.

A la demande de l'EMAD, le programme finance, comme à Farafangana, **un poste d'opérateur de saisie dans le DHIS2** pour les données communautaires depuis 2024. Cependant, la personne est pour l'instant basée dans le bureau d'Inter Aide et non au BSD. Par ailleurs, on observe que les EMAD viennent régulièrement au bureau d'Inter Aide pour des réunions ou pour accéder à internet. Lors des travaux de réhabilitation du BSD, Inter Aide avait proposé à l'EMAD de s'y installer, proposition qui a été refusée. L'EMAD a donc conservé une présence ponctuelle et non structurelle au sein des locaux du programme.

▪ Évolution de l'implication de l'EMAD (2024-2025)

L'implication de l'EMAD a varié dans le temps et selon les personnes. Outre le RSC, un autre membre, le RPD, a montré une forte motivation et une bonne collaboration, notamment au début des supervisions conjointes en janvier 2025. Cette dynamique positive a cependant été de courte durée, ce RPD ayant rapidement quitté son poste, **dans un contexte interne marqué par des tensions et des soupçons de dysfonctionnements (corruption, détournements)**.

Dès le début de l'intervention, Inter Aide a cherché à formaliser la collaboration avec l'EMAD à travers la signature d'une convention. Cette démarche s'est toutefois heurtée de manière récurrente à **la question des indemnités, qui constitue le principal facteur de blocage et explique l'absence de convention formalisée à ce jour**.

Depuis la prospection (2021-2025), **le poste de Médecin Inspecteur à Vangaindrano a changé à trois reprises**. Si ces changements ont initialement fragilisé l'intervention, l'arrivée du dernier MI a marqué une amélioration notable des relations institutionnelles. Aujourd'hui, les échanges sont plus directs, francs et constructifs. Une relation de confiance s'est installée, permettant de mieux se coordonner et de clarifier les attentes réciproques, même si tout n'est pas encore pleinement stabilisé.

Les descentes terrain conjointes ont commencé à se développer davantage à partir de janvier 2025, sous l'impulsion du RPD. Elles sont généralement **réalisées avec un nombre très limité de membres**

⁴ L'intervention est toujours en cours à Vangaindrano, mais la capitalisation porte sur la période jusqu'à 2025.

de l'EMAD, le plus souvent le Responsable Santé Communautaire (RSC), et sont principalement liées à la mise en œuvre ou au suivi d'activités sur le terrain. Une légère amélioration de la collaboration est néanmoins observée, notamment à travers les échanges et certaines formes d'entraide lors des campagnes de vaccination. Lors de ces activités, l'équipe Inter Aide adopte volontairement une posture d'observateur. Elle laisse l'EMAD conduire l'activité et se place en situation de demande de conseils et de recommandations. Cette approche a notamment conduit à l'émergence des « Consultations formatives » (ou EPI : Évaluation de Performance Individuelle), dont le concept et la grille ont été proposés initialement par le RPD.

L'appui du programme aux activités conjointes avec l'EMAD est principalement logistique : mise à disposition de moto avec chauffeur, carburant, hébergement et repas, sans versement d'indemnités (jusque fin 2025). **La participation de l'EMAD à ces activités reste globalement faible.** La planification des supervisions conjointes se fait de manière peu structurée, en fonction des demandes et de la disponibilité de l'EMAD. Selon les situations, soit l'EMAD propose un planning, soit elle s'adapte à celui d'Inter Aide. Lorsque la motivation est présente, l'EMAD suit généralement le planning du programme, préparé plusieurs semaines à l'avance, contrairement à leurs propres outils de planification souvent élaborés à très court terme.

Concernant les formations, le rôle d'Inter Aide a varié selon le type de formation :

- ARC paludisme : intervention quasi exclusive des accompagnateurs Inter Aide (≈99 %) ;
- Formation PARN : collaboration étroite, avec un accompagnateur Inter Aide par centre de formation, une approche très appréciée par les participants ;
- Autres formations ARC (animation) : 100 % Inter Aide.

Les chefs CSB sont peu impliqués dans ces formations, **leur rôle se limitant souvent à une présence formelle.** Les EMAD, quant à eux, sont rarement présents ; le RSC est le seul à avoir participé de manière ponctuelle, principalement pour observer et valider les interventions du programme.

Comme décrit plus haut, un appui à la saisie des données DHIS2 a été mis en place au premier semestre 2024, face à des retards importants et à la difficulté des EMAD à assurer cette tâche. Inter Aide a fait le choix d'éviter une double saisie des données, contrairement à d'autres partenaires, et a soutenu la mise en place d'un opérateur dédié. Cet opérateur, bénévole du CHRD, a été proposé par le Médecin Inspecteur, testé par Inter Aide sur ses compétences informatiques et formé par le RSC à la saisie DHIS2. L'appui a été bien accueilli par l'EMAD.

Les principaux avantages identifiés sont la régularité, la qualité et l'absence de retard dans la saisie. En revanche, **un risque de dépendance des EMAD vis-à-vis de l'opérateur** est souligné, posant la question de la pérennisation. À ce stade, aucun calendrier de retrait n'est fixé, mais une réflexion est en cours pour transférer progressivement l'opérateur vers les bureaux du SDSP. La supervision directe de l'opérateur est assurée par l'EMAD (RSC), Inter Aide n'intervenant pas à ce niveau.

Globalement, la collaboration entre Inter Aide et l'EMAD de Vangaindrano s'est progressivement améliorée. Les débuts ont été marqués par **de la méfiance et une incompréhension du mode de fonctionnement d'Inter Aide.** Avec le temps, une relation de confiance plus sincère s'est installée. Néanmoins, un **déficit de motivation persiste, largement lié à la question des indemnités.** L'espoir est que la mise en place d'une grille claire et partagée puisse contribuer à renforcer durablement l'engagement de l'EMAD et consolider la collaboration.

▪ Leçons apprises

- Les changements de responsables au niveau EMAD ont un fort impact sur la continuité du programme.
- Le moteur principal de la motivation de l'EMAD repose sur un engagement individuel et non institutionnel, ce qui fragilise la pérennisation de l'action.
- Les tensions internes liées aux indemnités proposées par Inter Aide freinent l'appropriation.
- Une présence physique structurée entre l'équipe Inter Aide et l'EMAD permet une meilleure collaboration.
- La supervision ou descente terrain conjointe est un levier d'appropriation mais nécessite un transfert progressif vers l'EMAD et un appui structuré.
- Les appuis financiers et logistiques sont appréciés et permettent des avancées majeures, mais représentent un risque de dépendance.
- La formalisation du partenariat reste un enjeu clé, pour clarifier les responsabilités et modalités de travail, et limiter l'impact des changements de personnel.
- La planification conjointe est un levier important, mais encore faible et dépendante de la motivation de personnes.
- Les interactions progressives et l'établissement de relations de confiance permettent une évolution positive.

2. La stratégie proposée à Vondrozo

a. Pourquoi une approche spécifique à Vondrozo ?

