Evaluation finale externe du programme SANTÉ – Madagascar.

Programme quinquennal DGD 2017 – 2021 UNI4COOP.

RAPPORT FINAL

Juin 2022

VF MDG du 29 juin 2022

Auteur :

Dr HANITRINIAINA Odile Antoinette
Consultante en santé publique
Tel : 03202 375 03
e-mail : hanidile@yahoo.fr

Table des matières

A-CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'EVALUATION 5
A-1. Approche de la mise en œuvre du programme 5
A-2. Les partenaires de mise en œuvre 6
A-2.1. SDSP/EMAD Belo sur Tsiribihina 7
A-2.2. La congrégation de l'Eglise Catholique Apostolique de Rome (ECAR) et la congrégation des Sœurs Hospitalières de la Miséricorde (SHM) 7
A-2.3. Association Malgache contre le Diabète (AMADIA) 7
A-2.4.FIVE Menabe 8
A-2.5. ALEFA MENABE* 8
A-3. Les autres partenaires (collaborations, synergies) mobilisés pour la mise en œuvre du programme 9
A-3.1. Les partenaires/acteurs publics 9
A-3.2. Acteurs privés, programmes/projets qui ont un lien ou une complémentarité avec le programme santé 9
A-3.3. Les partenaires/acteurs académiques 10
B- LA METHODOLOGIE D'EVALUATION 11
B-1. Déroulement de la mission 11
B-2. Les différents types d'évaluation 11
B-3. Les sites couverts par l'évaluation 13
B-4. Les types d'enquêtes réalisées 13
B-5. Les cibles de l'enquête 13
B-6. Les difficultés rencontrées, les contraintes 13
C- LES PRINCIPAUX CONSTATS 14
C-1. Les soins de santé améliorés, continus, globaux et intégrés pour les habitants du district de Belo sur Tsiribihina 14
C-2. La prise en charge du diabète (et de l'hypertension artérielle), prévention et promotion 24
C-3. Le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles (gestion/cycle de projet) des partenaires 29
C-4. La recherche action et capitalisation : 36
D- POINTS DE VUE SUR L'ATTEINTE DES RESULTATS 38
D-1. Niveau d'atteinte de l'outcome 39
D-2. Niveau d'atteinte des Résultats 41
E- LES CONCLUSIONS DE L'EVALUATION 47
E-1. L'efficacité du projet 47
E-2. La pertinence du programme 52
E-3. L'efficience des actions menées dans le programme santé 57
E-4. L'impact du programme 62
E-5. La durabilité des activités 65
E-6. Collaboration entre les partenaires de mise en œuvre 70
E-7. Adéquation du projet à l'approche genre 70
E-8. Prise en compte de l'aspect environnemental et de l'assainissement 70
E-9. Contribution du programme au Cadre Stratégique Commun de Madagascar (CSC) 71
E-10. Cohérence avec les interventions éventuelles d'autres acteurs/programmes/projets santé 75
E-11. Caractère novateur des initiatives 75
F- RECOMMANDATIONS 75
F-1. Synthèse des recommandation de la part des groupes cibles et des bénéficiaires du programme santé75
F-2. Recommandations à partir de l'analyse des avis des divers acteurs et de la part de l'évaluatrice 79

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

LISTE DES PHOTOGRAPHIES

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AC	Agent Communautaire de Santé
ACNG	Acteur de la Coopération Non Gouvernementale
AMADIA	Association malgache contre le diabète.
BEL	Bureau Exécutif Local
Belo ST	Belo sur Tsiribihina
BSD	Bureau de Santé de District
CSB	Centre de santé de Base
CS	Cible Stratégique (du CSC)
CSC	Cadre Stratégique Commun
CHD	Centre Hospitalier de District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régionale
COGE	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé du CSB
CPN	Consultation Prénatale
DC	Diabete Center
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement (Belgique)
DRS	Direction Régionale de la Santé publique
ECAR	Eglise Catholique Apostolique de Rome
ECG	Electrocardiogramme
EMAD	Equipe Managériale de District
EP ou PE	Educateur Pair ou Pair Educateur
ETP	Education thérapeutique
FIVO	Fivorian'ny Vondron'Olona ifotiny (Réunion des habitants d'un quartier, village)
HSFA	Hôpital Saint François d'Assise (ou Polyclinique Saint-François d'Assise)
HTA	Hypertension artérielle
IEC	Information Education Communication
LC	Louvain Coopération
MI	Médecin Inspecteur
MID	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MinSan	Ministère de la Santé Publique (Madagascar)
PCIME	Prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant
PCIMEC	Prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant au niveau communautaire
PF	Planification Familiale
PHAGECOM	Pharmacie à Gestion Communautaire (au niveau de la commune
PHAGDIS	Pharmacie de Gros de District (au niveau du district)
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PTA	Plan de Travail Annuel
QRCP	Questionnaire de Renforcement des capacités des Partenaires Locaux
RAL	Responsable des Antennes Locales
RMA	Rapport Mensuel d'Activité
SD	Sensibilisateur Dépisteur
SDSP	Service de District de la Santé Publique
SHM	Sœurs Hospitalières de la Miséricorde
VAD	Visite à domicile

A-CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

Louvain Coopération membre d'UNI4COOP, consortium composé de 4 ONG universitaires francophones belges, acteur de la coopération non gouvernemental belge, financé par son bailleur de fond principal, la DGD (Direction Générale de la Coopération au Développement) a recruté un Consultant pour réaliser l'évaluation externe finale de son programme quinquennal santé qui a été mise en œuvre de 2017 à 2021 à Madagascar dans la région Menabe. Le résultat attendu de l'objectif spécifique 2 du programme en matière de santé est :

« la qualité des systèmes locaux de soins de santé est durablement améliorée, en particulier la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ».

Les tâches spécifiques seront détaillées dans la méthodologie de l'évaluation. En général, elles concernent surtout à analyser les activités mise en œuvre, les méthodologies adoptées dans leur réalisation, et enfin les stratégies apportées pour atteindre les objectifs.

A-1. Approche de la mise en œuvre du programme

Le nouveau programme quinquennal santé 2017-2021 s'inscrit dans le prolongement du précédent programme triennal 2014-2016 (PT3). La plupart des actions proposées visent à consolider les acquis des actions entreprises depuis 2014, tout en faisant évoluer la méthodologie d'action, dans le sens d'une plus grande autonomie et responsabilisation des partenaires locaux et des structures locales de santé dans la mise en œuvre des activités.

Dans la région Menabe, le programme recentre son intervention sur le district sanitaire de Belo-sur-Tsirihibina, en intervenant au sein de 3 Centres de Santé de Base (CSB) et de l'Hôpital (ou polyclinique) St-François d'Assises de Belo-sur-Tsiribihina, permettant de toucher de manière cohérente et intégrée l'ensemble du district sanitaire de Belo-sur-Tsiribihina. Pour la composante diabète, le programme intensifie son action dans les centres urbains (où la prévalence de la maladie est généralement plus élevée), notamment dans les chefs-lieux des districts de Belo-sur-Tsiribihina, Morondava et Mahabo, avec pour objectif de faire tache d'huile dans les zones rurales environnantes.

Ainsi le programme santé cible environ 52 000 bénéficiaires directs (population des Communes rurales du district de Belo-sur Tsiribihina : Morondava, Belo-sur-Tsiribihina et Mahabo) et 161 000 personnes bénéficiaires indirects

Comme dans le précédent programme (PT3), la stratégie d'intervention repose sur l'amélioration de la qualité des systèmes locaux de soins de santé, afin qu'ils soient capables de dispenser des soins globaux, continus et intégrés, prenant en compte l'ensemble des dimensions (médicales, sociales, économiques et culturelles) liées aux patients et incluant les aspects de prévention et promotion.

Plus spécifiquement, la méthodologie proposée pour la mise en œuvre du programme est basée sur les axes suivants :

- Le renforcement des capacités des prestataires des soins, afin qu'ils acquièrent les compétences techniques leur permettant d'améliorer leurs performances médicales mais aussi les savoir-faire basés sur l'écoute et la prise en compte des besoins des patients ;
- L'amélioration des conditions de travail, à travers la réalisation/réhabilitation de petites infrastructures et la mise à disposition du matériel médical permettant d'améliorer l'offre et la qualité des soins ;
- L'intégration des maladies non transmissibles (diabète/HTA) dans les soins de santé primaires, pour une meilleure détection précoce des maladies non transmissibles, un suivi régulier et continu des patients et un travail de promotion de la santé auprès des communautés ;
- La promotion de partenariats inclusifs avec les communautés locales, notamment à travers la recherche de synergies d'action avec les organisations de base, les organisations de la société civile, les associations de patients, afin que les besoins et attentes des populations soient mieux pris en compte dans les actions et politiques locales de prévention et promotion de la santé.

Par ailleurs, les thématiques transversales suivantes sont maintenues et intensifiées :

- *Intégration de l'environnement*

  Toutes les actions doivent possible prendre en compte la dimension environnementale de manière intégrée et transversale. Les actions menées doivent engendrer un changement de comportement parmi les prestataires et utilisateurs de soins afin de limiter l'impact négatif de leurs activités sur l'environnement et l'assainissement du cadre de vie (Approches 5C, 5D et 5E). Plus spécifiquement, le programme entend favoriser l'émergence d'une culture de l'environnement au sein des formations sanitaires, par le biais d'actions (réalisation de systèmes d'évacuation des déchets solides et liquides, promotion de l'hygiène et assainissement, reboisement, etc.) permettant de limiter les risques environnementaux et améliorer la salubrité du contexte hospitalier. Par ailleurs, l'*outil d'intégration de l'environnement*, développé par LC dans le cadre du précédent programme doit dans la

mesure du possible, être utilisé afin de pouvoir évaluer et vérifier que l'impact environnemental ait bien été pris en compte à chaque étape de mise en œuvre des actions.

- *Approche universitaire et gestion des connaissances*
  En tant qu'ONG universitaire, Louvain Coopération inscrit ses interventions dans un processus d'apprentissage afin de tirer de manière participative les leçons des actions menées sur le terrain. La capitalisation des expériences et la conduite de recherches-actions, entendues comme des processus multi-acteurs impliquant les partenaires et les bénéficiaires, ont pour objectif de stimuler une dynamique d'innovation autour d'actions développées. Par le partage, la vulgarisation et la diffusion successive des bonnes pratiques, LC entend favoriser la duplication, par l'adaptation à des contextes différents, d'initiatives et méthodes ayant démontré leur efficacité. Les compétences universitaires du Nord et du Sud ont été mobilisées pour mettre les outils et méthodes scientifiques au service des actions de développement (Approche 7C). Ces échanges se sont faits à partir des besoins identifiés localement, en faisant appel à un réseau d'étudiants et professeurs disposant d'une expertise dans un domaine pertinent et disponible pour s'investir dans des projets développés par LC à Madagascar.

- *Mécanismes sociétaux d'inégalités*
  Une attention particulière doit être portée à l'analyse des mécanismes sociétaux sous-jacents qui génèrent de la souffrance, des inégalités et de la pauvreté parmi les populations (Approche 6A). Le programme doit veiller à aborder ses actions comme des processus permettant d'atteindre, quand cela est possible, les sources sociales, culturelles, économiques et/ou politiques qui produisent et maintiennent les inégalités. L'analyse approfondie et compréhensive des causes sous-jacentes doit permettre, le cas échéant, de réorienter certaines actions pour mieux les prendre en compte dans son intervention. Les inégalités hommes-femmes doivent particulièrement prises en compte à travers des actions favorisant une plus grande autonomie et la participation des femmes dans les processus de décision. Dans cette même optique, le programme doit contribuer également à approfondir l'approche basée sur les droits humains, à travers la promotion des principes d'égalité, de non-discrimination et de bonne gouvernance locale (en mettant particulièrement en avant les notions de transparence et de redevabilité).

A-2. Les partenaires de mise en œuvre

Une partie des actions a été mise en œuvre en partenariat avec des structures publiques (SDSP), pour limiter les coûts liés à la prise en charge du personnel. Les formations et actions de renforcement des capacités en faveur des bénéficiaires seront « internalisées » au niveau des organisations partenaires, qui disposent des compétences techniques pour dispenser les formations techniques, accompagner et suivre les activités dans leur domaine d'intervention respectif. Le cas échéant, il est fait appel à des ressources et expertises « externes ».

LC souhaite de ce fait fournir un appui technique, méthodologique et matériel diversifié aux structures publiques, privées associatives et communautaires, afin d'améliorer la qualité des systèmes locaux de soins de santé (CSC, cible 3) en prenant en compte, et de manière intégrée, l'ensemble des compétences locales en matière de santé.
En matière d'appui à l'offre de soins, la stratégie de partenariat consiste à :

- Soutenir/renforcer les stratégies de développement des partenaires locaux en co-élaborant des programmes de renforcement de capacités permettant d'améliorer l'efficacité et la durabilité des services offerts ;
- Soutenir les coûts de fonctionnement et d'investissements qui se révèlent nécessaires pour garantir une offre cohérente de soins, sur la base de priorités dûment établies ;
- Faciliter la mise en réseau et l'échange entre acteurs locaux pour permettre le partage des bonnes pratiques et la création de synergies opérationnelles ;
- Apporter une contribution méthodologique permettant de stimuler l'émergence d'approches innovantes, notamment par la valorisation des expériences de LC dans d'autres pays et la mobilisation des compétences universitaires du Nord et du Sud.

Le choix des partenaires locaux s'est fait selon les critères suivants sont : (i) l'expertise dans un domaine pertinent en lien avec les objectifs du programme (ii) l'ancrage territorial et (iii) les opportunités en termes d'innovation et synergies d'action avec d'autres parties prenantes.
Ainsi, Les partenaires locaux qui ont été appuyés par Louvain Coopération (LC) dans le programme santé P5 sont : SDSP/EMAD Belo sur Tsiribihina, ECAR/SHM, AMADIA, FIVE Menabe.

A-2.1. SDSP/EMAD Belo sur Tsiribihina

En tant que service déconcentré de la Direction Régionale de la Santé (DRS) du Menabe, le Service de District de Santé Publique (SDSP), dirigé par l'Equipe Managériale de District (EMAD), constitue le pilier de la santé communautaire de base du district de Belo sur Tsiribihina. Partenaire de LC depuis 2008, LC prévoit d'apporter un appui technique et financier pour lui permettre de mieux accompagner les trois Centres de Santé de Base (CSB) en matière de promotion des soins de santé primaires, afin d'améliorer l'accès des populations aux services de santé de base. Outre les formations continues des prestataires de soins sur le paquet minimum d'activités, l'EMAD fournira également un appui continu dans les démarches de prévention et de sensibilisation à la santé (CSC, approche 3E) en synergie avec les structures communautaires de base (COSAN, agents communautaires). Des stratégies mobiles et avancées seront aussi appuyées par le programme et mises en œuvre par l'EMAD et les chefs CSB pour promouvoir la santé maternelle et infantile (CSC cible 3G). Des synergies seront aussi recherchées avec d'autres acteurs institutionnels intervenant dans la zone et les autres partenaires opérationnels, notamment AMADIA pour l'inclusion du diabète dans les soins de santé primaires et l'Hôpital St-François d'Assises en ce qui concerne l'accès au paquet complémentaire d'activités.

Le programme finance directement l'Equipe Managériale du District (EMAD) de Belo-Sur-Tsiribihina et de 3 CSB localisés dans le district (CSB2 de Belo Sur Tsirbihina, CSB2 d'Aboalimena et CSB1 d'Antsakoamaliniky). Le Centre hospitalier de district CHD1 situé dans l'enceinte du SDSP ne fait pas partie des cibles du projet LC pourtant il faut signaler qu'au démarrage du programme santé, il n'existait pas de CHD2 (hôpital chirurgical) au SDSP de Belo sur Tsiribihina. Le CHD1 offre des services d'accouchements et les femmes enceintes du CSB2 de Belo qui veulent accoucher sont référées au CHD1 car le CSB2 de Belo n'offre pas de service d'accouchement. Les cas d'opération césarienne (OC) sont référés à l'HSFA (hôpital Saint François d'Assise) qui est un hôpital privé appartenant à l'ECAR de Menabe mais géré par la congrégation des sœurs de la miséricorde.
La subvention attribuée par LC à l'EMAD dans le cadre du programme santé pour l'atteinte du Résultat 1, est prévue pour que cette-dernière renforce, appui et accompagne ces 3 CSB dans la mise en œuvre du paquet minimum d'activités.
En revanche, en l'absence de CHD 2 à Belo-sur-Tsiribihina au démarrage du programme santé, et vu les besoins importants en matière de chirurgie, notamment pour la maternité, le programme a subventionné la polyclinique Saint-François d'Assise à Belo-sur-Tsiribihina, pour lui permettre de prendre en charge les activités dans le cadre du paquet complémentaire d'activités.

A-2.2. La congrégation de l'Eglise Catholique Apostolique de Rome (ECAR) et la congrégation des Sœurs Hospitalières de la Miséricorde (SHM)

La polyclinique Saint François d'Assise (établissement hospitalier privé de soins où se pratiquent plusieurs spécialités médicales) communément appelée Hôpital Saint-François d'assise est située à moins de 3km du centre ville de Belo-sur-Tsiribihina. Elle est desservie par les 15 communes du SDSP de Belo-sur-Tsiribihina avec une population variant autour de 160 000 à 170 000 habitants.
Elle appartient à la congrégation de l'Eglise Apostolique de Rome (ECAR) à l'évêché de Morondava. ECAR a délégué sa gestion et son administration à la congrégation des Sœurs Hospitalières de la Miséricorde (SHM) qui bénéficie d'un renforcement des capacités institutionnelles par LC depuis sa création grâce à l'accord de l'ECAR de Menabe.

De 2017 à 2021, la subvention attribuée par LC à ECAR/SHM dans le cadre du programme santé pour l'atteinte du Résultat 1, est prévue prioritairement pour l'amélioration de la gestion et des infrastructures, l'extension des services surtout sur l'hospitalisation, la dotation en matériel médical et autres équipements. C'est l'hôpital de référence en matière d'opération chirurgicale dans le district de Belo sur Tsiribihina, y compris les opérations césariennes dans les communes et districts environnants dont Melaky, car il n'y a pas d'autre hôpital chirurgical sauf au niveau régional (CHRR de Menabe) situé dans la ville de Morondava.
Du début et jusqu'à la fin du programme santé, c'est donc le seul établissement hospitalier du district qui peut offrir le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), paquet de services composé de : la prise en charge des accouchements compliqués, les urgences médicochirurgicales, l'hospitalisation, le diagnostic de laboratoire et l'imagerie médicale, plus précisément l'échographie.

A-2.3. Association Malgache contre le Diabète (AMADIA)

AMADIA est une association à but non lucratif dont le siège se trouve à Antanarivo et qui possède plusieurs antennes dans les autres régions de Madagascar.
Pour la mise en œuvre du programme santé, Louvain Coopération a poursuivi son partenariat avec AMADIA qui avait débuté en 2014. Ainsi, de 2017 à 2021, la subvention attribuée par LC à l'AMADIA dans le cadre du programme santé pour l'atteinte du Résultat 2, est prévue pour intensifier les actions de prévention, promotion et prise en charge du

diabète et de l'hypertension artérielle dans la région Menabe. Plus précisément, il était prévu que l'intervention s'articule à deux niveaux :

- le renforcement du système local de soins de santé en matière de prévention et traitement du diabète/HTA par l'intégration du diabète dans les soins de santé primaires, à travers des formations continues du personnel soignant des CSB/CHD et la dotation de matériel et équipements de base nécessaires au dépistage et à la prise en charge des patients diabétiques.
- l'éducation thérapeutique des patients par l'approche pairs-éducateurs pour compléter l'organisation des soins du diabète, en amenant les patients diabétiques à disposer des connaissances leur permettant d'améliorer leur gestion quotidienne de la maladie ; la gestion autonome du diabète étant reconnue comme une composante essentielle du processus de soins intégrés pour les personnes vivant avec le diabète. L'approche par pairs-éducateurs consiste à identifier des pairs-éducateurs parmi les sujets diabétiques et les former pour conduire des séances d'éducation thérapeutique auprès de groupes structurés de patients, avec pour objectif de favoriser un changement de comportement et promouvoir l'adoption de bonnes pratiques pour "mieux vivre" avec la maladie.

En 2017, au début du programme santé, si dans chacun des 3 districts d'intervention, AMADIA travaillait avec des points focaux qui gèrent les activités de l'association localement sans de véritable bureau, en 2019, les points focaux ont été remplacés par 3 antennes locales à Morondava, Mahabo et Belo sur Tsiribihina grâce à l'aide le LC. En 2021, la structure de chaque antenne locale est bien mise en place et chacun possède actuellement un local qui sert de bureau de l'association et surtout sert de centre de santé appelé « Diabete center » pour recevoir les malades diabétiques et hypertendus.

A-2.4.FIVE Menabe

FIVE MENABE est une association à but non lucratif (ordonnance 60 133 du 3 octobre 1960) . C'est la dénomination de la plateforme régionale des organisations de la société civile de la région Menabe (PROSC) qui a son siège localisé à Morondava.

FIVE MENABE est partenaire opérationnel de LC depuis sa création en 2015 dans le cadre du projet PASC-Men (financé par l'UE). Ce partenariat a été reconduit pour la période 2017-20221 car en tant que plateforme régionale regroupant plusieurs centaines d'OSC de base et actives, elle est incontournable pour la mobilisation et l'implication de la société civile. Outre cette légitimité reconnue par tous les acteurs, FIVE MENABE dispose d'une expertise en termes de mobilisation et de renforcement des OSC, ainsi qu'en conduite de plaidoyer. De plus, ses axes d'intervention sont multiples (l'économie, la sécurité, l'environnement, l'éducation) et correspondent à ceux de LC. Ce partenariat stratégique va permettre à la PROSC d'élargir sa base et mener sa mission de renforcement de la société civile du Menabe. Aussi il permettra d'activer un levier de changement au niveau plus politique, à travers la conduite d'actions de plaidoyer et la mise en pratique de la redevabilité, et allant dans le sens d'une gouvernance locale plus inclusive (CSC, cible 6).

De 2017 à 2021, la subvention attribuée par LC à FIVE MENABE dans le cadre du programme santé pour l'atteinte du Résultat 1, est prévue pour renforcer les capacités institutionnelles de FIVE. Cela permet à FIVE à appuyer les OSC qui œuvrent dans l'intérêt de la population afin qu'elles fassent de la veille citoyenne et l'interpellation/dialogue avec les pouvoirs publics, les autorités locales et tous les acteurs de développement pour une bonne gouvernance en particulier dans les domaines de la santé, l'éducation, l'environnement et la sécurité surtout. Elle travaille dans les 5 districts de Menabe mais avec LC en matière de santé, ses actions dans le cadre du programme santé sont surtout focalisées dans le district de Belo sur Tsiribihina dans la commune d'Antsakoamaliniky, notamment en ce qui concerne l'opérationnalisation d'une plateforme des OSC sur la thématique santé.

Il est à noter que pour compléter et renforcer les actions de FIVE dans le programme santé, LC a obtenu un financement de l'UE pour la mise en œuvre du projet PASC MEN 2 (projet d'appui aux organisations de la société civile du Menabe) pour lequel FIVE est à la fois codemandeur et bénéficiaire pour la réalisation ses autres actions dans le domaine de la santé, l'éducation, l'environnement. Le PASC MEN 2 a été mis en œuvre du 1er janvier 2019 au 31 mars 2022, il est en phase de clôture au moment de la mission d'évaluation du programme santé. Ce projet fera l'objet d'une évaluation finale externe à part entière.

A-2.5. ALEFA MENABE*

ALEFA MENABE est une ONG malgache familiale fondée en 2010. Il était prévu qu'ALEFA Menabe mette en œuvre les activités pour « l'Opérationnalisation des structures communautaires de base pour la sensibilisation et la prise en charge des maladies simples » en relation avec les COSAN et les AC pour l'atteinte du Résultat 1. Finalement, compte tenu des problèmes rencontrés par les COSAN et la difficulté des CSB de les dynamiser, LC n'a plus confié à ALEFA les activités ainsi prévues, et les a intégrées dans la collaboration avec le programme MAHEFA Miaraka.

En revanche, LC a confié à ALEFA Menabe les activités relatives à la sensibilisation à l'hygiène et l'assainissement en milieu scolaire et dans certains villages d'intervention dans le cadre de son programme Sécurité alimentaire et économique (SAE) 2017-2021 financé également par la DGD.

A-3. Les autres partenaires (collaborations, synergies) mobilisés pour la mise en œuvre du programme

A-3.1. Les partenaires/acteurs publics

DRS Menabe

Bien que la convention de partenariat (convention de subvention) ait été signée entre LC et l'EMAD du SDSP du district de Belo pour la durée du programme santé, la collaboration entre LC et La Direction régionale de santé publique de Menabe, n'a été effective et concrète qu'à partir de fin 2019 avec l'arrivée du nouveau DRS Menabe. Cette collaboration a concerné principalement les actions santé d'envergure régionale qui ont un lien direct ou complémentaire avec ce programme santé et les priorités nationales/régionales en matière de santé.

La collaboration avec la DRS a permis à cette dernière d'avoir une participation financière du programme santé pour l'organisation des revues régionales santé, des évènements et actions d'envergure nationale et régionales. Elle a permis à LC d'avoir l'appui de l'EMAR et du CHRR de Morondava pour le renforcement des capacités de l'EMAD du SDSP de Belo-sur-Tsiribihina.

Par ailleurs, dans le cadre de la convention entre le MinSan et l'AMADIA , la DRS a facilité la mise en place des DC dans le CHRR de Morondava ainsi que la formations des prestataires de soin des formations sanitaires publiques sur le diabète, organisées par l'AMADIA durant le programme santé.

EMAR Menabe, CHRR de Morondava

L'EMAR (Equipe managériale de la Région) et du CHRR (Centre hospitalier de référence régionale) de Morondava ont apporté leur appui pour le renforcement des capacités de l'EMAD du SDSP de Belo-sur-Tsiribihina (Formation 5S, audit des CSB, avis technique pour la construction des bloc sanitaires, diagnostic et plan de gestion de HSFA…)

A-3.2. Acteurs privés, programmes/projets qui ont un lien ou une complémentarité avec le programme santé

- **Complémentarités, synergies entre programme SAE et Programme Santé 2017-2021**

Les programmes SAE et Santé coordonnés par LC à Madagascar ont en commun des fokontany d'intervention, et ont recherchés des synergies opérationnelles dans la mesure du possible pour augmenter l'impact de l'intervention sur les populations. Certaines activités prévues dans le cadre du programme SAE ont participé à améliorer l'impact attendu sur la santé des populations (diversification alimentaire, sensibilisation à l'hygiène et l'assainissement) et/ou l'accès des populations aux soins de santé par la mise en place de groupements d'épargne solidaires.

- **Complémentarités, synergies avec d'autres programmes/projets/actions santé**

Au niveau régional et local, d'autres acteurs interviennent également dans le secteur de la santé à travers les projets financés par l'UE, Nations Unies, l'USAID…et par l'Etat, notamment en matière de santé communautaire ainsi que pour l'approvisionnement en médicaments et la mise à disposition de fonds de solidarité.

Des synergies avec ces acteurs ont été recherchées pour mieux coordonner les actions au profit des bénéficiaires et créer des opportunités pour renforcer les actions à travers la définition de stratégies communes et complémentaires : amélioration de la santé communautaire, coordination des activités pour éviter les doublons au niveau du terrain et des résultats

- **Programme Mahefa Miaraka financé par USAID** sur 5 ans de juin 2016-septembre 2021

  Le nouveau programme santé MAHEFA Miaraka financé par l'USAID, nommé « Community Capacity for Health (CCH) ou Compétences Communautaires pour la Santé » ; un programme de santé communautaire intégré pour cinq ans, initialement prévu de juin 2016 à juin 2021 a démarré en juin 2021 et s'est clôturé en septembre 2021. Le programme a été mis en œuvre par JSI Research &Training Institute, Inc. Il vise notamment à renforcer les capacités du secteur public, à planifier, fournir et gérer les services de santé communautaires, d'une part ; et à revitaliser l'engagement communautaire pour la santé, d'autre part. Il intervient dans 7 régions de Madagascar dont la région Menabe.

- **Programme ACCESS**

  Le programme Accessible Continuum of Care and Essential Services Sustained (ACCESS) mis en œuvre à Madagascar par MHS (Management Science for health) a pour but de réduire la mortalité maternelle et infantile à Madagascar. Il est financé par USAID sur 5 ans de 2019-2023.

Le programme poursuit son soutien au gouvernement de Madagascar au niveau national, régional et district pour renforcer la continuité des soins et des services essentiels pour les populations cibles afin d'accélérer l'impact durable sur la santé et renforcer la gestion du secteur de la santé par le ministère de la Santé publique. ACCESS vise à garantir :

- la disponibilité et l'accessibilité des services de santé de qualité de manière durable à toutes les communautés malgaches dans les régions cibles du programme,
- le fonctionnement efficace des systèmes de santé locaux pour soutenir la prestation de services de qualité et que les Malgaches adoptent durablement des comportements sains et des normes sociales.

En partenariat étroit avec le gouvernement de Madagascar et ses partenaires locaux, MSH mène des activités dans 78 districts à travers 14 régions dont Menabe a démarré en 2019 et se clôturera en 2023.

Lien /complémentarité entre le programme Mahefa Miaraka et ACCESS : Depuis 2016 jusqu'en avril 2021, Mahefa Miaraka a mis en œuvre les activités communautaires dans les 7 régions où il est implanté dont la région Menabe. USAID ACCESS, lui, a commencé à mettre en œuvre les activités d'appui du système de santé à tous les niveaux dans les 7 anciennes régions de USAID Mikolo et dans les 7 régions où Mahefa Miaraka est implanté, USAID ACCESS a mis en œuvre les appuis à tous les niveaux du système de santé, sauf le communautaire. Après la clôture du Programme Mahefa Miaraka, USAID ACCESS a repris les activités communautaires mises en œuvre par Mahefa Miaraka dans les 7 régions. A partir du mois de mai 2021, USAID ACCESS a donc mis en œuvre la totalité du continuum de soins dans les 14 régions de Madagascar où il est implanté.

- **Projet IMPACT**

  Le programme Improve Market Partnership and Access to Commodities Together ou Améliorer les partenariats commerciaux et l'accès aux produits ensemble (IMPACT) financé par USAID à hauteur de 32 millions $ sur 5 ans de 2019 à 2024 est mis en œuvre par PSI Madagascar. Il vise à améliorer la fourniture et la livraison de médicaments et d'intrants médicaux pour renforcer la chaîne d'approvisionnement pour les activités de santé maternelle et infantile, la lutte contre le paludisme et la planification familiale à Madagascar dans les zones enclavées.

Lien /complémentarité entre les programmes/projets Mahefa Miaraka, ACCESS, IMPACT : Le projet IMPACT travaille directement avec le système de santé avec des appuis au niveau ministériel et des techniciens au niveau de chaque région où il est implanté. Depuis 2019, il s'occupe à redynamiser les commandes et les livraisons de médicaments au niveau des AC, CSB/PhaGeCom, EMAD/PhaGDis et EMAR. Ils appuient les régions à transmettre leurs commandes au niveau du central SALAMA et à vérifier l'adéquation des livraisons qui arrivent au niveau de chaque entité. Ils travaillent en étroite collaboration avec Mahefa Miaraka, USAID ACCESS et les autres entités non gouvernementales qui travaillent au niveau de la santé concernant les intrants communautaires et les intrants de base et programme du Ministère de la santé publique.

A-3.3. Les partenaires/acteurs académiques

La collaboration entre l'Université catholique de Louvain (UCL) et l'Université de Tana devait être poursuivie, notamment via l'envoi de stagiaires en médecine de l'UCL à l'Hôpital d'Antananarivo ou à la polyclinique de HSFA, lesquels bénéficieront d'une formation en médecine interne adaptée au contexte local de Madagascar. C'est dans ce cadre par exemple que s'est inscrite la mission du Pr Jean Macq de l'université Libre de Bruxelles, pour l'état des lieux du fonctionnement et de l'organisations de HSFA fin 2018.

Pour la conduite des recherches-actions, des formes de collaboration plus spécifiques ont été favorisées autant que possible avec les universités belges et les universités du Sud, notamment à travers le projet « IngénieuxSud » de LC qui a pou objectif de créer des liens/échange universitaires sur des thématiques liés aux innovations techniques et technologiques au service du développement. Il n'y a pas eu de projet « IngénieuxSUd » sur le programme santé, mais il y en a eu sur le programme SAE en 2018.

B- LA METHODOLOGIE D'EVALUATION

B-1. Déroulement de la mission

Phase préparatoire du 21/12/2021 au 15/01/2022

- Attribution du marché et signature du contrat de prestation de service après avoir échangés sur les termes de référence de la mission et le contexte du démarrage de la mission le 23/12/2021.
- Lecture des documents du programme santé fournis par LC :
  - Analyse de contexte communes (ACC) Madagascar
  - Cadre stratégique commun 2017-2021 Madagascar
  - Programme commun Uni4Coop 2017-2021 Madagascar
  - Document de projet interne (DPI) revu pour le programme quinquennal DGD 2017-2021
  - Cadre logique du programme santé Madagascar 2017-2021
  - Tableau de suivi des indicateurs du programme santé Madagascar 2017-2021
  - Rapports annules 2017 à 2021 (activités, budgets) + leçons apprises et scores de performance pour chaque année
  - Rapport de mission du Pr. Jean Macq effectué en décembre 2018 sur la situation de la polyclinique SFA.
- Réunion de cadrage de la mission à Antananarivo avec la Responsable des programmes et la Responsable domaine santé de LC (le 10/01/2021)
- Préparation des enquêtes, des enquêteurs et des superviseurs :
  - Elaboration des outils de collecte de données et des questionnaires pour les enquêtes, focus groupe : les outils de collecte des données ont été élaborés, corrigés par l'équipe du programme santé et validés par la Directrice Nationale du programme Louvain coopération en fin janvier 2022.
  - Recrutement des enquêteurs : Quatorze (14) enquêteurs et 2 superviseurs ont été recrutés pour assurer la collecte des données sur terrain.
  - Formation des enquêteurs : La formation des enquêteurs et des superviseurs a été effectuée durant 4 jours à partir du 07/02/2022

Phase de terrain

Réalisation des enquêtes, des entretiens, FDG : la mission de collecte de données sur le terrain a été effectuée à partir du 12/02/2022

Phase d'analyse des données et des enquêtes : janvier à mars

Phase rédaction des rapports : du de février à mi-juin 2022.

La rédaction s'est déroulée suivant les 4 principales étapes suivantes :

- Proposition du 1er draft du contenu et du plan du rapport par l'évaluatrice discuté et validé par LC
- Rédaction de la version provisoire par l'évaluatrice avec des feedback intermédiaires de LC et de nombreuses vérifications à refaire et rectifications auprès des enquêteurs et personnes interviewées.
- Rédaction du 1er draft de la version finale et discussions pour la réponse managériale
- Approbation et rendu de la version finale du rapport.

Remarque : La période de rédaction du rapport a pris plus de temp s que prévu car il a fallu croiser et compléter les informations issues des enquêtes et interviews, notamment en raison des changements de personnel en 2020 et 2021 dernière année de mise en œuvre du programme. En effet, une grande partie des personnes interrogées n'avaient pas l'historique du programme ni des projets/actions qui les concerne, ou n'ont pas eu de passation avec leurs prédécesseurs.

B-2. Les différents types d'évaluation

Conformément aux termes de référence de l'évaluation proposés par LC, plusieurs enquêtes ont été conduites pour évaluer :

1- **L'efficacité du projet** : elle a été mesurée à partir des rapports d'activités de LC chaque année pendant les 5 ans (2017 à 2021) qui sont comparés aux résultats attendus des objectifs du projet. Les analyses des résultats des rapports d'activités et des données de l'enquête sur terrain justifierons l'atteinte ou non des objectifs.

