

SYNTHÈSE - 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

Inter Aide met en place un programme de santé communautaire depuis 2002 dans le Sud-Est malgache. En développant un réseau d'Agents Communautaires (AC) à même de traiter les enfants malades au niveau villageois, le programme a permis une multiplication de l'accès aux soins pour les enfants et une réduction moyenne de 50% de leur mortalité avant l'âge de 5 ans. Le programme cherche désormais les clefs de la pérennisation de ce dispositif à travers l'implication des autorités sanitaires publiques, notamment les Équipes de MANagement des Districts (EMAD).

L'expérience d'Inter Aide dans les districts de Manakara, Mananjary, Vohipeno, Farafangana, Vondrozo et Vangaindrano montre une évolution progressive des modalités de collaboration avec les différents EMAD. Cette évolution ne s'est toutefois pas faite de manière uniforme. Elle dépend à la fois de l'évolution du cadre institutionnel de la santé communautaire, de l'histoire de l'intervention dans chaque district, de l'implication des équipes sanitaires et des moyens dont elles disposent.

1. Une évolution progressive d'une intervention autonome vers une collaboration institutionnelle

Au début de l'intervention (2002), le contexte institutionnel de la santé communautaire n'était pas structuré. Avant la mise en place de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC), Inter Aide conduisait une partie importante de ses activités de manière autonome, en lien direct avec les Agents Communautaires (AC,) les familles et les communautés. L'implication des équipes de santé (CSB pour Centre de Santé de Base et EMAD) district était alors très limitée, voire inexistante dans certains contextes.

À Manakara, par exemple, l'intervention a initialement reposé sur une forte implication directe d'Inter Aide dans la mise en œuvre des activités communautaires. Cette approche a permis de développer rapidement les activités, de renforcer les compétences des AC et de démontrer l'impact de la stratégie sur la mortalité, mais elle a également montré les limites d'un modèle dans lequel les acteurs locaux sont insuffisamment associés dès le départ, puisque l'EMAD ne s'est finalement jamais impliqué dans la gestion de la santé communautaire, menant au départ d'Inter Aide en 2022, sans pérennisation de l'action, après des années d'efforts infructueux de transfert de responsabilité.

L'expérience a progressivement conduit Inter Aide à rechercher davantage d'implication des autorités sanitaires. La mise en place de la PNSC en 2010 a constitué un élément important de cette évolution, en contribuant à définir le cadre institutionnel de la santé communautaire. À partir de cette période, les relations avec les EMAD et les Chefs CSB se sont progressivement développées, avec une association croissante de ces acteurs publics au suivi des activités communautaires. Inter Aide a adapté ses outils de collecte de données internes pour permettre également une remontée vers le système de données national. Les années 2010 à 2015 sont ainsi marquées par une forte augmentation du volume de consultations des AC et les débuts de l'institutionnalisation du dispositif.

A partir de 2016, avec l'arrêt de l'approvisionnement direct des AC par Inter Aide et la chute brutale du volume de consultations communautaires, la nécessité d'impliquer les autorités sanitaires, dont le

rôle dans l’approvisionnement des AC est clef, est passée au premier plan. Les efforts pour responsabiliser les EMAD se sont intensifiés, avec succès à Farafangana, et sans résultat à Manakara.

A partir de 2022, grâce à un intérêt plus marqué de la part du Ministère de la Santé, de nouvelles méthodes de collaboration avec les EMAD ont pu voir le jour, basées notamment sur plus de descentes terrain conjointes et une planification commune des activités. Cette approche s’est concrétisée spécifiquement dans le district de Vondrozo où l’action d’Inter Aide se met en place exclusivement à travers l’EMAD, sans intervention directe de l’équipe vers les AC. Elle a été possible grâce à une motivation exceptionnelle de l’EMAD en place, et au fait que la santé communautaire était déjà partiellement fonctionnelle dans ce district. A l’inverse, au même moment dans le district de Vangaindrano, malgré des efforts similaires pour intégrer l’EMAD au programme, la collaboration est demeurée très limitée. Les besoins au niveau de la santé communautaire, inexistante au lancement de l’action, ont ainsi poussé l’équipe à maintenir une action directe forte auprès des AC, au détriment de l’appropriation institutionnelle.

