

Programme de santé - Evaluation continue 2024-2026

Note sur la qualité des soins communautaires à Madagascar

Version du 25 septembre 2026

Rédigée entre juillet 2025 et septembre 2026, par Serrine Delli puis Adélaïde Soulard, responsables de programme santé à Madagascar, avec l'appui de Julie Pontarollo, cheffe de secteur

Question évaluation 1 : Quelles sont les activités (à tous les niveaux) qui mènent à une qualité acceptable dans la prise en charge par les AC ? Et quels sont les outils qui permettent de l'assurer et de la mesurer ?

Dans le cadre de l'évaluation continue menée sur les programmes de santé d'Inter Aide de 2024 à 2026, une première question évaluative avait été identifiée par les équipes de Madagascar : *Quel est le niveau acceptable de qualité de prise en charge par un AC ? Comment le définir et mesurer ?* Le plan d'action pour répondre à cette question incluait un travail avec les SDSP pour définir une méthode d'évaluation de la qualité de la PEC clinique faite par les AC (suivi du protocole PCIMEc), puis une évaluation/validation des AC des districts appuyés. Hors ce processus est plus ou moins déjà défini par les documents cadres actuels du Ministère de la Santé, même si leur application laisse à désirer. Il a donc été décidé de reformuler la question évaluative telle que présentée ci-dessus, afin de focaliser le travail sur les activités nécessaires pour obtenir **une qualité acceptable au sens large de la santé communautaire**, ou encore **une santé communautaire fonctionnelle**, ainsi que sur les outils permettant de la mesurer. Des ateliers ont été menés par les équipes afin de travailler sur cette question.

Table des matières

Acronymes.....	2
Documents de référence.....	2
Introduction.....	2
1- La capacité technique des AC à mener une consultation	3
1.1. Contexte par district.....	3
1.2 Les activités à poursuivre ou à mettre en place par acteurs.....	5
2- La remontée des données promptes, complètes et fiables.....	8
2.1. Contexte par district.....	8
2.2 Les activités à poursuivre ou à mettre en place par acteurs.....	9
3- L'approvisionnement en intrants des AC.....	11
3.1 Contexte	11
3.2 Les activités à poursuivre ou à mettre en place par acteurs.....	11
3.3 Résumé	14
Conclusion	15

Acronymes

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

Documents de référence

- PNSC (Politique Nationale de Santé Communautaire, version 21017)
- Guide PAC - Paquet d'Activités Communautaires (version 2022)
- Guide de mise en œuvre (MEO) harmonisé du programme de santé communautaire à Madagascar (version 2022)
- Module F : Supervision et assurance qualité de service au niveau communautaire (version octobre 2022)
- Manuel de procédures en gestion logistique des intrants de santé (version de février 2022)
- Cahier du participant formation PCIMEC (version 2015)

Introduction

Nous avons jusqu'à présent identifié 3 éléments principaux pour assurer la qualité de la PCIMEc, à savoir :

- La capacité technique des AC à mener une consultation clinique ;
- La remontée des données promptes, complètes et fiables ;
- Un approvisionnement en intrants de santé continu et correspondant aux besoins.

Pour chacun de ces points, nous détaillerons les activités qui sont prévues dans les documents officiels ainsi que les acteurs locaux qui en sont responsables et les outils existants. Nous précisons lorsque c'est le cas l'implication du projet dans l'appui à ces activités. Nous précisons cependant que les interventions d'Inter Aide au niveau régional et MdS seront peu détaillées puisque notre appui à ce niveau est limité. Enfin, il s'agit ici d'une photo à l'instant T (2025-2026) de l'implication d'Inter Aide sur ces trois piliers, et non d'un exercice de capitalisation exhaustif de l'ensemble des actions menées par le programme depuis son origine.

Nous précisons également que la notion de Relais Communautaire (RC) correspondra ici au responsable santé communautaire (AS nommé au sein des CSB par les chefs CSB suite aux recommandations des EMAD) bien qu'elle ne corresponde pas pleinement à la définition donnée par le Ministère, ces exigences étant trop importantes dans le contexte actuel : selon le **Guide de Mise en Œuvre harmonisé du programme de santé communautaire** (p. 23), « *La PNSC identifie le Chef CSB comme étant le superviseur technique des AC. Néanmoins, pour faire face à la surcharge de travail au niveau des CSB, ce guide de mise en œuvre identifie le RC pour suppléer le Chef CSB dans son rôle de supervision et d'encadrement des AC. De ce fait, les RC passent la majorité de leur temps (au moins les deux-tiers) de prestation dans la communauté pour assurer une offre de services de qualité. Le RC est la personne qui suit et soutient les AC et les aide à atteindre leurs objectifs mensuels. Il consacre la majorité de son temps à l'accompagnement des AC lors de leurs visites dans la communauté. Le RC doit être supervisé techniquement par le chef CSB et travailler en collaboration avec la commune.* »

1- La capacité technique des AC à mener une consultation

1.1. Contexte par district

1.1.1. Farafangana

Une enquête sur la capacité technique des AC à mener une consultation a été réalisée entre septembre 2021 et septembre 2022. Au total 94 consultations sur l'ensemble des 36 CSB ont été évaluées. 86/94 des AC évalués étaient formés en PCIMEc (les autres étaient nouveaux).