2- **La pertinence du projet :** elle a été mesurée à partir de l'adéquation des activités par rapport aux besoins des cibles, l'utilisation des services offerts par les cibles, les besoins des cibles qui ont été satisfaits, l'utilisation du budget alloué pour les cibles du projet.

3- **L'efficience :** elle a été analysée à partir du rapport financier en précisant s'il existe des budgets qui ont été non utilisés dans certaines rubriques ou des restes de budget qui sont affectés vers d'autres rubriques pour réaliser d'autres activités. Ou une insuffisance du budget pour réaliser complètement certaines activités, ou encore d'éventuelles mutualisations avec d'autres projets LC ou partenaires.
4- **L'impact du projet :** l'analyse des effets à long terme de la réalisation des activités est mesurée à partir des données recueillies.
5- **La durabilité :** c'est l'analyse de la façon dont les partenaires locaux adoptent pour assurer que les activités et les résultats obtenus resteront visibles même si LC ne sera plus là à soutenir les activités.
6- **La collaboration entre partenaires :** les atouts et les problèmes rencontrés à cause du partenariat.
7- **L'adéquation du projet à l'approche genre :** elle est analysée à partir des approches effectuées pour assurer l'équité, pour faciliter l'accès aux services basé sur le genre.
8- **L'adéquation du projet à la protection de l'environnement :** elle est analysée à partir des activités qui assurent l'assainissement des sites du projet avec les activités de sensibilisation et d'éducation à l'environnement .
9- **La contribution du programme à la Cible Stratégique Commune du cadre stratégique commun de Madagascar (CSC),** c'est à dire le renforcement du système de santé et l'accès aux soins de santé par :
   - Cible 3A : la construction, l'équipement ou la réhabilitation des infrastructures de santé, tels que les centres de santé ;
   - Cible 3B : l renforcement des capacités humaines et institutionnelles des services de santé, notamment les capacités de gestion
   - Cible 3C: le forcement de la prévention des maladies invalidantes et leur prise en charge médicale tout en améliorant l'offre et l'accès aux services de réadaptation;
   - Cible 3E : l'appui aux démarches de prévention et de sensibilisation à la santé en coordination avec la cible 2D (Appuyer les actions de sensibilisation et de formation à l'hygiène (en particulier dans les familles et les écoles),
   - Cible 3F : le développement de l'offre de services de santé sur la prise en charge du diabète.
   - Cible 3G :l'amélioration de la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive et de la santé maternelle et infantile

Ainsi, l'analyse a porté sur :

- Les réalisations sur les résultats attendus contenus dans le cadre logique d'intervention du programme planifié.
- Les approches stratégiques utilisées dans la mise en œuvre des activités avec les points forts et les points à améliorer :
    - La sensibilisation communautaire ;
    - L'appui dans l'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires;
    - L'approche pair-éducateur apportée par l'AMADIA
    - L'articulation et la complémentarité dans la relation de travail entre les 3 parties [Louvain Coopération-AMADIA- MinSan] dans : L'offre de service en matière de prise en charge et prévention du diabète, la contribution de l'AMADIA dans la prise en compte du diabète par le secteur public dans la région Menabe et au niveau national, la contribution du MinSan dans la prise en charge et prévention du diabète selon a convention de de partenariat avec LC.
    - La contribution des formations sanitaires privées dans le projet (s'il y en a)
    - La contribution de la commune (mairie) s'il y en a.
    - La qualité des soins offerts aux patients.
    - La qualité des données collectées liées au diabète.
    - La distribution des responsabilités des intervenants actuelles sur la prévention et la prise en charge du diabète au niveau local et dans le système national de santé.
    - Les effets des actions menées sur la santé des bénéficiaires (les personnes qui fréquentent les formations sanitaires, les diabétiques (et hypertendus), les Agents Communautaires (AC).

B-3. Les sites couverts par l'évaluation

- **Les sites d'intervention du projet sont indiqués dans le tableau suivant :**

Tableau 1-les sites d'intervention de l'évaluation

Nom/Titre	Statut	Localisation	District de travail	Communes
1-AMADIA	ONG	Morondava	Morondava	
			Mahabo	
			Belo-sur-Tsiribihina	
2-FIVE Menabe	ONG	Morondava	Dans les 5 districts de Menabe	Antsakoamalinika pour le secteur santé
3-SDSP Belo-sur-Tsiribihina	Secteur Publique	Belo-sur-Tsiribihina	Belo-sur-Tsiribihina (BSD, CHD1)	CSB 2 Belo
				CSB 2 Amboalimena
				CSB 1 Antsakoamaliniky
4-Hôpital Saint François d'Assise	Secteur Privé, type CHDII	Belo-sur-Tsiribihina	Belo-sur-Tsiribihina	Belo-sur-Tsiribihina

B-4. Les types d'enquêtes réalisées

3 types d'enquête ont été effectués :

- Observation sur terrain de l'état des infrastructures qui ont été construites ou qui sont en réhabilitation avec l'observation de l'état de stock de médicaments et consommable ainsi que la constatation du matériel médical, des équipements financés par le programme santé.
- Entretien individuel de plusieurs cibles pour chaque membre de l'équipe des partenaires locaux : avec les usagers des centres de santé, des prestataires médicaux, des personnels de gestions pour chaque partenaire local concerné.
- Enquête de Focus group discussion des responsables de gestion de chaque partenaire local

Ces enquêtes ont été complétées par la revue documentaire des rapports d'activités annuels et documents utiles de chaque partenaire local.

B-5. Les cibles de l'enquête

- Les hauts responsables des partenaires locaux au niveau régional, national (DRS, AMADIA central, ECAR, Conseil d'administration de FIVE Menabe)
- Les responsables de la gestion du projet localement au niveau district et communal (Médecin inspecteur, Responsable des antennes locales de l'AMADIA, Directrice de HSFA, directeur des opérations de FIVE Menabe)
- Les prestataires de soins (médecin d'antenne AMADIA, médecin HSFA, médecin des CSB)
- Les gestionnaires des centres et des intrants de santé (chef CSB, coordinateur des antennes locaux AMADIA, gestionnaire des intrant HSFA, gestionnaire des intrants AMADIA)
- Les responsables de la mobilisation sociale, de la sensibilisation et information de la population (Animatrice AMADIA, Educateur pair diabétique, sensibilisateur dépisteur AMADIA)
- Les diabétiques, les hypertendus des diabète centers, les usagers des CSB, les malades chirurgicaux et consultation externe de l'HSFA.
- L'équipe de LC concernés par la mise en œuvre du programme santé (la Directrice nationale, la Responsable Domaine santé, la Responsable Administration et Finance)

B-6. Les difficultés rencontrées, les contraintes

L'enquête a été réalisée durant la saison des pluies et la route est généralement très mauvaise à partir de Mahabo jusqu'à Belo sur Tsiribihina (Belo ST). La voiture qui transportait les enquêteurs était en panne et les enquêteurs qui devaient aller à Antsakoamaliniky ont dû partir en charrette. Le frais de la vedette de FIVOI MENABE pour aller à Antsakoamaliniky qui a été conseillé par l'équipe du programme santé était très cher à 585 000 ariary car le chauffeur a obligé les enquêteurs de payer le carburant, le perdiem, le frais de la vedette, alors qu'il existait d'autres vedettes qui transportaient les missionnaires de PSI et les frais étaient seulement à 30 000 ariary). L'équipe qui devait aller à Aboalimena avait aussi eu un problème de transport et a dû négocier avec un taxi brousse. Tous ces imprévus ont un impact sur le frais de mission des enquêteurs.

L'insécurité est très dangereuse à Aboalimena la nuit de l'arrivée des enquêteurs, la population ne dormait pas car il y avait deux coups de feu à côté du CSB. Le problème est que les enquêteurs ont du mal à trouver du réseau téléphonique alors qu'ils cherchaient de l'aide.

Le personnel qui a été enquêtés au CSB Aboalimena et a Antsakoamaliniky sont seules au poste, elles ne connaissent pas grand-chose sur la gestion, n'ont pas reçu des formations car d'habitude, ce sont les chefs CSB qui reçoivent les formations mais ils étaient absents (l'un était affecté au CSB de Belo depuis quand ?, l'autre était malade et partie sur Antananarivo depuis quand ?). Le chef CSB d'Aboalimena a été interrogé quand ? au retour des enquêteurs à Belo et le chef CSB d'Antsakoamaliniky interrogé à Antananarivo quand ?.

Durant la réunion de FGD, certains participants prévus étaient absents. Exemple : l'animatrice santé de l'AMADIA ? n'a pas assisté à la réunion et l'enquêteur l'a interrogé en entretien individuel après. Ou bien la personne désignée par le MI est nouvellement recrutée au poste et ne participait presque pas à la conversation : exemple le représentant du CSB de Belo.

C- LES PRINCIPAUX CONSTATS

Ce qui était visé par le programme santé 2017-2021 pour l'Objectif spécifique (OS 2) :
D'ici 2021, améliorer durablement la qualité des systèmes locaux de soins de santé, en particulier la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles

C-1. Les soins de santé améliorés, continus, globaux et intégrés pour les habitants du district de Belo sur Tsiribihina

(cf.Résultat 1 : Les habitants du District de Belo-sur-Tsiribihina (Région du Menabe) disposent d'un système local de soins de santé amélioré, doté de soins continus, globaux et intégrés.)

a. Effectivité de la mise en œuvre des activités

Tableau récapitulatif des activités prévues et réalisées liées au Résultat 1 et commentaires

N°	Activités planifiées	Réalisation	Observations et Commentaires
1	**Activité1.1 : Formations médicales des prestataires de soins**	80% par EMAD	OBESRVATIONS : L'EMAD possède un pool de formateurs qui assure la formation des chefs CSB à partir d'un PTA établi annuellement. Leur principe est de former les chefs CSB et ces derniers vont former à leur tour leur équipe du CSB. Les 3 chefs CSB de Belo ST, Aboalimena et Antsakoamaliniky ont reçu une formation sur le paquet minimum d'activités en novembre 2019 par l'équipe de l'EMAD : - Formation sur les maladies tropicales : - du paludisme, des infections respiratoires aigues, de la diarrhée, de la malnutrition (assurée par la division des fournitures de soins) - Formation sur la gestion des médicaments et consommables médicaux (assurée par la division des ressources) - Formation sur la vaccination et planning familial (assurée par la division préventive) Les rapports d'activités montrent une amélioration de la gestion de l'approvisionnement après la formation. Ainsi, le budget alloué aux médicaments a été utilisé pour acheter des matériels et équipements médicaux après la demande des 3 CSB. En 2019, le taux moyen de couverture des 3 CSB: en Consultation Externe = 36,22% , PF= 26,86% , accouchement= 24,09%. L'objectif de qui ? était atteint. NB : Le taux moyen de couverture d'un CSB = détail du mode de calcul. C'est un indicateur qui reflète… Les chefs des 3 CSB étaient toujours à leur poste, mais vers la fin du programme santé, en 2021, :

			- Le chef CSB2 Aboalimena a été affecté au SDSP de Belo ST. Avant de partir, il a encadré son intérimaire en gestion opérationnelle. La sage-femme qui assure son intérim est seule au poste et est en charge de la gestion du CSB, des consultations externes, des activités de vaccination, des PF, CPN et du rapportage des activités. Elle avoue ne pas arriver à remplir le registre des malades méthodiquement, ne fait pas de sensibilisation au CSB car n'a pas assez de temps pour le faire. En plus, les AC ne viennent que rarement au CSB seulement durant les vaccinations car il faut de l'aide pour réunir les carnets, remplir les fiches, peser et mesurer les enfants. - Le chef CSB1 Antsakoamaliniky était malade à Antananarivo et était absent du poste depuis février 2022 avant l'arrivée des enquêteurs. La gestion du CSB et les prestations médicales sont assurés par une sage-femme bénévole non formée et incompétente (selon la population) à laquelle la population a déjà fait des réclamations au MI. C'est le dispensateur qui assure la gestion de stock et le nettoyage du CSB car il n'y a pas de personnel d'appui. ⇨ Les activités prévues dans le budget et la cadre logique non réalisées par l'EMAD sont : - Formation médicale/remise à niveau du personnel soignant sur le paquet complémentaire d'activités (activité 1.1-2.) : car ne dispose pas d'équipements ni du matériel ni du personnel qualifié suffisant pour offrir les soins du paquet complémentaire d'activités. - Organisation de visites d'échange entre CSB (Act. 1.1-3.) : pas de volonté de l'EMAD pour l'organiser, ni le temps pour les chefs CSB et leur personnel (insuffisants) pour le faire. <u>COMMENTAIRES :</u> La convention de partenariat entre l'EMAD et LC devait contenir un article sur la nécessité de la stabilité de poste du personnel formé. Etant donné que la convention n'a pas été signé avec la DRS (Direction régional de santé publique de la région Menabe, toute demande d'affectation de personnel venant de la direction centrale ou de la direction régionale ne sont rarement prises en compte. Le MI (Médecin Inspecteur) a un grand rôle à jouer dans la répartition du personnel au niveau des CSB et il est le responsable de l'atteinte des objectifs du programmes de santé de LC au niveau du SDSP. Il doit également s'assurer de faire remonter à la DRS Menabe ses besoins notamment en ressources humaines, faire le suivi de sa demande régulièrement, et profiter des revues régionales santé organisées par la DRS Menabe pour faire le point sur le traitement de sa demande. En tant que partenaire local opérationnel, l'équipe de l'EMAD doit considérer comme un avantage d'avoir un appui par le programme santé et de profiter d'assurer toutes les activités qui sont des prérogatives le SDSP /l'EMAD financées par le programme pour les 3 CSB. Le MI met du temps à recruter des prestataires de soin titulaires au niveau des CBS Antsakoamaliniky et à Aboalimena alors que l'amélioration du matériel médical a été apportée. La relève du chef CSB Aboalimena formé n'est pas en vue et il est déjà parti pour une affectation à Belo ST. Il faut remarquer qu'au CSB2 de Belo, il existe déjà 5 prestataires (1 médecin et 4 paramédicaux). La qualité de la prestation médicale est compromise pour le CSB1 Antsakoamaliniky car le prestataire présent (sage-femme bénévole) n'a pas été formée médicalement par l'EMAD, et pour le CSB2 Aboalimena dû au manque de personnel et surcharge de travail.

			NB : Il serait intéressant de voir auprès de la DRS Menabe si la demande de formation de la sage-femme bénévole ou son remplacement a été faite par le MI, le cas échéant voir lors de la revue régionale santé du 1er semestre si cela a été fait.
2	**Activité 1.2 : Opérationnalisation des structures communautaires de base pour la sensibilisation et la prise en charge des maladies simples**	95% par EMAD	OBSERVATIONS : L'enquête auprès des AC des 3 CSB de Belo ST (CSB2 Belo, CSB2 Aboalimena, CSB1 Antsakoamaliniky) révèle que les AC ont reçu des formations sur tous les programmes mise en œuvre au niveau des CSB dans le cadre du paquet minimum d'activités. Les formations ont été conduites par plusieurs formateurs de l'EMAD de Belo ST et par leur chef CSB en 2017, 2020 , en 2021 par le programme de santé de LC et en collaboration avec le programme Mahefa Miaraka financé par USAID qui a fait l'objet d'un memorandum of understanding entre LC et Mahefa Miaraka. Les types de formation reçues sont : PCIMEC (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire) , PF (Planification Familiale) , paludisme, vaccination dont la vaccination contre la poliomyélite, tuberculose, Eau – Hygiène - Assainissement, bilharziose, la prévention du COVID 19. Les principaux messages qu'ils devaient transmettre sont : • PF et espacement de naissance • Utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et prévention du palu pour les enfants et femmes enceintes • Vaccin BCG à la naissance et le programme PEV du MinSan • La prévention du COVID 19 • Wash : assainissement et hygiène • La référence aux CSB en cas de maladie de la mère et de l'enfant Les AC affirment que certains d'entre eux ne reçoivent pas de motivation (c'est-à-dire des indemnités) alors que durant leur formation, on leur a promis qu'ils recevraient des motivations. Les gens ne s'intéressent pas aux sensibilisations durant les périodes de travail aux champs. Des prestataires disent que les AC ne viennent pas faire la sensibilisation aux CSB. Les AC révèlent qu'ils sont supervisés par un superviseur de Mahefa Miaraka et le superviseur prend leur rapport d'activités. Au passage des enquêteurs dans les CSB, il n'y avait pas de rapport des AC déposés au CSB. COMMENTAIRES : Les formations reçues par les AC des 3 CSB sont à peu près identiques mais elles sont réalisées durant des périodes différentes et à des endroits différents. Pour un souci d'efficience, il est judicieux de planifier de former tous les AC des 3 CSB en même temps dans un seul endroit. Le traitement non équitable entre les AC est connu par leurs pairs et ceux qui n'ont pas reçu de motivation ne veulent plus travailler.
3	**Activité 1.3 : Dotation de médicaments, matériel et équipement médical de base**	100% par EMAD	OBSERVATIONS : Les enquêtes sur terrain révèlent que des dotations en matériels et équipement médical de base ont été effectués en deux reprises, en début du projet en 2017 et vers la fin du projet en 2021. Certains matériels dotés en 2017 sont déjà défectueux. Le budget sur l'achat des médicaments est donné au SDSP et c'est l'EMAD qui fait la commande des médicaments au principal fournisseur qui est SALAMA. Pourtant beaucoup de médicaments en rupture de stock est constaté dans le rapport de stock des 3 CSB durant les 5 ans du programme et ce problème est récurrent. La source de la rupture vient souvent du Phagedis. SALAMA n'honore pas certaines commandes de

			médicaments ou bien il envoie des médicaments qui n'ont pas été commandé par les CSB. En cas d'urgence, les chefs CSB achètent des médicaments auprès des dépositaires de médicaments locaux à partir du fond de participation financières des usagers aux coût des médicaments. Ce fond est géré par la commune. COMMENTAIRES : Il n'y a pas de cahier de suivi des matériels et équipements reçus en dotation alors que cela fait partie des principes de base de la bonne gestion d'un CSB et il n'y a pas de budget pour leur réparation ou leur entretien si cela est nécessaire. Le système d'approvisionnement des médicaments des CSB est géré avec le comité de gestion de la commune (3 personnes au niveau de la commune et le chef CSB sont les signataires des sorties d'argents). Un suivi et supervision fréquents sont nécessaires par l'équipe de l'EMAD pour assurer sa bonne gestion. Le MI et le DRS connaissent bien depuis longtemps les problèmes avec le fournisseur SALAMA mais il n'y a pas de changement de fournisseurs jusqu'à maintenant. En effet, c'est la direction centrale de l'approvisionnement des médicaments qui sont les décideurs sur la recherche d'autres fournisseurs. Le DRS et le MI ne font que rapporter les anomalies.
4	**Activité 1.4 : Organisation de stratégie avancées et mobiles pour la vaccination**	92% par EMAD	OBSERVATIONS : Régulièrement, des stratégies mobiles et stratégies avancées pour la vaccination sont organisées et planifiées avec des calendriers bien déterminés avec les AC. Les AC aident toujours les agents de santé dans la réalisation des activités de vaccination que cela soit réalisé en stratégie fixe ou avancée par le ramassage des carnets, le remplissage des fiches des enfants, leur pesage, leur mesure. 7 stratégies mobiles ont été effectuées par 2 membres de l'EMAD à partir du mois de juin 2019 pour les 5 fokontany éloignés et enclavés de plus de 20 km dans la commune de Belo/Tsiribihina (Fokontany Ambozaky, Marotaola, Andopitaly, Besely), les moyens de locomotion ont été la voiture et le canot. Les campagnes de vaccination sur les enfants de 0 à 11 mois réalisés au niveau des 3 CSB ont pu atteindre 32% de leur nombre au niveau du district de Belo ST (2 278 enfants). Ainsi, En 2019, les 3 CSB ont atteint l'objectif du taux de couverture vaccinale supérieure à 90% pour tout antigène sauf les VAT. COMMENTAIRES : L'appui des AC aux agents de santé des CSB est très louable surtout quand le prestataire est seul au poste.
5	**Activité 1.5 : Suivi/supervision périodique de la qualité des soins dispensés**	90% par EMAD	OBSERVATIONS : En 2017, l'Equipe de l'EMAD effectue des suivis supervisions des 3 CSB 3 fois par an. Parfois, la supervision est réalisée conjointement avec le responsable du programme santé de LC. Une seule mission de supervision a été effectuée au niveau de chacun des 3 CSB en 2019, de même qu'en 2020. 1 revue trimestrielle de chaque CSB a été réalisée par l'EMAD en 2019. 2 revues trimestrielles ont été effectuées par l'EMAD auprès de l'ensemble des 16 CSB du district dont ceux appuyés par le programme santé de LC.

			Objectifs : Améliorer la coordination des activités du système de santé au sein du District pour améliorer la qualité des soins et de la prise en charge des patients. Une revue régionale a été réalisée en décembre 2019, février 2020 et en 2021 qui consistait à la présentation des activités réalisés par tous les parties prenantes, organisé par le DRS et LC et les PTF santé tels que LC y ont été invités à présenter leurs activités/projets/programmes dans le domaine de la santé. <u>COMMENTAIRES :</u> Les supervisions sont très bénéfiques car ils apportent des supports aux prestataires et ainsi ils donnent une considération sur les activités qui leurs sont confiés. Le nombre de supervision effectué dans l'année reflète la qualité de service.
6	**Activité 1.6 : Conduite d'actions de promotion et de sensibilisation à l'environnement en milieu sanitaire**	90% par EMAD	<u>OBSERVATIONS :</u> Mêmes observations que pour l'activité 1.2 : • La collaboration avec le programme Mahefa Miaraka à partir de 2019 dans la réalisation des activités communautaires a permis au programme santé de LC d'atteindre les objectifs sur les actions de promotion et de sensibilisation. Une collaboration ponctuelle existe entre le Programme USAID ACCESS et LC en mai 2021 quand le Programme Mahefa Miaraka a été clôturé en septembre 2021. • Les activités communautaires en matière de santé sont déjà structurées grâce à l'existence du COSAN mais grâce à l'appui de FIVE Menabe en 2018, le COSAN est mis en place à Antsakoamaliniky. Les AC sont recrutés au niveau de la commune et des fokontany et travaillent sous la hiérarchie du CSB et après autorisation de la mairie et des fokontany. Ils contribuent à la promotion et sensibilisation des activités des CSB. • A partir de 2019, les AC ont été formés et ont reçu du matériel de sensibilisation comme : =>CSB Antsakoamaliniky : sac, tee-shirt, casquette ; calot, cache-bouche, gel main; Van PF, dépliant, poster, boite à image. =>CSB Belo : livre « kaominina salama mendrika salama miabo » ; van PF ; carnet de santé enfant et Mère/CPN ; Gilet, imperméable, Blouse, sac à dos ; Balance, pèse bébé. =>CSB Aboalimena : cache-bouche, gel mains, savon, jerrican Après les activités de sensibilisation, ils déposent leur rapport d'activités auprès du chef CSB et effectuent une réunion mensuelle avec leur chef CSB et un superviseur de Mahefa Miaraka. Les chefs CSB donnent les rapports d'activités des AC au SDSPet au superviseur du projet MAHEFA MIARAKA. Ils recevaient des motivations (financière, matériels, équipement) l'argent est envoyé par Mahefa Miaraka par mobile money mensuellement. En 2020, 77 AC ont été recrutés et formés avec l'appui de Mahefa Miaraka sur différents sujets (-thèmes diversifiés: vaccination, maladies transmissibles, PCIMEC, PF, maladie non transmissible, maternité sans risque, CPN, accouchement, EAH (Eau Assainissement Hygiène). Plus de 80% des AC ont rempli et soumis des rapports mensuels communautaires en temps opportun.

			Chaque année, les AC reçoivent une supervision formative de la part de l'EMAD, des membres du personnel du programme santé de LC, des membres du COSAN de la commune et des chefs de FKT. En 2020, Le renforcement des capacités des membres des structures du PNSC (Programme national en santé communautaire) au niveau des communes et des fokontany sur les interventions prioritaires des AC a été effectué. Ainsi les membres ont reçu une formation sur la RCCS (Responsabilisation pour le changement de comportement en santé). La sensibilisation de la population pour fréquenter le CSB et pour écouter les messages sur les informations nécessaires sur l'assainissement et protection de l'environnement doit être réalisée par les AC, le chef CSB, les prestataires (sage-femme, médecin) du CSB. Les AC doivent être aidés par les chefs fokontany, le maire si c'est une sensibilisation de masse qui est organisée. <u>COMMENTAIRES :</u> Grace à l'existence du document de programme national en santé communautaire, il est bien reconnu que les activités communautaires en matière de santé sont très importantes pour la réalisation des activités au niveau des CSB. Chaque entité qui reconnait leur importance apporte chacun sa collaboration dans la réalisation des activités des AC : - Le Programme Mahefa Miaraka qui a été relayé par le Programme USAID ACCESS assure la durabilité des activités des agents communautaires. - L'EMAD aussi apporte sa part de contribution par la formation, supervision de leurs activités. -LC a contribué avec Mahefa Miaraka sur le partage des coûts des activités réalisées au niveau des 3 CSB cibles du programme de santé de LC. Les AC qui font un travail volontaire attendent en retour des motivations financières qui ne sont pas énormes mais suffisantes pour qu'ils continuent leurs activités et ils n'acceptent plus de travailler gratuitement. Il faut considérer un budget pour leur motivation et de le partager équitablement car ils communiquent tous entre eux.

8	**Activité 1.7 : Appui technique pour le développement de l'Hôpital St-François d'Assises**	75% par HSFA	<u>OBSERVATIONS :</u> En 2017, l'HSFA a été doté de médicaments et consommables, de matériels de laboratoire et de chirurgies au lieu d'acheter un kit de salubrité. Le reste du budget n'a pas été utilisé sous la recommandation de LC. En 2019, une quote-part du salaire du chirurgien et de l'anesthésiste a été payée par le programme santé pour une durée de 3 mois seulement car la polyclinique a eu du mal à recruter le chirurgien et l'anesthésiste, ou alors une fois recrutés, ils ne restent pas longtemps. Le reste du budget n'a pas pu être été utilisé aussi. En 2020, un budget qui devait être utilisé pour faire l'extension et équipement de salle l'hospitalisation n'a pas été utilisé à ces fins mais utilisé pour la construction d'un nouvel abris pour le gardien (l'ancien avait été détruit par un cyclone), la réfection de la peinture des bâtiments, pompe à eau, matériels informatiques. Ce sont des dépenses non budgétisées au départ mais qui ce sont avérés nécessaires et justifiés par rapport aux besoins des usagers, l'état de dégradation des bâtiments et la sécurité du site. En 2020, l'approvisionnement en médicaments et consommables a été réalisé. Les batteries et les convertisseurs des services médecine et maternité ont été remplacés. D'autres commandes de matériels chirurgicales et de laboratoire ont été effectués mais les matériels n'ont été livré qu'en 2021 car la polyclinique a tardé à les commander en 2020. La direction de la polyclinique a été assurée d'octobre 2015 à fin 2019 par Sœur Odile a montré beaucoup de difficulté à assurer ses obligations vis-à-vis de LC et tels que prévus dans la convention de partenariat mais également pour gérer les activités et les finances/budget de l'établissement. Elle par ailleurs montré beaucoup de réticence à recevoir les formations et l'accompagnement de LC (et de l'extérieur) pour résoudre ses difficultés. Elle est rarement disponible pour recevoir une mission de supervision/d'appui de LC à Belo et à Morondava. Elle prétexte souvent sa présence obligatoire au bloc opératoire pour assister le chirurgien et elle met difficilement en application les formations et les recommandations qui lui ont été données. Ce n'est qu'à fin 2020 durant la période de passation de service qu'elle a fait preuve de collaboration et amélioré sa communication avec LC. LC et Sr Abeline qui a pris la direction de la polyclinique ont constaté les efforts d'information sur les obligations et les engagements de la polyclinique envers le programme santé ainsi que les outils et supports à utiliser et les échéances pour obtenir les financements dans les délais. La gestion de l'hôpital a donc été perturbée par un changement trois fois de suite de de directrice en charge de sa gestion et de son administration (2015, affectée août 2019 mais prise de poste de direction qu'en octobre 2020, puis 2021), avec une passation de service plus ou moins approfondie et exhaustive, notamment en ce qui concerne les modalités de partenariat avec LC et de mise en œuvre des activités y afférents. Cela a un impact sur la qualité de l'approvisionnement et la capacité en gestion organisationnelle et institutionnelle de l'hôpital. La fonction de directrice de la polyclinique et de référent du projet a été reprise par Sr Flodette la nouvelle Directrice de la polyclinique arrivée fin 2020. Son recrutement a apporté une amélioration dans la gestion

			du stock de médicament car il n'y avait plus de rupture de stock à partir de 2020. La directrice de l'hôpital est submergée de travail et affirme qu'elle ne peut pas mettre à jour les fiches de stock, ni suivre le remplissage des registres des malades pour assurer le rapportage des activités. Cela est notamment dû au fait que la Sœur responsable du bloc opératoire ait quitté la polyclinique fin 2020 pour des raisons familiales et de santé, et n'est plus revenue depuis et n'a pas été remplacée malgré les demandes appuyées de LC et ECAR auprès de la Représentante des SHM à Antananarivo. L'équipe de la chirurgie travaille dans un bloc opératoire surchauffé car le climatiseur est en panne, le concentrateur d'O2 ne marche plus aussi rendant la qualité de service mauvaise pour les malades opérés et pour le personnel travaillant dans le bloc opératoire. Le chirurgien réclame un ventilateur pour améliorer le confort à son domicile. A l'hôpital, tous les services sont payants sans exception. L'hôpital a des problèmes problème de non recouvrement des coûts récurrents et qui s'accumulent et demande régulièrement et souvent l'appui d'ECAR, du siège de SHM à Antananarivo, et du programme santé de LC. <u>COMMENTAIRES</u> On constate que la fréquentation de l'HSFA est très basse durant les 5 années de la mise en œuvre du programme et l'objectif et résultats sont loin d'être atteints. Les causes de la diminution de la fréquentation de l'hôpital sont : • A chaque période de pluie au premier trimestre de l'année, le problème d'accessibilité routière provoque une diminution du nombre de fréquentation de l'HSFA. • En 2020, l'épidémie de covid 19 a aussi fait diminuer la fréquentation de l'HSFA car les gens ont peur de se faire contaminer à l'hôpital. • Les services sont payants mais les gens sont pauvres et beaucoup ne peuvent pas payer les frais d'hospitalisation. • Les malades affirment que les sœurs sont sévères envers les malades et parfois l'accueil n'y est pas agréable et insuffisant pour les malades et leurs accompagnants. Faute de mieux, les malades fréquentent l'hôpital pour les cas chirurgicaux car c'est le seul hôpital de référence chirurgical dans le district de Belo. La convention de partenariat pour la mise en œuvre du programme santé a été signée et convenue entre LC et l'ECAR de Morondava mais la mise en œuvre des activités prévues du programme est confiée à la congrégation des sœurs hospitalières de la miséricorde (SHM). La structure de gestion existante ne permet pas de gérer et de suivre clairement la mise en œuvre d'un projet de santé. Le budget alloué au programme de santé de l'HSFA n'a pas été utilisé comme il se doit dû au manque d'expérience et de compétence du personnel et de sa direction dans la gestion et l'administration d'un établissement hospitalier d'une part, et dans gestion de projet/programme ainsi que la collaboration/partenariat technique, médical et opérationnel avec les autres acteurs santés localement (publics

			et privés). Ainsi en 2018 et 2019, la polyclinique n'a pas fait les programmations adéquates (activités, budget) ni dans les délais malgré l'accompagnement formatif de LC dont la responsable administration et finance. Cela est accentué par le fait qu'il n'y ait pas d'organe de gestion ni d'organisation interne à la polyclinique qui assurent les fonctions et rôles suivants: • La gestion et la programmation convenable du budget et des commandes en fonction du projet de santé de l'établissement qui doit être basé sur les besoins des patients/usagers mais aussi de la situation sanitaire locale. • La gestion et l'accompagnement/formation de l'ensemble du personnel de l'établissement • Nouer et entretenir de véritables liens de collaboration/partenariat avec les autres acteurs santé localement. Ainsi, constatant les difficultés de communication et de partage en temps réel des informations majeures, et les retards récurrents dans l'élaboration des PTA et des rapports d'activités (financier et technique), LC a dans un premier temps (à partir de janvier 2019) cherché une médiation et un appui auprès d'ECAR (Morondava) et du siège de SHM à Antananarivo afin de trouver une solution à ces difficultés qui impactent la mise en œuvre des activités et l'atteinte des résultats et objectifs du programme santé mais surtout des soins de santé des patients. Afin d'objectiver sa demande d'appui et de médiation, LC s'est appuyé sur la mission du Pr Jean Macq en décembre 2018 pour avoir un état des lieux réaliste de la situation de la polyclinique. Cette mission a permis au personnel et à la directrice de l'établissement d'expliquer leur situation, exprimer leurs besoins, difficultés. Le rapport de mission ainsi que les recommandations émises par le Pr. Macq ont été transmis à ECAR et à SHM et discuté directement avec la directrice de l'établissement, la représentante de SHM à Antananarivo. Parmi les recommandations figuraient la nécessité de mettre en place dès 2019 un organe de pilotage et de gestion de la polyclinique qui serait capable d'assurer la gestion et l'administration de l'établissement et serait composé du personnel de la polyclinique dont la directrice, des représentant des usagers, un représentant d'ECAR, un représentant de l'EMAD de Belo ST, et un représentant de LC… Cet organe de type comité de gestion ou de pilotage serait la préfiguration d'un organe de type Conseil d'administration d'un établissement hospitalier. ECAR et la représentante des SHM à Antananarivo ainsi que la directrice étaient d'accord sur le principe et s'étaient engagé à affecter une personne exclusivement en charge de la gestion et de l'administration de la polyclinique et référent des activités santé du programme santé. En attendant que les engagements d'ECAR et de SHM soient effectifs, et tant que la polyclinique ne transmettait pas des rapports d'activités et financiers convenables ainsi qu'un PTA réaliste, conforme aux objectifs et résultats à atteindre et dans les délais, le financement des activités a été réduit fortement en 2019. Le but est de limiter le risque d'une mauvaise gestion financière et budgétaire des activités du programme santé confiées à la polyclinique.
	Activité 1.8 : Appui Opérationnalisation d'une plateforme	70% par FIVE Menabe	<u>OBSERVATIONS</u> - L'organisation de formation sur le rôle et la mission de la société civile au profit des OSC de base et leaders locaux a été fait en lien avec le projet PASC MEN 2 financé par l'Union européenne

	thématique santé (OSC)		- La conduite d'actions de plaidoyer/interpellation et de sensibilisation au niveau communautaire en lien avec le secteur de la santé ont été fait en lien avec le projet PASC MEN 2 financé par l'Union européenne - L'opérationnalisation d'une plateforme thématique santé au niveau région et district , n'a pas été réalisée. Mais toujours dans le cadre du projet PASC MEN2, un réseau régional d'OSC observatrices pour les services sociaux de base en santé et éducation a été créé en 2020. Cela a permis d'identifier 62 observateurs répartis dans les 6 communes pilotes du projet (dont 2 dans le district de Belo-sur-Tsiribihina : Antsakoamaliniky et Beroboka Nord). Ils ont été formés sur leurs rôles COMMENTAIRES Les activités financées par le programme santé ont surtout concerné le renforcement des capacités institutionnelle de FIVE Menabe, la plateforme régionale des OSC du Menabe. Quand aux activités en faveur de l'accès et à l'amélioration des services de base en santé pour la population, elles ont été plus développées et au niveau des 5 districts grâce à travers le projet PASC MEN 2 cofinancé par l'UE.
	Taux moyen de réalisation des activités planifiées pour l'atteinte du Résultat1 : 86,50 %		

b. <u>Les bonnes pratiques concernant les soins globaux, continus et intégrés, et la vulnérabilité des personnes bénéficiaires.</u>

La dotation des formations sanitaires publiques et de l'HSFA en matériels et équipements médicaux a permis d'apporter une meilleure qualité des services, ainsi que la formation des personnels soignants dans le secteur public en soins de santé primaire.