Le district de Vondrozo se caractérise par un contexte géographique et sécuritaire particulièrement contraignant. L'étendue du territoire, l'état dégradé des infrastructures routières, l'isolement de plusieurs communes et une insécurité persistante rendent l'accès aux zones d'intervention difficile et irrégulier, notamment pendant la saison des pluies. Ces contraintes affectent directement la capacité de supervision, de suivi et de coordination des activités communautaires.

Dans ce contexte, lors de l'arrivée d'Inter Aide à Vondrozo, la présence d'autres organisations intervenant dans le domaine communautaire était très limitée. **Les équipes de l'EMAD se sont montrées particulièrement motivées et disposées à collaborer avec Inter Aide, avec notamment une implication marquée du Médecin Inspecteur.** Après clarification du mode de fonctionnement et des principes d'intervention d'Inter Aide, aucune revendication majeure liée aux indemnités n'a été exprimée.

Il existait déjà un certain niveau de fonctionnalité de la santé communautaire, à mettre au crédit de l'EMAD (en l'absence d'intervenant extérieur). Les échanges ont toutefois mis en évidence des contraintes structurelles affectant la capacité opérationnelle des EMAD. Les principales difficultés concernaient le manque de moyens logistiques, notamment l'insuffisance de moyens de déplacement pour les activités de terrain et l'absence ou l'insuffisance de matériel informatique, limitant la planification, le suivi et la remontée des données.

Le fait que la PCIMEC soit déjà en place à Vondrozo et appuyée par l'EMAD a fortement influencé la conception du projet. **L'approche retenue s'est ainsi appuyée sur des dispositifs existants et sur la volonté de collaboration des acteurs locaux,** tout en tenant compte des contraintes géographiques et sécuritaires du district.

▪ **Constats effectués sur le fonctionnement des activités communautaires lors de la première étape de la prospection (fin 2021)**

L'analyse du fonctionnement des activités communautaires a révélé plusieurs points importants :

- **Traçabilité et réunions des AC :**
Des réunions des AC ont lieu au niveau des CSB, bien que leur régularité ne soit pas toujours mensuelle. Ces réunions témoignent néanmoins d'une certaine organisation et d'un suivi des activités, même si elles restent perfectibles.
- **Distribution des médicaments :**
Les médicaments sont distribués aux AC, mais les besoins exprimés ne sont pas toujours entièrement satisfaits. Cela montre que le système fonctionne partiellement, tout en nécessitant des ajustements pour mieux répondre aux besoins réels des AC.
- **Disponibilité des données :**
Les données des AC sont accessibles au niveau du SDSP, mais leur qualité et leur exhaustivité restent insuffisantes. Il est nécessaire de renforcer la collecte et le suivi des informations pour améliorer la traçabilité et la planification des interventions.
- **Motivation et engagement des AC :**
Malgré l'absence de partenaires précédents dans les activités communautaires, les AC montrent une réelle disponibilité et un enthousiasme à collaborer avec Inter Aide. Cette motivation constitue un atout important pour le programme et souligne le potentiel de renforcement des activités à travers un accompagnement structuré.

En résumé, bien que le système ait présenté certaines lacunes, il reposait sur une base de fonctionnement globalement solide, portée à la fois par la motivation et l'engagement des EMAD ainsi que par une réelle volonté de collaboration des agents communautaires. **Ces éléments constituaient des leviers importants sur lesquels il était possible de s'appuyer pour améliorer la qualité et renforcer la pérennité des activités communautaires.** Les activités communautaires étaient encore peu structurées au démarrage, avec une mobilisation irrégulière des agents communautaires et un suivi limité de la part des structures de santé. Le SDSP, conscient de ces défis, avait exprimé un fort intérêt pour l'appui proposé par Inter Aide et s'était engagé à accompagner techniquement l'équipe IA tout au long du processus de mise en œuvre.

b. Etapes préliminaires et choix de l'approche stratégique à Vondrozo

▪ **Réalisation de la prospection avancée (2022)**

La préparation de l'intervention a débuté par une collecte d'informations systématique :

- Entretiens approfondis avec l'EMAD pour faire le point sur l'existant, identifier les points forts, les faiblesses et les besoins spécifiques ;
- Discussions par l'équipe IA avec les chefs CSB pour évaluer leur perception, leur rôle et leurs attentes (présence partielle de l'EMAD) ;
- Rencontres ou entretiens par l'équipe IA avec les mères d'enfants de moins de 5 ans, afin de comprendre leurs comportements vis-à-vis de la recherche de soins.

Une convention de partenariat a finalement été signée entre Inter Aide et l'EMAD en septembre 2023, après une période de prospection, d'échanges et de clarification progressive des modalités de collaboration. Cette convention explicite les engagements mutuels et définit un mode d'intervention fondé sur la co-construction et la coresponsabilité. Elle précise également les modalités d'indemnisation prévues dans le cadre des activités. À cette période, conformément à la grille d'Inter

Aide, des indemnités étaient prévues pour les formations, mais pas pour les supervisions conjointes (évolution fin 2025). Cette clarification des règles d'indemnisation a contribué à cadrer les attentes de chacun et à limiter les malentendus concernant les appuis financiers liés aux activités.

La spécificité de l'approche à Vondrozo repose sur plusieurs points clés :

- **Équipe Inter Aide réduite** : le projet est conduit par une équipe limitée, nécessitant une collaboration étroite de l'EMAD pour toutes les activités de terrain.
- **Appui constant à l'EMAD** : toutes les interventions sur le terrain étaient planifiées en collaboration avec les EMAD et les chefs CSB.
- **Dépendance au soutien des EMAD** : initialement, il a été prévu que l'équipe IA n'intervienne jamais sur le terrain sans l'EMAD, dans le but de renforcer leur appropriation de l'intervention. Cela a bien fonctionné jusqu'en 2025, ce qui témoigne de leur bon engagement. Cependant, la disponibilité de l'EMAD est souvent limitée par d'autres activités, ce qui ralentit le rythme prévu de l'intervention et rend l'équipe IA parfois inactive. A partir de 2025, il a donc été proposé que l'équipe IA puisse intervenir seule lorsque l'EMAD est indisponible, mais cette situation reste rare (3 sorties terrain sans EMAD sur le deuxième semestre 2025).