Les résultats ont été les suivants :

- 9 AC ont utilisé une fiche de prise en charge.
- 4/94 AC ont respecté les étapes de prise en charge.
- 12/94 AC (13%) ont posé des questions sur les signes de danger. 1 seul AC a questionné tous les signes de danger.
- 36/62 AC (58%) ont fait un diagnostic complet. Lorsque le TDR est positif, les AC ne posent pas de question sur les autres maladies.
- 34/62 AC (55%) ont fait une bonne prescription. Les problèmes se situent principalement au niveau du paracétamol mais également de l'amoxicilline (pas de souci avec la prescription des ACT).
- 40/94 AC (43%) ont donné de bons conseils.
- 55/77 (71%) AC utilisent le TDR correctement. Lorsque le TDR est dit mal utilisé, c'est que le temps de diagnostic n'a pas été respecté et dans de nombreux cas, le TDR est devenu positif après que l'AC a conclu qu'il était négatif.
- En revanche, lorsqu'il a été nécessaire de référer, dans 82% des cas, ça a été le cas.

Nous avons depuis lors tenté de systématiser les consultations formatives afin d'améliorer la qualité de la prise en charge. Malheureusement, jusqu'à présent, cette activité reste rare et aucun outil officiel n'a été utilisé jusqu'à présent. Nous remarquons en effet que les constats effectués lors de cette enquête n'ont pas évolué.

1.1.2. Vohipeno

Il n'y a pas de données d'évaluation des capacités techniques des AC, aucune enquête n'ayant été réalisée. Des consultations formatives sont menées avec les nouveaux AC mais de manière très ponctuelle. Les fiches de PEC sont utilisées comme outil d'évaluation, les outils de supervision officiels n'étant pas utilisés.

1.1.3. Vondrozo

De même, à Vondrozo, le programme ne possède pas de données chiffrées sur les capacités techniques des AC. Les consultations formatives sont mises en place depuis peu et restent rares. Comme à Vohipeno, seules les fiches de prise en charge sont utilisées jusqu'à présent pour évaluer le niveau de l'AC sur la PEC. Nous avons cependant pu constater que les difficultés de prise en charge étaient les mêmes qu'à Farafangana (étapes de PEC non respectées, signes de danger non interrogés, etc.).

1.1.4. Vangaindrano

Initialement, les AC ne faisaient plus de PEC depuis 2012. Ils ont été formés de nouveau en 2023 (soutenus par JHPIEGO) et Inter Aide a réalisé des ARC sur les 16 CSB couverts à partir de 2023 (4 journées par CSB sur plusieurs mois, taux de réalisation de 100%).

Quelques chiffres sur les ARC :

	THEME SDG ET REF	THEME PALU SIMPLE ET GRAVE	THEME OG JOUR 1	THEME OG JOUR 2	Moyenne
% AC formés	96%	90%	95%	98%	95%
nb AC formés	192	180	189	195	189
% AC formés	96%	90%	95%	98%	95%
Nb CSB formés	16	16	16	16	16
% des CSB	100%	100%	100%	100%	100%
Non réalisés	0%	0%	0%	0%	0%

Des consultations formatives ont été mises en place dès fin 2024. À la demande du RPD, nous les avons nommées EPI (Évaluation des Performances Individuelles) et utilisons la fiche de suivi qu'il nous a fournie. Bien que cette grille ne soit pas parfaitement adaptée à la PEC de l'AC, elle nous a permis de mettre en place des consultations formatives structurées, ou observations de consultations. Malgré ce développement, pour ce district également, il n'y a pas de données chiffrées quant aux capacités techniques des AC. En effet, dans un premier temps, l'objectif est le renforcement de compétences sur la PEC : nous ne calculons donc pas de notes, car cela nous semble prématuré au regard du niveau de PEC des AC. À février 2026, 116 EPI encadrées avaient été réalisées, avec ou sans l'appui des EMAD ou des AS. Seuls 50 % des AC ont été observés en EPI au moins une fois, mais la plupart d'entre eux ont pu assister à une EPI en tant qu'observateurs.

1.1.5. Tous les districts

La fiche de PEC (individuelle par enfant) est jusqu'à présent indisponible pour une utilisation quotidienne par les AC. En effet, bien que ponctuellement, certains partenaires multiplient cette fiche, les quantités sont très insuffisantes. Son remplissage est par ailleurs compliqué et extrêmement chronophage, ce qui limite d'autant son utilisation en routine.

C'est pourquoi, après avoir travaillé jusqu'en 2022 à inculquer aux AC une démarche diagnostique plus simple, nous avons proposé d'utiliser cette fiche comme un guide plutôt que comme un support à remplir intégralement – solution qui restait toutefois compliquée à mettre en œuvre. Cette proposition nous a cependant été refusée par le MdS, qui nous demande depuis de former les AC au remplissage de la fiche de PEC selon le curriculum officiel, et non à son utilisation comme guide. Nous nous sommes donc conformés à cette exigence en formant les AC au remplissage, notamment à Vondrozo et à Vangaindrano, tout en renforçant en parallèle les cas pratiques de PEC pendant la formation.

Depuis que MCGL a distribué, entre 2023 et 2024, des fiches de PEC plastifiées à tous les AC de nos districts d'intervention, nous continuons de chercher à faire accepter l'utilisation de la fiche comme

guide (complétée à VDZ par un cahier de prise de notes). Cette pratique, bien qu'appliquée à Vangaindrano, demeure toutefois non reconnue par le Ministère – d'autant que les outils de supervision existants n'évaluent pas la qualité réelle de la prise en charge, mais seulement le remplissage de la fiche.