Les activités de promotion de la santé et de sensibilisation des AC qui ont été développées grâce à la collaboration de travail avec les autres partenaires apportent une grande aide aux équipes des CSB pour l'accomplissement de plusieurs activités comme la vaccination, la PF, le PCIMEC, la prévention du paludisme surtout quand ils sont seuls au poste.

Grace à l'appui à approvisionnement en médicaments qui est vraiment vital pour la population, le système de participation financière des usagers au prix des médicaments permet aux formations sanitaires d'acquérir leur autonomie petit à petit.

Les patients les plus précaires qui ne peut pas payer les services sont toujours soignés : Au niveau du secteur public, un fond d'équité est disponible permettant aux personnes démunies d'acquérir les soins mais il est limité et accessible sous conditions. Pour l'HSFA, les personnes démunies sont aussi servies mais le problème de non-recouvrement des coûts est préoccupante actuellement car fragilise l'offre des soins et accentue le déficit de l'établissement. Des solutions sont suggérées dans les recommandations.

Pour résoudre en partie le problème de non-recouvrement de coût, l'HSFA réclame un paiement d'avance de 300 000 ariarys à l'entrée de tous les patients hospitalisés pour opération chirurgicale. Au fur et à mesure, le malade ajoute de l'argent si la somme de 300 000 ariary déposé est insuffisant. A l'HSFA, la consultation est payante à 3 000 ariarys et cela contribue au frais de fonctionnement de l'hôpital contre 10 000 Ar pour une consultation en cabinet privé (par un infirmier, un médecin, …)

c. <u>Les défis rencontrés lors de la mise en œuvre de ce volet</u>

- Pour le secteur public, en fin du projet, l'instabilité du personnel formé à son poste a un grand impact sur la qualité des soins et sur la durabilité des activités du projet.
  Tant que les AC ne reçoivent pas de motivation financière, ils refusent de travailler pour les CSB. Ils réclament des outils de sonorisation et des équipements de travail.

- Pour l'HSFA, le recrutement et le maintien en poste du personnel qualifié dans la durée est crucial pour la continuité des soins et plus globalement pour la bonne coordination de la prise en charge des patients.

Ainsi comme le chirurgien est seul au poste, il faut chercher un intérim au niveau du CHRR de Morondava chaque fois qu'il part en congés et son salaire ainsi que celui de l'anesthésiste dépendent des recettes de l'hôpital.
Pour le poste de Directeur de la polyclinique, et le personnel impliqué dans la gestion et l'administration de l'établissement, il doit y avoir une continuité du service qui ne doit pas être liée aux affectations des religieuses. Il faudrait que la personne en charge de diriger et gérer la polyclinique soit en poste suffisamment longtemps pour stabiliser l'encadrement du personnel et le fonctionnement/organisation de la polyclinique.

Le non-recouvrement des coûts sur les hospitalisations est un grand défi dans le sens que le nombre de démunis augmente toujours et que la polyclinique ne peut supporter seule le coût des services (matériel, consommables, médicaments, équipements, entretien et réhabilitation des bâtiments, …)
Une meilleure structuration et organisation dans la gestion de l'HSFA est toujours attendu surtout sur sa gestion financière sont fonctionnement/organisation pour assurer une continuité et la qualité de l'offre de soin, mais également trouver des partenaires techniques (médical, clinique pour la formation du personnel de santé) et financier pour participer à la prise en charge des coûts pour les investissements et l'entretien des infrastructures (gros équipements, matériel, bâtiments, …)

d. *Les changements opérés attribuables au résultat 1*

- La nomination d'une personne au sein des SHM en commun accord avec ECAR au poste de Direction de HSFA qui assurera exclusivement la gestion et l'administration . Cette directrice sera la référente pour les activités du programme santé et assurera les relations et la communication avec les autres acteurs santé.
- Le circuit d'approvisionnement autonome au niveau des 3 CSB appuyés par le programme.
- La fonctionnalité du service de chirurgie au niveau de l'HSFA malgré que beaucoup d'amélioration doivent être encore apportées pour assurer son autonomie financière.

C-2. La prise en charge du diabète (et de l'hypertension artérielle), prévention et promotion

(Cf. Résultat 2 : Les personnes vivant avec le diabète et l'hypertension dans la région du Menabe sont mieux pris en charge, en particulier dans les aspects de prévention et de promotion)

a. Effectivité de la mise en œuvre des activités

Tableau récapitulatif des activités prévues et réalisées liées au Résultat 2

N°	Activités planifiées	Réalisation	Observations et Commentaires
	Activité 2. 1 : Renforcement du système local de soins en matière de sensibilisation, prévention et prise en charge du diabète et l'hypertension artérielle	100% par AMADIA	OBSERVATIONS : Après la réunion du conseil d'administration de l'AMADIA en 2020 et suite au bilan pas satisfaisant dans l'atteinte des résultats du programme santé, une restructuration a été encore apporté : - ainsi l'animatrice santé a été formée (approfondissement) aux activités de sensibilisation de masse et dépistage du diabète. - le nombre des sensibilisateurs dépisteurs et EP a augmenté en 2020 et les nouveaux ont été formés par l'AMADIA central - Formation médicale continue pour les médecins d'antenne (médecins éducateurs) AMADIA - Formation de 27 sensibilisateurs – dépisteurs recrutés dans chaque district dont 16 personnels de santé sur le dépistage, sur la sensibilisation de la population à découvrir de manière précoce et préventive le diabète et ensuite les aider à prendre soin de leur état de santé. - Formation de 53 personnels de santé des CSB, CHD et CHRR dans les 3 districts sous forme d'Enseignement post-Universitaire. - Recrutement du RAL et formation du RAL et de l'animatrice sur l'organisation des sensibilisations de masse et dépistage de masse, le suivi supervision des activités des SD et EP et sur la gestion opérationnelle du programme santé ainsi que sur le suivi supervision des activités du programme santé.

			- Le programme santé a doté chacune des 3 antennes locales en matériels et consommables de dépistage pour les campagnes de dépistage de masse, mais également pour les consultations au sein des 3 diabètes centers (Morondava, Mahabo et Belo-sur-Tsiribihina). - L'approvisionnement en médicament a été encore financé par le programme santé en 2020 mais pour rendre l'AMADIA autonome en approvisionnement de consommables et médicaments, les services sont devenus payants et cette stratégie est acquise par les diabétiques. En 2021 : -24 campagnes de dépistages ont été menées dans les 3 antennes locales de l'AMADIA si en 2020, 6 campagnes ont été réalisé dans les 3 antennes. 65 nouveaux cas positifs au diabète ont été trouvés sur les 2177 personnes testées. =>En 5 ans, 49 chefs CSB de la région Menabe ont été formés par l'AMADIA au paquet minimum d'activités diabètes ; 6 médecins pour être médecin-éducateur, et 61 personnes pour être sensibilisateur-dépisteur. - Au moins 61 sensibilisateurs-dépisteurs ont été formés - 112 personnel des CHD/CHRR ont été formés au dépistage et à la prise en charge des complications aigues du diabète. - 83 tradipraticiens ont été sensibilisés et mobilisé pour la lutte et la prévention du diabète ? - les 3 diabète centers ont été approvisionnés en matériel et consommables pour le dépistage du diabète, pour le traitement du diabète et pour le soin des pieds, - 53 dépistages de masse ont été réalisés avec 4 372 personnes dépistées et 391 nouveaux cas positifs au diabète (8,94 %) <u>COMMENTAIRES</u> Si le personnel paramédical gestionnaire des DC sont recrutés pour des postes permanents, les médecins ne le sont pas et leur salaire sont pris sur la recette de la consultation, ils se relayent pour donner la consultation au DC. On remarque que le diabète center est fermé l'après-midi car les médecins sont absents. Tant qu'il n'y pas de médecin permanent aux DC, le nombre de consultations n'augmentera pas, ainsi les charges du DC ne seront pas couvertes. Les médecins d'antenne qui reçoivent les malades chez eux ou au CSB n'utilisent pas de registre des malades et la clientèle est perdue car le malade paiera pour le propre compte du médecin.
	Activité 2. 2 : Dynamisation des associations de patients diabétiques	100% par AMADIA	<u>OBSERVATIONS :</u> L'année 2019 suites aux fortes recommandations de LC, a été marquée par une restructuration et une réorganisation de l'AMADIA au niveau de la région Menabe pour assurer une plus grande proximité et autonomie entre le siège central de l'AMADIA et les antennes locales nouvellement créées, mais également pour corriger les dysfonctionnement récurrents (planification, rapportage, accompagnement de l'AMADAIA central de ses antennes locales…) qui engendrent du retard dans la mise en œuvre des activités et des problèmes dans la commande et l'approvisionnement des consommables et médicaments. Les 3 antennes locales ont été fonctionnelles par la mise en place du Bureau exécutif local (BEL) et la formation des 5 médecins éducateurs dont 1 médecin vient de l'HSFA et du 1 autre du CSB2 de Belo sur la prise en charge primaire du diabète. Après la réunion du conseil d'administration de l'AMADIA en 2020 et suite au bilan pas satisfaisant dans l'atteinte des résultats du programme santé, une restructuration a été encore apportée :

			- les 3 associations locales des diabétiques ont été rendues plus dynamiques afin de les impliquer à assister aux éducations thérapeutiques (ETP) et de les intéresser à la vie associative. -Les consultations et contrôle de glycémie ainsi que les médicaments sont devenus payants au niveau de toutes les antennes locales afin d'assurer l'autonomie des antennes locales. ⇨ En 5 ans, il y a eu 313 nouveaux membres dans les 3 districts - A la fin du programme, l'AMADIA compte 463 membres sur les 3 sites dans la région Menabe, d'après la mise à jour des registres des antennes locales à la fin de l'année - des réunion mensuelles des membres des antennes locales se sont tenues dans le cadre de la vie associative notamment pour discuter, planifier et organiser la mise en œuvre des activités des antennes locales. -2 visites d'échanges ont eu lieu et ont incité les antennes locales à améliorer leurs pratiques en termes d'organisation et de fonctionnement de leur vie associative mais également de leur diabète center. - les antennes locales ont organisé ou participé à 6 évènementiels d'envergure régionale ou de district. Les antennes locales ont organisé ou participé à 6 évènementiels d'envergure régionale ou de district. Cela a permis de couvrir une population plus large pour la sensibilisation et le dépistage du diabète, mais également de faire connaître le rôle et les activités proposées par les antennes locales/diabète center auprès des habitants et des autorités locales. <u>COMMENTAIRES</u> Puisque le DC dont la gestion est assurée par le coordinateur du Bureau exécutif de l'antenne locale comme prévu dans ses statuts et règlement intérieur, est fonctionnel et des recettes seront générées à partir des consultations et soins, des analyses de glycémie, de la vente des médicaments. Il est souhaitable que le personnel paramédical ne joue pas le rôle de caissière mais il faut recruter quelqu'un d'autre pour collecter les recettes du DC. Pour assurer la bonne gestion de la recette et des activités du DC, la RAL qui fait le suivi des activités est le responsable de la gestion du projet, elle doit assurer que la collecte des données sur toutes les activités du programme ainsi que pour que les activités génératrices de recette soient mises en place. Les activités du DC doivent être rapportées mensuellement. Ce rôle sera assumé par le personnel paramédical et le médecin (si le médecin est en poste permanent). Le BEL est le responsable du contrôle régulier des recettes et des dépenses du DC.
1	**Activité 2. 3 : Appui à l'émergence d'un réseau de pairs-éducateurs**	100% par AMADIA	<u>OBSERVATIONS :</u> Au début en 2017, un groupe de soutien à Morondava existait, puis les 2 autres ont été créés à Mahabo et à Belo-sur-Tsiribihina en 2018 et 2019. Avant 2019, les activités de l'AMADIA étaient principalement centrés sur les activités de sensibilisation de masse et dépistage de masse et approvisionnement en médicament, matériel de dépistage. Après la réunion du conseil d'administration de l'AMADIA en 2020 et suite au bilan pas satisfaisant dans l'atteinte des résultats du programme santé, une restructuration a été encore apportée pour favoriser l'émergence d'un réseau de pairs-éducateurs (PE) avec la révision du curriculum de formation des PE et des critères de sélection des PE. En 2020 : =>3 autres médecins éducateurs ont été recrutés et formés sur le diabète et ses complications pour assurer la prestation médicale et d'appuyer

			les EP dans les activités d'ETP dans les diabètes centers (DC) nouvellement fonctionnels : =>De 2017 à 2021, 58 nouveaux membres pairs éducateurs ont été recrutés dans les 3 districts et ont été formés. 82 séances de sensibilisations sur l'approche pair-éducateur sur les 75 prévues réalisés. Cette approche PE permet aux diabétiques de bénéficier des appuis, accompagnements et soutiens continus. =>Création et diffusion de support pédagogiques - Des matériels de sensibilisation et outils d'information et de sensibilisation ont été confectionnés : banderole, dépliants sensibilisation diabète, dépliant sensibilisation soins des pieds, posters géants nécessaires pour les ETP. Ils ont été livrés en 2021. - Sono-mobile et appareil photo pour chaque antenne locale achetées. L'achat des mégaphones est reporté en 2021 car non disponible en stock. =>Par ailleurs, les 9 émissions radios mensuelle prévues en 2020 et dirigées par un médecin des diabètes center ont été émise, soit 1 émission par mois par antenne. En 2021 : - L'AMADIA a eu (154) nouveaux adhérents en 2021 (l'objectif est d'atteindre 217 nouveaux adhérents) - Les séances d'ETP organisées et animées par qui ? se déroulent une fois par mois et par site. Elles sont à destination des familles des diabétiques, les membres de l'association, les personnes présentant un risque d'être diabétique… Au total, 666 séances d'ETP ont eu lieu si l'objectif est d'atteindre au total 144. Ce nombre a été atteint grâce à la formation de 54 nouveaux Pair-Educateurs en 2021. Les EP ont un rôle très important dans l'entretien de la santé des diabétiques. En plus des séances de réunion effectuées par mois au DC et les VAD, ils participent aussi aux sensibilisations de masse et dépistages de masse sur le diabète durant les évènementiels organisés. Ils ont besoin d'être pris en charge pour leurs frais de déplacement, d'équipement de travail et de motivation financière même s'ils font les activités de façon volontaire et en tant que bénévoles car les activités durent toute la journée quelque fois et ils ne peuvent pas se rendre à leur travail ou faire une activité rémunérée pendant ce temps-là. ⇨ A la fin du programme, on ne peut pas considérer qu'un réseau de pairs-éducateurs est en place ni actif. Toutefois, les efforts déployés par l'AMADIA pour valoriser promouvoir le rôle des PE dans la prévention et la prise en charge du diabète a permis de renforcer les liens entre PE au sein de chaque antenne locale. Cela constitue l'une des étapes préalables et conditions importantes pour asseoir et développer un véritable réseau de PE à l'échelle d'un district, voire d'une région. <u>COMMENTAIRES</u> Il existe des facteurs qui diminuent la fréquentation des diabétiques au DC : - la communication effectuée par des tradipraticiens sur l'existence d'un traitement définitif du diabète par les plantes. Les diabétiques ne reviennent qu'en cas de complication. -A partir de fin 2020 ? les mesures apportées à causes des problèmes de covid 19 ont comme conséquence la non-fréquentation de l'hôpital par les diabétiques parce que les DC sont implantés dans l'enceinte des SDSP pour Mahabo et Belo ST et dans l'enceinte du CHRR pour Morondava.

			-La médecin d'antenne de Belo ST seule est motivée pour travailler avec les EP pour effectuer les éducations thérapeutiques. La question est est-ce que c'est inscrit dans le contrat des médecins d'antenne qu'ils doivent être des médecins éducateurs pour les ETP des diabétiques avec les EP ? Après la fin du programme santé en décembre 2021, les activités des EP étaient au ralenti car il n'y avait pas de moyen pour payer leur frais de déplacement, ni payer leur motivation (exemple : frais de déplacements, indemnités type per diem pour les activités à la journée), car cela n'a pas été discuté, ni anticipé par le BEL lors de son Assemblé général, ni prévu dans la programmation et la budgétisation de leurs activités depuis leur existence malgré ce qui est prévus dans leurs statuts et règlement intérieur, et malgré les préconisations de LC (auprès de l'AMADIA central) dans ce sens depuis 2019 pour éviter cette situation à la fin du programme santé. Les diabétiques réclament la disponibilité de certains services dans le DC : des appareils échographiques, l'analyse de l'hémoglobine glyquée, des consultations ophtalmologiques, une dentisterie. Ces services ne seront pas disponibles tant que la recette du CD est encore insuffisante, d'une part et d'autre part, certains de ces services existent en dehors des DC. De plus, le modèle économique et organisationnel de l'AMADIA actuel ne prévoit pas cela.
	Taux moyen de réalisation des activités planifiées pour l'atteinte du Résultat 2 : 100%		

b. <u>Les bonnes pratiques</u> concernant la prise en charge du diabète (et de l'hypertension artérielle), prévention et promotion

- La mise en place des 3 antennes locales AMADIA avec la gestion interne de l'association assurée par les membres du BEL a contribué à obtenir de meilleurs résultats des indicateurs du programme à partir de 2020.
- L'acceptation des diabétiques de payer la consultation, le contrôle de la glycémie, le prix des médicaments qui sont moins chers qu'à la pharmacie.
- L'autonomie de chaque antenne locale dans la gestion de l'approvisionnement des DC.
- L'implication positive de la direction centrale de l'AMADIA dans le programme santé de LC, et à partir de 2020, avec l'insistance de LC, une amélioration du contrôle et de la supervision par l'équipe centrale de l'AMADIA à Antananarivo sur la qualité de service et sur la vie associative des diabétiques au sein de leurs antennes locales dans le Menabe, même si cela reste insuffisant dans la fréquence et la régularité qui doivent être améliorés pour éviter les problèmes de gestion de caisse, des activités des antennes et des DC.
- La mise en place de la structure de gestion de la sensibilisation sur la prévention et prise en charge du diabète qui est sous la supervision de l'animatrice santé de l'AMADIA.
- La mise en place de l'activités des EP sur l'ETP qui permet d'approcher les diabétiques et de les aider à maintenir un entretien de leur santé.
- Une réunion a été effectuée avec les tradipraticiens pour leur expliquer leur responsabilité sur la santé des diabétiques qui viennent se faire consulter chez eux. Ils ont été conseillés par qui de référer les diabétiques au DC.

c. *<u>Les défis rencontrés lors de la mise en œuvre de ce volet</u>*

Au sein de l'AMADIA et de ces antennes locales et les DC, les principaux défis sont :

- Le retard de la performance des activités dû à la structure de mise en œuvre du projet par AMADIA qui a tardé à être bien mis en place (en 2020).
- L'absence fréquente des médecins d'antenne au DC a pour conséquence que les diabétiques préfèrent les rejoindre à leur domicile ou à leur bureau du CSB.
- La non-possibilité pour l'association de payer le salaire d'un médecin permanent au DC.
- Le personnel paramédical qui est gestionnaire du DC et prestataires de soins dans le DC joue le rôle de caissier pour collecter les recettes du DC.
- Il n'y a pas de système de collecte des données des activités du DC et pas de personne responsable pour rapporter les activités du DC.
- Un seul médecin s'implique pour donner des séances d'ETP avec les EP.
- Les EP ont des difficultés pour travailler quand le programme santé de LC a été clôturé en décembre 2021 dû à l'insuffisance des moyens de déplacement, il n'y a plus de motivation.

- L'articulation et la complémentarité des antennes locales, DC et les formations sanitaires publiques locales pour pallier à l'absence de la prise en charge du diabète dans le paquet minimum d'activités et l'insuffisance de préventions/sensibilisation pour lutter contre le diabète et ses complications.

d. Les changements opérés attribuables au résultat 2

- L'appui de l'équipe centrale de l'AMADIA pour rendre opérationnel les 3 antennes locales et la formation médicale des médecins d'antenne a apporté une amélioration de la qualité de service dans les DC.
- La gestion autonome de l'approvisionnement grâce à l'appui du programme santé dans l'achat des médicaments et consommables en 2019 et 2020.
- La dotation en matériels de dépistage et équipements médicaux, en matériels de sensibilisation et pédagogique a permis de mener des activités de consultation, contrôle de glycémie, éducation thérapeutique au niveau des DC et au sein de la polyclinique SFA.
- Malgré l'insuffisance de ressources, chaque association cherche des solutions pour assurer un fonctionnement à minima des activités des EP et payer les charges fixes. Les EP travaillent en VAD dans les fokontany côte-à-côte à leur domicile pour éviter les frais de déplacement. A part les cotisations annuelles des membres de l'AMADIA, des opérations gâteaux, vente de casquette et tee-shirt AMADIA sont effectuées par l'association pour combler les manques dans les dépenses de fonctionnement des DC.

C-3. Le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles (gestion/cycle de projet) des partenaires

(cf. Résultat 3 : Les capacités organisationnelles et institutionnelles des partenaires locaux sont renforcées)

a. Effectivité de la mise en œuvre des activités

Tableau récapitulatif des activités prévues et réalisées liées au Résultat 3

N°	Activités planifiées	Réalisation	Observations et Commentaires
1	**Activité 3.1 : Renforcement des capacités en gestion des intrants de santé**	85% par EMAD	OBSERVATIONS En 2018, le salaire du gestionnaire des intrants de l'EMAD a été payé par le programme santé de LC. En 2019 et 2020, le poste était vacant et le Médecin Inspecteur de l'EMAD n'a pas demandé à le pourvoir alors que son financement était prévu par le programme santé pour les 5 ans, c'est pourquoi, il n'a plus été pris en charge par ce dernier. Par ailleurs, l'EMAD a été supporté par le projet IMPACT qui vise à améliorer l'approvisionnement en médicaments et en intrants médicaux. Il renforce aussi les chaînes d'approvisionnement pour les activités santé maternelle et infantile, la lutte contre le paludisme et pour la planification familiale, financé par les fonds USAID. En 2020, le gestionnaire des stocks du PhaGdis a reçu une formation formelle par l'EMAD, alors que les dispensateurs des phagécom ont été formés sur le tas durant les supervisions effectués par l'EMAD. En 2021, le personnel des 3 CSB (Belo, Antsakoamaliniky, Aboalimena) ont été formés en gestion des intrants, en humanisation des soins par l'EMAD. La mesure du score QRCP pour l'EMAD montre que le score de la capacité de collaboration est de 50%, le score de diversification et d'action (34%). Ce score peut être expliqué par le fait que l'EMAD est un organisme public, de ce fait, la plupart des décisions et formations doivent provenir de la hiérarchie. Suivi coordination du projet EMAD -LC Le suivi-coordination du projet par LC a réellement été fréquent et régulier à partir du dernier trimestre 2018, et s'est poursuivi de 2019 à 2021 : Appuis des partenaires locaux tout au long de la mise en œuvre des activités, notamment pour l'élaboration des rapports et planification d'activités ainsi que les rapports financiers et prévisions budgétaires. En 2020 et 2021, le personnel de l'EMAD et les Chefs de 9 CSB du district de Belo-sur Tsiribihina ont reçu une formation en 5S. L'EMAD a réalisé des supervisions (trimestrielles), audits (annuel), stratégies mobiles(mensuelles), suivi et évaluation (trimestriels), revue trimestrielle. Le personnel des CSB ont été formés par l'EMAD sur le 5S

			⇨ En 5 ans, le programme a pris en charge le salaire du responsable du suivi des intrants durant les 3 premières années du P5 2017 – 2021 mais depuis 2020, comme le poste est vacant, le salaire n'a plus été pris en charge. - Il y n'y a pas eu de formation à la gestion des intrants au niveau des 3 CSB car il n'y pas de problème significatif à ce niveau et à partir de 2020, le gestionnaire des intrants en charge de ces formations n'était plus en poste et n'a pas été remplacé. A la place de la formation à la gestion des intrants, les chefs CSB ont reçu une formation en humanisation des soins qui a rencontré un vif intérêt et fut un succès. <u>COMMENTAIRE</u> En 2017, 2018 il n'y avait pas de plan de renforcement de capacité basé sur les résultats de QRCP effectué dû à un mouvement du personnel du programme santé de LC surtout du responsable des renforcements de capacité. Les chefs CSB qui ont été formés en gestion des intrants et en humanisation des soins de santé par l'EMAD en 2021 ne sont plus au poste en février 2022 au moment de l'enquête. LC a eu beaucoup de mal à recruter un référent santé pour le programme santé : profil difficile à trouver ou la personne recrutée ne reste pas longtemps (quelques mois) car ont du mal à s'adapter au contexte de travail dans le Menabe (enclavement, climat, faible niveau des partenaires locaux du programme en gestion de projet et communication…). Ainsi de 2019 à 2020, trois responsables domaines santé ce sont succédés.
2	**Activité 3.2 Renforcement institutionnel et organisationnel de l'antenne régionale de l'AMADIA**	80% par AMADIA	<u>OBSERVATIONS</u> Lors des deux premières années du programme, les organes de décision et le personnel de l'MADIA ne s'impliquaient pas dans la mise en œuvre des activités ni dans le suivi-accompagnement des activités des association locales de diabétiques. C'était le Dr. Fenomanana RAKOTOARISOA, qui assurait le lien entre AMADIA, les antennes locales et LC. Il y assurait trimestriellement (pendant 7 à 10 jours)la formation du personnel soignant de l'AMADIA (animatrice santé, sage femme du DC de Mdva et des médecins d'antenne) ainsi que les activités des DC. Il avait beaucoup de grosses difficultés à faire la gestion et la coordination administrative et financière des activités ainsi que la gestion opérationnelle. L'animatrice santé, employée de l'AMADI se retrouvait livrée à elle-même le reste du temps et trouvait des appuis-conseils et un encadrement par défaut auprès de l'équipe de LC. A son arrivée à fin 2018, la nouvelle directrice de LC a constaté que les relations entre l'AMADIA central étaient inexistantes et que l'AMADIA se reposait entièrement sur le Dr Fenomanana, sans aucun contrôle ni compte à leur rendre. De plus, l'animatrice santé, employée de l'AMADI se retrouvait livrée à elle-même le reste du temps et trouvait des appuis-conseils et un encadrement par défaut auprès de l'équipe de LC. <u>COMMENTAIRE</u> Les antennes locales de l'AMADIA et leur personnel salarié ou non, ont beaucoup souffert de l'absence d'accompagnement et de soutien de l'AMADIA central et de l'insuffisance/nombreux changements du personnel 3 premières années du programme. A partir de mi-2019, un effort notable a été fait de l'AMADIA central et de LC pour améliorer la situation et faire un accompagnement/suivi et renforcement plus rapproché et important de l'animatrice santé et des antennes locales. Cela a engendré une importante réorganisation du fonctionnement de l'AMADIA vis-à-vis des antennes locales, mais aussi dans la façon de travailler des antennes locales et des services qui y sont proposés

3	**Activité 3.3 : Renforcement institutionnel et organisationnel de l'Hôpital St-François d'Assises**	75% par ECAR	OBSERVATIONS En 2018, le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles n'a pas été réalisé au niveau de HSFA dû à l'absence de coordination des activités du programme santé au sein de l'équipe locale de LC, et la Directrice de HSFA n'en a pas fait non plus la demande. Des appuis ponctuels ont été apportés par LC au fur et à mesure des besoins pour la programmation, la mise en œuvre et le bilan des activités (technique et financier). Fin 2018, HSFA n'a transmis qu'un rapport technique sans rapport financier faute de personnel dédié à la gestion administrative et financière au sein de l'établissement, car la Directrice, Sr Odile en plus d'assurer la direction de HSFA, assistait les interventions chirurgicales au sein du bloc opératoire, et remplissait ses fonctions de représentante de la congrégation des Sœurs Hospitalières de la Miséricorde à Belo sur Tsiribihina. La principale demande de fonds transmise par HSFA à LC a concerné l'approvisionnement en médicaments au 4ème trimestre, pour éviter d'être en rupture de stocks à la saison des pluies où l'accès à Belo sur Tsiribihina est difficile pour la population environnante. L'état des lieux et le bilan de la gestion de l'HSFA fin 2018, suite à la mission du Pr Jean Macq de l'UCL (à la demande de LC) aboutissait à des recommandations sur la nécessité de mieux structurer la gestion de l'hôpital surtout administrative et financière avec un conseil d'administration et la mise à disposition d'un « chef de projet » d'un commun accord par l'ECAR/HSFA. Ce sont des conditions importantes à remplir pour continuer l'appui de LC à l'HSFA dans le futur. Ainsi le rapport de mission préconise : *« Tout appui futur de Louvain Coopération devrait être conditionné à* ⇨ *La mise en place d'un conseil d'administration (comme moyen « d'ouvrir » l'HFSA vers les autorités de Belo et la communauté) – notamment en récupérant des membres du comité de pilotage initial ?- qui approuve annuellement :* • *Un rapport d'activités* • *Un rapport financier* ⇨ *La mise en place d'une structure de gestion journalière, avec des procédures plus « standard »* ⇨ *La révision de la tarification et ses conditions préalables :* ⇨ *Un audit financier et des ressources disponibles* ⇨ *La mise en place de mécanismes de rationalisation des soins (protocoles de diagnostic – traitement, révision de la liste de médicaments* ⇨ *Un plan de développement qui inclue les relations de HSFA avec les autres structures de soins (son intégration dans le réseau de soins du district de Belo) ».* En 2019, la reprise des discussions et des négociations entre LC et HSFA et l'application de 3 conditions exigées par LC pour la reprise du partenariat a été observé : (1) Désignation du responsable du projet Sœur Abeline en sept 2019. (2) L'identification des personnes qui vont composer le comité de pilotage en attendant que la polyclinique ait la capacité de mettre en place un véritable conseil d'administration. (3) un début d'amélioration de l'implication du personnel de santé dans la vie de l'établissement. Au 4 ème trimestre, le plan de travail a été présenté par le responsable du projet sœur Abéline. En décembre 2020, Sœur Abeline a quitté l'hôpital et en fin 2020, 3 personnes sont désignées pour les fonctions suivantes : • Sœur Flodette : à la fois directeur de l'hôpital et responsable du projet santé de LC. • Sœur Lilie : Major du Bloc opératoire et responsable de tous les services • Sœur Léonie : Laborantine Le bilan et diagnostic organisationnel participatif de l'établissement et l'élaboration d'un plan de gestion et de développement de la polyclinique n'a démarré qu'au 4ème trimestre 2020. En effet, ECAR et les SHM ne se sont pas impliqué dans la recherche de cette expertise, d'autant plus qu'à partir du 2nd

			semestre , des mouvements de personnel importants ont eu lieu au sein de la congrégation des SHM (élections interne pour les représentantes des Sr dans tous les pays) avec notamment l'affectation de la Représentante de la Congrégation hors de Madagascar . Elle avait fini ses 2 mandats à Madagascar (durée maximum autorisés par la congrégation pour la représenter dans un même pays). Ce n'est qu'à partir de 2021, que l'approvisionnement de l'HSFA en médicament et consommables n'a pas eu de problème (alors que la nouvelle Directrice Sr Flodettte maîtrisait mal les dotations en matériels et médicaments et consommables durant sa première année à ce poste). Le nombre d'intervention chirurgicale au niveau de l'HSFA est de 305 si en 2020 il est à 306. Le chiffre a stagné. Le QRCP effectué en 2021 pour l'ECAR montre que le score de 68% peut s'expliquer par le changement de direction en 2020 et le mouvement des personnels en général. Elle peut aussi s'expliquer par le fait que toutes les décisions sont prises par le biais et accord de l'évêque de Morondava et de la Mère Supérieure Déléguée de l'ordre des Sœurs hospitalières de la miséricorde (représente légale de la congrégation SHM à Madagascar, basée à Antananarivo). Les scores de moins de 50% sont : • La capacité de structuration et d'organisation 25% • La capacité de réflexion et de mise en œuvre 47% • La capacité technique et gestion 39% • La capacité de collaboration, de diversification et d'action 13% <u>COMMENTAIRES</u> La nouvelle directrice de l'HSFA(Sr Flodette) n'a pas reçu de passation interne suffisante de ses prédécesseurs (Sr Odile pour la direction et la gestion institutionnelle de l'établissement, Sr Abeline pour la gestion administratives, financière et le suivi-mise en œuvre des activités du programme santé) alors que c'est elle qui a été désignée être le responsable de la coordination et du suivi des activités de HSFA financées par le programme santé. Il faut souligner qu'elle est trop occupée dans ses tâches au sein de la congrégation et en tant que Religieuse et durant l'enquête, on a constaté que les livres de stock ne sont pas tenus à jour, ni les registres des consultations externes et des malades hospitalisés. C'est elle aussi qui est le responsable du rapportage des activités. Elle ne délègue pas les tâches alors que ces tâches pourront être effectuées par les prestataires qui reçoivent les malades dans les différents services. Concernant les versements des fonds demandés par les partenaires locaux pour la mise en œuvre des activités du programme, ils se font habituellement chaque trimestre par virement bancaire sur un compte dédié exclusivement au projet, et sur approbation du PTA et du PTT et des rapports (activités et financiers) du trimestre précédent. De plus, la Directrice de HSFA comme toutes les personnes au sein des partenaires locaux en charge de la gestion administrative et financière des projets du programme santé, sont depuis fin 2018 (à la demande de la nouvelle directrice de LC) formés et accompagnés par LC, lors de leur prise de fonction, et durant toute la mise en œuvre des activités. Cependant, le personnel du partenaire local concerné ne priorise pas cet accompagnement et y consacre peu de temps. Ainsi un budget est prévu pour prendre en charge les frais de déplacement mensuels de la Directrice à Morondava pour bénéficier de ce renforcement des capacités, mais elle ne le programme pas, et c'est la plupart du temps l'équipe de LC qui se déplace à HSFA à Belo sur Tsiribihina, quand la Directrice de l'établissement veut bien leur accorder du temps ! La directrice de HSFA n'associe jamais son staff à ces séances d'appui-conseils formatifs apportés par LC, malgré les recommandations en ce sens de LC.