Depuis 2024, l’harmonisation des outils internes d’Inter Aide avec les outils du Ministère de la Santé, initiée dès 2010, a été finalisée, et ce malgré la complexité supplémentaire que leurs procédures inadaptées au niveau des AC ajoutent à l’accompagnement technique qu’Inter Aide doit réaliser. Plusieurs avancées notables ont été faites en termes d’implication des EMAD, notamment la mise en place de comités de pilotages conjoints, au niveau district et régional.

2. Les limites et les conditions du transfert de responsabilités

L’expérience montre que le transfert de responsabilités ne peut pas être considéré comme automatique. Il dépend fortement de l’engagement, de la disponibilité, de l’organisation et des capacités réelles de l’EMAD.

Dans certains districts, les descentes terrain conjointes restent limitées et sont souvent réalisées avec un nombre restreint de membres de l’EMAD. À Farafangana, par exemple, les descentes terrain conjointes se sont développées davantage à partir de 2025, mais elles restent encore fortement dépendantes de la disponibilité de certains responsables, notamment du Responsable Santé Communautaire.

Cette situation montre qu’un principe consistant à « ne pas réaliser d’activités sans l’implication de l’EMAD » ne peut pas être appliqué de manière uniforme à tous les districts. Dans certains contextes, comme Vangaindrano, où l’EMAD peut être insuffisamment engagée ou organisée, une application stricte de ce principe pourrait limiter fortement la couverture des activités. Il est donc nécessaire d’adapter les modalités d’intervention au contexte local.

À Vondrozo, l’enjeu actuel consiste moins à créer une collaboration qu’à consolider et approfondir une dynamique déjà bien engagée avec l’EMAD. La plupart des membres de l’équipe sont déjà impliqués, à des degrés variables, dans les activités menées avec Inter Aide. Il s’agit désormais d’augmenter progressivement la fréquence des descentes terrain conjointes, de renforcer la participation effective de l’EMAD dans la préparation, la conduite et la restitution des activités, et de poursuivre l’identification progressive des responsabilités pouvant être transférées, en fonction des capacités, de la disponibilité et des moyens de l’équipe.

Le transfert doit également tenir compte des moyens réellement disponibles au niveau du district. À terme, la capacité de l’EMAD à poursuivre certaines activités dépendra non seulement des compétences acquises, mais également de ses moyens opérationnels : crédits disponibles, carburant, moyens de déplacement, matériel informatique et autres ressources nécessaires à l’exercice de ses

responsabilités. L'appui temporaire d'Inter Aide à ces moyens induit malheureusement une dépendance des EMAD au programme.

3. Principaux enseignements et recommandations

La principale leçon de cette capitalisation est que l'institutionnalisation de l'intervention ne repose pas uniquement sur la signature d'une convention ou sur l'annonce de transfert de responsabilités. **Elle se construit dans la durée à travers les relations de travail, l'implication concrète des acteurs publics, l'utilisation des outils institutionnels et en fonction de la capacité des structures locales** à prendre effectivement en charge les responsabilités qui leur sont confiées.

Les enseignements suivants ont été tirés de ce travail de capitalisation :

- La collaboration avec les EMAD **dépend fortement de la motivation personnelle des personnes en poste**, plus que de mécanismes institutionnels. Les changements de personnel au sein des EMAD affectent donc fortement leur contribution au projet, et in fine leur appropriation de la santé communautaire, dans un sens positif comme négatif.
- **Les tensions internes liées aux indemnités proposées ou non** par Inter Aide freinent l'appropriation. L'évolution vers **une harmonisation avec les indemnités recommandées par le Ministère** est perçue positivement par les EMAD.
- **L'absence de cadre formel fragilise le partenariat et sa durabilité.** Cela dit, les conventions que nous signons ne sont pas contraignantes et ne garantissent pas à elles-seules la bonne prise en main de la santé communautaire par un EMAD.
- **La planification conjointe d'activités, ainsi que les supervisions conjointes ou descentes terrain** constituent des leviers clé d'appropriation institutionnelle mais nécessitent un appui structuré et un renforcement progressif de l'EMAD.
- **Les appuis opérationnels (logistiques, financiers)** apportent des gains rapides **mais comportent des risques de dépendance.**
- **Une présence physique régulière et structurée** entre l'équipe Inter Aide et l'EMAD permet une meilleure collaboration. Les interactions et l'établissement de relations de confiance induisent une évolution positive.
- **Les autres intervenants en santé communautaire** peuvent influencer fortement sur le déroulement du programme, et une grande prudence est nécessaire dans la coordination avec ces acteurs.