1.2 Les activités à poursuivre ou à mettre en place par acteurs

1.2.1. Les agents communautaires

Rôle des AC

Selon le **Guide PAC** p.38, nous retenons les éléments suivants du rôle de l'AC en matière de capacité clinique :

- Assistance aux formations et participation active aux ateliers de renforcements de capacité lors des revues, accompagnements et supervisions sur site ;
- Assistance aux revues ;
- Utilisation correcte de la fiche de prise en charge ;
- Compréhension et maîtrise des protocoles de prise en charge.

Intervention Inter Aide

Uniquement à VGD :

- Accompagnement à la tenue de la revue et participation directe à la revue ;
- Mise en place des consultations formatives par l'accompagnateur Inter aide ;
- ARC palu de 4 jours distincts sur les nouvelles communes d'intervention.

Uniquement à VDZ :

- Atelier pratique sous forme de consultations formatives, au CSB sous la supervision des AS.

Outils de référence

- La grille évaluation de la PEC à tous âges (ou LV consultation formative)

Outils internes

- Guide interne de la revue (mini thèmes mensuels)
- Curriculum ARC pour les AC (VGD)

1.2.2. L'équipe CSB

Dans cette partie, nous ne ferons pas de distinction entre le rôle du chef CSB et celui du RC puisque chacun des deux doit pouvoir assurer les tâches présentées ici. Cependant, dans les faits, la majorité des RC a le statut de bénévole et n'est pas formé à la PCIMEc.

2 options s'offrent donc à nous :

- Former les bénévoles à la PCIMEc, sachant que le turn-over est très important (et pas nécessairement au sein de la région)
- Laisser l'aspect technique de la prise en charge aux chefs CSB et l'aspect non technique qui demande moins de compétences (OG et approvisionnement) aux RC.

Rôle des AS

Selon le **Guide MEO** p.25, le chef CSB ou RC est responsable de la formation initiale, l'évaluation, la remise à niveau et la satisfaction des AC en matière de formation. Pour atteindre ces objectifs, les AS doivent :

1. Analyser la prise en charge des AC
 - Possible au travers des OG
2. Observer la prestation clinique au niveau de la formation sanitaire ou au niveau du site

- Consultations formatives et supervisions sur sites
- 3. Contribuer à la formation des AC et à leur suivi formatif, y compris renforcement des connaissances et des protocoles de prise en charge
 - Thèmes mensuels, remise à niveau au travers d'accompagnement ciblé

Les rôles de supervision sont détaillés dans le **Guide MEO** p.31 :

« Le suivi formatif et l'encadrement des AC incombent d'abord à l'équipe technique du CSB, particulièrement au chef CSB. Il peut se faire aider par le RC qualifié. La supervision des AC par le niveau CSB se fera mensuellement. Ensuite, le focus sera mis sur les sites communautaires à problème pour des supervisions plus rapprochées selon le besoin. C'est également l'opportunité de développer des échanges avec les responsables de la commune sur le programme de Santé Communautaire. L'encadrement des AC au niveau du CSB se fait selon deux modalités :

- Supervision sur site : le suivi technique par le chef CSB et/ou le RC ;
- Le regroupement mensuel des AC. »

Intervention Inter Aide

- Supervision des AC :
 - Renforcement de capacité des équipes CSB (chefs CSB, RC, etc.) sur les techniques de renforcement de capacités/supervision lors de l'ARC AS¹
 - Systématisation des consultations formatives
 - Dynamisation des supervisions sur sites conjointement avec les AS : proposition de planning de supervisions sur sites notamment lors de stratégies avancées qui permettront aux AS de réaliser des consultations formatives sur sites et de renforcer les capacités des AC
- Appui au regroupement mensuel :
 - Renforcement de capacités des équipes CSB sur la tenue d'une revue
- Suivi formatif :
 - Renforcement de capacité des chefs CSB et RC sur les thèmes en lien avec la PEC (démarche diagnostique, posologie, signes de danger, conseils) par le biais d'accompagnements ou séances de formation individuelles ou en binôme (Chefs CSB et Relais communautaire) d'une demi-journée maximum sur chaque thème de prise en charge.
 - Mise à disposition des outils de supervision/évaluation + Renforcement de compétences sur ces outils (ARC AS¹)
- Renforcement de capacité sur la vérification des registres : accompagnement ou ARC AS¹
- Appui au suivi des activités communautaires à travers le remplissage du tableau de bord
- Formation des RC à la PCIMEc :
 - Non mise en place à ce jour. Il ne s'agit pas d'une action portée par Inter Aide mais d'une formation qui relève du Ministère de la Santé (contenu long et dense, nécessitant des validations officielles). À ce jour, seuls certains chefs CSB en ont bénéficié, au mieux ; étendre cette formation aux RC serait pourtant essentiel.

¹ L'Atelier de Renforcement de Compétences des Agents de Santé (ARC AS) est un dispositif de formation conçu par Inter Aide (proposé en décembre 2025, mis à jour en mai 2026) pour les chefs CSB et RC des CSB ruraux du Sud-Est, construit exclusivement à partir des guides et manuels officiels du Ministère de la Santé (Guide PAC, Guide MEO, Module F, Manuel GIS, Cahier PCIMEC). L'atelier vise à renforcer les compétences des AS dans leur rôle de superviseur des AC : conduite de la supervision, organisation des regroupements mensuels, vérification des outils de gestion (registre intégré, RMA), gestion des intrants de santé (fiche de stock, rapport bon de commande), utilisation des outils de supervision et analyse des données communautaires.