			Par ailleurs ni ECAR ni la congrégation SHM ne montrent une volonté effective d'apporter un véritable appui/soutien et accompagnement à la nouvelle directrice là où elle en a le plus besoin en terme pour diriger et gérer l'établissement, et en particulier pour la gestion financière, médicale et du personnel. C'est d'autant plus notable qu'ECAR a de nombreux dispensaires et cliniques à Madagascar et dans le monde et donc du personnel médical et para médical expérimenté) et que les SHM ont également de l'expérience dans le domaine hospitalier dans le monde entier. Plus globalement ECAR et les SHM se sont complètement déchargés sur LC pour la recherche de solutions. A titre d'exemple, LC avait sollicité plusieurs fois ECAR et SHM pour mettre en relation LC et la directrice de HSFA avec des établissements hospitaliers au moins équivalent à HSFA et gérés par ECAR et/ou les SHM ou encore d'autres congrégations, mais en vain. LC s'est débrouillé par ses propres moyen et réseaux pour contacter directement des cliniques qui finalement, malgré leur fort intérêt, n'avaient pas le temps requis pour accompagner HSFA dans la formation/les renforcements de capacités en gestion hospitalière ni pour faire des visites d'échanges formatives. C'est pourquoi (et avec l'accord d'ECAR), c'est dans le cadre de la collaboration LC et le CHRR de Morondava que ce dernier a accepté de faire bilan et diagnostic organisationnel participatif de l'établissement et l'élaboration d'une proposition d'un plan de gestion de HSFA. L'arrivée de nouveaux responsables (direction, personnel médical dont chirurgien et anesthésiste) n'a pas apporté de solution sur le nombre de fréquentation de l'HSFA en opération chirurgicale. D'autres facteurs sont la cause de cette faible fréquentation : la population qui est démunie et n'a pas les moyens de payer les coûts, la peur d'être contaminée par le covid 19, l'attitude trop sévère du personnel envers les malades, l'éloignement et la difficulté d'accès en saison de pluie. La concurrence des personnes sortants de l'école des paramédicaux qui exercent à Belo ST.
4	**Activité 3.3 Renforcement des capacités du personnel soignant AMADIA**	80% par AMADIA	<u>OBSERVATIONS</u> En 2017, une enquête QRCP a été effectué pour AMADIA et à partir des résultats obtenus qui est de 56%, le renforcement de capacité organisationnelle et institutionnelle a été planifié au niveau des antennes locales pour améliorer leur fonctionnement et leur gestion. En 2019, une restructuration et une réorganisation des antennes locales de l'AMADIA au niveau de la région Menabe a été effectué pour assurer une plus grande proximité et autonomie entre le siège de l'AMADIA et les antennes locales nouvellement créées. Election/renouvellement des membres des BEL Bureau exécutif local de ces Antennes locales, 2 formations ont été réalisées à l'intention des 3 Antennes locales sur la gestion des Antennes locales de l'AMADIA à Belo ST et à Mahabo lors de la troisième mission des membres du Conseil d'Administration en novembre 2019. En juillet 2019, l'AMADIA a été reconnue d'utilité publique par le Ministère de la Santé, mais elle a des difficultés et des limites dans sa capacité à diffuser et à faire appliquer ses protocoles de soin et de prise en charge ainsi qu'à accompagner le bon fonctionnement et l'autonomisation des antennes locales. En 2020 et 2021, des appuis-conseils continus et réguliers ont été fournis par l'équipe de LC à la RAL responsable des antennes locales, l'animatrice santé et les BEL pour améliorer l'organisation et la vie associative des antennes locales de l'AMADIA (par la directrice Nationale, le RAF, Responsable Domaine (RD) santé) -Recrutement du nouveau responsable des programmes de LC en juin 2020 et de la nouvelle RD santé en aout 2021 (ses 2 prédécesseurs se sont succédés en 2019 et 2020 et ne sont pas restés plus de 6 mois à leur poste).

			-Recrutement du RAL (responsable des antennes locales Madame Fanja) en octobre 2019, elle a démissionné au bout de 15 jours en raison d'une mauvaise entente avec le Président de l'AMADIA. Puis elle a été réembauchée en août 2020 (soit après arrêt de 10 mois dans son travail)., l'AMADIA ayant changé de Président en février. - Renforcement des capacités de l'Animatrice santé sur la supervision des activités. - Elaboration de la planification des activités pour les 3 antennes de façon participative avec leur bureau exécutif respectif, appuyé par l'animatrice. -Formation continue du personnel soignant sur le paquet minimum d'activités diabète. -Formation des sensibilisateurs dépisteurs (SD). -Formation du RAL sur le SIG organisé par LC ; -Formation du Bureau Exécutif Local (BEL) à la vie associative= élection/renouvellement des membres des BEL des 3 Antennes locales, visite d'échange des 3 BEL à l'antenne locale de Fianarantsoa - 2 formations des 3 Antennes locales sur la gestion des Antennes locales de l'AMADIA à Belo ST et à Mahabo lors de la troisième mission des membres du Conseil d'Administration. La Responsable domaine santé de LC a recommandé aux administrateurs et aux salariés de l'AMADIA : - De réorganiser la coordination du projet pour augmenter le nombre de suivi et contrôle des activités, le suivi et contrôle de la gestion administrative et financière des antennes locales, -De planifier une réunion de coordination mensuelle avec elle. Les mesures restrictives de lutte contre la covid 19 ont retardé encore plus la programmation et la réalisation des activités. Ainsi un déficit de suivi et d'encadrement par l'AMADIA Central de son personnel en charge de la mise en œuvre des activités sur le terrain a été constaté à nouveau au 2ème semestre 2020 et durant l'année 2021. En février 2020, un nouveau Président du Conseil d'Administration de l'AMADIA a été élu. AMADIA centrale a été sollicité par le Ministère de la santé pour élaborer un document de définition et la mise en place du protocole de prise en charge à appliquer au niveau national pour la prise en charge des diabétiques atteints de la Covid 2019 qui sont plus vulnérables face au virus. Démarrage de la construction du diabète center de Belo ST en 2020. En début 2021, commencement de la réhabilitation du local qui servira de diabète centre de Morondava En 2021, les scores QRCP de l'AMADIA sont restés les mêmes que l'année précédente car la situation institutionnelle de l'AMADIA n'a pas évoluée : les problèmes de la gouvernance de l'AMDIA central, la gestion et le suivi des projets qu'elle met en œuvre au niveau national et local, insuffisance des ressources financière et de ressources humaines, leu modèle économique basée sur la rémunération des médecins (diabétologues, etc..) en tant que prestataires pour l'AMADIA, pas de plan stratégiques défini et approuvé par le CA ni validé en AG…Malgré leur effort d'améliorer le fonctionnement des antennes locales, AMADIA doit encore améliorer sa capacité à porter et accompagner ses antennes locales notamment dans la région Menabe. <u>COMMENTAIRES</u> En 2019, retard dans la programmation et la réalisation des activités dû à un déficit de suivi et d'encadrement par l'AMADIA central de son personnel en charge de la mise en œuvre des activités sur le terrain, par conséquent, il n'y

			avait pas de planification élaborée et les antennes locales ont mené leurs activités au fur et à mesure des besoins et du contexte. En 2020, opérationnellement, il était urgent que l'AMADIA prenne les dispositions nécessaires pour corriger le gros écart entre la façon de travailler des antennes locales du Menabe (la prise en charge et accompagnement des diabétiques, la promotion/prévention du diabète et de l'HTA) et celle préconisée par le siège. L'AMADIA a fait des efforts en ce sens malgré les améliorations qu'il leur reste encore à faire pour assurer un appui-accompagnement de proximité de leurs antennes locales et DC.
	Taux moyen de réalisation des activités planifiées pour l'atteinte du Résultat 3 : 80,00%		

b. *Les bonnes pratiques concernant le renforcement des* capacités institutionnelles et opérationnelles (gestion/cycle de projet) des partenaires

La grande implication de l'équipe central de l'AMADIA dans la restructuration des antennes locales et d'apporter sa contribution dans la formation du personnel médical et de l'équipe du BEL dans la gestion des antennes locales afin de les rendre plus opérationnels.
Le recrutement de responsable du projet au sein de l'HSFA qui s'implique dans l'amélioration de la gestion financière du budget alloué à l'HSFA.
La participation de l'EMAD dans la formation en gestion et suivi supervision des activités du personnel des CSB avec l'appui formative de l'EMAR.

c. *Les défis identifiés*

AMADIA :

- Le retard dans le commencement de la mise en œuvre des activités au niveau de AMADIA vers 2020 dû à la lenteur dans la restructuration au sein des antennes locales et de la lenteur de la gestion opérationnelle du projet.

Toutes décision et validation des rapports d'activités viennent de l'équipe centrale de l'AMADIA alors qu'ils sont trop occupés, l'équipe locale de l'AMADIA en charge de la gestion des antennes locale et des DC doit toujours les attendre.

- Les BEL sont des volontaires bénévoles et ont toujours été présents pour gérer l'association depuis leur création. Malheureusement beaucoup d'entre eux ne sont pas très dynamiques alors que le nombre de nouveaux adhérents à AMADIA augmente, l'organisation des dépistages de masse doit être effectuée dans l'ensemble des fokontany des communes cibles du programme (Morondava, Mahabo, Belo Sur Tsiribihina) et étendues vers d'autres communes. Cela exige une organisation intense et rapide des activités, mais aussi une concertation entre l'AMADIA et les acteurs publics de santé qui doivent apporter leur soutien à l'AMADIA à défaut d'être en capacité de le faire eux-mêmes.

HSFA

- La directrice de l'HSFA nouvellement recrutée qui est aussi responsable des activités mis en œuvre dans le cadre du programme santé a plusieurs tâches et n'arrive pas à assumer correctement la mise à jour de la situation des stocks, des registres des malades, et d'effectuer les rapports d'activités convenablement. Or la gestion des stocks, la tenue à jour des registres des malades ne qui ne devraient pas relever de ses tâches, mais respectivement au personnel en charge de la pharmacie, et celui qui assure les consultations et suivi des malades et/ou enregistre les entrées, sorties d'hospitalisation…
- La gestion financière de l'HSFA reste encore à clarifier devant le problème de non-recouvrement des coûts des frais d'hospitalisation.
- L'ECAR ne s'implique pas trop dans la résolution du problème de gestion organisationnelle de l'HSFA menée par la congrégation des sœurs hospitalières de la miséricorde ni au problème de gestion financière de l'hôpital.
- Il n'y a pas de personne formée pour le rapportage mensuel des activités (RMA) requis par le MinSan au sein de l'HSFA, alors cela rentre dans les prérogatives de l'EMAD, si de son côté la Directrice de HSFA leur en a fait la demande.
- Le système de collecte des données du projet n'est pas clair.

- Les outils de collecte des données ne sont pas adaptés pour la collecte des données nécessaires au programme santé.

EMAD, CSB

- Au niveau des CSB, le problème de stabilité des agents formés ne permet pas d'avoir la bonne qualité des services malgré que la vacance des postes se soit produite après la fin du programme santé de LC. La durabilité des activités n'est pas assurée si l'EMAD, dont le MI n'améliore pas considérablement la gestion des missions/activités et s'il n'y a pas de renfort technique auprès du MI notamment par le recrutement d'un adjoint technique (comme c'est le cas pour les 4 autre MI de la région Menabe).
- Le DRS affirme qu'il reçoit une copie du rapport annuel d'activité du MI, mais visiblement il n'y a pas de supervision programmée par l'EMAR pour l'EMAD de Belo/ST.
- Malgré la proximité physique des DC et des centres de soins publics (CHRR, CHD, CSB, …) et les résultats encourageants obtenus par l'AMADIA pour la prévention, la sensibilisation et la prise en charge du diabète, la prise en compte du diabète dans le paquet minimum d'activités des CSB, CHD et CHRR n'est pas une priorité pour la Région Menabe ni pour le MinSan.

d. Les changements observés

Grace à l'amélioration de la gestion au sein de l'AMADIA, on peut assister à :

- La fonctionnalité des activités des EP et des médecins éducateurs qui apportent un changement de comportement des diabétiques qui ont reçu des ETP.
- La fonctionnalité des activités de sensibilisation de masse et de dépistage de masse qui apportent plusieurs nouveaux adhérents à l'association AMADIA.
- La fonctionnalité des DC dans l'accueil des diabétiques pour les réunions du groupe de soutien chaque mois, pour l'effectivité de la consultation et contrôle de la glycémie et la vente de médicaments aux diabétiques membres.

Malgré la fragilité de la structure de gestion mise en place au niveau de l'HSFA, le service de chirurgie fonctionne toujours correctement.

L'invitation du DRS à LC à partir de fin 2019 de participer à la revue semestrielle régionale pour présenter les résultats des activités traduit que le DRS commence à reconnaître les activités du programme santé de LC malgré qu'il a affirmé durant l'enquête qu'il ne voit pas la valeur ajoutée apportée par l'appui du programme santé en matière d'impact sur le nombre de fréquentation des 3 CSB, qui d'ailleurs n'est pas un objectif du programme.

C-4. La recherche action et capitalisation :

(Cf. Résultat 4 : Les processus et expériences du programme sont étudiées, capitalisés et diffusées)

- 3 sujets de capitalisation ont été retenus : Gestion hospitalière (HSFA) + approche Pairs-éducateurs (AMADIA) et gestion autonome du diabète qui a fait l'objet de la recherche-action
- Une recherche -action : gestion autonome du diabète (AMADIA)

a. Effectivité de la mise en œuvre des activités

- Tableau récapitulatif des activités prévues et réalisées liées au Résultat 4

N°	Activités planifiées	Réalisation	Observations
1	Capitalisation : Développement de la gestion hospitalière à la polyclinique de Belo-sur-Tsiribihina	100 %HSFA	OBSERVATIONS La situation géographique de l'hôpital au niveau du district de Belo ST est très stratégique car il est le seul hôpital chirurgical du district. Tous les cas chirurgicaux venant du CHD1 et des CSB environnantes sont référés au HSFA et il existe même des cas de malades venant d'autres districts environnants (ex : Manja) et de la région Melaky. De ce fait, sa fonctionnalité est très pertinente pour les besoins de la population. La restructuration de la gestion par le recrutement de 3 personnels parmi lesquelles celle qui assure la gestion et le suivi des activités du programme santé a permis de mieux planifier les activités et de mettre en œuvre le projet.

			La gestion de l'HSFA est encore fragilisée par sa difficulté à couvrir les frais d'hospitalisation même si tous les services sont payants. Malgré ce problème, l'HSFA reçoit toujours toutes les types de population, qu'elle soit solvable ou non (approche caritative qui l'est l'un des piliers de la congrégation des SHM (et des chrétiens) , et accès aux soins pour tous). Les préconisations issues du diagnostic organisationnel et al proposition du plan de gestion et de développement de l'établissement devrait apporter des éléments objectifs d'aide à la décision pour ECAR et les SHM après la fin du programme santé. <u>COMMENTAIRES</u> Cet hôpital mérite d'être appuyé pour ne pas perdre les efforts déjà établis depuis sa création il y a des dizaines d'année. Les solutions sont de chercher des fonds pour couvrir les dépenses pour les plus démunies, il y a plusieurs possibilités vues que la congrégation est une œuvre de charité. La qualité des services a été apportée et maintenue grâce à l'appui du programme santé . Mais l'exigence d'une transparence dans la gestion financière est un critère nécessaire pour le bon déroulement et l'efficacité d'un partenariat technique et financier, mais également si HSFA souhaite vraiment être accompagné dans la recherche de solutions aux problèmes récurrents de recouvrement des dépenses d'hospitalisation. ECAR et les SHM, doivent également prendre en compte les préconisations issues du diagnostic organisationnel et de la proposition du plan de gestion et de développement et trouver les moyens d'appliquer dans les meilleurs délais les mesures les plus importantes et urgentes dès 2022.
2	Capitalisation : l'approche pairs-éducateurs sur le diabète	100 %AMADIA	<u>OBSERVATIONS</u> L'activité du PE est louable car elle permet aux diabétiques de maintenir un bon état de santé et c'est une activité continue. Elle permet de « recruter » de nouveau diabétiques pour devenir PE. C'est une approche de proximité qui permet aux diabétiques handicapés (amputés, cécité) d'avoir et maintenir des liens sociaux à travers les visites et les conseils ou les contrôles de glycémie. <u>COMMENTAIRES</u> L'approche du PE fait partie du paquet d'activités inclus dans la prévention et prise en charge des diabétiques au sein des DC, mais pas au niveau des formations sanitaires publiques ni des autres formations sanitaires privées. Malgré le fait que cela soit une activité bénévole, les EP doivent être à minima être indemnisés financièrement pour au moins couvrir leurs frais de déplacement car leur travail est quelquefois harassant et dure toute la journée.
3	Activité 4-2. Capitalisation et Recherche action : La gestion autonome du diabète	100 %AMADIA	<u>OBSERVATIONS</u> La population de l'échantillon pour cette recherche-action est généralement âgée, de prédominance féminine. La majorité des diabétiques étaient de type 2 : 74,7%, avec 40,0% ayant un diabète entre 1an à 5 ans. 56,0% des patients sont suivis pour des complications : principalement les complications ophtalmologiques, suivent les complications des plaies diabétiques et les complications vasculaires. Une moyenne de glycémies de 2,33 g/l a été observée pour la tranche d'âge : 41 ans à 60 ans, avec une moyenne de HbA1C de 9,6%. D'importantes améliorations ont été améliorées à l'issue de cette recherche-action participative , en termes de connaissance sur le diabète

			et l'amélioration du taux de HbA1C (indicateur du dosage de la glycémie) et de la qualité de vie des malades et du soutien de leur famille. COMMENTAIRES Cette recherche qui est nouvelle et innovante à Madagascar, même si elle est à petite échelle est un témoignage de la possibilité de gérer le diabète avec l'appui des PE. Elle mériterait d'être expérimentée de façon plus élargie et d'être développée par la suite. Elle mériterait d'être expérimentée de façon plus élargie et approfondie et d'être déployée à une plus grande échelle par la suite.
	Taux moyen de réalisation des activités planifiées pour l'atteinte du Résultat 4 : 100%		

b. *Les bonnes pratiques*

Ces documents de capitalisation et de recherche-action peuvent servir de sensibilisation et de plaidoyer pour la recherche de financement et appui pour HSFA et AMADIA pour résoudre leurs difficultés mais également pour interpeler le MinSan pour mettre en place effectivement au sein des formations sanitaires publiques le paquet minimum d'activités diabète.
Les résultats issus de la recherche-action sur la gestion autonome du diabète ont montré des améliorations très encourageantes pour les diabétiques et leur famille, et au vu des coûts élevés des soins de la maladie, les diabétiques ont un véritable intérêt à poursuivre leurs efforts à adopter les bons comportements pour limiter la complication de leur maladie et améliorer leur santé et leur quotidien

c. *Les défis identifiés*

Le manque de moyens financiers pour assurer les activités des EP surtout si le programme santé n'a pas de suite. La question qui se pose est : est-ce-que les EP travailleront toujours s'ils doivent payer leur frais de déplacement ?
Les causes de non-fréquentation de l'HSFA sont déjà connues : population démunie, isolement pendant les saisons de pluie, mauvais accueil des malades, il n'y a pas d'hiérarchisation des prix de l'hospitalisation selon la capacité des malades à payer, peut-être faut-il aménager des chambres à plusieurs catégories, la non-disponibilité de radiographie pour faciliter le diagnostic et qui oblige une évacuation sanitaire vers le CHRR de Morondava, car le CHD de Belo n'est pas non plus équipé.

Les solutions proposables pour HSFA sont :

- Collecter des fonds pour la population les plus démunies.
- Aménager des salles d'hospitalisation à plusieurs catégories selon le pouvoir d'achat de la population
- Obliger les malades de payer une avance (forfaitaire et qui serait affichée) une partie des frais d'hospitalisation qu'il ajoutera au fur et à mesure de la longueur de son séjour.

d. *Les changements observés*

La gestion du projet est maintenant gérée par la sœur directrice de HSFA et au moins, il n'y a plus de rupture de stock des médicaments et consommables.
Les antennes locales commencent à chercher des moyens pour couvrir leurs frais de fonctionnement par des ventes de casquettes, tee-shirt, opération gâteaux.
Les personnes diabétiques et leurs proches sont mieux impliquées dans la gestion courante de la maladie et sont mieux sensibilisées à ce qu'il faut faire en cas de complication. Ils adoptent davantage des comportements qui réduisent la complication du diabète et de l'HTA, et ose mieux échanger leur expérience et trouver des soutiens et des conseils au niveau des antennes locales et DC.

D- POINTS DE VUE SUR L'ATTEINTE DES RESULTATS

Présentation des résultats obtenus à partir de l'objectif spécifique 2 (OS2) du programme santé :

D'ici 2021, améliorer durablement la qualité des systèmes locaux de soins de santé, en particulier la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles

D-1. Niveau d'atteinte de l'outcome

Indicateurs de l'OS	Baseline	A1 (2017)		A2 (2018)		A3 (2019)		A4 (2020)		Prévu A5 (2021)	
IOV 1 : Taux (en %) de patients diabétiques membres de groupes de soutien ayant adopté un changement positif de comportement suite aux conseils de leurs pairs (min de 3 sur 5 critères*) Annuel		prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé
	25%	30%	49%	35%	29%	50%	31%	60%	70%	70%	81%
IOV 2 : Taux de consultation externe de la polyclinique Saint-François d'Assise de Belo-sur-Tsiribihina Annuel	3,7%	4,3%	2,27%	4,9	1,30% **	5,7%	0,96%	6,5%	1,15%	7,5%	1,15%

* Les 5 critères pour le calcul de l'IOV 1 :
(1) Minimum de 30 minutes de marche rapide par jour
(2) Pas d'interruption de la prise de médicaments plus de 3 jours consécutivement
(3) Au moins un bilan médical annuel
(4) Au moins 80% de participation aux séances pairs-éducateurs
(5) Contrôle de la glycémie au moins une fois par mois

** Valeur atteinte en 2018 a été rectifiée en 2019 soit 1,30% au lieu de 0,71% indiqué dans le rapport interne DGD 2018, après correction apportée par AMADIA

IOV 1 de l'OUTCOME : Taux (%) de patients diabétiques membres de groupes de soutien ayant adopté un changement de comportement positif suite aux conseils de leur pairs (annuel)

Les informations concernant cet effet des interventions ont été obtenues à partir d'une enquête menée par AMADIA Central chaque année dans les groupes de soutien existant au niveau des 3 antennes locales parmi les diabétiques membres.
La figure1 montre l'évolution du changement de comportement des diabétiques enquêtés de 2017 jusqu'à 2021.

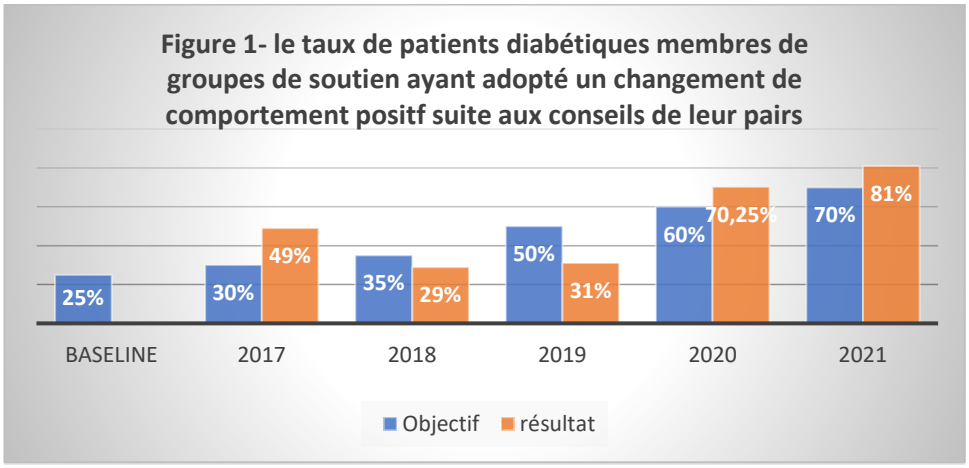

Figure 1- Taux de patients diabétiques membres de groupes de soutien ayant adopté un changement de comportement positif suite aux conseils de leur pairs

Rappel du mode de calcul de cet IOV : Nombre de membres adoptant un changement positif/nombre de membres adhérents X 100

En 2021, le programme prévoyait l'encouragement des 70% des diabétiques à adopter un changement de comportement à travers des conseils de leurs pairs. Pour être plus explicite, les changements de comportement obtenus en 2021 sont représentés par :

Evaluation consolidée en 2021		
Performance par critère	**Résultats**	**%**
(1) Minimum de 30 minutes de marche rapide par jour	106	91%
(2) Pas d'interruption de la prise de médicaments (insuline, antidiabétique oraux) plus de 3 jours consécutivement	93	82%
(3) Au moins un bilan médical annuel	22	20%
(4) Au moins 80% de participation aux séances pairs-éducateurs	34	40%
(5) Contrôle de la glycémie au moins 1 fois par moi	117	97%

En récapitulant l'évaluation, AMADIA a conclu que 81% des diabétiques ont appliqué les 4/5 critères. L'objectif est atteint car 81% des diabétiques adoptent le comportement sain vis - à - vis de leur maladie.

IOV 2 de l'OUTCOME : Taux de consultation externe de la polyclinique Saint-François d'Assise de Belo-sur-Tsiribihina Annuel

Rappel du mode de calcul de cet IOV : Nombre de consultations externes totale de l'année/population concernée X100

Dès le début du projet le taux de fréquentation en consultation externe de l'HSFA était de 2,27% et ce résultat n'a pas atteint l'objectif prévu. Au fur et à mesure que les années passaient, la fréquentation de l'HSFA pour la consultation externe avait toujours diminuée. Les enquêteurs en janvier 2022 ont constaté que la fréquence de consultation externe est en moyenne 4 malades par jours.

- Le personnel médical n'a reçu de formation technique qu'en 2019 : formation en paludisme menée par l'équipe de l'EMAD et formation sur la prise en charge du diabète et de ses complications menées par AMADIA Central pour le médecin référent du diabète et responsable de la consultation externe de l'HSFA.
- Le personnel de gestion de l'HSFA a toujours été en perpétuel changement.
- Une légère augmentation du taux de fréquentation de la consultation externe est observée en 2020 mais ce résultat est toujours très bas.
- L'hôpital n'a reçu son directeur de gestion qu'en 2021. Ce directeur de gestion est en même temps le directeur du projet santé de LC. Depuis son arrivée, il n'y avait plus de rupture de stock au niveau de l'HSFA. Cette personne est débordée de travail et le résultat des activités en 2021 n'a pu être obtenu (le registre de consultation externe n'est pas mis à jour).

C'est un Hôpital privé lucratif instauré dans le chef-lieu de district alors que la présence du CSB2 de Belo ST et du CHD1 au niveau du chef-lieu de district forme une concurrence pour l'HSFA du point de vue consultation externe et hospitalisation.

D-2. Niveau d'atteinte des Résultats

Résultat 1 : Les habitants du District de Belo-sur-Tsiribihina (Région du Menabe) disposent d'un système local de soins de santé amélioré, doté de soins continus, globaux et intégrés.

Indicateur de résultat	Baseline	2017		2018		2019		2020		2021	
		prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé
IOV1.1. Annuel Nombre d'actions de sensibilisation communautaire réalisées par les COSAN à l'aide des boîtes à images fournies sur les 4 thèmes : santé maternelle et infantile, planification familiale, paludisme, hygiène et assainissement.	0	45	**16 541***	360	**13 551***	720	**16 199***	864	Non disponible **	1 036	**17 736**
IOV1.2. Annuel Nombre d'interventions chirurgicales sous anesthésie locorégionale et générale réalisées au sein de l'Hôpital St-François d'Assise de Belo/Tsiribihina.	327	360	**299**	396	**303**	436	**267**	480	**306**	528	305

*Valeurs mises à jour en 2020

**Valeur non disponible car au moment de la rédaction du Rapport annuel en mars 2021, le programme Mahefa Miaraka était en phase de clôture et les données n'étaient pas disponibles ni au niveau de l'EMAD ni des CSB.

<u>Indicateur 1.1 :</u> Nombre d'actions de sensibilisation communautaire réalisées par les AC à l'aide des boites à images fournies sur les 4 thèmes : santé maternelle et infantile, planification familiale, paludisme, hygiène et assainissement (Annuel)

<u>Rappel du mode de calcul de cet IOV :</u>

Nombre total de sensibilisations communautaire effectuées mensuellement X 12 mois

Ces résultats représentent un succès de la collaboration avec le partenaire « Mahefa Miaraka », un programme financé par USAID. Le programme santé a contribué dans le partage des coûts des activités dont les sites d'intervention sont communs avec Mahefa Miaraka au niveau des CSB2 de Belo ST, CSB2 d'Aboalimena et CSB1 d'Antsakoamaliniky. En effet, LC a effectué une convention de collaboration avec Mahefa Miaraka dans les 3 CSB cibles du projet de 2017 à 2020. Après la clôture de Mahefa Miaraka, c'est le projet USAID ACCESS qui a pris le relai dans une collaboration ponctuelle à partir de 2021.

Les AC ont reçu des formations sur plusieurs thèmes par l'équipe de l'EMAR/EMAD/CSB appuyé par Mahefa Miaraka :

En 2019, à partir de 4 réunions trimestrielles, les AC ont reçu des formations de sensibilisation sur :

- La PCIMEc (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire) : diarrhée, paludisme, infection respiratoire aigüe, malnutrition
- La surveillance des maladies évitables par la vaccination : poliomyélite, rougeole, tétanos néonatal.
- Le calendrier vaccinal des enfants de moins de 1 an.
- Le paquet minimum d'activités des CSB.

Les AC contribuaient beaucoup à l'appui des CSB dans les campagnes de vaccination en stratégie mobile et avancée :

- Les campagnes de vaccination des enfants de 0 à 11 mois qui sont au nombre de 7 112 au niveau du district, 2278 d'entre eux (32%) sont répartis dans les 3 CSB. Les 3 CSB ont atteint l'objectif du taux de couverture vaccinale supérieure à 90% pour tout antigène sauf le VAT (vaccination contre le tétanos de la femme enceinte).

- Grâce aux activités de sensibilisation des AC au niveau des 3 CSB, le taux moyen de couverture des 3 CSB : en Consultation Externe = 36,22% , PF= 26,86% , accouchement= 24,09% si les objectifs ont été respectivement : consultation externe = 30%, PF=25% , accouchements= 20%.

En 2020, dans le cadre du renforcement des capacités des membres des structures du PNSC (Programme national en santé communautaire) au niveau des communes et des fokontany sur les interventions prioritaires des AC, les AC ont reçu une formation sur la RCCS (Responsabilisation pour le changement de comportement et social). L'approche stratégique en "Kaominina Mendrika Salama miabo" (KMSm) ou "Communes Championnes plus"de Mahefa Miaraka a été utilisé pour guider les AC pour atteindre et de dépasser les objectifs fixés en activités communautaires.

Une réunion trimestrielle sur les 4 prévues des AC avec l'EMAD et Mahefa Miaraka n'a pu être réalisée dû aux avènements du covid 19. Les Chefs CSB ont sensibilisé les AC sur le coronavirus ainsi que sur l'introduction de VAR 2 (Vaccin-Anti-Rougeoleux 2) et les mesures préventives à d'éventuelles épidémies post Covid 19 au mois de septembre 2020. Dans leur plan d'activité, les principales activités des AC sont : la réalisation des sensibilisations au niveau fokontany, le référencement des malades au niveau des CSB, la recherche active des perdus de vue en vaccination, CPN, PF, l'envoi des rapports d'activité mensuels auprès des CSB.

L'ensembles des actions de sensibilisation réalisées par les AC au sein des 3 CSB ont été basées sur les thématiques suivantes : santé de la mère et de l'enfant, le planning familial, le paludisme et l'hygiène et assainissement. Ils utilisaient des boites à images durant les sensibilisations.

En 2021, le nombre de sensibilisation au niveau des CSB d'Aboalimena et Belo-sur-Tsiribihina restent à peu près stable mais celui du CSB1 d'Antsakoamaliniky a doublé. Les résultats des activités de sensibilisation montrent que les objectifs sont toujours dépassés.

Ainsi à l'issue des 5 ans du programme santé, les résultats montrent que dans l'ensemble, l'objectif sur le nombre de sensibilisations communautaires réalisées par année de 2017 à 2021 a été toujours largement dépassés.

Indicateur 1.2- Nombre d'interventions chirurgicales sous anesthésie loco-régionale et générale réalisées au sein de l'Hôpital St-François d'Assise de Belo-sur-Tsiribihina (Annuel)

Rappel du mode de calcul de cet IOV : Nombre total d'interventions chirurgicales réalisées mensuellement X 12 mois

Par ordre décroissant, les types d'intervention chirurgicale simple qui sont réalisées dans l'hôpital SFA sont : Appendicite aigue, opération césarienne, hernie, chirurgie gynécologique, plaie par objet tranchant, plaie par balle.

Chaque année, les objectifs en nombre d'interventions chirurgicales sous anesthésie loco-régionale et sous anesthésie générale ne sont pas atteints. La fréquentation en intervention chirurgicale est à peu près identique chaque année, sauf pour l'année 2019 qui a diminué encore plus dû surtout à l'épidémie du covid 19.

Le service manquant qui ne permet pas d'effectuer des interventions chirurgicales est la radiographie alors que devant l'insécurité dans la région, les plaies par balles et les fractures qui ont besoins de radiographies deviennent fréquentes. La radiographie fait partie du paquet complémentaire d'activités nécessaire pour un hôpital chirurgical.

Le manque d'électricité dans la salle d'opération obligeait aussi les chirurgiens à limiter les interventions chirurgicales à une seule fois par jour.

En 2021, le programme santé a apporté beaucoup d'amélioration sur l'apport de matériel médico-chirurgical et l'adduction d'eau et électricité.

Devant la pauvreté et la vulnérabilité de la population face à l'insécurité, plusieurs malades hospitalisés en chirurgies ne peuvent pas payer les frais d'hospitalisation. Le non-recouvrement des coûts de l'hospitalisation n'est plus supportable par l'hôpital et il faut chercher des solutions malgré que la congrégation des sœurs hospitalières de la miséricorde soit un organisme de charité.

Résultat 2 : Les personnes vivant avec le diabète et l'hypertension dans la région du Menabe sont mieux pris en charge, en particulier dans les aspects de prévention et de promotion

Indicateur de résultat	Baseline	2017		2018		2019		2020		2021	
		prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	Réalisé	prévu	réalisé
IOV2.1. Cumulatif Nombre de nouveaux cas dépistés positifs adhérant à des groupes de soutien pairs-diabétiques	0	60	22	150	47	210	47	240	160	270	313
IOV2.2. Annuel Nombre de séances d'éducation thérapeutique **animées par les pairs-éducateurs** diabète/HTA	12	18	20	36	39	90	58	126	105	144	666

Indicateurs 2.1 -Nombre de nouveaux cas dépistés positifs adhérant à des groupes de soutien des pairs éducateurs diabétiques (Cumulatif)

Rappel du mode de calcul de cet IOV :

Nombre de nouveaux diabétiques adhérents au groupe de soutien des PE par mois X12 mois+ total n-1

La principale activité qui permet d'identifier de nouveaux cas de diabétiques dépistés positifs est la campagne de sensibilisation suivi de dépistage. Chaque année, le nombre de campagnes de dépistage augmente pour mieux atteindre les objectifs fixés.

En 5 ans, le nombre des campagnes de dépistage a été multiplié par 4 (de 5 en 2017 à 24 en 2021). Au total, 391 nouveau cas positifs au diabète sur 4 374 personnes testées.

- ⇨ En cumulé 313 nouveaux adhérents aux groupes de soutien pairs-éducateurs diabétiques au niveau des 3 antennes locales. 391 nouveaux cas dépistés positif au diabète sur les 4 372 personnes testées durant les 53 campagnes de dépistage réalisées par l'AMADIA.
  A fin décembre 2021,les antennes locales de l'AMADIA comptent 463 adhérents.

En 2017, 5 campagnes de dépistages de masse ont été réalisées à Morondava, Mahabo et Belo sur Tsiribihina. Ils ont permis de dépister 371 personnes dont 65 nouveaux cas positifs dont 22 ont intégrés les associations de diabétiques. Cette intégration a été facilitée par la création d'une nouvelle association à Mahabo et la redynamisation des associations de Belo et Morondava.

En 2018, AMADIA a augmenté considérablement les dépistages de masse avec 10 campagnes dépistages réalisés sur 816 personnes au niveau de Morondava, Mahabo et Belo sur Tsiribihina. 175 nouveaux cas ont été dépistés positifs dont 5 ont adhéré au groupe de soutien pairs-éducateurs de Belo. Ce résultat faible s'explique par le fait qu'il n'y a qu'à Belo-sur-Tsiribihina où un groupe de soutien de pairs-éducateurs a été mis en place en 2017. Il n'y a pas eu d'autres groupes de soutien mis en place en 2018. Par ailleurs, certaines personnes ont été perdues de vue en raison de l'éloignement et de l'enclavement de leur zone d'habitation.

En 2019, 8 dépistages de masse réalisés sur 401 personnes au niveau de Morondava, Mahabo et Belo-sur-Tsiribihina. Les dépistages de masse prévus mensuellement par site ont commencé très tardivement en raison des difficultés internes de l'AMADIA. 50 nouveaux cas ont été dépistés positifs parmi lesquels aucun n'a adhéré à un groupe de soutien pairs-éducateurs en raison de l'insuffisance de sensibilisation pour inciter à le devenir.