Plusieurs recommandations peuvent être retenues :

- **Associer les EMAD le plus tôt possible permet de favoriser leur appropriation** et d'éviter qu'un programme ne soit perçu comme une intervention entièrement portée par le partenaire. A ce titre, il est recommandé :
 - **D'éviter au maximum de se substituer à l'EMAD** dans l'exécution des actions, notamment en matière de supervision et d'encadrement des acteurs communautaires ;
 - **De solliciter l'accord préalable de l'EMAD et sa présence** avant tout engagement terrain, afin de maintenir un fonctionnement fondé sur la coordination, la transparence et le respect des rôles de chacun ;
 - **D'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 ;

- **Clarifier dès le départ les rôles, les responsabilités et les modalités d'indemnisation**, notamment à travers la signature d'une convention entre Inter Aide et l'EMAD, permet de limiter les malentendus, de construire une relation de travail plus transparente et de limiter l'impact des changements de personnel ;
- **Utiliser exclusivement les outils du Ministère de la Santé**, malgré leur inadaptation, facilite l'intégration du programme dans le système existant et limite la création de dispositifs parallèles ;
- **Former des relais locaux** tels que les AC Mpiradia ou les AC Akama a facilité le transfert progressif des compétences et renforcé l'entraide entre acteurs communautaires dans les anciens districts, mais **investir dans les Agents de Santé du CSB** est désormais plus prometteur en termes de durabilité de la gestion de la santé communautaire ;
- **Renforcer le rôle des Agents de Santé dans l'accompagnement des AC** : désigner, au sein du CSB, un Agent de Santé autre que le Chef CSB comme Responsable Santé Communautaire permet d'assurer un appui technique de proximité plus régulier auprès des AC. Le Chef CSB doit conserver un rôle de coordination et de supervision, tandis que le Responsable Santé Communautaire peut assurer davantage le suivi technique, l'accompagnement des pratiques et le renforcement des compétences des AC. Cette organisation contribue à mieux répartir les responsabilités et à favoriser progressivement le transfert de certaines fonctions vers les équipes des CSB ;
- **Adapter les modalités de collaboration avec l'EMAD au contexte de chaque district** est indispensable, car le niveau d'engagement, les capacités techniques et les moyens des EMAD peuvent être très différents ;
- **Ne pas considérer le transfert comme acquis** : celui-ci doit être progressif, accompagné et évalué en fonction de l'implication effective des structures publiques.

Enfin, la réflexion sur la pérennisation doit être menée au-delà du seul transfert technique des compétences. Elle doit également intégrer les conditions matérielles et institutionnelles nécessaires à la poursuite des activités par les structures publiques (EMAD et CSB). L'objectif n'est donc pas simplement de se retirer progressivement, mais de **construire, avec les acteurs locaux et en fonction des réalités de chaque district, les conditions permettant une prise en charge progressivement plus importante des activités communautaires.**

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

L'un des objectifs de ce travail de capitalisation était d'aboutir à une définition claire de ce qui constitue une santé communautaire fonctionnelle et de qualité, et une caractérisation précise du travail attendu des EMAD pour y parvenir.

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.**
- **Critère 2 - L'approvisionnement des AC est continu et en quantité suffisante par rapport aux besoins.**
- **Critère 3 - Les soins communautaires fournis par les AC sont de qualité suffisante d'un point de vue clinique.**
- **Critère 4 - Les données des AC sont remontées jusqu'au DHIS-2 communautaire et de qualité.**

Un EMAD performant peut être caractérisé par :

- **Critère 1 - Le suivi et l'encadrement des CSB et des Agents de Santé est régulier et de qualité.**
- **Critère 2 - Les AC bénéficient de formation initiale et continue sur leur rôle (PCIMEC notamment), de même que les Agents de Santé sur la gestion des AC.**
- **Critère 3 - Les données communautaires sont disponibles et utilisées correctement par l'EMAD.**
- **Critère 4 - L'approvisionnement correct des AC est assuré par l'EMAD.**
- **Critère 5 - Les problèmes prioritaires sont identifiés et analysés par l'EMAD.**
- **Critère 6 - Des actions sont mises en place pour répondre aux problèmes prioritaires identifiés par l'EMAD.**
- **Critère 7 - L'ensemble des partenaires intervenants sur le district sont correctement coordonnés par l'EMAD.**
- **Critère 8 - Les outils officiels du Ministère sont utilisés pour toute activité et à tout niveau.**

Des indicateurs ont été définis pour chaque critère (voir note complète). Ils 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.