Outils de référence

- **Modules F** p.18 à 25 : techniques de supervision
- **Module F** p.26 : session 4 + liste de vérification sur la conduite d'un regroupement mensuel
- **Module E** : PEC des enfants malades
- **Module F** p.99 : grille d'évaluation de prise en charge

Outils internes :

- [Module ARC AS Inter Aide \(voir note en p.6\)](#)
- [Tableau de bord de la santé communautaire au CSB](#)
- [Modules Inter Aide tirés du Boky E sur la prise en charge \(basés sur l'utilisation de la fiche prise en charge\)](#)

NB : Si le RC n'est pas formé à la PCIMEc, son rôle sera d'organiser en collaboration avec les chefs CSB des thèmes mensuels en lien avec la prise en charge et identifier les AC ayant besoin de renforcement afin d'organiser des consultations formatives supervisées par le chef CSB. Le rôle du chef CSB sera quant à lui d'appuyer le relais communautaire techniquement (en cas de lacunes) et d'évaluer ses performances. Il peut cependant y avoir des nuances par district.

1.2.3. Les SDSP

Rôle des SDSP

La supervision du programme de santé communautaire par les niveaux district s'intègre aux supervisions habituelles. Ils ont la responsabilité au cours de la supervision d'accompagner techniquement les équipes du CSB en matière de renforcement de capacités.

Leur rôle est donc la formation continue des RC et chefs CSB sur la PCIMEc et l'utilisation des outils existant au travers de :

1. Supervisions régulières
2. Mise en place des renforcements de capacité lors des revues chefs CSB

Intervention Inter Aide

Uniquement à VDZ, en cours de développement dans les autres districts :

- Aide à la préparation/planification des supervisions, travail conjoint sur les outils de supervision, réalisation conjointe des supervisions, travail d'analyse conjoint des résultats des supervisions et restitution régulière et ciblée au cours des revues chefs CSB
- Préparation conjointe avec EMAD de thèmes de formations réguliers
- En cours de discussion selon la pertinence au regard de son coût et de son apport réel à la qualité de la PCIMEc : financement d'une demi-journée de revue supplémentaire pour la formation (mensuelle ou trimestrielle).

Uniquement à VGD :

- Construction et mise en place des ARC AC

Outils de référence

- **Module Boky E, Module F, Guide MEO :**
 - Canevas de préparation de supervisions ;
 - Grilles de supervisions santé communautaire (grille de supervision intégrée et ciblée ou SIC qui couvre en une seule visite plusieurs volets : prise en charge clinique, gestion du site, gestion des intrants, RMA communautaire ; cf. **Guide MEO** §5.1.1, détaillée dans le Module F) ;
 - Canevas rapport de restitution

Outils internes

- Tableau de bord de la santé communautaire au CSB

1.2.4. DRS

Le BRF (Bureau Régional de Formation) – structure régionale rattachée à la DRS – est chargée de la formation initiale et continue des AC et RC de la région. La DRS coordonne avec le BRF la mise en œuvre de ces formations (**Guide MEO**, p.25).

2- La remontée des données promptes, complètes et fiables

Il n'existe pas à notre connaissance de modules de formation sur le remplissage des registres et RMA.

2.1. Contexte par district

2.1.1. Farafangana

Le travail sur le remplissage des OG (registres et RMA) est continu depuis plusieurs années à Farafangana. Les outils évoluent avec le temps, ce qui nécessite des formations régulières. La dernière date du premier semestre 2024.

Bien que ce constat ne soit pas documenté, il semble que le niveau des AC de Farafangana sur le remplissage des outils soit plutôt très correct. Il faut noter par ailleurs l'appui majeur des AC Akama dans cette tâche, qui jusqu'à présent s'occupaient intégralement de la correction des outils de leurs collègues lors des revues.

Malgré tout, nous constatons toujours des erreurs persistantes qui semblent être principalement des erreurs d'attention. Il semble aussi que certains AC n'aient pas réellement le niveau nécessaire et/ou un manque d'implication. Il faut enfin noter que très peu de chefs CSB appuient la correction. La plupart se contente en effet de signer, d'où l'intérêt là encore du RC.

Au niveau SDSP, les données sont saisies par un opérateur soutenu financièrement à 100% par Inter Aide depuis 2024.

2.1.2. Vohipeno

Les constats sont sensiblement les mêmes qu'à Farafangana mais avec un niveau qui semble être encore meilleur. Par ailleurs, de nombreux chefs CSB sont impliqués dans la validation des données.

2.1.3. Vondrozo

Cette question a commencé à être traitée par le programme depuis le mois de juillet 2025. Jusqu'à présent, d'après les constats effectués en supervision, il semble que de nombreux AC ne disposent pas encore des outils officiels. Pour la plupart, les données ne sont pas confrontées lors des revues et la validation se fait uniquement au regard des incohérences du RMA.

2.1.4. Vangaindrano

A ce jour, nous assistons à toutes les revues des AC (95%). Les RMA com sont remplis par les AC, souvent le jour de la revue. La correction des RMA com et la concordance entre les registres de consultations et les RMA com sont le plus souvent corrigés par les agents Inter Aide. Les chefs CSB ne sont pas toujours présents aux revues, et les AS ne maîtrisent pas les OG des AC. On ne peut donc pas pour le moment leur confier cette tâche. Quant aux AC dit « pairs », nommé par JHPIEGO, ils n'ont pas le niveau nécessaire à la correction des remplissages : ils sont eux-mêmes en phase de perfectionnement.