En 2020, 6 campagnes de dépistage menées dans les 3 antennes. 36 nouveaux cas positifs au diabète sur les 607 personnes testées. Parmi ces nouveaux cas, 8 personnes ont adhéré à l'association. 113 diabétiques au total ont nouvellement adhéré aux 3 associations de diabétiques de l'AMADIA dans le Menabe. Ils ont été comptabilisés parmi les personnes adhérent aux groupes de soutien dans la mesure où elles bénéficient des actions thérapeutiques et de promotion de la santé de ces associations.

En 2021, 24 campagnes de dépistages ont été menées dans les 3 antennes locales de l'AMADIA. 65 nouveaux cas positifs au diabète sur les 2177 personnes testées. L'AMADIA a eu 153 nouveaux adhérents en 2021.

<u>Indicateur 2.2-</u> Nombre de séances d'éducation thérapeutique animées par les pairs-éducateurs diabète/HTA (Annuel)

<u>Rappel du mode de calcul de cet IOV :</u> Nombre de séances d'éducation thérapeutique par mois X12 mois

L'approche pair-éducateur (PE) est développée pour permettre aux patients diabétiques-membres de l'associations de bénéficier d'un appui continu et de proximité en termes d'éducation thérapeutiques. Chaque PE a l'obligation de réaliser des sensibilisations par 1 visite à domicile par mois, 1 éducation thérapeutiques (ETP) par mois. Les séances de réunion d'ETP permettent aux diabétiques de se partager leurs expériences et d'inciter les membres d'entrer dans les groupes de soutien. Les PE les réalisent durant la réunion du groupe de soutien au diabète center. L'objectif de l'ETP est de partager des comportements utiles pour la santé des diabétiques : mode de vie sain, régime alimentaire, prise de médicaments régulière, soins, pratique d'activités physiques et sportives, test de glycémie une fois par mois, bilan annuelle).

L'objectif est largement dépassé en 2021 et la tendance est toujours vers une augmentation du nombre d'éducation thérapeutique réalisés par les pairs éducateurs.

- ⇨ En 5 ans, le nombre de séances d'éducation thérapeutique a été multiplié par 33 avec au total 926 séances d'ETP réalisées dont 912 animées par le PE. Ce nombre a été atteint grâce à la formation de plusieurs pairs éducateurs et l'utilisation de plusieurs approches de sensibilisation comme les visites à domicile, les causeries de groupe et la communication interpersonnelle.

En cumulé sur les 5 années du programme, la valeur atteinte a dépassé de 120% la valeur prévue, avant une nette progression à partir de 2020. Cela est principalement dû au changement de l'approche et de la méthodologie de l'AMADIA suite aux recommandations et échanges entre LC et AMADIA à l'issue du bilan de l'année 2019, afin d'améliorer le ciblage, la sensibilisation des personnes diabétiques qui pourraient être des EP. Cette nouvelle approche a également renforcé l'implication des médecins d'antenne dans les séances d'éducation thérapeutiques coanimées par les EP.

En 2017 et 2018, les séances d'ETP ont été réalisé à Belo qui avait le seul groupe de soutien.

En 2017, 20 séances d'éducation thérapeutiques ont été dispensées à l'association de Belo qui était déjà opérationnelle avant le démarrage du programme.

En 2018, 39 séances d'éducation thérapeutiques ont été animées par l'AMADIA à Belo Pour les zones de Mahabo et Morondava, il était prévu de lancer l'approche pair-éducateur en 2018 en partant de l'expérience et des leçons tirées à Belo, mais cela n'a pas pu se faire.

En 2019, 58 séances d'ETP ont été réalisés par les PE dans les 3 antennes locales.

En 2020, le nombre de PE formés a été augmenté et cela a permis de réaliser 129 ETP dont 105 animées par les PE et 24 séances collectives animées par les médecins éducateurs.

En 2021, 666 ETP ont été réalisées. Ce nombre a été atteint grâce à la formation de 54 nouveaux PE en 2021 et le renforcement de plusieurs approches de sensibilisation comme les visites à domicile et les causeries de groupe.

Résultat 3 : Les capacités organisationnelles et institutionnelles des partenaires locaux sont renforcées

Indicateur 3.1. (Annuel) Score cumulatif en % du QRCP	Baseline	2017		2018		2019		2020		2021	
		prévu	réalisé	Prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé
Score ALEFA MENABE	72%	73%	72	75%	72	77%	72	79%	81%	80%	81%
Score FIVE MENABE	62%	65%	62	68%	62	70%	62	72%	74%	75%	74%
Score antenne locale AMADIA	28%	30%	28	35%	28	45%	46	52%	46%	60%	46%
Moyenne des 3 partenaires	54%	54%	**54%**	60%	**54%***	64%	**60%****	68%	**67%*****	**72%**	**67%**

<u>Indicateur 3.1.</u> Indice (% cumulatif) du Questionnaire Renforcement des Capacités des Partenaires locaux (QRCP) Annuel

Rappel du mode de calcul de cet IOV : Moyenne du score annuel des 3 partenaires locaux (AMADIA, FIVE Menabe, ALEFA Menabe)

Au début du Programme, les scores du QRCP étaient : ALEFA Menabe 72%, FIVE Menabe 62% et l'Antenne locale de l'AMADIA à Morondava 28% pour une moyenne de 54%.

Selon les rapports internes annuels 2021 de LC :

En 2018 : Le QRCP n'a pas été mesuré, d'où les valeurs de l'IOV restent identiques à celles de 2017

En 2019 : le QRCP a été administré entre mai et juin 2019, soit après la période de rédaction du rapport annuel. C'est pour cela que les valeurs n'étaient pas disponibles dans le rapport annuel 2019

En 2020 : Le QRCP pour AMADIA a été administré en octobre 2020 (en raison de leur indisponibilité pendant la crise sanitaire Covid 19), soit après la période de rédaction du rapport annuel. C'est pour cela que la valeur moyenne totale pour les 3 n'étaient pas indiquée dans le rapport annuel 2020.

A la fin du programme, les scores du QRCP ont progressé pour chaque partenaire locale avec ALEFA Menabe 81 %, FIVE Menabe 74% et l'Antenne locale de l'AMADIA à Morondava 46% pour une moyenne de 67%. Ainsi

- ALEFA Menabe dispose depuis fin 2020 :
  - D'un plan stratégique quinquennal (2021-2025) en se basant aux acquis et aux attentes stratégiques d'ALEFA : analyse stratégique, logique d'intervention et le modèle d'action.
  - D'un manuel des procédures définissant les pratiques, les procédures et les directives pour tous les personnels de ALEFA en général et spécifiquement dans les domaines de la gestion de personnel, gestion des immobilisations/mobilisations, du procédure de recrutement et de la gestion des opérations.

  Malheureusement, depuis le décès soudain de la Présidente fondatrice de l'ONG en mars 2021, l'ONG se trouve dans une « crise » institutionnelle qui l'a profondément fragilisée et affaiblie. En effet, la vie associative de l'ONG avait considérablement diminué depuis plusieurs années, avec un conseil d'administration réduit à quelques personnes (dont principalement son mari, leurs enfants et quelques amis) et qui n'a plus été renouvelée, ni très active localement. C'est le personnel salarié de l'ONG ainsi qu'elle et son mari qui la faisait vivre et tout l'venir d'ALEFA repose sur eux. Or, en 2021, ALEFA n'avait pas entamé les changements et les améliorations nécessaires préconisées par le plan stratégique…
- FIVE : Elle dispose d'un manuel des procédures comptables, de gestion des ressources humaines qui ont été actualisés et améliorés à partir de 2020.

  A partir de 2019 FIVE a fait face à d'importantes difficultés internes à tous les niveaux (gestion, organisation et fonctionnement de la PROSC, gestion des projets, du personnel, des finances, des budgets, coordination et accompagnement des OSC membres, …), qu'elle a visiblement encore beaucoup de mal à résoudre. Le renouvellement de son CA est prévu au 1er trimestre 2022, avec la fin de mandat non renouvelable de plusieurs membres fondateurs dont la Présidente sortante qui était l'un des piliers de FIVE. FIVE continue à avoir une approche « opportuniste » en accumulant le portage de différents projets sans pour autant résoudre ses problèmes internes dont financiers.
- Au niveau des 3 antenne locale régionale AMADIA à Morondava, Mahabo et Belo, d'importantes améliorations sont constatées suite à leur réorganisation et redynamisation à partir de fin 2019. Celles-ci ont toutes bénéficié de renforcements de capacités :
  - en matière de vie associative (renouvellement des bureaux, mise à jour des règlements intérieurs et des statuts, etc.) ;
  - sur la gestions administrative et financière, en particulier pour ce qui concerne la gestion des cotisations. sur la planification et le suivi périodiques des activités.

  Cependant, le siège de l'AMADIA a aussi fait face à des difficultés internes qui ont été palpables depuis 2019, et se sont aggravés en 2020 avec la crise sanitaire due à la Covid 19. A la fin du programme, l'AMADIA n'a pas réglé ces problèmes financiers, de ressources humaines, de gestion, d'administration et d'organisation réduisant considérablement leur capacité à accompagner, renforcer et suivre les activités de leurs antennes locales dans le Menabe.

Remarque :

Le système de suivi-évaluation du programme santé n'a pas prévu de mesurer le score au QRCP pour l'EMAD ni la polyclinique SFA. Ainsi se score QRCP n'a pas été mesuré pour SDSP/EMAD au début programme car le système de santé du MinSan a une structure hiérarchisée avec son propre modèle de gestion déjà établi dans le cadre de sa politique nationale et du système de santé malgache. Pour HSFA n'a pas été mesuré non plus au début du programme car l'hôpital est géré par la congrégation des sœurs hospitalière de la miséricorde qui est sous la tutelle de l'ECAR de Morondava et sa gestion est ainsi contrôlée par le système de gestion de la congrégation, qui est privée.

En fin de projet en 2021, compte tenu des difficultés récurrentes du Médecin Inspecteur de l'EMAD et de la Directrice de la Polyclinique SFA à gérer la mise en œuvre opérationnelle et financière des activités propres à leur établissement et en particulier celles financées par le programme santé :

- Le score QRCP de l'EMAD a été mesuré : pour la capacité de collaboration, le score est de moins de 50% ; pour la diversification et d'action, le score a été de 34%.
- Le score QRCP mesuré chez HSFA montre que les résultats sont à moins de 50% :
  - La capacité de structuration et d'organisation 25%
  - La capacité de réflexion et de mise en œuvre 47%
  - La capacité technique et gestion 39%
  - La capacité de collaboration, de diversification et d'action 13%

Ces résultats de QRCP de HSFA est explicable par le fait qu'il y avait une instabilité du personnel de gestion de l'HSFA jusqu'en 2021 durant lequel 3 directrice de la polyclinique se sont succédées, ainsi que plusieurs médecins, chirurgiens, anesthésistes…. Les directrices étaient les interlocutrices principales de LC pour la gestion et la mise en œuvre des actions du programme santé.

Résultat 4 : Les processus et expériences du programme sont étudiées, capitalisés et diffusées

Indicateur de résultat	Baseline	Prévu A1 2017	Réalisé A1 2017	Prévu A2 2018	Réalisé A2 2018	Prévu A3 2019	Réalisé A3 2019	Prévu A4	Réalisé A4 2020	Prévu A5	Réalisé A5 2021
Résultat 4 : Les processus et expériences du programme sont étudiées, capitalisés et diffusées											
IOV4.1. Cumulatif Nombre de documents de capitalisation produits et diffusés	0	0	0	0	0	2	1	2	**2**	3	**3**

<u>Indicateur 4.1.</u> Nombre de documents de capitalisation produits et diffusés Cumulatif

Les documents de capitalisation réalisés sont :

(1) *Approche pairs-éducateurs sur le diabète*
(2) *Développement de la polyclinique de Belo-sur-Tsiribihina*
(3) *Gestion autonome du diabète*

(1) <u>Approche pairs-éducateurs sur le diabète</u>
La capitalisation sur l'approche pair-éducateur a démarrée en 2020 avec la collecte de données et d'informations Les activités de l'association des diabétiques de Belo ont été documentées (formations, outils de sensibilisation). La capitalisation a porté sur l'impact de l'approche pair-éducateur sur la conscientisation des diabétiques vis-à-vis de leurs maladie et l'adoption de bonne pratiques permettant de mieux vivre avec leur maladie.

(2) <u>Développement de la polyclinique de Belo-sur-Tsiribihina</u>
La collecte des données s'est basée sur l'exploitant des rapports mensuels d'activités de l'établissement . Ces rapports statistiques sont exigés pour toutes les formations sanitaires par le MinSan pour alimenter la base de données du système de suivi-évaluation du système de santé et sont à transmettre mensuellement à l'EMAD dont dépend l'établissement hospitalier. Cette base de données permet d'observer l'évolution des activités et d'étudier le niveau de performance de l'établissement. En 2017, la polyclinique a accueilli plusieurs missions (médecin généraliste, infirmière) qui ont permis d'apporter un regard professionnel sur le fonctionnement des différents services de l'établissement et de formuler des suggestions. Ce travail d'analyse et d'accompagnement s'est poursuivi de 2018 à 2021 avec un accent particulier sur la question de la gestion hospitalière qui a abouti à la production par d'un rapport faisant un état des lieux de la gestion (administrative et financière), du fonctionnement et de l'organisation de la polyclinique et propose des recommandations pour les améliorer.

(3) <u>Gestion autonome du diabète</u>
La recherche-actions sur la gestion autonome du diabète coordonnée et pilotée par la Dr. Tojo RAJAONARISON de l'AMADIA a fait l'objet d'un document de capitalisation contenant plusieurs parties :
- Une partie conceptuelle : Le protocole de recherche expérimenté, la fiche d'enquête CAP, …

- L'enquête CAP (connaissance-attitudes-pratiques)
- L'étude clinique/qualitative
- L'étude comparative et la confrontation des résultats
- La compilation des résultats, les conclusions et suggestions

E- LES CONCLUSIONS DE L'EVALUATION

E-1. L'efficacité du projet

Synthèse de l'évaluation de l'efficacité du programme santé :

Objectif spécifique : La qualité des systèmes locaux de soins de santé est durablement améliorée, en particulier la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	
Critères CAD	**Questions d'évaluation et Commentaires**
Efficacité Dans quelle mesure les indicateurs de l'OS et des résultats attendus ont-ils été atteints ? Redevabilité	*Rappel sur l'approche adoptée* : Il est demandé à l'évaluateur de corroborer ou non le niveau d'atteinte des résultats sur base des documents mis à sa disposition et d'une descente sur terrain pour s'enquérir de la situation. **Résultat 1 : Les habitants du District de Belo-sur-Tsiribihina (région Menabe) disposent d'un système local de soins de santé amélioré, doté de soins continus, globaux et intégrés**. **Indicateur1.1 : Nombre d'actions de sensibilisation communautaire réalisées par les AC à l'aide des boites à images fournies sur les 4 thèmes : santé maternelle et infantile, planification familiale, paludisme, hygiène et assainissement** **1. Est-ce que l'intervention a fonctionné ?** Oui, les objectifs sont largement dépassés chaque année (données non disponibles pour 2020 car ni les CSB ni l'EMAD ni l'EMAR n'ont pus fournir ces données après la clôture du programme Mahefa Miaraka) (voir figure 3 dans le chapitre D-3) **2. Pour qui et dans quelles circonstances ?** La sensibilisation a été réalisée pour la population dans la communauté, pour les malades en attente d'une consultation aux CSB, durant les activités de stratégies avancées réalisés avec l'équipe du CSB, durant les activités de masse sur l'assainissement et protection environnementale. **3. Comment et pourquoi cela a fonctionné ou pas ?** Les AC ont été dotés : - d'outil de sensibilisation : Van PF, dépliant, poster, boite à image, livre « kaominina salama mendrika salama miabo » - d'équipement de travail : sac, tee-shirt, casquette, calot, cache bouche, gel main, gilet, imperméable, Blouse, sac à dos, savon, jerrican. - Equipement médical : pèse bébé, toise, carnet CPN, carnet de santé de bébé Ils ont un objectif de performance : 4 à 6 VAD par mois, 1 sensibilisation de masse par mois, 1 vaccination par mois, sensibilisation par foyer de construction de latrine, 1 à 3 réunions avec le Fokonolona par mois (fivorinan'ny vondron'olona ifotony FVO). Ils sont supervisés par le Chef CSB, les EMAD et les équipes de Mahefa Miaraka, donnent des rapports d'activités et sont payés par des motivations en argent envoyées par mobile money mensuellement. La collaboration de travail avec Mahefa Miaraka a été une stratégie efficace.

	4. Le système d'information a-t-il été renforcé permettant de cerner l'épidémiologie régionale du diabète et facilitant la prise de décision équitables et sexo-spécifiques ? Sinon, quelles étaient les contraintes et comment y remédier ? Les types de messages envoyés permettent de cerner l'épidémiologie régionale. Les principaux messages qu'ils doivent transmettre sont : - PF et espacement de naissance - Utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et prévention du palu pour les bébés et femmes enceintes - les vaccination PEV du MinSan - La prévention du COVID 19 - Wash/ assainissement : hygiène et assainissement - La référence aux CSB en cas de maladie de la mère et de l'enfant Les informations sont données de façon équitable sans distinction de sexe ni d'âge. **Indicateur 1.2- Nombre d'interventions chirurgicales sous anesthésie loco-régionale et générale réalisées au sein de l'Hôpital St-François d'Assise de Belo/Tsiribihina.** **1. Est-ce que l'intervention a fonctionné ?** NON, cela fonctionne à minima. On observe une tendance à la stagnation du nombre des interventions chirurgicales chaque année n'atteignant pas les objectifs annuels fixés (voir figure 4, chapitre D-3) **2. Pour qui et dans quelles circonstances ?** Le service chirurgical cible les cas de chirurgie simple, les cas d'opérations chirurgicales référées par les formations sanitaires publiques et privés environnantes car il n'y a que l'HSFA qui offre des services chirurgicaux dans le district de Belo ST et les communes environnantes. **3. Comment et pourquoi cela a fonctionné ou pas ?** • Le changement de personnel de gestion fréquent sans avoir un véritable responsable de la gestion du programme santé de LC qu'en 2020. • Le changement de personnel en charge du bloc opératoire et la difficulté de recruter et maintenir un chirurgien et anesthésiste au moins sur du moyen terme. • Le service est payant pour tout le monde sans exception et il n'y a pas de catégorisation de prix selon les différents niveaux économiques des malades (consultation, chambre). • L'accueil des malades est insatisfaisant (personnel trop exigent envers les malades alors que ce sont des personnes qui paient). • La pauvreté croissante de la population avec l'existence de personnes démunies victimes de l'insécurité souvent emmené à l'HSFA. • La non-existence de radiologie disponible. • L'insuffisance d'électricité au bloc opératoire limitant le nombre d'intervention à faire par jour. • Panne du climatiseur et du concentrateur d'O2 dans le bloc opératoire est inconfortable pour le malade et l'équipe de chirurgie. • La saison de pluie qui accentue l'enclavement du site. Même l'HSFA est un peu éloigné de la ville de Belo. • L'épidémie du covid-19 en 2020 qui a fait peur à la population et elle ne fréquente pas l'hôpital. • Aucune activité de sensibilisation ni de publicité effectuée sur les services disponibles à l'hôpital.

4. **Le système d'information a-t-il été renforcé permettant de cerner l'épidémiologie régionale du diabète et facilitant la prise de décision équitables et sexo-spécifiques ? Sinon, quelles étaient les contraintes et comment y remédier ?**

Un message a été envoyé sur le diabète à la radio effectué par le médecin référent qui travaille au HSFA après la publicité envoyée par des tradipraticiens que le diabète est guérissable par les plantes. (Mais cela concerne la consultation externe)

Résultat 2 : Les personnes vivant avec le diabète et l'hypertension dans la région Menabe sont mieux pris en charge, en particulier dans les aspects de prévention et de promotion

Indicateurs 2.1 -Nombre de nouveaux cas dépistés positifs adhérant à des groupes de soutien des pairs éducateurs diabétiques

1. **Est-ce que l'intervention a fonctionné ?**

L'intervention n'a bien fonctionné à partir de 2020 (voir figure 5- chapitre D-3) 383 adhérents au groupe de soutien si l'objectif est de 240) puis en 2021 une baisse à 154 si l'objectif est de 270 (voir figure 5- chapitre D-3).

2. **Pour qui et dans quelles circonstances ?**

Les cibles de l'intervention sont les personnes dépistées positives au diabète durant les dépistages de masse ou après les sensibilisations par VAD ou de séances de communication interpersonnelles effectués par les EP.

Avant 2020, les antennes locales n'étaient pas encore bien structurées et le nombre de Sensibilisateurs-Dépisteurs (SD) et EP insuffisants pour assurer la sensibilisation de masse. En 2020, le nombre d'EP et de SD a été augmenté, ainsi 24 campagnes de dépistage ont été réalisées alors qu'en 2021, 6 campagnes seulement.

C'est durant ces campagnes de dépistage de masse et de sensibilisation que les personnes diabétiques sont informées et sensibilisées au rôle et l'intérêt des PE dans l'approche PE et dans les groupes de soutien aux diabétiques.

3. **Comment et pourquoi cela a fonctionné ?**

COMMENT ?

- Le dépistage de masse est précédé par une mobilisation de masse pour sensibiliser la population sur l'importance de la détection précoce du diabète.
- La sensibilisation de masse est souvent organisée durant un évènement (exemple journée mondiale du diabète) par l'animatrice AMADIA (Mme Lucie). Plusieurs personnes contribuent à cette sensibilisation de masse suivi de dépistage de masse. (Animatrice, SD, EP, médecins éducateurs, RAL, médecins référents)
- Les SD et les EP effectuent le dépistage et sélectionnent les nouveaux cas de diabétiques dépistés positifs. Ils expliquent les avantages de devenir membre du groupe de soutien EP.
- La révision du curriculum de formation des EP pour mieux impliquer les diabétiques à s'intégrer dans le groupe de soutien en 2019.

POURQUOI ?

Pour atteindre le nombre requis dans l'objectif sur le nombre de diabétiques adhérent au groupe de soutien des diabétiques, les EP ont effectué des activités de sensibilisation par des VAD et des séances de sensibilisation de groupe et individuelle pour convaincre les membres diabétiques nouvellement dépistés d'entrer dans le groupe de soutien.

4. **Le système d'information a-t-il été renforcé permettant de cerner l'épidémiologie régionale du diabète et facilitant la prise de décision**

	équitables et sexo-spécifiques ? Sinon, quelles étaient les contraintes et comment y remédier ? Les SD et les EP utilisent des outils de sensibilisation comme des micros et sono mobiles, annonce à la radio locale, brochures sur la prévention du diabète. Il n'y a pas de discrimination de sexe ni d'âge pour la sensibilisation. **Indicateur 2.2- Nombre de séances d'éducation thérapeutique animées par les pairs-éducateurs diabète/HTA** **1. Est-ce que l'intervention a fonctionné ?** L'intervention a fonctionné à partir de 2020 (129) et en 2021 (666) car durant ces 2 années, les objectifs sont atteints. (voir figure chapitre D-3) **2. Pour qui et dans quelles circonstances ?** Les ETP sont destinés aux diabétiques dépistés, sont effectuées soit à domicile, soit au DC durant les réunions du groupe de soutien une fois par mois. **3. Comment et pourquoi cela a fonctionné ou pas ?** • Le curriculum de formation des EP a été révisé pour mieux impliquer les diabétiques à s'intégrer dans le groupe de soutien en 2019. • La formation continue de EP par les médecins éducateurs assistés par l'animatrice de santé a été planifiée et réalisée à partir de 2020. • L'obligation des EP de réaliser une séance d'ETP par mois, mais certains EP arrivent à faire jusqu'à 4 ETP par mois. **4. Le système d'information a-t-il été renforcé permettant de cerner l'épidémiologie régionale du diabète et facilitant la prise de décision équitables et sexo-spécifiques ? Sinon, quelles étaient les contraintes et comment y remédier ?** Les ETP sont réalisés de façon équitable sans distinction de sexe ni d'âge. **Résultat 3 : Les capacités organisationnelles et institutionnelles des partenaires locaux sont renforcées** **1. Est-ce que l'intervention a fonctionné ?** En 2017, la mesure du QRCP a été faite pour AMADIA puis des renforcements de capacité en gestion institutionnelle et organisationnelle ont été apportés pour AMADIA, l'intervention a fonctionné car les résultats des activités sont palpables après. En 2018, le QRCP n'a pas été réalisé pour EMAD et ECAR. Le renforcement de capacité institutionnelle et organisationnelle ne pouvait être réalisé dû à l'absence de coordination des activités du programme santé au sein de l'équipe locale du programme santé. En 2021 pour EMAD et ECAR, le QRCP a été effectué pour évaluer les renforcements de structure chez l'ECAR et pour évaluer la structure déjà en place du secteur public pour l'EMAD. Les interventions menées chez ECAR commencent à fonctionner même si les résultats sont encore stagnants. Les interventions menées chez EMAD permettent d'avoir des résultats pour certaines activités liées à la mobilisation communautaire surtout. Globalement, en 5 ans les capacités organisationnelles et institutionnelles des partenaires locaux ont progressé, sachant qu'elles n'étaient pas très fortes au démarrage du programme santé. **2. Pour qui et dans quelles circonstances ?** Pour AMADIA (ALEFA Menabe ET FIVE MENABE) le QRCP était effectué en début de projet. Cela a permis d'identifier les points forts et ceux à renforcer et encouragé FIVE ET ALEFA à se doter d'un plan stratégique et d'un manuel des procédures de gestion administrative et financière de leurs activités dans le cadre

du programme SAE pour ALEFA, et dans la mise en œuvre du projet PASC MEN 2 pour Five Menabe.

Il faut aussi souligner que LC et ses es partenaires locaux ont soufferts des conséquences de mouvement de personnel difficile à recruter ou maintenir/stabiliser durant la durée du programme (turn-over important).

NB : Bien que non prévu dans le système de suivi-évaluation du programme, pour l'ECAR et EMAD, l'évaluation par le QRCP a été vers la fin de projet.

3. **Comment et pourquoi cela a fonctionné ou pas ?**

Pour AMADIA, la restructuration réalisée en 2020 a apporté une redynamisation de l'association.
Pour ECAR, le recrutement d'un référent pour coordonner les activités du programme à mettre en œuvre par HSFA et l'implication des autres personnels pour la mise en œuvre du projet est déjà une bonne initiative.
Pour EMAD, la structure établie ne peut pas être changée mais l'équipe de l'EMAD assure la mise en œuvre du programme santé au niveau du SDSP de Belo STet des 3 CSB ciblés par le programme santé.

4. **Le système d'information a-t-il été renforcé permettant de cerner l'épidémiologie régionale du diabète et facilitant la prise de décision équitables et sexo-spécifiques ? Sinon, quelles étaient les contraintes et comment y remédier ?**

Non applicable

Résultat 4 : Les processus et expériences du programme sont étudiées, capitalisés et diffusées

1. **Est-ce que l'intervention a fonctionné ?**

Oui car 3 documents ont été produits, 2 sur la capitalisation et 1 sur la recherche action.

2. **Pour qui et dans quelles circonstances ?**

1-La capitalisation sur le développement de la gestion hospitalière de la HSFA est destinée pour les responsables en charge de la bonne gestion et administration de l'établissement qui ont l'intention de mener des projets axés sur les résultats devant les défis de la gestion financière des œuvres sociales.
2-La capitalisation sur l'approche EP est une référence pour les associations diabétiques dans les autres régions
3-La recherche action sur la gestion autonome du diabète sert de témoignage à publier pour encourager les diabétiques sur la possibilité de stabiliser le diabète grâce à l'application des recommandations et conseils issus de l'éducation thérapeutique.

3. **Comment et pourquoi cela a fonctionné ou pas ?**

- Le développement de la gestion hospitalière pour l'HSFA fonctionne à quelques conditions : la transparence dans la gestion financière, l'urgence de trouver un fond d'équité car le problème social est toujours omniprésent pour des activités humanitaires.
- L'approche par PE a fonctionné car la structuration et l'organisation des antennes locales ont été renforcées. Il nécessite la mobilisation de plusieurs personnel et une bonne organisation des sensibilisations et dépistages.
- La gestion autonome du diabète est faisable par les éducations thérapeutiques appuyées par les EP au début

4. **Le système d'information a-t-il été renforcé permettant de cerner l'épidémiologie régionale du diabète et facilitant la prise de décision équitables**

	et sexo-spécifiques ? Sinon, quelles étaient les contraintes et comment y remédier ? Ces documents sont intéressants à être diffusés dans les formations sanitaires publiques et privées, dans les centres de diabète, ou sous forme d'article pour les diabétiques, les étudiants, les médecins, les gestionnaires d'hôpital

E-2. La pertinence du programme

Synthèse de l'évaluation de la pertinence du programme santé :

Critères CAD	Questions d'évaluation et Commentaires
Pertinence Nos stratégies, nos moyens d'actions étaient-ils adéquats ? Le sont-elles toujours ? Aurions-nous du, pu faire autrement ?	**1. Quelle a été la pertinence perçue sur les approches préconisées par ce projet ?** **E2-1- Pertinence perçue par les usagers et malades fréquentant les formations sanitaires** **Usagers de Polyclinique Saint François d'Assise (=HSFA) :** *Bonnes appréciations :* - Les soins sont dans les normes de qualité +++ (manara-penitra), La prise en charge est meilleure que dans le secteur public, L'hôpital est propre, Les analyses sont disponibles. - Les prestataires sont accueillants, la consultation est bien conduite car il regarde bien ce que vous avez, les malades sont bien pris en charge, La bonne réputation du médecin (2), on se sent en sécurité car la santé est bien prise en main ; le suivi des malades est effectué quand les médicaments sont terminés. - -Les médicaments sont disponibles (4), Ils donnent des médicaments complets, les médicaments sont moins chers qu'à la pharmacie - -6 personnes interrogées affirment que les services fournis par l'hôpital répondent bien au besoin de la population - -Même si les malades n'ont pas d'argent, ils sont soignés mais signent un contrat qu'ils vont revenir pour payer leur frais de traitement. *Mauvaise appréciation* - L'éloignement par rapport au domicile - Les hospitalisations chirurgicales sont chères, les analyses sont chères, tout est payant, les frais ne correspondent pas au pouvoir d'achat de la population : consultation= 3 000 ar alors que dans le secteur public= 0 ariary. - Les Sœurs sont très sévères, giflent le personnel, ne respectent pas les malades. - Beaucoup de maladies ne sont pas traités à l'hôpital surtout si on a besoin de radiographie (maladie pulmonaire, plaie par balle des victimes des dahalo) et doivent aller à Morondava. **Usagers des CSB** *Appréciation pour Aboalimena :* - les prestataires sont compétents (4), formés, dignes de confiance. - les médicaments sont complets, le prix des médicaments est accessible, accueillants. - Les malades, les enfants malades sont guéris - Le CSB est proche de leur domicile *Appréciation pour Belo ST :* - Accueil satisfaisant (4), soins satisfaisants, organisation de travail bien fait. - Le médecin est compétent (3) et simple, accessible et accueillant, - C'est proche de son domicile, - Les médicaments sont moins chers (2). - Reçoit à toute heure.

Appréciation pour Antsakoamaliniky

Pour la sage-femme titulaire : les malades sont guéris (3), le CSB est proche de leur domicile (3)

- la sage -femme titulaire est très accueillante et compétente
- c'est le seul centre de santé existant dans les environs, sinon il faut aller à Belo qui est encore très loin (frais de déplacement en plus des frais de prestation médicales)
- Le malade a confiance au prestataire, on donne des médicaments

Pour la sage-femme bénévole : Le prestataire doit recevoir des formations avant de travailler ici.

- Si la sage-femme se concentre sur son travail, on peut avoir confiance en elle.
- -Il demande à Dieu de lui donner la guérison.
- - les malades sont guéris à 90%.

AMADIA

Appréciation des DC par les diabétiques

- Les malades diabétiques non adhérents qui cherchent des consultations et soins au DC viennent des CSB (6), Du dispensaire catholique (HSFA) (2), des Sensibilisateurs dépisteurs (1), des autres Antennes locales AMADIA (1), malade qui vient de lui-même (2).
- Les diabétiques apprécient les IEC faites dans les DC. Insuffisance de sensibilisation au niveau de HSFA et CSB.
- Il a comparé le traitement de HTA à HSFA, CSB avec celui de DC et trouve que c'est au DC qu'il va mieux.
- Au DC, les prestataires regardent bien tout et font le suivi du HTA. Le médecin du CSB est aussi médecin au DC, elle contrôle la TA et glycémie en même temps.
- Au DC on traite le HTA et le diabète ensemble. Le HTA et le diabète sont traité ensemble car quand la glycémie augmente, le HTA augmente.
- Il n'aime pas changer de médecin
- Le HTA est traité et il y a des médicaments
- Les diabétiques hypertendus savent que les soins sont meilleurs au DC qu'au CSB, au DC ils sont pris en main avec plus de considération et reçoivent des conseils et recommandations.
- Les diabétiques qui présentent des complications et qui doivent faire des analyses plus diversifiées sont orientés vers le HSFA ou CHD1 de Belo ST.

E2-2- Appréciation des prestataires de la pertinence des services délivrés par les formations sanitaires

Polyclinique Saint François d'Assise (=HSFA) :

- La fréquentation de l'HSFA connait des augmentations et de diminutions sans vraiment faire une ascension croissante. Les différentes causes sont dû à l'action des tradipraticiens qui vantent à la radio sur la vertue des plantes médicinales qui traitent le diabète, dû aussi à l'existence de l'école de paramédicaux, les étudiantes et les sage-femmes sortantes reçoivent des femmes pour la Maternité Sans Risque et PF chez eux.
- Par ordre décroissant, les services délivrés en chirurgie sont : appendicite aigue, OC, hernie, gynécologie, plaie par objet tranchant, plaie par balle.
- Les services délivrés en consultation externe sont : paludisme, diarrhée, toutes les maladies tropicales.
- La plupart des OC sont reçu par des références du CHD1, des CSB environnants et elles sont en augmentation maintenant.
- Les malades diabétiques et HTA ont besoins de services de radiographie, des analyses comme le bilan renal, hépatique, bilan cardiaque : ECG. Certaines des analyses peuvent être effectuées au HSFA.

AMADIA

- Les services les plus demandés aux diabète center sont : l'achat de médicaments, contrôle, soins, consultation médicale et pansement des plaies diabétiques.
- Augmentation de la fréquentation des diabétiques en consultation pour le DC de Morondava, des tests de contrôle, 3 nouveaux cas dépistés par semaine, il existe des séances de regroupement et de partage.
- Nettement, on voit l'augmentation de la fréquentation des DC de Mahabo car une formation sur le diabète a été prodiguée aux tradipraticiens car ils font trop circuler des rumeurs que le diabète est curable définitivement par des plantes. Actuellement, ils réfèrent les diabétiques au DC.
- La sensibilisation est très utile car les gens écoutent la radio et savent où se trouvent les DC pour le dépistage, durant les séances de sensibilisation, Ils savent qu'il faut se faire dépister mais ne le fait pas car ils ne sont pas malades. Ils écoutent, posent des questions, puis viennent au centre quand ils sont décidés à se faire dépister.
- Les campagnes de dépistage sont très intéressantes car les gens qui doutent voient ceux qui font le dépistage devant eux et sont entrainés à le faire aussi.
- L'existence de la sensibilisation a fait augmenter la fréquentation des DC.
- Les activités des SD et EP sont très utiles car ils drainent les diabétiques vers le DC pour se faire dépister, pour faire leur contrôle de glycémie, et pour écouter les éducations thérapeutiques.
- Les diabétiques qui ont des handicap (problèmes de vue, amputés) sont visités par les EP et ils peuvent recevoir des soins. Les perdus de vues sont cherchés chez eux et grâce aux EP, ils reviennent faire le suivi de leur santé au centre du diabète.