Cette approche spécifique vise à **garantir la qualité et la cohérence des interventions, tout en renforçant l'appropriation locale et la coresponsabilité des EMAD.**

c. Réalisation des activités et implication de l'EMAD

Depuis le démarrage, l'EMAD est pleinement impliquée à toutes les étapes :

- **Recrutement des enquêteurs** (préparation des offres, passation des tests, formation, accompagnement terrain) :
 - L'EMAD n'a pas participé à l'élaboration des offres, mais a bien procédé à leur affichage.
 - Le responsable de l'activité communautaire a participé à la surveillance des tests écrits lors du recrutement des enquêteurs.
 - Il a également assisté aux sessions de formation (en tant qu'observateur et soutien logistique, mais sans intervenir directement dans les contenus).
 - Enfin, il a contribué à la préparation de l'installation des enquêteurs sur le terrain, notamment en prenant part aux réunions avec les autorités locales et les AC et chef CSB avant le démarrage de l'enquête.
- **Élaboration du curriculum de formation des AC, adapté au contexte local**

Pour clarifier, il ne s'agissait pas de créer un nouveau curriculum mais plutôt de travailler sur une **reformulation des outils officiels existants pour une meilleure contextualisation**. En réalité, nous avons utilisé le module officiel fourni par le Médecin Inspecteur à la demande de l'EMAD. L'objectif était d'adapter la formation dans le cadre d'une **remise à niveau** (et non d'une formation initiale), tout en conservant la base du curriculum officiel. Cependant, à cette période, l'EMAD et l'EMAR ont rappelé la nécessité de ne pas modifier le contenu validé par le ministère. Finalement, un consensus a été trouvé entre EMAD et l'équipe d'Inter Aide pour aboutir à une version synthétique, conservant le contenu officiel mais intégrant quelques ajustements mineurs pour mieux répondre aux réalités locales.
- **Formation des agents de santé, assurée principalement par l'EMAD**, avec Inter Aide en appui technique et co-animation
- **Formation des AC, réalisée conjointement avec les chefs CSB et l'EMAD**, favorisant un sentiment d'appropriation et de valorisation du rôle de chacun : Inter Aide a apporté un appui technique, notamment à travers l'encadrement des sessions de formation. L'appui financier a

également été assuré pour le paiement des indemnités des AC ainsi que celles des formateurs, incluant les membres de l'EMAD et les chefs CSB

L'équipe Inter Aide a opté pour **une intégration complète dans la vie quotidienne de l'EMAD, en travaillant directement dans leurs bureaux**, et ce jusqu'à aujourd'hui. Nous travaillons très régulièrement dans les bureaux du BSD, ce qui enrichit considérablement nos échanges et renforce nos liens avec l'équipe de l'EMAD. Inversement, il arrive également que des membres de l'EMAD viennent travailler dans les locaux d'Inter Aide à Vondrozo.

Participation active à la vie sociale de l'EMAD : événements festifs ou malheureux, membres cotisants aux activités sociales. Cette approche renforce la confiance des EMAD envers l'équipe du programme et favorise le lien social. En conséquence, les EMAD sollicitent plus facilement notre appui pour toute prise de décision.

Il nous arrive même, lorsque certains membres de l'EMAD sont en mission, de continuer à occuper leurs bureaux. Dans ces moments-là, le chef personnel du SDSP partage son espace avec nous, ce qui nous offre **une meilleure compréhension des réalités locales et du fonctionnement interne du district**. Cette proximité nous permet d'adapter nos approches en fonction des besoins et des comportements des différents acteurs sur le terrain. Les échanges fréquents avec le chef du personnel nous fournissent par ailleurs des informations précises et pertinentes sur la situation des personnels de santé du district, nous aidant ainsi à ajuster nos interventions au plus près des réalités de terrain. Cette proximité avec les équipes locales a permis **d'établir des relations de confiance (à la fois amicale et professionnelle), d'enrichir les échanges professionnels et sociaux, et de réduire progressivement les attentes d'indemnisation, souvent sources de tensions**.

Dans d'autres districts et par le passé, il est arrivé que les équipes du programme prennent la place des EMAD dans la supervision ou le suivi communautaire : elles encadraient directement les AC, réalisaient la supervision, et utilisaient parfois des outils internes au programme au lieu des outils officiels du ministère. Cette approche avait entraîné un manque d'appropriation institutionnelle : le projet était perçu comme appartenant à Inter Aide plutôt qu'au Ministère, ce qui rendait difficile le transfert de responsabilités lors de la volonté de confier progressivement la gestion aux équipes ministérielles.

À Vondrozo, afin d'éviter cette erreur, nous avons dès le départ choisi de **renforcer le rôle et la légitimité des EMAD dans toutes les étapes** : conception des activités, suivi sur le terrain, utilisation des outils officiels, et supervision des AC. Cette approche a permis une meilleure appropriation institutionnelle et a distingué Vondrozo des autres districts où la prise en charge par le programme seul avait freiné l'autonomie des acteurs locaux. **Cette approche a été rendue possible par la motivation exceptionnelle de l'EMAD dans ce district**.

Toutes les activités sont conduites de manière concertée : supervisions conjointes, visites de terrain, organisation des revues mensuelles des chefs CSB, élaboration d'outils adaptés et conformes aux directives nationales. L'équipe du programme participe également activement aux campagnes de vaccination, à la préparation logistique, à la supervision intégrée, ainsi qu'aux événements officiels, ce qui renforce la cohésion et la visibilité de la collaboration.

Une dotation de moto a été réalisée pour faciliter les déplacements de l'EMAD lors des supervisions, ainsi qu'**un ordinateur pour leur permettre de saisir** plus aisément les données communautaires dans le DHIS2

d. Positionnement d'Inter Aide

L'équipe Inter Aide s'est clairement positionnée comme facilitateur et accompagnateur technique, et **non comme opérateur direct**. Elle observe, conseille, encourage et appuie l'EMAD dans l'exécution de ses missions, tout en laissant aux acteurs locaux (EMAD et équipes CSB) la responsabilité effective des actions.

Dans ce cadre, l'équipe intervient concrètement sur plusieurs aspects :

- Formation et encadrement du chef de CSB, en apportant un soutien technique, méthodologique et organisationnel pour renforcer ses compétences et sa capacité à coordonner les activités de santé sur le terrain ;
- Accompagnement sur les activités opérationnelles, comme la planification, le suivi et l'évaluation des interventions, tout en laissant la mise en œuvre concrète aux agents de l'EMAD ;
- Accompagnement sur la préparation de la réalisation des activités : revue du chef CSB au SDSP (élaboration de diapo pour la présentation des activités communautaires + analyse de données à présenter lors de la revue), supervision conjointe ou visite conjointe ;
- Soutien à la prise de décision locale, en fournissant des conseils basés sur l'analyse des données et les bonnes pratiques, sans jamais se substituer aux acteurs locaux.

Ainsi, l'équipe Inter Aide agit comme un levier technique et méthodologique, favorisant l'autonomie et le renforcement des capacités de l'EMAD, plutôt que comme un exécutant direct des missions.

Une limite de cette approche consiste en **la capacité limitée d'interaction directe avec les AC, car la présence terrain est conditionnée à la disponibilité de l'EMAD**, et car l'équipe IA est réduite. Nous n'avons pas la possibilité de faire du renforcement technique direct et soutenu des AC comme cela s'est fait dans d'autres districts par le passé. Après deux ans d'intervention sous cette forme, il a été constaté que le niveau technique des AC était insuffisant et que **l'approche proposée (centrée sur l'EMAD) ne suffisait pas à les faire monter en compétences**. Face à ce constat, il a été décidé de réorienter l'approche d'accompagnement en privilégiant des revues et des supervisions sur site, directement au niveau des fokontany. Il a également été acté que ce travail pouvait se faire sans l'EMAD lorsque celui-ci n'était pas disponible, afin de ne pas retarder la montée en compétences des AC. La participation des AS est recherchée.

e. Outils développés depuis 2021

Pour soutenir et structurer cette nouvelle dynamique, plusieurs outils ont été développés. Chaque outil développé a contribué significativement à une meilleure appropriation par les acteurs du programme :

▪ Prospection et enquête

- Les questionnaires et aide-mémoire ont permis d'harmoniser les interviews et d'assurer la qualité et la fiabilité des données collectées.
- L'analyse des enquêtes initiales a facilité l'analyse objective des résultats et la prise de décisions éclairées.