Pour des questions pratiques, sur les 16 CSB, les RMA com validés par le chef CSB sont parfois remontées au SDSP par les accompagnateurs Inter Aide. Notre présence systématique permet pour le premier semestre 2025 d'avoir un taux de complétude de 97%, mais avec des retards sur la promptitude (78%). Ces retards s'expliquent entre autre par le manque d'information de la date de réception des RMA com au CSB (manque du chef CSB).

Comme à Farafangana, les données sont ensuite saisies par un opérateur de saisie soutenu à 100% par Inter Aide.

2.2 Les activités à poursuivre ou à mettre en place par acteurs

2.2.1. Les agents communautaires

Rôle des AC

Selon le **Guide MEO** p.43 :

- « Tous les AC doivent être formés dans la gestion du SNIS pour la partie communautaire qui les concerne (registres intégrés communautaires et RMAc). Les AC doivent rapporter toutes leurs activités et fournir des données sur des formats standardisés.
- Chaque AC est responsable d'assurer le remplissage et la soumission de ses outils de travail. »

Intervention Inter Aide

- Renforcement de capacité des AC concernant le remplissage des OG au travers l'assistance aux revues, thèmes mensuels et accompagnements éventuels, dispensé selon les districts par les AC référents (aussi appelés AC pairs ou AC Akama) ou par les RC/chefs CSB, voire les deux conjointement. Les actions d'Inter Aide se recentrent progressivement sur les RC et chefs CSB, l'objectif étant de maximiser l'autonomie des acteurs locaux et la pérennité de l'appui.
- Mise à disposition de RMA

Outils de référence

- Il n'existe pas à notre connaissance de modules de formations concernant le remplissage des OG. Nous utilisons donc nos propres outils.

Outils internes

- Guide de thème mensuel : remplissage registre, remplissage RMA.

2.2.2. L'équipe CSB

Rôle des AS

Contrairement à la prise en charge, nous distinguerons dans cette partie le rôle des RC et des chefs CSB.

Selon le **Guide MEO** p.43 :

- Le relais communautaire (RC)
 - « Chaque RC est responsable de s'assurer que le RMA com (et le Registre de Surveillance Hebdomadaire ou RSH) sont complétés avec qualité et soumis au CSB. Les visites de supervision aideront à renforcer les connaissances acquises et à résoudre les défis auxquels les AC font face.
 - Le RC est responsable de la compilation et de la soumission du RMA com. »
- Le chef CSB
 - « Le chef CSB valide les informations dans le RMA com et les envoie auprès des districts sanitaires pour être saisis. »

De plus, l'équipe CSB doit s'assurer de la cohérence des données et de la fonctionnalité de la santé communautaire à l'échelle du CSB à travers le remplissage des données dans le tableau de bord et leur analyse. Elle restitue cette analyse aux AC.

Intervention Inter Aide

Globalement, Inter Aide mène les mêmes actions pour le chef CSB et le RC à savoir :

- Renforcement de capacités sur le remplissage et la correction des OG au travers de l'ARC et d'accompagnements individualisés et de renforcement de compétences sur le tas lors des revues (si nécessaire) ;
- Renforcement de capacités sur les outils de supervisions (volet non clinique) au CSB ou sur sites au travers de l'ARC ou d'accompagnements individualisés ;
- Appui au remplissage, à la correction et à l'analyse d'un tableau de bord santé communautaire du CSB.

Outils de référence

- **Module F** p. 175, grille de supervision volet non clinique (outil de vérification et de validation des RMA)

Outils internes

- Guide accompagnement remplissage et vérification des OG Inter Aide
- Curriculum et module ARC AS (voir note en p.6)
- Tableau de bord de la santé communautaire au CSB

2.2.3. Les SDSP

Rôle des SDSP

Selon le **Guide MEO** p.43, Le district sanitaire doit compiler les RMA com et les saisir dans le DHIS2. Les activités à entreprendre ou à poursuivre sont les suivantes :

- Extraction des données et analyse des données
- Renforcement des supervisions

De plus, le SDSP doit analyser des données communautaires par CSB à l'échelle du district, communiquer sur ces analyses vers les CSB et prendre des décisions correctives sur cette base pour la bonne fonctionnalité de la santé communautaire.

Intervention Inter Aide

- Participer conjointement avec les EMAD à l'analyse des données dans le but de renforcer leurs compétences et aider à la prise de décision (VDZ)
- Systématisation des supervisions (appui logistique au transport, mise à disposition des fiches, accompagnement technique)
- Mise à disposition temporaire d'un opérateur de saisie (FRF et VGD) ou de crédit internet (VDZ)

Outils de référence

- Guide MEO

Outils internes

- Canevas de préparation des supervisions : encore en chantier (non finalisé à ce jour)
- Grille de supervision : en chantier, actuellement un mix entre la grille de supervision intégrée et ciblée (SIC) officielle des CSB et des ajouts Inter Aide ; le format reste à fixer.
- Outils de suivi des erreurs rencontrés dans les RMA encodés (grille Excel sur VGD)