CSB

- Les services les plus demandés sont :
- Les activités curatives : consultation externe en diarrhées, palu, infections respiratoires aigues
- Les activités préventives : Vaccination, CPN, PF
- La qualité de service a été améliorée par la dotation de matérielle médicale et kit de salubrité et on voit bien que de bouche à oreille les femmes s'intéressent à faire le PF, le CPN, accouchement au CSB car leur TA et poids sont prises, l'utilisation du bassin de lit est plus pratique pour les nouvelles accouchées, elles ne sont plus obligées d'emmener du savon poudre pour nettoyer la salle d'accouchement.
- La population écoute les sensibilisations données au CSB et données par les AC, mais il y a toujours quelques-uns qui ne sont pas intéressées.
- L'existence de la sensibilisation a fait augmenter la fréquentation des CSB car ils savent que les sensibilisations sont très utiles. (3/3 prestataires).
- Ils organisent avec les AC une planification pour la sensibilisation et définissent avec eux un calendrier d'activité en stratégie fixe et avancée.

E2-4- Pertinence des activités réalisées selon les gestionnaires des formations sanitaires

Polyclinique Saint François d'Assise (=HSFA) :

- Depuis la disponibilité du kit OC et kit bébé, l'OC est effectuée dans la qualité.
- La polyclinique doit surmonter les difficultés pour assurer la qualité de la gestion des services surtout : résoudre les problèmes du pouvoir d'achat de la communauté pour les cas de chirurgie, éviter de ne pas laisser l'hôpital sans chirurgien.
- L'HSFA a le devoir de soigner toutes les couches de population démunies et/ou non démunies
- En termes de concurrence, il n'y a que l'HSFA qui a un service de chirurgie dans le district. Les accouchements normaux sont référés par le CSB2 de Belo au CHD1 mais les cas de OC sont référés directement au HSFA. Le CSB2 de Belo ST ne fait pas d'accouchement mais fournit le service de CPN.
- En termes de qualité de services et de gestion, les atouts de HSFA sont la disponibilité de service de Laboratoire, échographie, médicaments, de bloc opératoire. L'HSFA a

aménagé une structure qui permet d'héberger les gardes malades éloignés. L'HSFA permet la facilité de paiement des frais d'hospitalisation.

- La Directrice HSFA voit que des cas de complication de diabète viennent se faire consulter à l'HSFA. Ils sont hospitalisés pendant 2 ou 3 jours et sortent quand leur diabète est stabilisé.

AMADIA

- Grâce à l'autonomie de l'approvisionnement actuellement, les malades achètent les médicaments au DC à un prix inférieur à la pharmacie, faire le test de glycémie à 2000 ariary, consultation à 3 000 ariarys.
- Les malades disent que c'est plus confortable de recevoir tous les services dans un même endroit actuellement car avant il faut se déplacer à différents endroits pour faire le contrôle (au domicile du médecin référent), pour faire la consultation (au CSB), pour acheter les médicaments (au domicile du trésorier).
- Les diabétiques adhèrent à l'éducation par les pairs car ils voient par expérience les améliorations dans leur santé grâce aux informations utiles fournies par les EP.
- L'existence des EP est salutaire au niveau de la communauté car ils contactent directement les personnes dépistées pour faire leur contrôle et continuer leurs médicaments et de suivre l'éducation thérapeutique.
- Les CIP et VAD effectuées par les EP permettent de voir personnellement le cas de chaque membre. La santé des membres se reflètent sur les activités réalisées par les EP et de l'association. Les EP sensibilisent les diabétiques sur le contrôle régulier, le régime, le sport régulier, le partage des informations aux autres membres diabétiques.
- Les activités de sensibilisation des EP apportent une meilleure rentabilité si l'association leur donne une motivation qui les encouragera même si c'est un travail bénévole. En effet, Ils doivent bien connaitre et maitriser le diabète pour pouvoir transmettre les messages importants aux diabétiques. Il faut savoir supporter l'agressivité des gens envers les EP. Il faut savoir sacrifier du temps car ils doivent laisser de côté leur travail quotidien souvent. Il faut avoir l'envie et le plaisir de partager les informations « Ny mahasoa ahy dia mahasoa ny namako koa, dia zaraiko aminy" ou "ce qui est utile pour moi est utile pour mes pairs aussi et je le partage avec eux".

CSB

- Le taux de couverture en consultation externe des CSB en 2017 est de 20 à 30 % mais actuellement, elle est de 40%.
- L'existence de médicament aux CSB aide beaucoup la population.
- C'est la consultation externe, la vaccination et les médicaments qui attirent le plus la population.
- Les formations qui répondent bien au besoin de la population sont les formations en paludisme, PF, Diabète mais les prestataires reçoivent des formations plus étoffées par rapport aux pathologies prédominantes dans la région.

E2-5- Appréciation de la pertinence des activités par des partenaires locaux

ECAR

- Le principal motif de la création de l'HSFA et sa situation géographique comme étant le seul hôpital chirurgical dans le district de Belo ST est un atout pour couvrir les besoins du district de Belo et des communes environnantes en service chirurgical. Ce besoin est d'une pertinence capitale et il est urgent de résoudre le problème financier de l'HSFA par la recherche de fond d'équité pour couvrir les frais d'hospitalisation des plus démunis.
- L'ECAR est en connaissance de ce non-recouvrement de coût.
- Les services fournis à l'HSFA sont inclus dans le paquet complémentaire d'activité qui sont déjà disponibles au niveau de l'HSFA (consultation externe, maternité, laboratoire, échographie, service de chirurgie et hospitalisation.) Le service de radiographie est manquant et les cas de malades qui ont besoin de radiographie sont référés au CHRR.

	AMADIA - Les malades diabétiques sont des personnes vulnérables devant toutes les autres formes d'infections, ainsi AMADIA a fait un grand pas dans l'intégration de service afin de mettre rapidement une structure plus adéquate en place grâce à l'aide de LC ainsi le DC permet aux diabétiques de recevoir des consultations, des contrôles de glycémie, des conseils de santé par les éducations thérapeutiques. - Le diabète est une maladie pluridisciplinaire pour la santé publique. Les services fournis par le Diabète center couvrent plusieurs pathologies car ils traitent tout ce qui est autour du diabète. **CSB** - La population profite des services fournis au CSB dans le paquet minimum d'activité. Ainsi, tous les PTF se positionnent pour l'appui des services. - La population est informée sur la disponibilité de ces services au niveau des CSB grâce aux activités de sensibilisation des AC. - Grâce à l'appui du programme santé de LC, l'amélioration de la gestion et de la qualité de service est apportée par L'EMAD par les formations et suivi supervision des CSB, la dotation de matériel technique médical. Ils planifient les activités (PTT) et après validation, le financement est donné par le programme santé de LC. - La population profite aussi de la disponibilité des médicaments et consommables payants des CSB car maintenant les CSB sont autonomes pour leur approvisionnement. **2. L'action représentait-elle une priorité pour la Région ?** - Pour l'EMAD, la maladie du diabète concerne toutes les pathologies en maladie chroniques : HTA, maladie métabolique, maladie cardio vasculaire, maladie rénale. De ce fait, le projet LC sur le diabète a une grande importance sur la régulation de l'apparition des autres maladies chroniques. - Selon l'AMADIA central, l'association est maintenant considérée par le MinSan comme institution d'intérêt public et on demande de fournir un document sur la considération de la prévention et prise en charge du COVID 19 devant la vulnérabilité des diabétiques. De même que la formation post universitaire sur la prévention et prise en charge du diabète simple et de ses complications pour les médecins et les pools de formateurs au niveau de l'EMAD et EMAR. **3. L'approche pairs-éducateurs est-elle acceptée par la population locale ?** - L'approche EP est acceptée par la population, appréciée et très utile pour AMADIA, apporte un changement de comportement positif chez les diabétiques car ils apportent une stabilité de leur état de santé. - Dans le document de capitalisation, il a été dit que le pair-éducateur est une personne formée à aider ses camarades dans sa communauté à adopter un comportement sain. L'influence d'un pair est parfois plus efficace que d'autres appuis. - L'Intérêt ou avantage d'avoir des Pair-Educateurs sont : Un dépistage plus ciblé, le nombre de diabétique trouvés accrus, le contact avec le diabétique est plus rapproché, la relation PE-dépisté est créée, les activités des EP sont continues. - Une enquête effectuée par l'AMADIA a permis de démontrer que les activités des EP sont rentables car 81% des diabétiques qui ont reçu des informations par les EP savent qu'il est bien de connaitre son statut diabétique, pour pouvoir prendre en main son propre état de santé. - Le résultat de l'enquête des diabétiques montre que le thème de diabète que partagent les EP concerne surtout sur l'ETP, et la formation. La plupart est intéressée et accepte de les recevoir. Durant les VAD, ils trouvent que les actions des EP sont utiles mais il y en a qui n'adhèrent pas car ils sont trop occupés dans leur travail.

	- Les gens sont passionnés d'information et veulent avoir plus d'information sur le régime, sport…. Ils viennent au diabète centre dès qu'ils ont entendu les EP qui sont passés pour sensibiliser dans les villages. L'adjoint technique du MI de Mahabo affirme que visiblement, les gens viennent se faire dépister au diabète center car les EP ont bien fait leur travail, actuellement, il y a tout ce qu'ils ont besoin au diabète center : consultation, soins, médicaments. *Rappel sur l'approche adoptée* : L'avis, le point de vue des partenaires et des groupes-cibles sur les différentes approches utilisées ont été recueillis lors des entretiens et les enquêtes auprès des différentes parties prenantes du programme.

E-3. L'efficience des actions menées dans le programme santé

Synthèse de l'évaluation de l'efficience du programme santé :

Critères CAD	Questions d'évaluation et Commentaires
Efficience Dans quelle mesure l'allocation des ressources est-elle perçue par LC et ses partenaires pour réaliser les activités du programme ?	➢ **EMAD** **1. Les moyens utilisés fournissent-ils le meilleur rapport « coût/bénéfice » pour atteindre les résultats prédéfinis ?** Le Médecin Inspecteur (MI) de Belo ST avec lequel le programme santé a été mise en œuvre apprécie beaucoup l'apport de LC pour améliorer la qualité des services fournis au niveau des CSB. Les rubriques qui nécessitent une réallocation de ressources car le budget est insuffisant sont : - L'appui sur la vaccination, l'approvisionnement en médicaments et consommables - L'appui sur l'approvisionnement et médicaments - L'appui sut l'achat des matériels La stratégie adoptée pour combler le gap dans l'allocation des ressources est la négociation avec les autres partenaires comme : GAVI, ACCESS, IMPACT/PSI. Les activités à réajuster pour une optimisation des coûts et en tenant compte de l'efficacité et l'efficience sont : les activités de stratégies avancées et mobiles, approvisionnement en médicaments, supervisions, Audit. **2. Par coûts, il est fait référence au budget approuvé par la DGD. Il s'agit d'analyser l'affectation des ressources avec des questions comme « et si nous devions le refaire » ? Utiliserions-nous la même stratégie d'allocation de ressources ?** En matière de prévention de l'infection et gestion des déchets, les normes ne sont pas respectées durant les constructions de blocs sanitaires et fosses à ordures. De ce fait allouer un budget pour : - L'adduction d'eau des bloc sanitaires construits pour les CSB, - La construction d'incinérateur pour chaque CSB : En effet, les fosses à ordures sont installées mais les déchets médicaux et objets tranchants devaient être séparés et incinérés mais non jetés dans la fosse à ordures avec les ordures ménagères. Le MI de Belo ST affirme qu'il faut afficher les catalogues des prix afin d'avoir plus de choix dans la sélection des matériels. Le MI de Belo ST affirme qu'il y a un partage des coûts dans la supervision et l'audit.

	Le DRS n'est pas informé sur les allocations de ressources dans le PTA élaboré par l'EMAD. Dans l'avenir partager avec lui le PTA budgétisé car il est le chef hiérarchique de l'équipe de l'EMAD. Le DRS affirme avoir proposé la construction de bloc opératoire pour le SDSP de Belo ST, ainsi que la fourniture de matériel échographie pour le CHRD de Belo et la formation en échographie du personnel du CHRD de Belo mais cela n'a pas été validé. L'EMAD a apporté comme ressources : - Le pool de formateurs qui assure le renforcement de capacité au niveau des 3 CSB. - Le salaire du responsable de la gestion des intrants au niveau du PhaGdis a été payé par le programme santé de LC au début du projet mais en 2019, le problème est résolu avec l'appui du projet IMPACT/USAID. - Le budget pour l'approvisionnement en médicament pour les 3 CSB a été soutenu par le programme au début mais actuellement, les CSB sont autonomes en matière d'approvisionnement. **3. Est-ce que le choix de nos partenaires locaux et la répartition des rôles entre eux permettait une synergie et une mutualisation des ressources ?** On peut dire qu'une synergie existe et une mutualisation des ressources existe car le DRS de Menabe a accepté que les diabète centers soient installés dans l'enceinte du SDSP pour les 2 districts (Mahabo et Belo ST) et dans l'enceinte du CHRR pour le DC à Morondava. C'est la conséquence de la déclaration du MinSan que l'AMADIA est une institution à utilité publique. Les CSB ont un fond géré par la commune sur la participation financière des usagers sur l'approvisionnement en médicaments et consommables mais cela est souvent insuffisant pour certains CSB. L'EMAD cherche des ressources à partir de : - Leur fond propre, - La coordination avec les PTF - Plaidoyer auprès des Karana - Partenariat avec le programme santé de LC pour la dotation de matériels médicaux et équipements des 3 CSB (élaboration de plan opérationnel après avoir prioriser les activités à partir des PTA **4. Qu'est-ce qui aurait pu être fait autrement pour atteindre cette complémentarité ?** - Impliquer le DRS dans le contrat de partenariat car c'est lui qui valide toutes les activités effectuées au niveau de l'EMAD et CSB : - Le contrat de partenariat doit être effectué et signé avec la direction du DLMNT et donner une copie du contrat au DRS même si les actions sont focalisées au niveau du SDSP de Belo ST. Une visite de courtoisie avec le DRS en début de projet est nécessaire pour lui partager et expliquer le PTA. Il faut le mettre au courant de toutes les allocations de ressources nécessaires afin qu'il comprenne ce que doit apporter le SDSP dans le partage des coûts. - Elaborer un PTA de l'EMAD avec toutes les activités nécessaires. Y insérer une colonne qui est intituler ressource nécessaires (montant), mettre une colonne intitulée 'PTF'. Faire valider le plan au DRS. Les activités qui nécessitent l'appui du DRS doit être inscrit aussi dans le PTA. - Partager le PTA à tous les partenaires pour qu'ils se positionnent avec les ressources qu'ils peuvent apporter. Organiser une réunion avec les PTF pour régler l'allocation de ressources de l'EMAD. - -Comme tous les PTF qui appuient les régions, prévoir un budget pour le partage des coûts avec les autres PTF sur les évènements et cérémonies organisés au niveau régional. Exemple : les réunions de revue trimestrielles et annuelles organisées par l'EMAR, le suivi supervision effectuée par l'EMAR.

- -Durant les suivi supervisions, organiser des missions conjointes avec d'autres programmes pour minimiser le coût des missions : (exemple : avec ACCESS, IMPACT qui ont les mêmes CSB cibles que le programme de santé LC)
- Organiser de façon efficiente la formation de l'équipe des CSB ou des AC des 3 CSB : puisque les thèmes de formation sont identiques pour les 3 CSB, effectuer les formations en une seule fois pour les 3 CSB pour un souci d'efficience.

➢ **ECAR**

1. **Les moyens utilisés fournissent-ils le meilleur rapport « coût/bénéfice » pour atteindre les résultats prédéfinis ?**

En 2017, les moyens utilisés sont insuffisants et les résultats attendus ne sont pas atteints car les activités réalisées sur le renforcement de capacités organisationnelles et institutionnelles des partenaires locaux est effectué à 33% :
- Dotation de matériel (chirurgie, laboratoire), de médicaments et de consommables (22%)
- Renforcement institutionnel et organisationnel de la polyclinique Saint-François d'Assise (50%)

En 2018, il n'y avait pas de plan de renforcement de capacité basé sur les résultats de QRCP effectués dû à un mouvement du personnel de LC de ce fait l'appui à l'élaboration d'un plan d'établissement hospitalier et la formation en gestion hospitalière n'ont pas été effectués

En 2019, le problème d'accessibilité financière de la population est constaté car l'utilisation de la consultation externe est très bas. Seulement 0,96% de la population utilise la consultation externe de l'HSFA. Seulement 43,60 % du budget prévu pour la prise en charge du personnel spécialisé a été consommé. Les ressources versées sont inférieures au budget demandé. Ainsi le projet a financé la quote-part du salaire d'un chirurgien et d'un anesthésiste pour 3 mois (oct, nov, déc) au lieu des 12 mois.
De ces faits, Il fallait mettre en œuvre des mécanismes permettant de faciliter l'accès aux services de la polyclinique étant donné le faible niveau de revenus de la population dans le district de Belo ST. Il faut reconnaitre la concurrence constituée par le secteur public car le SDSP de Belo ST possède un CHD1 qui reçoit les malades hospitalisés médicalement et un CSB2 qui donne des consultations gratuites.

En 2020, le taux de consultation externe a eu peu augmenté à 1,17% mais c'est toujours très bas.
L'extension et équipement d'une salle d'hospitalisation décrit dans la planification n'a pas été réalisé et le budget a été réaffectée à d'autres dépenses non budgétées au démarrage du programme, mais qui se sont avérées nécessaires (abris du gardien, réfection de la peinture des bâtiments, pompe à eau…)
La dotation en matériel chirurgicale, laboratoire, équipement informatique, équipement d'électricité pour le laboratoire et la maternité a commencé en 2020 et les matériels ont été livrés en 2021.

En 2021, l'Activité 1.8 : Appui technique pour le développement de l'Hôpital St-François d'Assises a été réalisé à 75% et il y avait un reste de budget 1 000 000 ariary que l'HSFA a proposé pour être réaffecté dans l'achat de médicaments et consommables pour l'HSFA pour combler le gap dans le recouvrement des coûts. Cette demande a été accordée.

2. **Par coûts, il est fait référence au budget approuvé par la DGD. Il s'agit d'analyser l'affectation des ressources avec des questions comme « et si nous devions le refaire » ? Utiliserions-nous la même stratégie d'allocation de ressources ?**

La construction de salle d'hospitalisation avec 3 catégories selon le pouvoir d'achat de la population est un des moyens de résoudre le problème de paiement des frais d'hospitalisation.

Le paiement d'une avance des frais d'hospitalisation pour chaque malade hospitalisé et d'ajouter régulièrement le paiement jusqu'à la sortie du malade si la somme est insuffisante.

Le DRS de Menabe a suggéré de financer la construction de bloc opératoire pour le CHRD de Belo avec la formation d'échographiste. Cette demande impacte sur la fréquentation de l'HSFA et des CSB/CHD.

3. Est-ce que le choix de nos partenaires locaux et la répartition des rôles entre eux permettait une synergie et une mutualisation des ressources ?

Grâce à l'appui de l'ECAR, l'équipe de gestion au niveau de l'HSFA a été amélioré en fin 2020 par le recrutement de directeur de l'hôpital qui sera le référent pour le programme de santé de LC et de 2 autres personnels (un major du bloc opératoire et de tous les services, une laborantine). La directrice du HSFA n'a pas encore reçu de formation en gestion hospitalière.

Il est attendu qu'une gestion financière transparente est maintenant possible grâce à cette restructuration apportée en 2020. En effet, le programme de santé ne peut pas assurer d'allouer complètement les ressources si le rapport financier n'est pas clair. Le conseil d'administration n'est pas encore constitué mais déjà on voit que l'HSFA démontre une bonne volonté d'améliorer la gestion.

On a constaté que la directrice de la polyclinique est submergée de travail et ne sait pas déléguer les tâches alors que c'est elle qui rapporte les résultats des activités au niveau de l'ECAR et du programme de LC.

Il faut déléguer les tâches sur la collecte des données nécessaires aux rapportages des activités du programme santé de LC. En effet, il faut mettre en place un registre qui contient le service reçu et le prix payé par chaque malade partout où des services payants sont donnés : maternité, consultation externe, laboratoire, hospitalisation. Ce sont les prestataires qui reçoivent les malades qui remplissent ce registre et chaque fin du mois, ils font la compilation des données. C'est au rôle du Major de faire la compilation des données de tous les services.

En matière de partage des coûts, tous les services sont payants mais on voit bien que cela n'arrive pas à assurer le recouvrement des coûts.

4. Qu'est-ce qui aurait pu être fait autrement pour atteindre cette complémentarité ?

Le choix de la création de l'hôpital privé dans un endroit reculé comme Belo ST a été un défi car les fondateurs (ECAR) ont observé que l'hôpital chirurgical au niveau du secteur public n'existe pas. Le choix pour DGD pourra être : Devant la vulnérabilité de la population actuellement, faut-il appuyer le SDSP pour la construction d'un hôpital chirurgical ou bien continuer à financer l'HSFA ? l'effort qu'ils ont apporté sur l'hôpital ne doivent pas être négligé et l'ECAR et les sœurs hospitalières de la miséricorde doivent sauver en urgence cet hôpital.

Dans un objectif de partage des coûts, du côté de l'HSFA : il faut chercher en urgence un fond d'équité pour couvrir les frais d'hospitalisation des personnes démunies qui sera toujours croissante. Exemple : organisation de lever de fond par des fêtes, des gala évangéliques, demande de sponsor au niveau des associations religieuses car la congrégation des sœurs hospitalière de la Miséricorde est un organisme de charité ; aménager des chambres à plusieurs catégories pour l'hospitalisation afin de permettre aux personnes aisées de payer plus ; obliger les personnes hospitalisées de payer une avance pour 3 jours d'hospitalisation à l'entrée et d'ajouter la somme s'il reste plus de 3 jours.

Améliorer la fréquentation de l'hôpital en complétant le paquet complémentaire d'activités par la dotation d'appareil radiographique ; Former le personnel de l'HSFA en humanisation des

soins et 5S ; améliorer l'accueil et la communication avec les malades ; faire une annonce sur les services disponibles à l'HSFA.

Améliorer la transparence dans la gestion financière : déléguer les tâches pour assurer la compilation des données sur le rapportage des activités et le rapport de dépenses. La Directrice ne fera que rédiger le rapport des résultats pour l'ECAR et le programme de santé de LC.

- **AMADIA**

1. **Les moyens utilisés fournissent-ils le meilleur rapport « coût/bénéfice » pour atteindre les résultats prédéfinis ?**

C'est toujours AMADIA central qui fait la requête pour l'allocation des ressources et déblocage du budget, et l'envoi du rapportage des activités au programme santé de LC. Il existe une lenteur de leurs actions dûe aux surcharges de travail. L'arrivée de RAL a activé le processus mais on constate que les réhabilitations et construction des DC n'a été effectué qu'en dernière année du projet.

Le principal défi financier pour AMADIA est la demande souvent d'aide en approvisionnement en consommable et médicament mais le programme ne peut aider que sur 25% du budget.

En 2020, dû au COVID 19, 50% du budget alloué pour AMADIA n'a pas été consommé.

En 2021, le budget sur les activités a dû être révisé.

2. **Par coûts, il est fait référence au budget approuvé par la DGD. Il s'agit d'analyser l'affectation des ressources avec des questions comme « et si nous devions le refaire » ? Utiliserions-nous la même stratégie d'allocation de ressources ?**

Chaque année, AMADIA élabore son PTA de façon participative avec l'appui de l'équipe central et de LC avec un budget bien réparti. Si le travail n'a pas été terminé ou l'objectif non atteint, 20% du budget seulement est réaffecté pour l'activité non terminé dans le PTA de l'année prochaine.

En 2020, la planification élaborée a dû être révisée pour y insérer les activités de suivi et de contrôle et les réunions de coordination avec le coordinateur de projet santé de LC, d'où un retard de sa mise en œuvre en juillet 2020.

En 2021, des activités de prévention du COVID ont été ajoutées dans la planification.

3. **Est-ce que le choix de nos partenaires locaux et la répartition des rôles entre eux permettait une synergie et une mutualisation des ressources ?**

La synergie existe et il y a un effort de l'AMADIA de participer aux dépenses. AMADIA central qui est membre de la fédération internationale du diabète reçoit des instructions stratégiques dans la gestion et organisation de l'association.

-En matière de partage des coûts :

LC prend en charge 100% du budget de fonctionnement, investissement et du personnel comme le RAL, animatrice.

AMADIA prend en charge 100% de l'approvisionnement en médicaments et consommable.

Le salaire des médecins et de l'infirmier sont partagés à 50% /50% entre AMADIA et le programme santé de LC. Les EP reçoivent une quote-part depuis 2021.

-L'AMADIA fait un effort pour avoir une autonomie dans l'approvisionnement en médicaments actuellement mais les activités qui nécessitent le plus de budget sont surtout les campagnes de sensibilisation et de dépistage qui nécessitent l'apport en matériel de dépistage, les dépenses liés à la campagne ont toujours été appuyés par le programme santé de LC.

	-Pour couvrir ses charges, L'AMADIA a ses fonds propres à partir de la cotisation des membres diabétiques, les recettes obtenus par les consultations, analyses, médicaments. AMADIA organise aussi des opérations gâteaux, vente de casquette et tee-shirt AMADIA. -Dans l'amélioration de la qualité de service de promotion et prise en charge du diabète, Le pool de formateur vient de l'AMADIA central, le budget pour la formation des prestataires, la dotation de matériel médical et équipement informatique et de sensibilisation est apporté par le programme santé de LC. **4. Qu'est-ce qui aurait pu être fait autrement pour atteindre cette complémentarité ?** -L'objectif de l'association est d'être autonome dans la gestion des dépenses de fonctionnements et dans celui des ressources humaines surtout. -Beaucoup d'efforts ont été apportés pour que les diabétiques acceptent de ne plus recevoir des services gratuits. Mais dans le souci de l'équité, le système de vase communicant est utilisé (terme utilisé par le président de l'association). L'argent des personnes qui peuvent payer est fait pour combler ceux qui ne peuvent pas payer. -La recherche de partenaire comme LC est toujours très importante car beaucoup de choses doivent encore être apportées dans le développement des diabète centers parce que le diabète concerne plusieurs disciplines de spécialités. *Rappel sur l'approche adoptée* : Entrevues semi-structurées avec les partenaires participant au programme

E-4. L'impact du programme

Synthèse de l'évaluation de l'impact du programme santé :

Critères CAD	Questions d'évaluation et Commentaires
Impact Quelle différence ce programme a-t-il apporté ? A quels changements a-t-il contribué ? Dans quelle mesure les stratégies d'intervention ont-elles contribué aux objectifs assignés ?	➢ **EMAD** **1. Il est demandé à l'évaluateur de corroborer ou non les changements apportés, les effets au niveau du modèle de prise en charge des maladies chroniques, l'efficacité des relations partenariales établies avec les partenaires de mise en œuvre, l'impact des savoirs produits, etc…** -La couverture en consultation externe a changé dans les 3CSB de 20% en 2017 à 40% en 2021. -La qualité des soins a changé depuis l'apport de matériels médicaux dans les CSB. Ce qui a contribué aussi à l'augmentation de la fréquentation et des accouchements dans les CSB de Aboalimena et Antsakoamaliniky : la dotation en kit de salubrité, de bassin de lit qui est plus confortable pour les femmes en post partum immédiat. Les parturientes ne sont plus obligées d'apporter du savon poudre pour nettoyer la salle d'accouchement. -La dotation en matériels médicaux a fait augmenter la fréquentation des femmes sur la consultation en CPN et PF. Par ouïe dire, les femmes viennent pour faire le CPN et le PF car les prestataires font mieux les examens physiques et la prise de paramètre est améliorée (les femmes peuvent prendre leur poids et leur tension artérielle). -La formation des prestataires en humanisation des soins et la formation en 5S ont fait que les gens n'ont plus peur d'aller au CSB. Les prestataires deviennent plus accueillants. Les files d'attentes deviennent moins longues.

-Le confort a changé depuis la construction de bloc sanitaire, construction d'abris avec des chaises a rendu plus confortable l'attente et les malades expriment leur satisfaction durant l'enquête.

2. **Est-ce que la qualité de la prise en charge ciblée par le projet, à travers des soins intégrés et continus, a été atteinte ? Sinon, quelles sont les contraintes qui ont empêché cela ?**

-En matière d'intégration de service, l'intégration de l'approvisionnement dans le circuit SALAMA a des avantages et aussi beaucoup d'inconvénients.
Avantages : approvisionnement centralisé, transport jusqu'au phagedis qui est assuré par SALAMA
Inconvénient : délai de livraison qui est très long car les camions font un détour à Tuléar avant de venir à Morondava pour arriver à Belo ST, l'acheminement des colis vers les CSB n'est pas assuré par SALAMA mais sous la responsabilité du chef CSB et cela devient problématique sur la sécurité des colis car quelquefois ils sont transportés sur des charrettes, les produits livrés par SALAMA ne sont pas conformes à la commande établie souvent.
-l'intégration de la collecte des données dans le circuit RMA et DHIS2 mais le rapport d'activités pour le programme de santé LC doit être fourni à part. Le Médecin inspecteur n'a pas transmis le canevas du rapport d'activité du programme santé au personnel de l'EAMD en charge de le faire ni aux médecins chef des CSB.

-La mise en place d'un fond d'équité au CSB a comme effet la fréquentation des personnes démunis (il ne paie que 3 000 ariarys) mais ce droit est acquis seulement pour une seule visite dans le mois.

- **HSFA**

1. **Il est demandé à l'évaluateur de corroborer ou non les changements apportés, les effets au niveau du modèle de prise en charge des maladies chroniques, l'efficacité des relations partenariales établies avec les partenaires de mise en œuvre, l'impact des savoirs produits, etc…**

- Chaque mois l'hôpital fait 2 à 3 opérations chirurgicales (OC) maintenant. On peut dire selon la directrice de HSFA que cela a augmenté depuis la disponibilité du kit OC et kit bébé.

-Pour améliorer l'accessibilité des malades aux services, une rampe et un fauteuil roulant sont disponibles pour les handicapés, une cuisine est aménagée pour les gardes malades éloignés et on constate que le nombre d'opération chirurgical a augmenté malgré qu'il soit encore faible.

-l'HSFA ne discrimine pas les personnes démunies et leur nombre augmente dans l'hospitalisation et cela a un impact sur le recouvrement des coûts de fonctionnement de l'hôpital. La priorité pour l'HSFA est de trouver un fond d'équité qui permettra de couvrir les frais d'hospitalisation des démunis sinon
L'hôpital ne pourra plus fonctionner.

2. **Est-ce que la qualité de la prise en charge ciblée par le projet, à travers des soins intégrés et continus, a été atteinte ? Sinon, quelles sont les contraintes qui ont empêché cela ?**

-Les personnels du HSFA n'ont pas été formés en humanisation des soins et du 5S et leur comportement sévère a un impact entre autres sur le nombre de fréquentation du HSFA qui n'évolue pas vers une augmentation.

-La directrice de l'HSFA qui est le référent du programme santé de LC est submergée de travail et cela a un impact sur la qualité de la collecte des données et rapportages des activités de l'HSFA. La suggestion de l'évaluatrice est de déléguer des tâches aux prestataires et au major des services qui permettra à la directrice d'améliorer la qualité de la collecte des données et du rapportage des activités de l'HSFA. Le rapport sur le nombre de consultations des diabétiques de l'HSFA est envoyé par le médecin référent (Dr RAKOTO) AMADIA.

-Les médicaments sont disponibles au niveau de l'hôpital et les malades ne se déplacent plus pour chercher des médicaments ailleurs.

- **AMADIA**

1. **Il est demandé à l'évaluateur de corroborer ou non les changements apportés, les effets au niveau du modèle de prise en charge des maladies chroniques, l'efficacité des relations partenariales établies avec les partenaires de mise en œuvre, l'impact des savoirs produits, etc…**

-le nombre de nouveau cas dépistés augmentent grâce à la sensibilisation de masse et dépistage de masse réalisé.

- La mortalité due au diabète a diminué et rare maintenant (non chiffrée). Il concerne les malades très éloignés de type 1 qui ont besoin d'insuline et qui arrivent en complication grave car n'ont pas eu accès à l'insuline au niveau du district.

-les cas de complication du diabète qui nécessitait une amputation évacuée à l'AMADIA central étaient de 4 cas à 5 cas en 2018 et devient 1 cas en 2021.

-la fonctionnalité des diabète centers a permis aux diabétiques d'avoir un repère pour se faire soigner. Le nombre de visite dans les DC augmente actuellement. Le nombre de personnes qui viennent pour le contrôle dans les DC est en moyenne 40 par semaines.

-l'existence des DC apporte le confort aux malades car ils reçoivent tous les services au DC. Avant, pour faire la consultation ils viennent aux CSB pour voir le médecin référent, pour faire le contrôle de la glycémie ils viennent au domicile des médecins très top le matin avant qu'il aille travailler au CSB, pour acheter des médicaments ils vont au domicile du trésorier de l'association.

-le comportement des diabétiques a changé sur l'esprit de gratuité.

-les changements de comportement aperçu par les EP grâce à l'ETP sont : les diabétiques et les personnes sensibilisées ont peur de manger du sucre et de la graisse et pratiquement, ils ne les mangent plus beaucoup. Les EP les voient faire du sport.

-l'adhésion des diabétiques dans le groupe de soutien (paiement de la cotisation annuelle de 1000 ariary) a comme effet leur intégration dans le système de prise en charge du diabète préconisé par AMADIA. Les diabétiques ont compris qu'ils ont intérêt à utiliser les services du DC car ils en ont besoin et acceptent de payer les services. Ils comprennent que les services fournis sont de qualité mais moins cher par rapport à la concurrence (pharmacie, HSFA, CSB).

-Les diabétiques expriment leur satisfaction par des remerciements quand ils voient les prestataires et les EP, par des cadeaux (miel, riz, parole de reconnaissance…)

-L'étude de l'AMADIA Central montre que l'effet des activités des AC sur l'ETP a fait changer le comportement des diabétiques sur l'acceptation de changer leur mode de vie. 81% des diabétiques dans les groupes de soutien ont adopté un changement de comportement : - Les diabétiques n'arrêtent pas les médicaments, suivent bien les règles d'hygiène alimentaire, pratiquent la marche de 30 mn tous les matins, font le contrôle de la glycémie une fois par mois, fait un bilan de santé une fois par an. -Ils

	n'écoutent pas les rumeurs, viennent consulter dès qu'ils voient des changements de santé, ne font pas d'automédication. Ils suivent bien l'hygiène des pieds. -Ils viennent au DC pour assister à la réunion du groupe de soutien une fois par mois. **2. Est-ce que la qualité de la prise en charge ciblée par le projet, à travers des soins intégrés et continus, a été atteinte ? Sinon, quelles sont les contraintes qui ont empêché cela ?** -Il n'y a pas de registre déposé au niveau des médecins d'antenne qui reçoivent des malades membres de l'AMADIA à domicile ou aux CSB. Le nombre de consultation réelle des malades adhérents à l'association n'est pas bien comptabilité. On ne peut pas apprécier le nombre de consultation en dehors des DC. -Le fait de ne pas avoir la possibilité de payer un médecin permanent au DC a des effets sur le nombre de consultations aux DC car les médecins sont souvent absents du DC et les malades préfèrent aller les rejoindre chez eux ou au CSB, alors que le salaire du médecin est payé à partir de la recette des consultations. - l'amélioration du curriculum de formation des EP, La formation des EP sur la sensibilisation a fait augmenter le nombre d'adhérents à l'association AMADIA. -Il n'y a pas de système de collecte des données et rapportage mis en place au niveau des DC. Ce qui a comme effet que la qualité des rapportages n'est pas de qualité et l'envoi des rapports est retardée. *Rappel sur l'approche adoptée* : Une méthode qualitative (discussion des groupe, interview avec les parties prenantes, etc.) permettra de cerner les effets sur les indicateurs cités.