Impact : Les agents et enquêteurs ont mieux compris les besoins réels des communautés et leur rôle dans le processus.

▪ Convention de partenariat

Ce document officiel a permis de formaliser les engagements de chaque partie et de structurer davantage la collaboration entre l'EMAD, les CSB et le programme. Sa signature en septembre 2023 est intervenue après plusieurs années de mise en œuvre et de discussions visant à préciser progressivement les modalités de collaboration et les engagements de chacun.

Impact : Les acteurs se sentent sécurisés dans leurs engagements et la collaboration est plus efficace.

▪ Formation

Les curricula et les fiches de prise en charge, développés à partir des outils officiels du ministère de la Santé et alignés sur les normes nationales, ont contribué à la standardisation des contenus de formation ainsi qu'au suivi harmonisé des agents communautaires (AC) et des agents de santé.

Impact : Les agents ont acquis des compétences uniformes, renforçant leur confiance et l'appropriation des pratiques PCIMEC.

▪ Suivi et supervision

À Vondrozo, les grilles de supervision et les tableaux de bord ont favorisé un suivi régulier, structuré et transparent des activités et des intrants, en étant directement utilisés par les chefs CSB. Le tableau de bord est un nouvel outil qui permet d'analyser la fonctionnalité de la santé communautaire au niveau du CSB, et qui s'inspire des grilles déjà utilisées en interne par IA dans les autres districts. Le fait de les proposer en version simplifiée pour les CSB avec un affichage au mur, promu par l'EMAD, a permis une bonne diffusion dans les CSB.

Impact : Les acteurs observent directement les résultats de leur travail et peuvent ajuster leurs pratiques, favorisant l'appropriation.

En ce qui concerne la supervision conjointe, les outils utilisés à Vondrozo ont progressivement été harmonisés avec ceux du Ministère de la Santé. Les grilles utilisées dans le cadre des activités de supervision sont ainsi extraites de la grille officielle de supervision du Ministère, afin de faciliter l'utilisation d'un même référentiel par Inter Aide et les équipes sanitaires.

Un autre outil développé à Vondrozo a été la mise en place d'un cahier de passage au niveau des agents communautaires (AC). Ce cahier permet aux superviseurs ou visiteurs de site (agents de santé, membres de l'EMAD) de consigner les recommandations issues des visites et supervisions réalisées, assurant ainsi une traçabilité des observations, un meilleur suivi des actions correctives et une continuité dans l'accompagnement des AC.

▪ Conclusion sur les outils

L'utilisation systématique des outils du ministère a été indispensable pour :

- Harmoniser les pratiques ;
- Renforcer la collaboration entre acteurs ;
- Garantir la qualité et la transparence des activités ;
- Favoriser l'appropriation des pratiques par tous les acteurs du programme.

Par ailleurs, **des premiers indicateurs spécifiques ont été définis pour mesurer l'implication de l'EMAD dans le suivi et la supervision des activités communautaires.** Ils portent notamment sur la participation des membres de l'EMAD aux descentes terrain et activités de supervision auprès des CSB et des AC. De nouveaux indicateurs, permettant d'objectiver l'évolution de l'implication de l'EMAD de manière plus large et d'identifier les besoins d'accompagnement, sont proposés dans le paragraphe 3b.

3. Recommandations

a. Principes de collaboration avec l'EMAD

Les modalités de collaboration avec l'EMAD doivent être adaptées au **contexte propre à chaque district**, notamment au niveau d'engagement, de disponibilité et d'organisation des équipes du district. Les principes présentés ci-dessous correspondent principalement aux enseignements tirés de l'expérience dans les districts où l'EMAD est suffisamment impliquée pour permettre une mise en œuvre conjointe des activités. Ils ne peuvent donc pas être appliqués de manière uniforme dans tous les contextes. Dans certains districts, comme Vangaindrano, où l'engagement et l'organisation de l'EMAD restent plus limités, certaines de ces modalités doivent être adaptées.

▪ Recommandations pour les districts où l'EMAD est suffisamment engagée

- **Ne pas réaliser d'activités sans l'implication effective de l'EMAD, dans la mesure du possible.**
La principale limite de cette approche n'est pas son efficacité, mais le faible nombre de jours de présence sur le terrain, lié notamment à la disponibilité de l'EMAD. Afin d'augmenter ponctuellement la couverture terrain, il peut néanmoins être pertinent que l'équipe du programme intervienne exceptionnellement en l'absence de l'EMAD. Cette modalité doit toutefois rester clairement encadrée et **ne pas conduire à réduire la responsabilité, la légitimité et l'implication institutionnelle de l'EMAD.**
- **Ne pas se substituer à l'EMAD dans l'exécution des actions**, notamment en matière de supervision, d'encadrement des acteurs communautaires et d'utilisation des outils officiels du Ministère.
- **Solliciter l'accord préalable de l'EMAD avant tout engagement terrain**, afin de maintenir un fonctionnement fondé sur la coordination, la transparence et le respect des rôles de chacun.
- **Associer systématiquement l'EMAD aux restitutions, aux analyses des résultats et aux prises de décision**, afin de renforcer son leadership, sa capacité d'analyse et son rôle dans le pilotage de la santé communautaire au niveau du district.

▪ Recommandations spécifiques pour Vondrozo

À Vondrozo, **l'implication de l'EMAD est aujourd'hui relativement bien engagée**, mais les descentes terrain conjointes restent encore limitées et dépendent fortement de la disponibilité de certains membres de l'équipe du district. L'enjeu principal est donc de **consolider cette dynamique et d'élargir progressivement l'implication de l'EMAD**, plutôt que de considérer le transfert des responsabilités comme acquis.

Les recommandations spécifiques sont notamment les suivantes :

- **Augmenter progressivement le nombre de descentes terrain réalisées avec l'EMAD**, en recherchant une participation plus régulière de plusieurs membres de l'équipe et pas uniquement du Responsable Santé Communautaire ;
- **Renforcer l'implication de l'EMAD dans la préparation, la conduite et la restitution des activités de terrain**, afin qu'elle puisse progressivement prendre davantage de leadership dans les activités communautaires ;
- **Poursuivre les encadrements conjoints au niveau des CSB et des AC**, en privilégiant l'utilisation des outils officiels du Ministère et en renforçant progressivement la capacité des équipes publiques à les utiliser de manière autonome ;

- **Identifier régulièrement les activités et responsabilités pouvant être progressivement transférées à l'EMAD**, en tenant compte de ses capacités réelles, de sa disponibilité et de ses moyens opérationnels ;
- **Maintenir un suivi régulier de l'implication de l'EMAD**, à travers les indicateurs définis dans le cadre du programme, afin d'objectiver les progrès réalisés et d'identifier les éventuels blocages (voir paragraphe ci-dessous) ;
- **Poursuivre le dialogue avec l'EMAD sur les conditions nécessaires à la prise en charge des activités à plus long terme**, notamment en ce qui concerne les moyens opérationnels disponibles au niveau du district.