3- L'approvisionnement en intrants des AC

3.1 Contexte

3.1.1. Le circuit d'approvisionnement

Le circuit d'approvisionnement en intrants de santé à Madagascar repose sur un système de réquisition à 4 niveaux institutionnels. Les intrants descendent du niveau central (SALAMA/UASM) vers les Pharmacies de Gros de District (Pha-G-Dis), puis vers les Pharmacies à Gestion Communautaire des CSB (Pha-Ge-Com), et enfin vers les AC au niveau des sites communautaires. En retour, chaque niveau détermine lui-même ses besoins et les remonte au niveau supérieur : les AC remplissent leurs formulaires de commande avec l'appui du chef CSB (ou du RC, qui peut le suppléer), et le CSB soumet le Rapport-Bon de Commande – incluant le compilé des sites communautaires – à la Pha-G-Dis, tous les deux mois. Dans les zones difficiles d'accès, un « modèle push », où le RC livre directement les intrants aux AC, peut être utilisé pour limiter les ruptures de stock.

3.1.2. Région Atsimo-Atsinanana

Dans les 3 districts de la région Atsimo Atsinanana, le circuit d'approvisionnement n'est pas respecté. Les outils ne sont pas disponibles et les AC n'y sont pas formés. Les chefs CSB ne passent pas de commande pour les AC. Il semble donc que les contraintes se cumulent pour les AC avec : les districts qui passent des commandes qui ne correspondent pas aux besoins, et le central qui effectue une livraison qui ne correspond pas à la commande.

3.1.3 Vohipeno

Les AC dans ce district remplissent des Rapports-Bons de Commande (RBdC) selon le calendrier de commande, soit tous les deux mois et ces derniers sont compilés par les chefs CSB.

3.2 Les activités à poursuivre ou à mettre en place par acteurs

3.2.1. Les agents communautaires

Rôle des AC

Selon le **Manuel GIS** p.36, les AC doivent :

- « Remplir correctement et mettre à jour la fiche de gestion des intrants de chaque produit
- Evaluer la situation de stock de chaque produit à la fin de chaque mois
- Transmettre tous les 2 mois les Bons de commande des sites communautaires lors de la revue ou regroupement des AC
- Rendre compte au chef CSB de l'existence éventuelle de produits périmés et les remettre pour destruction
- Récupérer les produits commandés au niveau de la Pha-Ge-Com
- Assurer la bonne pratique du transport des produits de la Pha-Ge-Com vers les sites communautaires et les bonnes pratiques de stockage des produits au niveau du site communautaire
- Délivrer les produits aux clients en respectant les normes d'utilisation et en expliquant la prise de médicaments
- Gérer les fonds générés par la vente des produits
- Inventorier à chaque fin de semestre / année les matériels et les produits de santé gérés. »

Intervention Inter Aide

- Formation des AC sur la gestion des intrants au travers d'un regroupement : en 2026 à Farafangana, un module dédié a permis de retravailler avec les AC leur rôle dans la gestion des

stocks, le calcul de la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) et le remplissage de la fiche de stock, au travers de mises en situation et d'exercices individuels corrigés collectivement.

- Thèmes mensuels spécifiques pour des rappels sur les outils GIS lors des revues AC
- Sensibilisation au remplissage des outils GIS : l'importance du tableau 9 du RMA à renseigner systématiquement même en cas de rupture pour faire remonter les informations.

Outils de référence

- Fiche de gestion des intrants
- Rapport-Bon de Commande
- **Manuel GIS** p.29 : Aide-mémoire

Outils internes

- Outils « Regroupement AC : Gestion des intrants de santé au niveau communautaire » (Farafangana, 2026) : aide-mémoire, plan de session, exercices et corrigés (calcul de la CMM, remplissage de la fiche de stock)

3.2.2. L'équipe CSB

Rôle des AS

Selon le **Guide MEO** p.25 et 39, les RC doivent :

- « Suivre les stocks et appuyer l'approvisionnement des AC en intrants au CSB pour assurer une offre de services de qualité.
- En termes d'assurance qualité : les capacités de gestion logistique des AC doivent être évaluées trimestriellement par le relais communautaire (révision des fiches de stock, vérification des bons de commande, vérification du stock physique) et renforcées (remise à niveau - coaching) si besoin. »

Selon le **Guide MEO** p.36 et le **Manuel GIS** p.32, les chefs CSB doivent :

- « Renforcer les capacités des AC en gestion du stock
- Evaluer l'état de stock des CSB et des sites communautaires
- Calculer avec le Dispensateur et le PCoGe² la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) ou Consommation Moyenne Mensuelle ajustée (CMMa) ou Consommation Moyenne Mensuelle projetée pour les intrants anitipaludiques (CMMp), et la Quantité à commander (QàC) de la Pha-Ge-Com et de chaque site communautaire
- Etablir le Rapport Bon de Commande Compilé des sites communautaires et le Rapport Bon de Commande de la Pha-Ge-Com
- Transmettre au Président du CoGe les Rapports bon de commande compilés des Sites Communautaires et Pha-Ge-Com et Suivre leur soumission régulière au Médecin Inspecteur
- Participer à la réception des intrants de santé commandés pour la Pha-Ge-Com et leurs sites communautaires, et retourner le PVRD dans le délai imparti au MI
- Assurer les formations, revues mensuelles et supervisions formatives des agents de santé et des AC »