E-5. La durabilité des activités

Synthèse de l'évaluation de la durabilité du programme santé :

Critères CAD	Questions d'évaluation et Commentaires
Durabilité Dans quelle mesure, et dans quelles circonstances les résultats atteints se maintiendront-ils ?	*Approche proposée* : Des entretiens avec les partenaires et les visites sur terrain permettront de percevoir le niveau/capacité des partenaires à appuyer le système **E5.1- des activités au niveau des CSB** **1. Dans quelle mesure les partenaires seront-ils capables de soutenir /poursuivre les activités au niveau des systèmes locaux de santé dans les zones d'intervention ?** Il est demandé à l'évaluateur de confirmer ou non le niveau et la capacité des partenaires à continuer de soutenir le système au regard des éléments suivants : • **Durabilité financière (= potentiel de survie de l'actions du point de vue /économique)** Les 3 CSB sont soutenus par plusieurs PTF à partir de programme spécifique (santé communautaire, approvisionnement, vaccination, maternité sans risque, santé de la reproduction, maladies transmissibles…). Le programme santé de LC apporte surtout le soutien dans l'amélioration de la qualité de service, sur la gestion institutionnelle et organisationnelle. Le potentiel de survie existe mais l'impact sur la qualité de service sera visible. La dotation de nouveaux matériels médicaux vers la fin du programme permettra aux CSB d'assurer la qualité pendant quelques années jusqu'à leur détérioration (1 à 2 ans pour

	les tensiomètres). Les infrastructures nouvellement construites et réhabilités sont durables à condition qu'il existe des fonds d'entretien. Le potentiel de survie est nul si les ressources humaines ne sont pas stables et c'est toujours la cause de fermeture des CSB. Le cas de non-durabilité est possible pour Antsakoamaliniky dont le chef CSB n'est pas au poste. Le CSB Aboalimena peut encore fonctionner car il existe encore un paramédical seul au poste qui y travaille. • **Durabilité sociale (=conditions pour l'appropriation localement) : Les conditions sont-elles remplies et le resteront-elles après le programme (= après la fin des financements actuels ?)** L'appropriation du MI est quelquefois compromise car il permet l'affectation d'un personnel formé vers un autres poste alors qu'il ne trouve pas de rechange pour le CSB Aboalimena et ne remplace pas ou ne forme pas la sage-femme bénévole qui travaille au CSB Antsakoamaliniky. Les CSB travaillent toujours en collaboration avec l'équipe de la commune et du fokontany. Les AC qui appuient les CSB n'acceptent pas de travailler sans motivation. S'ils ne travaillent pas, la population ne connaissent pas les services disponibles aux CSB et ne viendront pas fréquenter les CSB. Actuellement le Programme USAID ACCESS peut soutenir les AC dans leurs activités de façon durable même si DGD arrête le financement des activités communautaires. • **Durabilité technique : Le rôle du partenaire local lié a un cadre de partenariat public/privé avec les autorités sanitaires régionales permet-il un transfert de connaissance durable? La région sanitaire s'approprie--elle les approches et résultats mis en œuvre? Autrement dit les partenaires (SDSP/EMAD de Belo/Tsiribihina, ECAR/SHM, AMADIA) disposent-ils des capacités nécessaires afin de contrôler eux-mêmes les projets et poursuivre les résultats (transfert de connaissance/renforcement de capacités/durabilité technique)?** Le DRS a eu des problèmes de communication avec le programme de santé de LC à son arrivée en 2019 car il a dit qu'il n'y avait pas de passation faite n interne au niveau de la direction régionale de santé et la Directrice de LC n'a fait sa première visite de courtoisie auprès du DRS qu'à la fin, 2019, car l'information sur l'arrivée en poste du nouveau DRS n'a été communiqué largement qu'après sa prise de fonction. A cette occasion, LC faite lui a présenté le programme santé officiellement. Ce n'est qu'à partir de fin 2019, que la DRS a convié LC aux revues annuelles de l'EMAR et aux événements organisés par l'EMAR. LC participe au financement des revues régionales santé en 2020 et 2021. Par hiérarchie, le MI/EMAD ne peut rien décider sans l'aval du DRS. L'Equipe de l'EMAD a les capacités et elle est disposée pour contrôler eux-mêmes les projets et poursuivre les résultats (transfert de connaissance/renforcement de capacités/durabilité technique). Ils travaillent toujours à partir d'un PTA validé par le DRS. Si le refinancement du programme santé par DGD est prévu, diplomatiquement, il est judicieux que le contrat de partenariat public/privé soit élaboré avec la participation du DRS avant de le présenter à la direction du DLMNT (Direction de la lutte contre les maladies non transmissibles) du MinSan. • **Durabilité contextuelle : Influence du contexte (politique, corruption, sécuritaire, …) sur la durabilité des actions et des résultats.** La situation géographique des CSB Aboalimena et de Antsakoamaliniky qui sont éloignés et d'accessibilité saisonnière difficile doit être tenu en compte pour assurer un approvisionnement en médicaments et consommables sans problèmes et durable. L'acheminement des médicaments vers les CSB présentent un grand risque d'attaque si le chef CSB ne trouve pas de voiture pour les transporter. Dans la communauté, la population s'entraide pour protéger le CSB des attaques de dahalo car ils savent

	pertinemment que cela fait partie de leur patrimoine et elle aide beaucoup l'équipe du CSB dans l'acheminement des médicaments vers les CSB. Ce problème ne se présente pas au CSB de Belo ST. De ce fait la durabilité sécuritaire sur l'approvisionnement dépend de la bonne relation du chef CSB avec la population qui possède une voiture et les entraides entre PTF qui travaillent dans la même zone. La durabilité de l'approvisionnement au niveau des CSB dépend aussi de la supervision fréquente du phagecom car il existe des leçons apprises des autres projets à partir des détournements de fond et de médicaments fréquentes faits par le COGE.
Durabilité	**E5.2- des activités au niveau de l'HSFA** **1. Dans quelle mesure les partenaires seront-ils capables de soutenir /poursuivre les activités au niveau des systèmes locaux de santé dans les zones d'intervention ?** • **Durabilité financière (= potentiel de survie de l'actions du point de vue /économique)** Les activités sur les services chirurgicales ne seront pas durables si L'HSFA ne trouve pas de sources pour combler les recettes qui n'arrivent pas à couvrir les dépenses de fonctionnement. En cas de non appui de LC, les activités ne seront pas viables malgré que tous les services soient payants ; La population est économiquement vulnérable et le nombre de démunis s'accroit progressivement dû à l'insécurité. En urgence, l'ECAR et les SHM doivent constituer un fond d'équité qui doit être collecté régulièrement au moins par an à partir d'événements comme les fêtes, galas religieux, appui des associations religieuses. • **Durabilité sociale (=conditions pour l'appropriation localement) : Les conditions sont-elles remplies et le resteront-elles après le programme (= après la fin des financements actuels ?)** Les cas de malades doivent être aussi classifiés selon leur pouvoir d'achat. Aménager des chambres d'hospitalisation pour des malades de 3 niveaux économiques différentes, ainsi ceux qui peuvent payer pourront combler la part de ceux qui ne le peuvent pas. Les malades doivent aussi être éduqués à payer une avance avant son hospitalisation correspondant à 4 ou 5 jours d'hospitalisation. Il ajoutera de l'argent au cas il restera plus longtemps. La durabilité sociale pour la fonction du chirurgien et de l'anesthésiste dépend de la disponibilité de fond pour payer leur salaire et du salaire de leur intérim quand ils partent en congé, sur le confort de leur hébergement. • **Durabilité technique : Le rôle du partenaire local lié a un cadre de partenariat public/privé avec les autorités sanitaires régionales permet-il un transfert de connaissance durable ? La région sanitaire s'approprie-elle les approches et résultats mis en œuvre ? Autrement dit les partenaires (SDSP/EMAD de Belo/Tsiribihina, ECAR/SHM, AMADIA) disposent-ils des capacités nécessaires afin de contrôler eux-mêmes les projets et poursuivre les résultats (transfert de connaissance/renforcement de capacités/durabilité technique)?** -L'équipe de gestion de l'HSFA n'est pas encore formée en gestion hospitalière et il n'y a pas de système de contrôle des données et des recettes. Afin d'avoir une durabilité de la gestion, un audit annuel par l'ECAR doit être effectué, un système de collecte des données et rapportage des activités (technique et financière) doit être installé parmi les activités en gestion de l'HSFA. Cette tâche peut être déléguée aux prestataires pour la

	collecte des données dans le registre, par le Major de service pour la compilation des données et par le référent des projets pour la rédaction du rapport pour l'ECAR. • **Durabilité contextuelle : Influence du contexte (politique, corruption, sécuritaire, …) sur la durabilité des actions et des résultats.** L'inaccessibilité routière pendant les saisons de pluies a un impact sur la fréquentation de l'hôpital et aussi sur l'approvisionnement surtout que l'un des fournisseurs est SALAMA, de ce faits, les activités d'approvisionnement ne sont pas durables saisonnièrement. La durabilité des activités dépendra aussi d'une décision politique car Il est aussi possible que la DRS commence à chercher des solutions pour construire un Hôpital CHD2 pour le SDSP de Belo ST si le problème d'accessibilité financière au niveau de HSFA a un impact trop important sur la santé de la population.
Durabilité	**E5.3- des activités au niveau des antennes locales de l'AMADIA** • **Durabilité financière (= potentiel de survie de l'actions du point de vue /économique)** Si LC ne financera plus AMADIA, la durabilité des activités pour les antennes locales AMADIA est possible pour 2 ou 3 ans car ils viennent d'être dotés de matériels médicaux et d'équipement et les infrastructures sont nouvellement réhabilités juste en fin du programme P5. Les antennes locales AMADIA auront à prendre en charge son approvisionnement et le salaire des médecins et des paramédicaux ainsi que les autres charges fixes liés au fonctionnement des DC mais dans ces conditions, les EP ne pourront travailler qu'à minima. Les activités reliées aux campagnes de sensibilisation et dépistage ne seront pas possibles car ils ont besoin de plus de budget. • **Durabilité sociale (=conditions pour l'appropriation localement) : Les conditions sont-elles remplies et le resteront-elles après le programme (= après la fin des financements actuels ?)** Les antennes locales sont gérées par les membres de l'association qui sont bénévoles mais non des personnes salariées, de ce fait la durabilité sociale pourra être viable mais des conditions s'imposent : les adhérents paient leur cotisation annuelle, les recettes des DC sont bien gérées, et il faut tenir compte de la remarque du RAL qui affirme que les capacités des membres sont insuffisantes pour gérer l'association convenablement. Il faut une équipe plus dynamique et compétente pour assurer sa durabilité. Elle suggère d'inclure des personnes plus nanties financièrement dans le conseil d'administration pour sponsoriser certaines activités. • **Durabilité technique : Le rôle du partenaire local lié a un cadre de partenariat public/privé avec les autorités sanitaires régionales permet-il un transfert de connaissance durable? La région sanitaire s'approprie--elle les approches et résultats mis en œuvre? Autrement dit les partenaires (SDSP/EMAD de Belo/Tsiribihina, ECAR/SHM, AMADIA) disposent-ils des capacités nécessaires afin de contrôler eux-mêmes les projets et poursuivre les résultats (transfert de connaissance/renforcement de capacités/durabilité technique)?** AMADIA est un organisme qui a une envergure nationale, déjà instauré depuis plus de 30 ans dans les régions. Elle a une antenne locale par région sauf pour Menabe qui a 3 antennes locales. Le pool de formateurs et les responsables de supervision viennent toujours de l'AMADIA central qui sont capables de donner les compétences techniques nécessaires et de suivre l'opérationnalisation des activités pour assurer leur durabilité. • **Durabilité contextuelle : Influence du contexte (politique, corruption, sécuritaire, …) sur la durabilité des actions et des résultats.**

	Comme AMADIA a été déclarée par le MinSan institution à intérêt public, ils ont une responsabilité de renforcer la compétence du personnel médical surtout ciblant les médecins en prévention et prise en charge du diabète par le modèle de formation post-universitaire et pour le pool de formateurs au niveau de l'EMAR et EMAD. Ce contexte politique qui impose des activités ne peut être durable que si AMADIA central a un fond pour réaliser cette formation. L'enquête auprès de l'EMAD montrait que le pool de formateur de l'EMAD n'a pas reçu de formation sur le diabète par AMADIA.
Durabilité	**E5-4- des activités réalisées avec FIVE Menabe** • **Durabilité financière (= potentiel de survie de l'actions du point de vue /économique)** Les activités de FIVE Menabe en matière de santé ont été focalisé au niveau des CSB. Le financement des activités a été fait en partage des coûts avec l'Union Européenne par le projet PASCMEN 2. FIVE Menabe aussi est une association bénévole mais les membres reçoivent des salaires à partir des projets financés par les PTF. Après 2021 si le projet santé de LC est clôturé, la durabilité financière des activités n'est possible que si le projet PASCMEN2 prend en charge entièrement le fonctionnement et les dépenses en ressources humaines de FIVE Menabe. LC a fait la réhabilitation du bureau de FIVE (peinture et clôture) et a fourni des matériels informatiques à FIVE. Ces matériels sont durables pour 3 à 4 ans. La durabilité financière des activités de FIVE dépend du financement de l'UE car les activités sont déjà réalisées pour le programme de santé P5. • **Durabilité sociale (=conditions pour l'appropriation localement) : Les conditions sont-elles remplies et le resteront-elles après le programme (= après la fin des financements actuels ?)** En 2019, FIVE Menabe a mise en place le COGE à Antsakoamaliniky pour assurer la co-gestion des stocks du phagecom avec le chef CSB. Même si le programme santé est clôturé, le dispensateur de la commune peut travailler sans problème car son salaire est payé par la commune. La durabilité sociale concerne les membres du FIVE qui font des travaux bénévoles à partir de leur fond propre s'ils ne trouvent pas de financement. • **Durabilité technique : Le rôle du partenaire local lié a un cadre de partenariat public/privé avec les autorités sanitaires régionales permet-il un transfert de connaissance durable ? La région sanitaire s'approprie--elle les approches et résultats mis en œuvre ? Autrement dit les partenaires (SDSP/EMAD de Belo/Tsiribihina, ECAR/SHM, AMADIA) disposent-ils des capacités nécessaires afin de contrôler eux-mêmes les projets et poursuivre les résultats (transfert de connaissance/renforcement de capacités/durabilité technique)?** Techniquement parlant, en matière de santé, à part le plaidoyer auprès de la commune pour la création du COGE à Antsakoamaliniky, FIVE n'a pas fait de grandes activités mais des plaidoyers auprès de l'EMAD pour la construction de bloc sanitaire pour les 3 CSB dans le cadre de l'assainissement obligatoire des formations sanitaires. Ces activités ont été ponctuelles et ils n'auront plus d'intervention à donner après. Il est judicieux d'arrêter le partenariat avec de FIVE Menabe dans le programme santé pour les prochains financements • **Durabilité contextuelle : Influence du contexte (politique, corruption, sécuritaire, …) sur la durabilité des actions et des résultats.** Non applicable

E-6. Collaboration entre les partenaires de mise en œuvre

- **Collaboration entre SDSP/EMAD de Belo-sur-Tsiribihina, ECAR/SHM, AMADIA**
- **Articulation, relation avec ls autres programmes/acteurs santé : USAID-Mahefa Miaraka, USAID-ACCES, IMPACT, …**

Se reporter au chapitre A-3. Les autres partenaires (collaborations, synergies) mobilisés pour la mise en œuvre du programme

E-7. Adéquation du projet à l'approche genre

- **Accès des services des CSB aux femmes**
  - Les services de PF, CPN et d'accouchement sont disponibles au CSB d'Antsakoamaliniky et d'Aboalimena. Le CSB de Belo ne fait pas d'accouchement mais font des CPN et du PF, leurs patientes pour les accouchements sont orientées vers le CHD1 de Belo.
  - Depuis que les CSB ont reçu la dotation de matériels médicaux (pèse-personne, tensiomètre et stéthoscope, pèse bébé, bassin de lit), la qualité du service de PF et de CPN est améliorée et cela a fait tache d'huile. Les femmes sont plus intéressées d'avoir des services du PF et de CPN car il y a une prise et un contrôle de la tension artérielle (TA) et du poids. Les prestataires ont vu l'augmentation de la fréquentation des femmes en CPN et PF, d'ailleurs le CSB dispose de produit PF injectable et pilule. Les femmes demandent de faire des PF de longue durée (DIU, implant) mais les produits ne sont pas disponibles.
  - Depuis que les CSB sont dotés de bassin de lit, pèse bébé, toise, les femmes viennent aussi accoucher au CSB d'Aboalimena et de Antsakoamaliniky. En effet, le bassin de lit est plus pratique pour l'utilisation en post partum pour leur toilette et leur besoin. Il est aussi possible de peser leur bébé et de les mesurer. Elles ne sont plus obligées d'emmener des savons poudre en sachet (clean) pour nettoyer la salle d'accouchement car le programme santé a aussi financé les 3 CSB en kits de salubrité.
  - Elles disent aussi qu'elles sont aussi à l'aise plus à l'aise pour aller aux toilettes depuis l'existence du bloc sanitaire quand elles vont au CSB.

- **Accès centres de santé par les personnes handicapées**
  - Seul le HSFA et le DC de Mahabo et de Belo ST ont mis une rampe à l'entrée des centres de santé. En plus des rampes, un fauteuil roulant est disponible pour aider les handicapés à l'entrée de l'HSFA.
  - Dans les 3 CSB, les handicapés sont prioritaires de recevoir une consultation sans faire la queue.
  -

- **Le kit « opération chirurgicale » (OC) et kit bébé sont disponibles à l'HSFA**
  - Selon la directrice de l'HSFA, depuis l'existence du kit OC et kit Bébé, le nombre d'interventions chirurgicales a augmenté au HSFA.

E-8. Prise en compte de l'aspect environnemental et de l'assainissement

- **Activités d'assainissement et de protection de l'environnement au niveau des CSB**
  - Les prestataires des CSB ont été formés en assainissement : hygiène et nettoyage. Un kit de salubrité a été fourni à chacun des 3 CSB. Des blocs sanitaires ont été construits au niveau de chaque CSB ainsi que des fosses à ordures (voir photos). Des séances de débroussaillage et de nettoyage avec la collaboration des AC ont été organisées au CSB avec la plantation de fleurs et la plantation d'arbres. (Voir photo CSB2 Belo).
  - Remarque : dans les normes dans la gestion des déchets, il faut séparer les déchets ménagers des déchets médicaux et objets tranchants. Les déchets ménagers doivent être jetés dans les fosses à ordures et les déchets médicaux et objets tranchants doivent être incinérés. Dans les CSB, il n'y avait pas d'incinérateurs construits.

- **Activités d'assainissement et protection de l'environnement au HSFA**

  Le programme santé a financé la construction de WC, de fosse à ordure et d'incinérateur pour la polyclinique. Une canalisation de l'eau a été construite au niveau du bâtiment du dispensaire. La clôture de l'hôpital par un mur de 573,5 m a été financé aussi par le programme santé. Les bâtiments du dispensaire, laboratoire, maternité ont été repeints et rafraîchis.

- **Activités d'assainissement et protection de l'environnement pour les DC**

  Les DC ont été construits à partir de la réhabilitation de salle dans l'enceinte des SDSP pour DC de Mahabo et Belo ST et dans l'enceinte du CHRR de Menabe à Morondava. Ils doivent ainsi respecter les normes d'hygiène et

d'assainissement et de la protection environnementale des ces établissements publics. Les bâtiments ont une adduction d'eau et ont ensuite été repeints.

E-9. Contribution du programme au Cadre Stratégique Commun de Madagascar (CSC)

Synthèse de l'évaluation de la contribution aux du programme santé :

Critères CAD	Questions d'évaluation et Commentaires
Contribution aux CSC Dans quelle mesure ce programme a-t-il pu contribuer à la Cible Stratégique Santé du Cadre Stratégique Commun de Madagascar ?	*Approche adoptée :* Après une lecture approfondie du CSC Madagascar et plus particulièrement de la Cible stratégique Santé (voir ci-dessous), et grâce à l'aperçu sur ce programme Santé, obtenu à travers l'ensemble de l'évaluation, cela devrait donner les éléments à l'évaluateur pour juger de la contribution de LC à la réalisation de cette cible stratégique Santé du CSC Mada. Louvain Coopération est inscrite dans plusieurs approches de la cible stratégique Santé du CSC Madagascar. Le renforcement des systèmes de santé et l'accès aux soins de santé correspond à la cible stratégique commune 3 (CSC3) auxquels Louvain coopération doit contribuer dans la conception et la mise en œuvre du programme santé. Plusieurs approches ont été évaluées afin de voir la contribution du programme santé à la CSC 3 : **Dans quelle mesure, les systèmes de santé et l'accès aux soins de santé sont renforcés ?** ➢ ***L'approche 3A : « Construire, équiper ou réhabiliter des infrastructures de santé, tels que les centres de santé »*** a. Comment le programme a contribué à l'amélioration des infrastructures de santé ? Impacts sur la prise en charge des malades et de la prise en charge des diabétiques et des hypertendus ? AMADIA : Les 3 diabètes centers au niveau des antennes locales de Morondava, Mahabo et Belo ST ont été réhabilités et finis en 2021. Ils ont été équipés en matériels médicaux, matériels informatiques, mobiliers, matériels de sensibilisation et d'éducation thérapeutique (stand board, posters géants). La fonctionnalité des DC a apporté un grand confort au diabétique concernant les déplacements car avant, ils devaient aller au CSB pour avoir une consultation avec le médecin d'antenne, et devaient aller au domicile des médecins d'antenne de bon matin pour faire le contrôle de glycémie et ensuite aller au domicile du trésorier de l'association AMADIA pour acheter des médicaments. Tous ces services sont intégrés dans le DC et en plus, il y a une salle pour les réunions d'ETP des membres. Ainsi, avec les infrastructures neuves et les matériels médicaux et équipements obtenus en fin de projet, les 3 DC pourront travailler durablement au moins pour 3 ou 4 ans. HSFA : Les bâtiments qui hébergent le service de maternité, laboratoire, dispensaires ont été repeints rafraîchis et une clôture de 573.5 m a été construite en 2021. Des équipements et des matériels médicaux sont dotés en début et en fin de projet pour le laboratoire, la chirurgie, la consultation externe. Une fosse à ordures, un incinérateur et un WC ont été construits en 2021. CSB : En 2021, 3 blocs sanitaires contenant chacun 2 WC, 2 salles de bain, 2 lavabos avec 3 fosses à ordures ont été construits avec l'approbation de la DRS Menabe pour les 3 CSB (Belo ST, Aboalimena, Antsakoamaliniky) malgré que les blocs sanitaires n'aient pas d'adduction d'eau (non conforme aux règles d'hygiène et à d'assainissement), et il n'y a pas d'incinérateur (ce qui n'est pas conforme aux normes de la gestion des déchets pour la prévention des infections). Les bâtiments du CSB n'ont pas été réhabilités car cela n'était pas prévus dans le programme ni demandé par les médecins chefs ni l'EMAD. Les femmes malades qui viennent consulter au CSB sont contentes du confort apporté par les blocs sanitaires, avant, elles étaient gênées pour trouver un endroit pour faire leur besoin.

FIVE Menabe : En 2021 grâce au cofinancement du projet PASC MEN 2 (Projet d'appui aux organisations de la société civile du Menabe) financé par l'UE, le bureau du FIVE Menabe a été repeint avec la construction de clôture, l'association a reçu des matériels informatiques.

Remarque : les infrastructures et matériels médicaux avec les équipements donnés aux partenaires en fin de projet pourront assurer la durabilité des activités pendant 3 à 4 ans.

- ***L'approche 3B- « Renforcer les capacités humaines et institutionnelles des services de santé, notamment les capacités de gestion »***
  b. Comment les capacités humaines et institutionnelles des services de santé ont été renforcées ?

AMADIA : En début de projet, les BEL des 3 antennes locales ont été initiés en gestion financière par le responsable financier du programme de LC, puis ils ont reçu une formation en gestion par l'équipe centrale de l'AMADIA avec un voyage d'étude à Fianarantsoa pour visiter le DC qui est réputé pour sa meilleure gestion parmi les antennes régionales de l'AMADIA à Madagascar.

Une quote-part de la rémunération des prestataires de soin (paramédicaux et médecins) sont partagés entre AMADIA et le programme santé. Le BEL est constitué de personnel bénévole mais son rôle dans la gestion de l'antenne locale est important et les membres du BEL ont été formés en gestion institutionnelle et organisationnelle de leur antenne locale.

En 2021, le personnel soignant de l'AMADIA dans les DC (médecins d'antenne et infirmier) a été formé en gestion du DC. La formation a été faite sous forme de visite d'échange à Antananarivo.

HSFA : L'HSFA a eu beaucoup de problèmes depuis le début du programme en 2017 jusqu'à 2020 car plusieurs changements du personnel de gestion (4 fois) ont été observés jusqu'en fin 2020. La sœur directrice actuelle de l'HSFA qui est le référent des activités mis en œuvre par la polyclinique SF dans le cadre du programme de santé était recrutée en fin 2020 et n'a pu recevoir la formation en gestion hospitalière que juste avant la clôture du programme de santé P5. Cela a un impact sur la situation financière en fin 2021.

CSB : Les 3 chefs CSB ont reçu une formation en gestion institutionnelle et organisationnelle et humanisation des soins, 5S, hygiène et assainissement par l'EMAD.

FIVE Menabe : En début de projet, l'équipe de gestion de FIVE a reçu une formation en gestion financière conduite par la responsable administration et finance de LC.

- ***L'approche 3E « Appuyer les démarches de prévention et de sensibilisation à la santé »***
  c. Comment les démarches de prévention et de sensibilisation au diabète et à l'HTA ont été appuyées ?

AMADIA : Les activités de IEC/CCC au niveau de l'AMADIA sont constituées d'activités de sensibilisation (VAD, causerie de groupe, Communication interpersonnelle, campagne de masse) réalisées par les Sensibilisateurs Dépisteurs (SD) et EP suivis de dépistage puis d'ETP pour les diabétiques dépistés qui aboutissent au changement de comportement des diabétiques pour suivre les règles d'hygiène, activités physiques et règles d'alimentation, contrôle de glycémie et poursuivre des réunions de groupe de soutien par mois au DC, consultation pour un bilan de santé annuellement.

En 2020, 114 EP, 27 SD sont recrutés et formés et suivi par l'animatrice des antennes locales pour la sensibilisation. 6 campagnes de dépistage ont été effectués combien de nouvelles personnes dépistées diabétiques, 383 nouveaux diabétiques adhérents, 129 ETP réalisées.

En 2021, 24 séances de dépistages ont été organisés et 2177 personnes ont été dépistées, combien de nouveaux cas diabétiques. L'AMADIA a eu 154 nouveaux adhérents au groupe de soutien et 666 ETP ont été réalisés.

Les SD et ETP reçoivent des équipements et les EP recevaient des motivations (indemnisations) pour les activités de sensibilisation.

Les activités de sensibilisation et de dépistage nécessitent un grand budget et elles ont été entièrement financées par le programme santé vu son importance dans la vie et survie des diabétiques.

HSFA : Il n'y a pas d'activité de prévention et de sensibilisation prévues à mettre en œuvre par l'HSFA dans le programme santé.

CSB : Les activités de sensibilisation concernent tous les soins de santé primaire dispensés au sein des CSB prévus dans le paquet minimum d'activités à destination de la population. Chaque CSB a au moins 2 AC par fokontany qui sont formés sur le paquet minimum d'activités délivré par les 3 CSB. Ils reçoivent des outils de sensibilisation, des équipements de travail et une indemnisation pour leur travail. Spécifiquement, le programme santé a financé la formation des AC par l'EMAD pour les activités de vaccination en stratégie avancée et stratégies mobiles dans le cadre du paquet minimum d'activités. Les dépenses sur toutes les activités sur les AC dans les 3 CSB ont été partagé grâce à la collaboration entre le projet USAID-Mahefa Miharaka et le programme santé . La collaboration a été poursuivie en octobre 2021 avec le projet USAID-ACCESS après la clôture du projet Mahefa Miaraka.
Les résultats des activités ont été toujours satisfaisants car chaque année, le nombre d'activités de sensibilisation réalisées dépassent largement l'objectif fixé.
Les AC sont très utiles au niveau des CSB car les prestataires de soin des CSB n'arrivent pas à effectuer les sensibilisations surtout quand ils sont seuls à leur poste.

- **L'approche 3F « Développer l'offre de services de santé sur la prise en charge du diabète ».**

d. Comment l'offre de services de santé ont été développée pour une meilleure prise en charge des maladies, du diabète et de l'hypertension artérielle ?

Le paquet minimum d'activités diabète délivré au DC est constitués de : la consultation externe, les soins, le test de contrôle de la glycémie, la vente de médicaments. Les cas de complication graves sont soit évacués au CHRR de Morondava, soit référés à la clinique du diabète de l'AMADIA central à Antananarivo (exemple : amputation). Une fois par mois, une séance d'éducation thérapeutique est menée par les EP et médecin éducateur. Le personnel paramédical qui travaille en poste fixe et les médecins qui travaillent à temps partiel assurent la prise en charge des malades. Les médecins se relayent pour assurer les services au DC.
Le diabète est une maladie qui concerne plusieurs disciplines surtout pour la détection des complications cardio-vasculaire, métabolique, rénale, neuro-cérébrale, ophtalmologique. Afin de faciliter le contrôle du diabète, beaucoup d'examens complémentaires sont encore nécessaires et réclamés souvent par les malades comme : analyse d'hémoglobine glyqué, analyse sur le bilan de surcharge, bilan rénale, ECG, échographie, consultation ophtalmologique, dentisterie….
Le plus urgent est de recruter un médecin en poste permanent au moins un médecin permanent par antenne locale afin que le DC soit fonctionnel en permanence durant les jours ouvrables.

e. Est-ce que la prise en charge du diabète et de l'HTA a été bien intégrée parmi les soins de santé primaire ?

Les médecins des 3 antennes locales qui sont tous des médecins du secteur public et secteur privé qui travaillent temporairement avec AMADIA au niveau des 3 Antenne locales ont été formés en prises en charge des cas simples du diabète et sur ces complications.

Les chefs de CSB dans les trois districts ont été mobilisés par les médecins éducateurs car il y avait des personnes diabétiques venant de leur commune venue dans les DC. Pour bien prendre en charge les patients, les médecins ont renforcé la compétence de 49 chefs CSB du Menabe sur le diabète. Cette activité a été organisée par l'AMADIA central sous forme d'atelier de partage.
Etant donné que la prise en charge du diabète n'est pas encore effectivement incluse dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires, et même s'ils ont reçu cette formation les chefs CSB ne sont pas équipés et ne disposent pas de personnel suffisant au sein de leur centre de soin pour prendre en charge les cas simples du diabète., les antennes locales de l'AMADIA ont incité les médecins à orienter les patients en particulier dans les zones rurales auprès des médecins éducateurs. L'un des résultats de cette formation est l'arrivée des personnes des zones rurales qui se rendent au DC, cela a été prouvé à partir de leurs coordonnées.

f. Efficacité de l'approche pairs-éducateurs et la possibilité d'adapter le contenu de la formation pour les agents communautaires ?

L'indicateur qui permet de mesurer que l'approche pairs-éducateurs soit efficace est de faire une étude sur le changement de comportement des diabétiques qui ont effectué l'ETP sur la base de 5 critères bien définis par le programme santé. Cette étude a été menée par l'AMADIA central est les résultats révèlent que 81% des diabétiques qui ont reçu des ETP ont changé de comportement.

- **L'approche 3 G : « Améliorer la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive et de la santé maternelle et infantile ».**

Il n'y avait pas d'activités directement rattaché à cet objectif. Mais l'effet de l'amélioration de la qualité de soins par l'apport de matériel médical reçu par les 3 CSB tels que : tensiomètre, stéthoscope, balance pèse-personne, bassin de lit, pèse bébé, toise au niveau des CSB a permis d'améliorer la consultation PF et CPN et l'accouchement. En effet, les femmes qui cherchaient les services de PF et CPN ont pu contrôler leur tension artérielle (TA), poids et de bouche à oreille l'utilisation des services de PF et CPN a augmenté au CSB. Il y en a qui cherchaient même des méthodes de PF de longue durée.
Les femmes venaient aussi accoucher au CSB car grâce à l'existence du bassin de lit, les femmes en post-partum qui ne pouvaient pas encore se lever utilisaient un bassin de lit pour faire leur toilette et leur besoin. Les bébés sont pesés et mesurés. Elles ne sont plus obligées d'apporter un sachet de savon en poudre pour nettoyer la salle d'accouchement car le programme santé a financé les kits de salubrité pour les 3 CSB.

- **L'approche 3I : « Contribuer à la cible 3 par la formation et la recherche »**

- **Formations médicales :**

L'AMADIA a l'objectif d'intégrer la prise en charge du diabète parmi les soins de santé primaire car d'après la déclaration du MinSan que l'AMADIA est une institution d'utilité publique.

En 2019, des formations médicales sur le diabète et ses complications ont été données aux 5 médecins d'antenne de l'AMADIA (3 médecins d'antenne des 3 district avec le médecin référent de HSFA et du CSB de Belo y compris) avec des échanges d'expériences avec AMADIA Fianarantsoa.
En octobre 2019, la formation des médecins éducateurs était effectuée avec la révision du curriculum de formation des EP pour mieux impliquer les diabétiques à s'intégrer dans le groupe de soutien.
En 2020, la formation continue de pairs éducateurs par les médecins éducateurs assistés par l'animatrice de santé a été réalisée. Le bilan des formations a été fait par l'équipe central de l'AMADIA et d'autres formations ont été données :

- Formation de 3 nouveaux médecins éducateurs pour les diabètes centers (Morondava et Mahabo) dont les modules de formation étaient sur le diabète et ses complications.
- Formation médicale continue pour les médecins d'antenne AMADIA.

Ainsi, parmi le personnel des partenaires locaux du programme santé , les prestataires de soin de l'AMADIA ont reçus le plus de formations.

Les médecins d'antenne et médecins éducateurs formés sont tous des médecins du secteur public ou des médecins du secteur privé. Ils ne travaillent que partiellement au DC et ne perçoivent qu'une quote-part de salaire correspondant au nombre de consultations effectués au DC. L'idéal c'est d'avoir un médecin permanent pour chaque DC qui travaillera en poste fixe.

Par ailleurs, l'AMADIA central avait planifié des formations post-universitaires pour 54 médecins au niveau du CHRR de Menabe, des CHD1 et du pool de formateurs de l'EMAD sur la prise en charge du diabète et de ses complications en formation post universitaire mais cela n'a pas été encore réalisé.
Ainsi le rapport annuel de l'AMADIA central affirme qu'en 2021, en plus des formations continues des personnels de santé des Antenne locales de l'AMADIA, ils ont formé 49 chefs CSB et tout le personnel des CSB des 3 districts sur la prise en charge du diabète.

- **Recherche-action, expérimentations**

AMADIA central a aussi conduit une recherche sur les effets de la sensibilisation et éducation thérapeutique conduit par les EP. Le résultat de l'étude montre que 81% des diabétiques sensibilisées par les EP ont changé de comportement en appliquant les règles d'hygiène alimentaire, en pratiquant des exercices physiques réguliers, en faisant un contrôle mensuel de leur glycémie, en suivant les

	réunions d'ETP avec le groupe de soutien et d'effectuer un bilan annuel. Les résultats de cette recherche mérite une publication. Il faut ajouter ici un résumé de l'expérimentation sur la gestion autonome du diabète par l'AMADIA dans le cadre du programme santé, et les résultats qui en sont ressortis. ➢ **REMARQUES** Le programme santé n'a pas contribué au développement l'approche 3D- Développer l'offre de services de santé pour une meilleure prise en charge de la santé mentale des populations malgaches, car les activités liées ont été retirés avant la mise en ouvre du programme faute de financements.