L'objectif n'est donc pas de transférer rapidement l'ensemble des responsabilités, mais de **construire progressivement les conditions permettant à l'EMAD de prendre une place plus importante dans le pilotage et la mise en œuvre des activités communautaires**, tout en adaptant le niveau d'appui d'Inter Aide aux capacités et à l'engagement effectivement observés.

b. Proposition d'analyse structurée de la fonctionnalité de la santé communautaire et de la performance de l'EMAD

Afin d'objectiver les résultats de chaque approche mise en œuvre dans les différents districts et de pouvoir les comparer, il est recommandé de **formaliser un cadre d'analyse partagé**, reposant sur des critères et indicateurs clairement définis. Des ateliers de réflexion ont donc été réalisés en septembre 2026 avec les équipes techniques de tous les districts d'intervention, pour aboutir à une description de la fonctionnalité de la santé communautaire et des indicateurs qui permettent de la mesurer, ainsi qu'une description de la performance attendue d'un EMAD et des indicateurs qui permettent de la mesurer. Un résumé est présenté ici, tandis que le compte-rendu des ateliers est présenté en [annexe](#).

1) Évaluer la fonctionnalité de la santé communautaire dans le district

Une santé communautaire peut être considérée comme fonctionnelle et de qualité lorsque les critères suivants sont réunis :

- **Critère 1 - Le volume de prise en charge des EM5 par les AC est cohérent par rapport aux besoins.**
[Indicateur existant 1.a.](#) Indice de consultation chez les AC (nombre de consultations faites par les AC et par an, par rapport au nombre d'enfants, objectif de 1)
- **Critère 2 - L'approvisionnement des AC est continu et en quantité suffisante par rapport aux besoins.**
[Indicateur existant 2.a.](#) Proportion de jours de rupture chez les AC en TDR, ACT 2-11m et ACT 1-5a, basée sur le tableau 9 du RMA com (objectif de 0%)
[Indicateur proposé 2.b.](#) Volume d'intrants reçus par les AC/volume d'intrants théoriques nécessaires (objectif de 100%)
[Indicateur proposé 2.c.](#) Volume d'intrants reçus par les AC/volume d'intrants commandés par les AC dans le Rapport-Bon de Commande (RBdC)
- **Critère 3 - Les soins communautaires fournis par les AC sont de qualité suffisante d'un point de vue clinique.**
[Indicateur proposé 3.a.](#) Nombre de CF faites dans l'année par les AS par rapport à l'objectif
[Indicateur proposé 3.b.](#) Note des AC en consultation formative, et évolution dans le temps
- **Critère 4 - Les données des AC sont remontées jusqu'au DHIS-2 communautaire et de qualité.**
[Indicateur existant 4.a.](#) Promptitude et complétude du rapportage dans DHIS-2

2) Évaluer la performance de l'EMAD dans la gestion de la santé communautaire

Un EMAD performant peut être caractérisé par :

- **Critère 1 - Le suivi et l'encadrement des CSB et des AS est régulier et de qualité.**
[Indicateur existant 1.a.](#) Nombre de supervisions au CSB réalisées par l'EMAD, avec IA, avec autre partenaire, ou sans partenaire (par an)
[Indicateur proposé 1.b.](#) Nombre et proportion de CSB touchés par la supervision EMAD par an (objectif 100%, soit 1 supervision par CSB et par an)
[Indicateur proposé 1.c.](#) Nombre de personnels EMAD impliqués dans la supervision CSB par an (objectif : au moins 3 EMAD, si possible le RSC, le Resp intrants et le MI)
[Indicateur proposé 1.d.](#) Indicateur de la qualité de la supervision, à définir
- **Critère 2 - Les AC bénéficient de formation initiale et continue sur leur rôle (PCIMEC notamment), de même que les AS sur la gestion des AC.**
[Indicateur proposé 2.a.](#) Nombre de requêtes de formation effectuées (auprès du Ministère ou de partenaires) et pertinence de ces demandes (indicateur qualitatif)
[Indicateur proposé 2.b.](#) Nombre d'accompagnements individuels d'AS au CSB (renforcement de capacité) avec IA, un autre partenaire, ou seul
[Indicateur proposé 2.c.](#) Nombre et proportion de CSB touchés par ces accompagnements individuels d'AS (objectif 100%, soit 1 accompagnement par CSB et par an)
[Indicateur proposé 2.d.](#) Nombre de personnels EMAD impliqués dans les accompagnements individuels d'AS par an (objectif : au moins 3 EMAD, si possible le RSC, le Resp intrants et le MI)
[Indicateur proposé 2.e.](#) Nombre et pertinence des activités de renforcement de compétences des chefs CSB menées lors des revues de chefs CSB par les EMAD (indicateur qualitatif)
- **Critère 3 - Les données communautaires sont disponibles et utilisées correctement par l'EMAD.**
[Indicateur proposé 3.a.](#) L'EMAD a vérifié les données (OUI/NON), a analysé les données (OUI/NON) a présenté les données (OUI/NON).
- **Critère 4 - L'approvisionnement correct des AC est assuré par l'EMAD.**
[Indicateur proposé 4.a.](#) La commande d'intrants pour le district correspond aux besoins des AC, et la quantité reçue correspond à la commande. (indicateur qualitatif)
[Indicateur proposé 4.b.](#) Le PHAGEDIS est bien géré, y compris au niveau des péremptions, et des situations de surstock et sous-stock. (indicateur qualitatif)
- **Critère 5 - Les problèmes prioritaires sont identifiés et analysés par l'EMAD.**
[Indicateur proposé 5.a.](#) L'EMAD a établi une liste de problèmes théoriques qui peuvent survenir dans le district et s'attache à analyser les données du district pour les identifier. (indicateur qualitatif)
- **Critère 6 - Des actions sont mises en place pour répondre aux problèmes prioritaires identifiés par l'EMAD.**
[Indicateur proposé 6.a.](#) L'EMAD prépare un plan d'action puis le met en œuvre et le suit dans la durée pour chaque problème identifié. (indicateur qualitatif)
- **Critère 7 - L'ensemble des partenaires intervenants sur le district sont correctement coordonnés par l'EMAD.**
[Indicateur proposé 7.a.](#) Nombre de réunions de coordination (par an) et qualité de la réunion (impact obtenu), à l'initiative de l'EMAD (indicateur qualitatif)
- **Critère 8 - Les outils officiels du Ministère sont utilisés pour toute activité et à tout niveau.**

La définition et le suivi régulier de ces critères et indicateurs permettront :

- d'objectiver les progrès réalisés dans chaque district,
- de comparer l'évolution dans le temps au sein de chaque district,
- et de mettre en évidence les différences entre districts

4. Conclusion

Cette nouvelle approche, centrée sur la collaboration et la coresponsabilité, a permis à Vondrozo d'instaurer une dynamique participative solide, favorisant l'autonomisation des acteurs locaux et la durabilité des activités communautaires. Elle s'appuie sur des enseignements tirés des expériences antérieures, tout en s'adaptant aux réalités spécifiques du district, et offre aujourd'hui un modèle inspirant pour les autres zones d'intervention.