Intervention Inter Aide

- Renforcement de capacité des RC et chefs CSB au travers de l'ARC AS (voir note en p.6)
- Renforcement des supervisions
- Accompagnement ciblé sur le volet gestion des intrants

² Président du CoGe (Comité de Gestion) du CSB : membre de la communauté (pas un agent de santé), cosignataire de certains comptes et documents liés à la Pha-Ge-Com, aux côtés du chef CSB

Outils de référence

- **Guide PAC, Guide MEO, Module F, Manuel GIS, Cahier PCIMEC**
- Fiche de gestion des intrants
- Rapport-Bon de Commande
- **Manuel GIS p.29 : Aide-mémoire**

Outils internes

- Curriculum de l'atelier ARC AS (voir note en p.6)
- Module ARC AS – manuel du formateur (mis à jour mai 2026)
- Guide d'accompagnement des agents de santé (chefs CSB et RC) sur le remplissage de la fiche de stock
- Exercice d'accompagnement et corrigé

3.3.3. Les SDSP

Rôle des SDSP

Selon le **Manuel GIS** p.26 à 31 et le **Guide MEO** p.36, l'équipe de management responsable de la Santé Communautaire au niveau du district doit apporter son appui dans la gestion logistique au CSB et aux AC. :

- Médecin Inspecteur et Adjoint Technique :
 - « En coordination avec le Comité GAS District, assurer la performance de la Pha-G-Dis, de l'Unité de Pharmacie CHRD I, des Pha-Ge-Com et l'approvisionnement continu des AC
 - Veiller à l'effectivité des inventaires physiques mensuels à tous les niveaux
 - Vérifier l'utilisation systématique des rapports bons de commande des sites communautaires, bons de commande compilés des sites communautaires et celui du CSB
 - Signer les commandes validées par le comité GAS
 - Assurer la régularisation des frais d'acheminement des produits gratuits pour les PhaGDis, PhaGeCom et sites communautaires »
- Responsable GIS :
 - « Assurer le suivi de la disponibilité des intrants de santé
 - Instaurer un tableau de bord de suivi de la Pha-G-Dis, Unité de Pharmacie, Pha-Ge-Com et AC (données logistiques, financières et rapportage)
 - Suivre l'approvisionnement exclusif des CSB auprès de la Pha-G-Dis et rapporter au Médecin inspecteur pour la prise de décision »
- Comité GAS :
 - « Effectuer une analyse trimestrielle des commandes Pha-Ge-Com et de leurs sites communautaires compilés, Unité de Pharmacie et Pha-G-Dis : mode de calcul, délai d'envoi, délai de réception, taux d'exécution des commandes, mode de réception, approvisionnement exclusif à la Pha-G-Dis »
- Pha-G-Dis :
 - « Etablir la commande des intrants de santé sur la base des données du district (Pha-Ge-Com,
 - AC compilés, CHRD I, ...), faire valider auprès du responsable Programme / comité GAS et faire signer par le Médecin Inspecteur
 - Respecter le calendrier d'approvisionnement avec l'envoi de commande dans le délai imparti
 - Etablir et respecter le calendrier d'approvisionnement convenu,

- Vérifier les rapports bons de commande des CSB avec ceux des AC compilées, CHRD I et ONG agréés dûment signés par les Responsables et autorisés par le Médecin Inspecteur / Adjoint technique.
- Les prestataires de la Pharmacie de Gros du District (Pha-G-Dis) sont chargés du stockage et de la gestion des intrants de santé, et de l'approvisionnement des Pharmacie à Gestion Communautaire (Pha-Ge-Com), au niveau des centres de santé de base (CSB). »

Intervention Inter Aide

- Suivi et appui technique auprès du SDSP sur le volet approvisionnement :
 - Les outils de gestion logistique restent sous la responsabilité du district ;
- Dotation exceptionnelle en intrants antipaludiques (TDR, ACT 2-11, ACT 1-5), réservée aux AC, uniquement en cas de rupture pour suppléer le niveau central lorsque celui-ci n'honore pas les commandes (en quantité ou en délai) pour des raisons hors de son contrôle ;
- Cette dotation transite par le circuit officiel via la Pha-G-Dis (et non directement aux AC) :
 - Suivi rapproché et un appui technique pour s'assurer que les intrants parviennent effectivement jusqu'aux AC, le district conservant la responsabilité de la distribution et des OG.

Outils de référence

- Manuel GIS, Guide MEO
- DHIS2 tableau 9 RMA com

Outils internes

- Tableau de comparaison des intrants distribués vs reçus : PhaGDis – PhaGCom – AC
- Convention de distribution

3.3 Résumé

Remontées des commandes

	Acteurs	Outils	Intervention Inter Aide
1	AC lors du regroupement mensuel	Fiche de stock Bon de commande des sites communautaires	Regroupement GIS (ARC AC) Supervisions des revues
2	Chef CSB (appuyé par le RC) : calcule la CMM/CMMa/CMMp	Rapport-Bon de Commande Rapport Bon de Commande compilé des sites communautaires	ARC AS Accompagnements AS
3	Président CoGe : transmet la commande	Rapport-Bon de Commande	Pas encore à ce niveau, à discuter la pertinence
4	Comité GAS / MI : valide et signe	Commande validée et signée	Participation et appui technique
5	Pha-G-Dis : réceptionne et honore la commande	Bon de livraison	Suivi et appui technique