L'expérience menée à Vondrozo montre que l'approche fonctionne mieux au niveau de l'appropriation par l'EMAD non pas en raison d'un volume plus important d'activités, mais parce que la gouvernance de la santé communautaire est progressivement assumée par l'EMAD. Cette approche, fondée sur la collaboration et la coresponsabilité, a permis d'instaurer à Vondrozo une dynamique participative solide, favorisant à la fois l'autonomisation des acteurs locaux et la durabilité des activités communautaires.

Elle s'appuie sur les enseignements tirés des expériences antérieures tout en s'adaptant aux réalités spécifiques du district, et constitue aujourd'hui un modèle inspirant pour les autres zones d'intervention en ce qui concerne la relation avec le SDSP.

Contrairement à d'autres districts où les partenaires ont parfois remplacé l'EMAD dans la supervision, le suivi communautaire ou l'analyse des données, l'approche adoptée à VDZ a permis de renforcer le rôle institutionnel de l'EMAD, ainsi que son implication dans la planification, l'analyse des données, la résolution des problèmes et la prise de décision.

La proximité entre l'équipe du programme et l'EMAD, l'absence de substitution dans l'exécution des actions, ainsi que l'association systématique de l'EMAD aux restitutions et aux analyses ont favorisé une meilleure appropriation des activités communautaires.

Ainsi, Vondrozo constitue l'exemple plus abouti de construction de partenariat avec un EMAD, où les résultats observés s'expliquent avant tout par la montée en compétence progressive de l'EMAD dans la gestion, le pilotage et la coordination des actions, garantissant une dynamique plus durable. Il reste néanmoins à prouver que cette approche a permis une montée en compétences significatives des AC, des équipes CSB, et in fine a contribué à la baisse de la mortalité infantile dans le district.

Equipe Inter Aide Santé Vondrozo
2025-2026

Annexe - Compte-rendu d'atelier sur la description et la définition d'indicateur concernant la fonctionnalité de la santé communautaire et la performance de l'EMAD

Ateliers Madagascar santé - 3 et 16 septembre 2026

Participants : David, Mariot, Henintsoa, Adélaïde, Nadia, Hasina, Rufin, Christian, Bénédicte, Julie

L'objectif de ces ateliers était de finaliser la réflexion sur la définition d'une santé communautaire fonctionnelle et d'un EMAD performant, et de s'accorder sur de possibles indicateurs mesurables dans le futur pour évaluer ces deux points par district.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'évaluation continue des programmes santé d'Inter Aide et est intégré à la question 4 : **Comment le programme doit-il travailler avec les EMAD pour la pérennisation de la PCIMEC ?** pour laquelle un travail de capitalisation a été effectué par l'équipe de Vondrozo.

1) Évaluer la fonctionnalité de la santé communautaire dans un district

Une santé communautaire peut être considérée comme fonctionnelle et de qualité lorsque les critères suivants sont réunis⁵ :

- **Critère 1 - Le volume de prise en charge des EM5 par les AC est cohérent par rapport aux besoins.**

Ce critère est déjà bien intégré dans le système de suivi-évaluation du projet.

Indicateur existant 1.a. Indice de consultation chez les AC (nombre de consultations faites par les AC et par an, par rapport au nombre d'enfants, objectif de 1)

- **Critère 2 - L'approvisionnement des AC est continu et en quantité suffisante par rapport aux besoins.**

Ce critère était déjà bien identifié par le projet, mais son suivi reposait auparavant sur le nombre de références pour rupture, et cet indicateur n'est plus disponible depuis que l'on se base sur les données DHIS-2 et non plus les registres adaptés Inter Aide. Nous proposons donc 3 nouveaux indicateurs.

Indicateur existant 2.a. Proportion de jours de rupture chez les AC en TDR, ACT 2-11m et ACT 1-5a, basée sur le tableau 9 du RMA com (objectif de 0%)

Cet indicateur est déjà mesuré dans certains districts depuis 2 ans, mais on se heurte au problème de qualité des données dans le tableau 9, qui n'est pas toujours bien rempli par les AC. Il faut donc poursuivre le renforcement sur le remplissage de ce tableau 9.

Indicateur proposé 2.b. Volume d'intrants reçus par les AC/volume d'intrants théoriques nécessaires (objectif de 100%)

Cet indicateur est issu du tableau de bord n°3. Nous avons débattu pour savoir si on devrait aussi relever la fréquence des livraisons ou leur quantité globale, ou encore la comparaison entre les commandes passées et reçues. Finalement, nous pensons qu'il est plus intéressant de comparer ce qui est reçu par les AC par rapport à ce qui est théoriquement nécessaire. Mais comment définir le besoin, notamment quand les CMM ne veulent rien dire (ce qui est le cas quand les ruptures sont fréquentes) ? On propose de définir un volume théorique nécessaire d'intrants pour les AC correspondant à un indice de consultation de 1 (donc dépendant du nombre d'enfant par CSB) et

⁵ On note au passage que ces critères rejoignent le travail fait autour de la question de la qualité de la santé communautaire.

se basant sur la proportion de consultations pour fièvre et le taux de positivité enregistrés dans chaque district.

Indicateur proposé 2.c. Volume d'intrants reçus par les AC/volume d'intrants commandés par les AC dans le Rapport-Bon de Commande (RBdC)

On propose d'ajouter cet indicateur lorsque le RBdC sera bien en place chez les AC. Nous verrons s'il sera possible de collecter les RBdC et donc de comparer avec les livraisons enregistrées dans le tableau de bord n°3.

- **Critère 3 - Les soins communautaires fournis par les AC sont de qualité suffisante d'un point de vue clinique.**

Ce critère vise la capacité technique des AC à mener une consultation de qualité, respectant le protocole officiel de la PCIMEC, incluant notamment diagnostic, traitement et référence. Jusqu'à présent, nous avons mesuré une fois cette qualité clinique en 2021 lors de « l'enquête qualité » à Faraf et Vohipeno, ce qui a mené à l'introduction de la consultation formative (CF) comme activité de renforcement des compétences des AC.

Indicateur proposé 3.a. Nombre de CF faites dans l'année par les AS par rapport à l'objectif

Cet indicateur sera issu du tableau de bord n°2. Lors des ARC AS, on a donné l'objectif de 3 CF par AC et par an faite par les AS.