Descentes des intrants

	Acteurs	Outils	Intervention Inter Aide
1	SALAMA / UASM	Bon de livraison et de transfert des intrants de santé - PVRD	Plaidoyer central
2	Pha-G-Dis (prestataire), sous supervision du MI	Bon de livraison - PVRD Fiche de gestion des intrants	Suivi et appui technique
3	Pha-Ge-Com : dispensateur, Président CoGe, Chef CSB	Bon de livraison - PVRD Fiche de gestion des intrants Fiche de stock	ARC AS Accompagnements AS
4	AC, avec l'appui du RC / chef CSB	Bon de livraison - PVRD Fiche de stock individuelle RMA	Regroupement GIS (ARC AC) Supervision des revues

Conclusion

La question posée en introduction était simple en apparence : quelles activités, à tous les niveaux, mènent à une qualité acceptable dans la prise en charge par les AC, et quels outils permettent de l'assurer et de la mesurer ? Cette note montre que la réponse, elle, ne l'est pas. Les documents cadres du Ministère décrivent avec précision qui doit faire quoi — de l'AC au site communautaire jusqu'à SALAMA au niveau central, en passant par le RC, le chef CSB, le SDSP, le Comité GAS, la Pha-G-Dis, la DRS — et avec quels outils : fiche de PEC, registres, RMA, fiche de stock, RBdC, PVRD, grilles de supervision, etc. Cette longueur de chaîne est en elle-même une partie du problème : la qualité de la prise en charge d'un enfant fébrile dépend, in fine, d'une dizaine d'acteurs et d'autant de procédures qui doivent chacune fonctionner, se transmettre l'information et se soutenir mutuellement. Il suffit qu'un maillon se relâche — un chef CSB qui se contente de signer sans vérifier, une commande de stock qui n'arrive pas, un RC bénévole non formé et déjà surchargé — pour que l'effort fourni ailleurs dans la chaîne perde une partie de sa valeur.

C'est là le constat central de cette note : la qualité des soins communautaires, ou la fonctionnalité de la santé communautaire, n'est pas la somme de trois piliers indépendants, mais le produit de leur interdépendance. Un AC compétent cliniquement mais en rupture de stock ne peut pas soigner ; un AC bien approvisionné mais dont les données ne remontent pas ne peut pas être identifié quand il a besoin d'aide ; un système de remontée de données parfait ne sert à rien si personne, faute de temps ou de formation, ne s'en sert pour agir. Cette qualité ne se décrète donc pas par un seul outil ou une seule formation : elle se construit par une synergie entre des acteurs aux statuts très différents (bénévoles, salariés, fonctionnaires) et suppose, chez chacun d'eux, une motivation qui ne va pas de soi — en particulier chez des RC bénévoles au statut fragile, chargés d'un rôle pivot sans toujours en avoir les moyens ni la reconnaissance. Cette synergie suppose aussi, en amont, une relation de confiance entre niveaux : or c'est loin d'être toujours le cas, par exemple entre le CSB et les AC qu'il encadre.

Plusieurs goulots d'étranglement traversent les trois piliers. La fiche de PEC, censée structurer la consultation, reste rare et trop complexe pour un usage quotidien, et le Ministère refuse pour l'instant l'usage simplifié que le terrain réclame. Les outils de supervision officiels mesurent le remplissage des supports plus que la qualité réelle des soins (on vérifie que la fiche est cochée, pas que l'enfant a été bien soigné). Le circuit d'approvisionnement, pourtant clairement défini sur le papier, ne tient tout simplement pas dans la région : les commandes ne remontent pas, les livraisons ne correspondent ni aux besoins ni aux commandes, et les ruptures se cumulent d'un niveau à l'autre. Enfin, une bonne partie de ce qui fonctionne aujourd'hui repose moins sur l'autonomie des acteurs locaux que sur la présence directe d'Inter Aide — que ce soit pour saisir les données, corriger les outils de gestion ou

assister aux revues. C'est une force à court terme, mais une fragilité si l'appui venait à s'alléger. Les efforts ces dernières années vers le renforcement de capacités des acteurs locaux, notamment au CSB et au SDSP, et le transfert de responsabilités ressortent néanmoins clairement dans cette note.

Des pratiques encourageantes se dégagent donc malgré tout et méritent d'être poursuivies : la démarche structurée d'observation (EPI) à Vangaindrano, la mobilisation continue autour du remplissage des outils à Farafangana ou des supervisions conjointes à Vondrozo, le circuit d'approvisionnement qui, à Vohipeno, fonctionne comme prévu, ou encore l'ARC AS, construit uniquement à partir des référentiels officiels, qui outille des chefs CSB souvent livrés à eux-mêmes. La stratégie consistant à recentrer progressivement l'appui vers les RC et les chefs CSB plutôt que vers les AC directement va dans le bon sens et mérite d'être renforcée, de même que l'extension de la formation PCIMEc aux RC.

Le point critique qui se dégage n'est donc pas tant un manque d'outils ou de procédures – il y en a, et ils sont documentés – qu'un manque de robustesse humaine et systémique pour les faire vivre durablement, du bénévole en première ligne jusqu'au niveau central. Améliorer la qualité des soins communautaires suppose ainsi moins d'inventer de nouveaux outils que de consolider ce qui existe déjà : stabiliser le statut et la formation des RC, faire converger les outils de supervision vers la mesure de la qualité réelle plutôt que du seul remplissage, et sécuriser le circuit d'approvisionnement pour qu'un AC formé et motivé ait, tout simplement, de quoi soigner.