Indicateur proposé 3.b. Note des AC en consultation formative, et évolution dans le temps

Cet indicateur est en cours de définition suite au travail d'harmonisation de l'évaluation de la CF mené cette année. On utilise désormais la grille officielle qui contient 87 lignes. Une base de données est en cours d'élaboration qui permettra de dégager une note pondérée en fonction de ces 87 lignes, si possible par catégorie (diagnostic, traitement, communication, etc.).

Cet indicateur sera mesuré à diverses occasions :

- à VGD lors de l'évaluation initiale dans quelques nouvelles communes, qui pourra être répétée après 2 ans de renforcement technique des AC
- à VGD dans les anciennes communes pour évaluer la situation des AC après 3 ans d'appui, si le temps le permet
- à VDZ lors des ateliers pratiques de 2026-2027, un échantillon d'AC sera testé avant/après l'atelier
- éventuellement lors des CF de routines menées à VGD par les accompagnateurs

Seule une notation faite par un accompagnateur IA formé sera saisie en base de données, pas celle de l'AS (qui peut être renforcé tout de même pendant la CF). Il est important que les AS sachent faire une bonne CF qui permet de renforcer l'AC, mais aboutir à une notation standard sera trop difficile pour l'ensemble des AS, ce n'est donc pas un objectif. A Vondrozo, on voudrait également former l'EMAD à mener les CF, peut-être lors de campagnes semestrielles (mais encore une fois on n'exploitera pas leur notation dans le système de suivi-évaluation du projet).

- **Critère 4 - Les données des AC sont remontées jusqu'au DHIS-2 communautaire et de qualité.**

Ce critère est déjà bien intégré dans le système de suivi-évaluation du projet, concernant la promptitude et la complétude. Malheureusement, il est difficile de mesurer objectivement la qualité des données.

Indicateur existant 4.a. Promptitude et complétude du rapportage dans DHIS-2

Faut-il ajouter une analyse des incohérences des données ? C'est un processus à effectuer en effet pour vérifier la qualité des données, mais difficile d'en extraire un indicateur. Par ailleurs, on note qu'un projet a introduit un outil dans le DHIS-2 permettant de détecter automatiquement les incohérences (projet Datafy) et de donner un score à la qualité des données, à voir si cela devient standard dans le futur.

2) Évaluer la performance de l'EMAD dans la gestion de la santé communautaire

Un EMAD performant peut être caractérisé par :

- **Critère 1 - Le suivi et l'encadrement des CSB et des AS est régulier et de qualité.**

On inclut ici la régularité et la qualité du suivi des CSB (supervisions réalisées, plans d'actions élaborés et suivis), ainsi que la planification et la réalisation régulière des activités de supervision et d'encadrement, notamment des AS. Certains indicateurs étaient déjà intégrés dans notre système de suivi-évaluation.

Indicateur existant 1.a. Nombre de supervisions au CSB réalisées par l'EMAD, avec IA, avec autre partenaire, ou sans partenaire (par an)

On observe qu'il y a beaucoup de supervision CSB en ce moment subventionnées par MCGL, il faut donc distinguer lorsque les supervisions sont financées ou non par des PTF.

Indicateur proposé 1.b. Nombre et proportion de CSB touchés par la supervision EMAD par an (objectif 100%, soit 1 supervision par CSB et par an)

Indicateur proposé 1.c. Nombre de personnels EMAD impliqués dans la supervision CSB par an (objectif : au moins 3 EMAD, si possible le RSC, le Resp intrants et le MI)

Certains districts ont désigné des coaches EMAD par zone.

Indicateur proposé 1.d. Indicateur de la qualité de la supervision, à définir

On souhaiterait évaluer la qualité de la supervision faite au CSB par un EMAD sur la santé communautaire. Il faudrait définir une petite grille d'évaluation, en collaboration avec les EMAD. Par exemple, voici des critères de qualité d'une supervision :

- La supervision a été préparée en amont ? Avec une analyse des données du CSB issues de DHIS-2 et du PHAGEDIS (appro) ?
- La LV a été suivie et remplie ?
- Les tableaux de bord CSB ont-ils été observés, analysés, et discutés avec les AS ?
- Des recommandations pertinentes ont été données et inscrites dans le cahier CSB ?
- Un rapport de supervision a été établi ?
- Etc.

Il est important de voir quels sont les critères proposés pour une supervision dans les outils du Ministère pour que notre grille soit la plus officielle possible. On propose que l'équipe Vondrozo travaille à cette petite grille, en discussion avec l'EMAD, qui pourrait être remplie en autoévaluation EMAD ou en collaboration lors du débrief post supervision. Nous verrons si on peut en déduire une note qui permettrait de définir cet indicateur.

- **Critère 2 - Les AC bénéficient de formation initiale et continue sur leur rôle (PCIMEC notamment), de même que les AS sur la gestion des AC.**

C'est une responsabilité de l'EMAD, en lien avec le BRF, qui devrait avoir une représentation au niveau district.

Indicateur proposé 2.a. Nombre de requêtes de formation effectuées (auprès du Ministère ou de partenaires) et pertinence de ces demandes (indicateur qualitatif)

On sait que les EMAD n'ont pas de budget propre pour les formations initiales ou exceptionnelles.

Indicateur proposé 2.b. Nombre d'accompagnements individuels d'AS au CSB (renforcement de capacité) avec IA, un autre partenaire, ou seul

Cela constitue de la formation continue sur site, à mener par exemple lors d'une supervision (deux activités en une descente terrain).

Indicateur proposé 2.c. Nombre et proportion de CSB touchés par ces accompagnements individuels d'AS (objectif 100%, soit 1 accompagnement par CSB et par an)

Indicateur proposé 2.d. Nombre de personnels EMAD impliqués dans les accompagnements individuels d'AS par an (objectif : au moins 3 EMAD, si possible le RSC, le Resp intrants et le MI)

Indicateur proposé 2.e. Nombre et pertinence des activités de renforcement de compétences des chefs CSB menées lors des revues de chefs CSB par les EMAD (indicateur qualitatif)

On rappelle que la supervision sur site et la CF constituent la formation continue des AC à mener par les AS et non les EMAD. Le rôle des EMAD est de vérifier que les AS font les supervisions sur site et les CF, notamment pendant la supervision du CSB.

- **Critère 3 - Les données communautaires sont disponibles et utilisées correctement par l'EMAD.**

L'EMAD s'implique dans l'obtention des RMA com, la vérification de la complétude et de la promptitude, la correction des données (recherche d'incohérences) au niveau district et par CSB, et l'encodage dans DHIS-2. Les données doivent être vérifiées pendant l'encodage et pendant les supervisions au CSB. L'EMAD doit ensuite extraire les données de DHIS-2, les analyser, les présenter sous forme de graphiques (par district et pour chaque CSB). Il doit ensuite faire des retours sur les observations à différents niveaux, notamment auprès des chefs CSB pendant la revue district. Il doit encourager les chefs CSB à faire redescendre les analyses vers les AC.

Le district de Vondrozo est bien avancé dans cette démarche jusqu'à la présentation en revue, mais c'est plus rare à Farafangana (et les présentations sont souvent déconnectées des problèmes réels dans le district), et à Vangaindrano cela s'arrête à la vérification de la saisie.

Indicateur proposé 3.a. L'EMAD a vérifié les données (OUI/NON), a analysé les données (OUI/NON) a présenté les données (OUI/NON).

Il est difficile de mesurer la qualité de ces étapes à faire par l'EMAD, pour l'instant on propose de rester sur l'observation de ces différentes tâches.

Cette réflexion permet de clarifier l'objectif d'accompagnement de l'EMAD par Inter Aide au niveau des données chaque mois.

- **Critère 4 - L'approvisionnement correct des AC est assuré par l'EMAD.**

L'EMAD est en charge de vérifier les RBdC des CSB, de les analyser et de les compiler. Il doit ensuite passer la commande du district en cohérence avec les RBdC et les besoins de la population auprès du central, et défendre sa commande à chaque étape du processus. Il doit assurer la bonne réception des intrants et leur rangement dans le PHAGEDIS, qui doit être bien rangé et géré de manière transparente. L'EMAD doit ensuite suivre la distribution des intrants vers les CSB et jusque chez les AC. Il doit enfin vérifier la cohérence entre l'approvisionnement et les données de consultations.

Indicateur proposé 4.a. La commande d'intrants pour le district correspond aux besoins des AC, et la quantité reçue correspond à la commande. (indicateur qualitatif)

Indicateur proposé 4.b. Le PHAGEDIS est bien géré, y compris au niveau des péremptions, et des situations de surstock et sous-stock. (indicateur qualitatif)

- **Critère 5 - Les problèmes prioritaires sont identifiés et analysés par l'EMAD.**

L'EMAD est capable d'analyser les données du district et par CSB concernant la santé communautaire (données issues de DHIS-2, des tableaux de bord CSB, ou du PHAGEDIS/approvisionnement). Sur cette base, il peut identifier des problèmes prioritaires et les analyser dans le détail, y compris en faisant des comparaisons dans le temps. Par exemple, des problèmes concernant des ruptures d'intrants, une baisse des consultations, des problèmes de qualité des soins, d'organisation, de motivation, etc.

Il est difficile d'évaluer leur capacité d'analyse et d'identification de problème, car c'est subjectif. Est-on d'accord sur la définition d'un problème entre les EMAD et Inter Aide ? On voit souvent

que l'on ne porte pas les mêmes conclusions sur des données, l'EMAD manque de recul et de mise en perspective des résultats obtenus. Il s'arrête parfois juste à une présentation brute des données sans identifier de difficulté.

Voici côté Inter Aide des problèmes classiques que l'on observe dans nos analyses que l'on voudrait que l'EMAD identifie également :

- Volume de consultations des AC insuffisant par rapport à la population (indice de consultation en-dessous de 1)
- Volume d'approvisionnement insuffisant par rapport aux besoins
- Problème de rapportage : complétude et promptitude (évolution des taux dans le mauvais sens)
- Identification de CSB à problème, pour les cibler ensuite en termes d'appui (et se servir des données lors de la descente terrain)
- Identification de zones à fort taux de palu pour mettre en place des actions de prévention ciblées

Il est cependant difficile d'en sortir un indicateur. On note que les EMAD ont la capacité d'émettre des signalements, mais cela reste rare (le central fait parfois des signalements).

Indicateur proposé 5.a. L'EMAD a établi une liste de problèmes théoriques qui peuvent survenir dans le district et s'attache à analyser les données du district pour les identifier. (indicateur qualitatif)

On propose d'aider l'EMAD à établir la liste des problèmes pouvant survenir, à valider l'analyse à faire pour identifier chaque problème (source des données, calculs à faire, etc.) et à anticiper la réaction à avoir pour chacun de ces problèmes. Ensuite, on les accompagne à réaliser ce travail chaque mois.

- **Critère 6 - Des actions sont mises en place pour répondre aux problèmes prioritaires identifiés par l'EMAD.**

L'EMAD met en œuvre des solutions concrètes et adaptées, avec un suivi des actions correctrices.

Indicateur proposé 6.a. L'EMAD prépare un plan d'action puis le met en œuvre et le suit dans la durée pour chaque problème identifié. (indicateur qualitatif)

- **Critère 7 - L'ensemble des partenaires intervenants sur le district sont correctement coordonnés par l'EMAD.**

L'EMAD articule l'ensemble des actions déployées sur son territoire, sans délégation excessive de responsabilités ni substitution. Il collabore avec tous les projets, tient une cartographie des PTF à jour, prévient la duplication des activités, propose une répartition des tâches, sollicite les PTF sur les besoins prioritaires. Il communique à temps avec les partenaires et anticipe sa planification.

En réalité, on sait que la capacité de l'EMAD à orienter les projets est limitée, certains partenaires font ce qu'ils veulent. De plus, l'octroi d'indemnités importantes va influencer sur les choix de l'EMAD de favoriser un projet, même si son action n'est pas toujours pertinente. Enfin, l'EMAD subit souvent le calendrier du central et n'a que peu de marge de manœuvre sur sa planification.

Indicateur proposé 7.a. Nombre de réunions de coordination (par an) et qualité de la réunion (impact obtenu), à l'initiative de l'EMAD (indicateur qualitatif)

Si la réunion est initiée par un partenaire, ce n'est pas intéressant (on capture le nombre de réunion de coordination et de pilotage avec Inter Aide par ailleurs dans notre modèle d'intervention).

- **Critère 8 - Les outils officiels du Ministère sont utilisés pour toute activité et à tout niveau.**

L'EMAD garantit que les activités déployées sur son territoire, par les partenaires ou par les personnels de santé, sont conformes aux directives, politiques, manuels et outils du Ministère. Comme il n'y a pas d'appui spécifique de notre part sur ce point, on ne définit pas d'indicateur.

3) Conclusion

Nous proposons de réfléchir à ces indicateurs et de les rediscuter en novembre lors de la mise à jour de notre modèle d'intervention, la plupart pourront l'intégrer dans le sous-objectif 3. L'année 2026 sera un test, nous verrons au moment du rapport annuel en janvier 2027 notre capacité à renseigner ces indicateurs et leur intérêt.

Nous avons également réfléchi à la possibilité d'introduire un « tableau de bord EMAD » qui reprendrait ces divers éléments et permettrait d'aboutir à une note de performance de l'EMAD.

Ce travail de définition de la performance de l'EMAD permet également de guider notre appui et d'avancer vers des activités de renforcement de compétences des EMAD.

L'idée sera de discuter avec chaque EMAD pour voir comment ils définissent eux-mêmes leur rôle et souhaiterait s'évaluer, en leur montrant éventuellement notre proposition. Ce travail sera fait en priorité à Vohipeno et Vondrozo, puis rapidement à Farafangana dans le cadre de la définition de la stratégie de sortie.