E-10. Cohérence avec les interventions éventuelles d'autres acteurs/programmes/projets santé

a. ***Complémentarité de l'AMADIA avec le secteur public :***

Les interventions apportées du coté AMADIA sont très pertinentes car dans le secteur public, la prise en charge du diabète n'est pas encore maitrisée par les prestataires de soin malgré que des cours sur le diabète ont été dispensés à l'université. L'AMADIA a bien apporté une complémentarité au niveau du secteur public en intégrant la prise en charge du diabète parmi les soins de santé primaires. En effet ils ont réalisé un atelier pour former 49 chefs CSB avec tout le personnel des CSB dans les 3 districts de Belo ST, Mahabo et Morondava à la prise en charge du diabète.

b. ***Complémentarité entre 2 programmes sur les activités à faire et le partage des coûts des activités :***

Le projet Mahefa Miaraka et ACCESS qui avait les mêmes cibles et les mêmes interventions a effectués dans les 3 CSB sur les activités de sensibilisation communautaires de Belo ST, Aboalimena et Antsakoamaliniky. Le partage des coûts des activités entre eux était avantageux pour réduire les dépenses et que les 2 projets pouvaient profiter des mêmes résultats.

c. ***Complémentarité sur les sites d'intervention :***

Le programme de santé P5 a appuyé l'EMAD sur l'approvisionnement en 2017 et 2018 en payant le salaire du gestionnaire de stock du PhaGdis. Quand le projet IMPACT qui appuie l'EMAD sur l'approvisionnement était arrivée en 2019, le programme santé de LC focalisait plus ses activités sur l'amélioration de la capacité technique, gestion institutionnelle et organisationnelle des CSB car le coté approvisionnement des CSB et de l'EMAD est déjà assurer par le projet IMPACT.

E-11. Caractère novateur des initiatives

1-L'appui du programme à l'HSFA sur des activités de santé alors que c'est un hôpital privé lucratif. Le problème posé par l'incapacité des malades à payer l'hospitalisation doit porter la réflexion sur le système adopté par les hôpitaux publics pour obtenir un fond d'équité pour couvrir les frais d'hospitalisation des personnes en situation de précarité . Ce serait une bonne pratique pour l'HSFA.

2- La sensibilisation des diabétiques par les EP effectuant des éducations thérapeutiques et qui conduit des suivis rapprochés des diabétiques jusqu'à ce qu'ils adoptent un changement de comportement de façon la plus autonome possible.

3- La formation des prestataires publics de soins au niveau des CSB en prise en charge du diabète réalisé par les médecins de l'AMADIA qui entre dans le paquet minimum d'activité en soins de santé primaire.

F- RECOMMANDATIONS

F-1. Synthèse des recommandations de la part des groupes cibles et des bénéficiaires du programme santé

Rappels :

- Les groupes cibles du programme santé sont :
  - ⇨ Les partenaires locaux et en particulier le personnel technique chargé de la mise en œuvre opérationnelle des actions. Ceux-ci bénéficieront d'un appui tout le long du programme afin de

disposer des moyens matériels, techniques et financiers leur permettant de conduire efficacement leur mission et améliorer leur offre de services. Plus précisément :

- Les prestataires de soins des 3 CSB de Belo sur Tsiribihina, Antsakomalinky et Aboalimena
- Le personnel soignant de l'Hôpital St-François d'Assises
- Le personnel soignant du Diabete Center de Morondava
- Les membres du bureau exécutif local de l'Antenne régionale locale A.MA.DIA de Morondava
- Les pairs-éducateurs diabète/HTA

⇨ Les 3 communes rurales cibles ainsi que les comités locaux de développement (et les COSAN associés) des 52 fokontany touchés. Les collectivités locales, en tant que principal acteur et garant du processus de développement local, auront un rôle décisif à jouer dans la mobilisation des communautés locales, la facilitation du dialogue entre parties prenantes (notamment à travers la mise en place de cadres de concertation multi-acteurs et la résolution de conflits le cas échéant) et la mise en place d'un cadre réglementaire favorable au développement et à la pérennisation des actions entreprises.

⇨ La Direction Régionale de la Santé (DRS) qui sera associée aux activités de suivi et de supervision dans la zone d'intervention du programme.

- Les bénéficiaires directs du programme santé sont : Les populations des 3 communes rurales cibles du district de Belo/Tsiribihina, soit environ 52.000 personnes. Plus précisément :
  - les populations du district de Belo/Tsiribihina bénéficiant des services de l'Hôpital St-François d'Assises
  - les diabétiques des districts de Belo/Tsiribihina, Morondava et Mahabo
  - les agents communautaires des 39 fokontany touchés, soit 78 personnes
  - les organisations de la société civile, qui bénéficieront de formations et d'un accompagnement pour la conduite d'actions de plaidoyer
  - les stagiaires en médecine qui bénéficieront d'une formation en médecine interne adaptée au contexte local urbain de Madagascar

- Les bénéficiaires indirects du programme santé sont : L'ensemble des habitants du littoral Nord de la région du Menabe, soit environ 161.000 personnes. A moyen terme, ils pourront tirer des bénéfices liés à l'amélioration de la situation sanitaire dans la zone d'intervention. Par ailleurs, le programme a pour ambition de jouer un effet levier en permettant, par la mise en œuvre de synergies et nouvelles collaborations, d'étendre son impact sur l'ensemble de la zone.

Les enquêtes auprès des Bénéficiaires ont permis de relever des problèmes qu'ils ont vécu et qui méritent d'être analysés et voir ce qui mérite des actions prioritaires à entreprendre dans le prochain programme.

- **Les diabétiques et les hypertendus des antennes locales de l'AMADIA**

Les problèmes évoqués par les diabétiques et les malades HTA au niveau des antennes locales de l'AMADIA	***Les recommandations Suggérés par les malades ou par la consultante***
Les diabétiques ne pouvaient pas bénéficier des ETP donnés durant la réunion du groupe de soutien au Diabète Centers pendant les périodes de confinement dû au covid 19 en 2020. Les malades diabétiques ont peur de fréquenter le Diabete Center à Morondava à cause du COVID existant dans l'enceinte du SDSP de Morondava où l'infrastructure du diabète center est installé actuellement.	Les diabétiques sont très vulnérables à la maladie du covid 19 : -Exiger le renforcement des gestes barrières au niveau des diabète Centers (port de masque, distanciation de 1 m durant les réunions, lavage des mains avec du savon ou emploi de gel hydroalcoolique à l'entrée des diabètes centers) -Confirmer par des affiches à l'entrée des centres les jours et l'heure d'ouverture et fermeture des centres.
Des périodes de rupture de stock de médicaments est quelque fois signalée par les malades, les causes sont : durant les périodes de confinement de 2020 surtout , au niveau de l'antenne locale de Belo ST lors des saisons de pluie qui provoquent des coupures de route et qui retardent l'arrivée des médicaments à Belo ST, dû au retard de l'envoi de la	-rappeler aux membres des avantages d'être membre à l'AMADIA, et de signaler que le non-paiement des cotisations ne permet pas de jouir à tous les avantages des services offerts au niveau des diabète centers comme : consultation à moindre coût, test de glycémie à moindre coût, vente de médicament

commande des médicaments car il y a une insuffisance de recette des antennes locales dû au non-paiement des cotisations des membres, insuffisance de recette du centre.	moins cher qu'à la pharmacie, conseil sur les éducations thérapeutiques donné une fois par mois aux diabète centers. -Informer aussi l'existence des services délivrés au niveau des diabète centers qui sont payants mais le prix est inférieur au prix des services ailleurs. Le fait de ne pas fréquenter les centres ne permettrait pas au centre de fonctionner normalement car ce sont les recettes sur la vente des médicaments qui permettent de renouveler l'approvisionnement. -Encourager les diabétiques à fréquenter les diabètes center.
Les malades souhaiteraient que les DC soient ouverts toute la journée du lundi au vendredi et le samedi matin. Pourtant, durant le passage des enquêteurs, il a été constaté que les diabète centers ne sont ouverts que la matinée car le médecin d'antenne ne travaille pas toute la journée au DC. C'est une des causes d'insuffisance des recettes des Diabète Centers.	-Les 2 médecins d'antenne dans chaque diabète center ne travaillent pas en plein temps au diabète center car ils ont des fonctions ailleurs (la plupart sont des médecins des CSB publics). De ce fait ils sont payés avec la quote-part correspondant au nombre de consultation réalisée au centre. Il faut recruter un médecin permanent par diabète center pour que les malades puissent venir à tout moment et cela fera augmenter la recette du diabète center. Pour le commencement, le salaire du médecin permanent sera payé avec l'aide du programme santé de LC. Après un an, quand les recettes deviennent suffisantes, son salaire sera pris sur la recette du centre.
Les diabétiques constatent que les médecins des DC ne traitent pas les complications du diabète (complication ophtalmologique, cardiaque, rénale,..) Les analyses pour détecter les complications n'existent pas, il n'y a que la glycémie qui est l'analyse disponible au DC. Les diabétiques et les malades HTA réclament souvent : la consultation spécialisée en ORL, rénale, cardiaque, les analyses sur les maladies de surcharge. On demande aussi de pouvoir faire le test du COVID 19 au diabete center. Les malades demandent aussi les services comme la radiographie, scanner, dentisterie, kinésithérapie pour les malades d'AVC (accident vasculaire cérébral), l'amputation.	Le diabète est une maladie qui concerne plusieurs organes et de ce fait il faut s'attendre à une polypathologie. Vue la capacité de fonctionnement des diabète centers qui sont tous à leur commencement, le développement des services se fait petit à petit. La suggestion à donner est de pouvoir rendre disponible le test d'hémoglobine glyqué et des analyses faisables par des bandelettes qui reviennent moins chers (exemple : test d'albumine et sucre dans les urines). Il est intéressant de pouvoir réaliser le test du COVID 19 dans les diabètes centers vu la vulnérabilité des diabétiques devant le COVID 19. Il suffit de s'informer auprès de l'EMAR sur la faisabilité des tests COVID. Les malades qui ont besoin de consultations spécialisées sont orientés vers le CHRR à Morondava (ophtalmologie, cardiologie, maladie rénale…). Les diabétiques qui ont besoins de compléments d'analyses sont orientés au CHD1 ou à l'HSFA si les analyses sont faisables là-bas. Les analyses très spécifiques, les services spécialisés comme le scanner, l'amputation sont orientés à AMADIA central. La radiographie, dentisterie sont orientés vers le CHRR de Morondava.

- **Les malades fréquentant l'hôpital Saint François d'Assise (HSFA)**

Les problèmes évoqués par les malades fréquentant l'HSFA	*Les recommandations par les malades ou par le consultant*
Le coût de la prestation médicale est trop cher pour la population malgré que réellement les prix ne sont pas très élevés (consultation externe : 3 000 ariary, hospitalisation dans une chambre commune : 5000 ariary, une chambre payante à un lit : 10 000 ariary, le prix de vente des médicaments est identique au prix de vente des médicaments dans le secteur public (x1,6%)). Les malades vont chez les paramédicaux sortant de l'école de paramédicaux de Belo ST qui donnent des consultations à bas prix. La concurrence du CSB2 et du CHD1 de Belo qui sont des services publics à consultation gratuite est très forte aussi.	HSFA est un hôpital a visée ~~lucrative~~ caritative avant tout, qui assume le rôle du secteur public dans les cas chirurgicaux surtout en raison de l'inexistence de CHD2 au niveau du SDSP où il n'y a que l'HSFA qui reçoit les malades nécessitant des soins chirurgicaux dans tout le district et même hors du district alors que les malades sont trop pauvres, accentués par les victimes de l'insécurité qui sont vraiment démunis de tout. Pour résoudre ce grand problème, l'évaluateur préconise que chaque année, l'HSFA doit effectuer un lever de fond jusqu'à l'ouverture d'un CHD2 au niveau du SDSP. Cela est faisable à partir d'organisation de fêtes ou de galas de chants évangéliques qui doivent être appuyés par l'ECAR de Morondava, demande d'aides aux autres organisations religieuses.
L'éloignement de l'emplacement de l'HSFA par rapport à la ville rend difficile l'accessibilité car au retour pour rentrer, les malades affirment qu'il est difficile de trouver un bajaj ou un taxi.	Les malades suggèrent de mettre une liste de nom de chauffeur de Bajaj et de taxi affiché à la réception qu'ils pourront contacter quand ils vont sortir de l'hôpital.
Les malades réclament des services comme la radiographie et dentisterie.	Le service de radiographie fait partie des services qui doivent exister dans le paquet complémentaire d'activités pour un hôpital chirurgical. L'HSFA a déjà inscrit l'appareil de radiographie et des éléments pour un appareil de dentisterie dans leur PTA en 2021. La directrice de l'HSFA a envoyé très tardivement des factures pro-forma à la demande de l'équipe du programme de santé LC mais les achats ne sont pas faits. En effet, la directrice n'a pas anticipé la demande par rapport aux délais et aux disponibilités des équipements demandés, et n'a pas tenu compte des priorisations à faire en fonction des bilans des activités par rapport aux résultats attendus ni des plafonds budgétaires à respecter dans le cas où les dépenses dépassent le cadre budgétaire prévu !
Les malades affirment que la population ne connait pas beaucoup les services délivrés au sein de l'hôpital car il n'y a pas trop d'information donné par l'HSFA. Vue l'éloignement et les problèmes d'accessibilité durant les saisons de pluie, les malades y viennent mais quelque fois ne reçoit pas le service qu'ils cherchent car le service n'existe pas. La population reçoit des publicités sur la guérison définitive du diabète par le traitement des tradipraticiens mais ils reviennent après avec des complications au niveau du HSFA.	Les malades suggèrent d'informer la population sur les services disponibles à l'hôpital par téléphone avec un numéro vert (gratuit) qui peut donner toutes les informations sur les services existant au niveau de l'hôpital. Ou bien donner des consignes à la réceptionniste de l'HSFA de répondre aux personnes qui demandent au téléphone des informations sur les services qu'ils cherchent. Diffuser des annonces à la radio locale sur les services disponibles surtout durant les occasions de l'organisation de lever de fond (suggestion du consultant). Donner des clarifications sur l'existence de la prise en charge du diabète au niveau du HSFA
Les malades se plaignent sur la sévérité du personnel envers les patients et leurs accompagnateurs qu'ils traduisent comme une méchanceté. Après une enquête auprès des prestataires, ces derniers ont confirmé qu'ils sont plutôt stricts sur les consignes de propreté dans les services et dans les chambres d'hospitalisation.	En effet, dans les milieux ruraux où la population n'a pas l'habitude de vivre dans des conditions d'hygiène et de propreté, c'est évident qu'ils le prennent comme une méchanceté. Mais les malades sont des clients et il faut toujours leur parler avec tact. Donner une formation sur l'humanisation des soins et sur le 5S au personnel du HSFA. L'équipe de l'EMAD a un pool de formateurs qui donne ce type de formation et cela a été très efficace pour faire augmenter le nombre des usagers au niveau des CSB (f activités du R1).
Les malades demandent une ambulance pour évacuer les malades vers le CHRR pour les cas chirurgicaux difficiles.	L'achat d'une ambulance est budgétivore par son entretien, réparation, salaire de chauffeur. Cette activité ne sera pas prise en considération devant les grands problèmes de recouvrements de coût et la faible fréquentation de l'hôpital pour la consultation externe.

- **Les usagers des CSB**

Les problèmes évoqués par les usagers des CSB	Les recommandations suggérés
La population d'Antsakoamaliniky se plaint de l'insuffisance de personnel au niveau du CSB. Ils ont envoyé une lettre de plainte au Médecin Inspecteur de Belo ST de l'incompétence et des comportements non professionnels de la sage-femme bénévole qui travaille seule au CSB Antsakoamaliniky et la population demande de la remplacer.	Le chef CSB titulaire du CSB Antsakoamaliniky est malade et absente du poste. Le CSB d'Antsakoamaliniky n'a ni 2è agent, ni prestataire paramédical titulaire de poste. Le MI de Belo ST confirme que la sage-femme bénévole n'a reçu aucune formation et il est en train de chercher un personnel paramédical pour le remplacer.
Les femmes fréquentant les 3 CSB d'Antsakoamaliniky, Aboalimena, Belo sont soulagées de la construction de WC pour les CSB Mais la non-adduction d'eau au bloc sanitaire est un problème.	Il faut assurer l'adduction d'eau des blocs sanitaires : Suggestion : Supposant que le CSB ait une source d'eau (au moins un puit) mettre le système de tip à tap (mettre en permanence une bouteille pleine d'eau propre à côté du WC pour se laver les mains, chaque utilisateur remplace l'eau qu'il a utilisé après être sorti du WC.

F-2. Recommandations à partir de l'analyse des avis des divers acteurs et de la part de l'évaluatrice

- **Pour AMADIA**

Les problèmes de AMADIA	F2.1. Les recommandations stratégiques
La pérennisation des activités au niveau des DC n'est pas assurée : Les 3 antennes locales de l'AMADIA font un grand effort pour être autonomes dans le fonctionnement des diabètes centers (DC), surtout dans l'approvisionnement en médicaments et dans le paiement des salaires du personnel travaillant dans les diabètes centers (DC). Les antennes locales font des opérations gâteaux, ventes de casquettes et tee-shirt AMADIA pour augmenter les recettes de l'antenne locale. La gestion des DC est assurée par un personnel paramédical. C'est lui qui fait à la fois les prestations des soins, les tests de glycémie, gère le stock de médicaments, prend les recettes du DC. De ces faits, il y a beaucoup de risque de fraudes dans la gestion des DC. Les ruptures de stock existent encore quelque fois car le personnel paramédical qui gèrent les intrants n'ont pas été formés en gestion de stock de médicaments et en quantification des besoins en médicaments. Il faut dire aussi quelque fois la recette des DC n'est pas suffisante pour couvrir l'achat des médicaments. Ainsi, Il faut apporter des améliorations dans la gestion des Diabètes Centers.	**Assurer la pérennisation des activités en améliorant et contrôlant la rentrée des recettes des diabètes centers.** Pour la première année, l'aide du programme santé de LC est nécessaire pour payer le salaire d'un médecin permanent et d'un caissier au niveau du DC. Mais à partir de l'année 2, il faut laisser petit à petit les antennes locales à prendre en charge le salaire des médecins et du caissier à partir des recettes obtenues au niveau des DC.
	F2.2. Recommandation opérationnelle sur la pérennisation des activités des DC
	1-Recruter un médecin permanent dans chaque DC afin que le DC fonctionne toute la journée et pour augmenter la fréquentation des diabétiques au DC. Le second médecin travaillera en demi-journée ou durant les samedis matin. 2-Délivrer des services de médecine générale en plus de la consultation sur le diabète afin d'augmenter le nombre de consultation. Le tarif des services pour les non membres de l'AMADIA doit être plus élevé. 3-Recruter un(e) caissier dans le DC pour éviter les fraudes. Le prestataire paramed ne peut pas être à la fois prestataires de soins, faire le test de glycémie, vendeuse de médicaments et prendre les recettes venant de tous ces services. 4-Former la gestionnaire du DC en gestion des intrants 3-Améliorer la collecte des données dans le DC pour faciliter le contrôle de la rentrée d'argent. Mettre un registre pour chaque service : registre de consultation, registre de soins, registre d'analyse, registre de stock de médicaments.
Les activités de sensibilisation, de campagne de dépistage, d'éducation thérapeutique prodiguées par les éducateurs pairs sont des activités prioritaires mais nécessitent un grand budget. Après la clôture du programme santé de LC en décembre 2021, les activités des EP étaient réduites dû	**F2.2. Recommandations opérationnelles pour assurer les réalisations des activités de campagne de sensibilisation, de dépistage de masse et d'éducation thérapeutique**
	Appuyer financièrement la campagne de sensibilisation et le dépistage de masse du diabète.

à l'insuffisance de budget pour payer leur frais de déplacement et leur ~~motivation~~ frais de déplacement/indemnités… Ainsi les EP ont effectué des VAD et les ETP dans les fokontany où ils habitent seulement.	Grace à l'appui financier du programme santé de LC, organiser les campagnes de dépistage de masse au niveau de chaque antenne locale. **Appuyer financièrement les éducateurs pairs dans leurs activités d'éducation thérapeutique** Il faut trouver un budget pour pouvoir soutenir les activités des EP. Les EP doivent être motivés malgré qu'ils travaillent bénévolement car avec l'intensité des tâches, ils n'ont pas le temps de travailler quelque fois : -Outil de travail pour la sensibilisation, frais de déplacement, motivation des EP. Les antennes locales doivent continuer de faire des opérations gâteaux et autres activités de rentrer d'argent pour couvrir ces dépenses jusqu'au déblocage du budget du bailleur.
AMADIA CENTRAL est débordé de travail alors qu'il doit aussi assurer la formation des formateurs de l'EMAD et ECAR de tout le MinSan sur la prise en charge du diabète : AMDADIA Central s'implique beaucoup dans l'appui des antennes locales mais devant sa lourde responsabilité incombée par le MinSan depuis qu'il a été désigné comme organisation d'utilité publique, de plus le directeur opérationnel de l'AMADIA a reçu une attestation de compétence en tant que diabétologue. Il doit réorganiser ses activités au niveau des antennes locales.	**F2.2 Recommandations opérationnelles sur la répartition des tâches au sein de l'AMADIA** **Bien répartir les tâches au niveau de l'AMADIA pour une meilleure organisation de travail :** Suggestion de l'équipe centrale de l'AMADIA : **Rôle du RAL** : En plus des tâches déjà assumées par le RAL, -Assurer la ***commande et la livraison des médicaments*** commandés par les antennes locales -Assurer le ***contrôle de la gestion des antennes locales*** **Rôle de l'AMADIA Central** : -Assurer la réalisation de ***l'audit annuel des antennes locales*** - Assurer la ***recherche de financement et la réalisation des formations et supervisions*** de tout le personnel médical du MinSan ou de AMADIA. - Fournir une formation en cascade, le suivi post-formative sera assurée par l'EMAD et l'EMAR. Suggestion par l'évaluatrice: **Les tâches des BEL avec le RAL** - ***Assurer le contrôle de la gestion financière des DC***. **Rôle du RAL** ***- Organiser les tâches de collecte de données et rapportage des activités au niveau des DC :*** -Créer un registre pour chacun des services générateurs de recette (la consultation médicale, les soins, les contrôles glycémiques, la vente de médicaments). -Créer un canevas de rapport d'activités du DC. -Compiler les canevas de rapports remplis par les médecins et le paramédical. **Les médecins d'antenne et le paramédical :** ***-Remplir les registres*** pour chaque malade qui cherche un service, mettre le prix du service dans une colonne. -Chaque fin du mois, ***les médecins et le paramed font le rapport d'activités*** pour chaque service qu'ils ont personnellement effectué en remplissant le canevas de rapport d'activité. Ils donnent le rapport mensuel des services qu'ils ont fournis avec les recettes obtenues au RAL.
Les examens paracliniques disponibles sont insuffisants pour détecter les complications du diabète, les malades demandent la faisabilité les examens biologiques pour le bilan métabolique et	**F2.2 Recommandation opérationnelle pour ajouter des examens paracliniques dans les services délivrés au niveau des DC**

rénale, l'ECG, l'échographie, radiographie, les consultations spécialisées (ophtalmologie, cardio-vasculaire)	Le diabète est une maladie multidisciplinaire et dans son développement futur, Selon le budget disponible, AMADIA fera le maximum pour compléter les examens qui sont les plus utiles pour détecter les complications. -Suggestion de rechercher un financement avec le programme santé de LC pour fournir les examens paracliniques suivants : Test d'hémoglobine glyqué, l'albumine et sucre dans les urines (Bandelette) , appareil ECG. Pour le moment, les consultations spécialisées, autres analyses et les radiographies ou échographie pourront être référé vers l'HSFA ou vers l'EMAD ou vers le CHRR de Morondava.

- **Pour HSFA**

Les problèmes de HSFA	**F2.1. Les recommandations stratégiques**
La fréquentation en consultation externe de l'HSFA est très basse alors que le prix de la consultation est 3 000 ariary. Les malades ont fait la remarque que c'est encore trop cher pour eux et ils proposent de faire descendre la consultation à 1000 ariary ou 2000 ariary. Il faut prendre en considération la grande concurrence qui existe devant le CSB2 de Belo ST qui donne des consultations gratuites. Il existe aussi des sortants de l'école de paramédicaux de Belo qui donnent des consultations à bas prix. L'hôpital possède un appareil échographie mais n'a pas d'échographiste. Le service de laboratoire venait d'être doté en matériels techniques et à un potentiel de développement qui peut encore être exploité par des analyses simples mais courants.	Puisque l'HSFA est un hôpital privé à but lucratif, **il doit avoir une valeur ajoutée** s'il veut vaincre la concurrence. Il peut faire descendre le prix de la consultation mais c'est dans **l'accueil, la qualité de service, les examens paracliniques** qu'il doit rattraper le manque à gagner.
	F2.2 Recommandations opérationnelles pour augmenter la fréquentation des malades en consultation externe.
	-Recruter un échographiste. Il sera aussi le responsable de la radiographie plus tard. -Fournir des analyses biologiques courantes (exemple les analyses que les diabétiques ont besoin de faire pour détecter les complications du diabète) -Former le personnel en humanisation des soins et du 5S (amélioration de l'accueil avec la gentillesse et le sourire de tous les prestataires, éviter les longues files d'attente, salle d'attente bien aéré, propre, avec un nombre suffisant de chaises…) -Renforcer la capacité technique du personnel médical : Formation, Remise à niveau, supervision. -Tenir compte des plaintes des malades sur les problèmes d'éloignement de l'hôpital par rapport à la ville de Belo ST.
Le nombre de malades chirurgicaux sous anesthésie général et loco-régional est très bas	**F2.1. Recommandation stratégique**
Les malades hospitalisés n'ont pas les moyens pour payer les frais d'hospitalisation, surtout les malades chirurgicaux. L'hôpital a un grand problème de recouvrement des coûts de fonctionnement dû au nombre de frais d'hospitalisation impayés. Le prix des chambres communes à 2 lits, à 3 lits, à 5 lits au HSFA sont à 1000 ariary par jour et la chambre payante à un lit est 50 000 ariary. A Belo ST, L'HSFA est le seul hôpital chirurgical du district car il n'y a pas encore de CHD2 au SDSP. La sœur directrice qui est aussi le référent du programme santé auprès des acteurs locaux dot LC au niveau de l'HSFA est surchargée de travail et n'arrive pas à mettre à jours les états de stock de médicament, les registres des malades, le contrôle des recettes. De ces faits, elle a des difficultés et met du retard dans l'envoi des rapports d'activités.	L'HSFA se substitue le rôle du secteur public à Belo ST. Pour assurer le recouvrement des coûts de fonctionnement, La congrégation des sœurs hospitalière de la miséricorde appuyé par l'ECAR de Morondava doit effectuer chaque année un lever de fond pour couvrir les frais de fonctionnement : -Organiser des évènements et des fêtes rémunératrices d'argent au niveau des églises, demandes d'aide aux autres organisations religieuses. -Assurer une gestion transparente des recettes de l'hôpital au niveau de tous les services délivrés à l'HSFA : consultation externe, laboratoire, maternité, hospitalisation, pharmacie de l'hôpital. -Améliorer l'organisation dans la collecte des données concernant le programme de santé de LC
	F2.2. Recommandations opérationnelles sur la gestion des recettes de l'HSFA
	Déléguer les tâches sur la collecte des données et rapportage des activités de l'HSFA afin d'améliorer la gestion financière de l'hôpital : -Mettre des registres partout où il existe des services qui sont payantes. Les registres contiennent l'identité du malade, leur

	adresse et contact, le type de service qu'il a reçu, la somme d'argent qu'il a payé. -Elaborer un canevas de rapport d'activités qui doit être déposé avec le registre dans chaque service que les malades fréquentent. Ce canevas contient le nombre de service reçu avec le total de recette reçue par service. -Recruter un caissier (e) avec un guichet unique qui ne fait que collecter l'argent venant des patients. Elle/il donne un reçu pour chaque service payé. Les services ne doivent pas être délivrés sans avoir été payés, le prestataire doit réclamer le reçu avant de donner le service. A chaque fin de journée, la recette de l'hôpital doit être versée à la banque. -Les prestataires qui travaillent dans chaque service et qui ont reçu le malade doit remplir le registre : à commencer par la réceptionniste qui doit enregistrer le nombre de fréquentation de l'hôpital (qui permet aussi d'avoir la traçabilité du malade), où s'il existe des services fournis à la réception (exemple : vente de cache bouche…), les prestataires ne doivent pas prendre de l'argent aux malades. Les malades vont à la caisse unique pour payer et ils reçoivent un reçu du caissier que chaque prestataire réclame avant de fournir un service. Les prestataires qui doivent remplir le registre et le canevas de rapport sont : la réceptionniste, les prestataires des consultations externes, les prestataires des salles de soins, le personnel de la pharmacie pour l'achat des médicaments, le prestataire du laboratoire d'analyses, les prestataires de la maternité, les prestataires des salles d'hospitalisation. Chaque fin du mois, les prestataires font la compilation des services reçu et doivent remplir le canevas de rapport pour ce service et donne le rapport à la sœur directrice qui fait la compilation de tous les services avec le montant total des recettes. Mensuellement, Elle fait le contrôle du rapport envoyé dans chaque service avec le responsable financier de l'hôpital.
Les problèmes existant en chirurgie	**F2.2. Recommandations opérationnelles pour améliorer le service de chirurgie**
Dû à l'insuffisance d'électricité dans le bloc opératoire, une seule intervention chirurgicale par jour est effectuée alors que le salaire du chirurgien et de l'anesthésiste est payé sur la recette de l'hôpital et une quote-part par le programme santé. Le climatiseur dans la salle d'opération est abimé et l'atmosphère est surchauffée dans le bloc opératoire, rendant un inconfort au chirurgien et au malade. Le concentrateur d'O2 aussi est abimé, de ce fait les malades qui ont besoin d'O2 en souffrent aussi. Le chirurgien et l'anesthésiste sont uniques et quand ils partent en congé, la direction de l'HSFA doivent chercher des remplaçants. Le chirurgien est retraité du secteur public et en essai de 6 mois. Il affirme qu'il pourrait rester de travailler à Belo ST si les conditions de travail est plus confortable et son logement est doté de climatiseur ou de ventilateur. Le nombre d'interventions chirurgicales est limité aussi par le manque d'appareil de radiographie alors que le besoin devient croissant devant les traumatismes dû aux victimes de l'insécurité. (déjà évoqué sur les recommandations évoquées par les malades)	Par ordre de priorité, voici les actions nécessaires : - En urgence, fournir de l'électricité au bloc opératoire afin qu'il puisse fonctionner 24h sur 24h surtout que c'est nécessaire devant les interventions chirurgicales d'urgence. -Acheter un climatiseur et un concentrateur d'O2 pour le bloc opératoire. Améliorer le système d'aération dans le bloc opératoire. (Réclamation du chirurgien) - fournir un appareil radiographique car c'est une nécessité pour un hôpital chirurgical. Son existence pourra aussi faire augmenter le nombre d'intervention chirurgicale. -le nombre de chirurgien et d'anesthésiste n'est pas encore obligé d'être augmenté si le nombre d'intervention chirurgicale est encore petit. Etant donné que la direction de l'hôpital trouve encore des remplaçants s'ils sont absents. -L'achat de ventilateur pour le logement du chirurgien et de l'anesthésiste peut être effectuer si le salaire qu'on leur donne ne permet pas d'en acheter un.

- **Pour EMAR/SDSP/CSB**

Les problèmes de communication entre EMAR et l'équipe du programme santé de LC	**F2.1. Recommandation stratégique**
Durant la visite de l'évaluatrice auprès du DRS, le DRS a fait part de son souci sur l'insuffisance de communication entre l'équipe du programme santé de LC et le DRS à son arrivée, mais cela a été résolu par la suite, notamment suite à la visite de courtoisie de la directrice de LC peu de temps après sa prise de poste. Il a invité l'équipe du programme santé de LC durant la revue annuelle 2019, 2020 2021 pour présenter les réalisations du programme sachant que LC a participé au financement de revues régionales en 2020 et 2021. Malgré cela il a donné l'autorisation d'installer ~~construire~~ les 3 Diabète centers de l'AMADIA dans l'enceinte de CHRR de Morondava, dans l'enceinte du SDSP de Mahabo et du SDSP de Belo ST.	Suggestion de l'évaluatrice : Pour la prochaine mise en œuvre du programme santé, élaborer un contrat de partenariat entre La Direction centrale DLMNT et le directeur de programme santé de LC. Au début de la mise en œuvre du programme, il faut effectuer une visite de courtoisie au DRS de Menabe, partager au DRS une copie du contrat de partenariat réalisé en haut-lieu, une copie du programme, et une copie du PTA budgétisé.
Les problèmes des CSB	**F2.2. Recommandations opérationnelles**
Problème de vacance de poste : Les postes du chef CSB d'Aboamimena et chef CSB Antsakoamaliniky sont vacants vers la fin du projet : A Aboalimena, il y a encore le paramed qui assure l'intérim jusqu'à obtenir un nouveau chef CSB. Il a été encadré par le chef CSB avant son départ. A Antsakoamalinily, Il n'y pas de prestataire titulaire car le chef CSB qui était seule au poste est partie à Antananarivo pour se faire soigner. La paramédicale bénévole qui la remplace n'est pas compétente et non formée. **Problème d'approvisionnement :** Malgré la capacité des usagers des CSB à payer les médicaments et consommables qui permettent d'assurer l'autonomie et la durabilité de l'approvisionnement des CSB, il y a toujours des problèmes de rupture de stock dans les 3 CSB. Pour les médicaments urgents, la solution prise par les chefs CSB est d'acheter les médicaments au niveau des dépositaires de médicament de proximité. Les différentes causes de rupture de stock perçues sont : -Les gestionnaires des intrants à Belo ST et à Antsakoamaliniky ne sont pas formés en gestion de stock. Il existe une incapacité de faire la quantification des besoins dans ces CSB. -Les commandes sont envoyées par les CSB mais SALAMA n'arrive pas à honorer les commandes ou bien SALAMA livre des médicaments qui n'a pas été commandé par le CSB, Il existe un retard de livraison de SALAMA vers le Phagédis durant les saisons de pluie. Les camions qui font la livraison partent de Tana et font un détour à Tuléar avant d'aller à Morondava puis vers Belo ST. - La transparence de la gestion du fond du CSB qui est géré au niveau de la commune nécessite l'intégrité du COGE et du chef CSB. -L'acheminement des colis à partir du PHAGEDIS vers les CSB est sous la responsabilité du chef CSB, il n'y a pas de	<u>Suggestion de l'évaluatrice pour l'EMAD ET CSB :</u> - Devant le manque de personnel formé, les personnes restant au poste doit demander l'appui technique aux autres chefs CSB, demander au MI de remplacer les 2 personnes qui étaient parties. -L'EMAD doit recruter un paramedical formé pour le CSB à Antsakoamaliniky car la population a déjà envoyé une lettre de plaintes sur l'incompétence de la sage-femme bénévole qui remplace le chef CSB malade. <u>Suggestion de l'évaluatrice pour l'EMAD :</u> -Former les responsables des intrants du CSB et les dispensateurs du Phagecom en gestion des intrants. -l'EMAD doit faire une réclamation au niveau de l'EMAR sur les agissements de SALAMA (qui est un progamme ministériel) par rapport aux livraisons de médicaments ne correspondant pas aux commandes et aux retards de livraison des médicaments. Faut-il diversifier les fournisseurs pour solutionner à ces problèmes ? **-**Malgré qu'il n'y a pas de fraude détectée au niveau de la gestion des médicaments du CSB dans les Phagecom, il faut la signature de 4 personnes pour prélever de l'argent sur le fond d'approvisionnement du CSB déposé au niveau de la commune, il est nécessaire que l'EMAD fasse un contrôle très rapproché de la gestion des stocks du CSB (exemple : descente sur terrain trimestrielle.) -Pour assurer l'acheminement des colis de médicaments vers les CSB, les chefs CSB doivent prendre des précautions de sécurité pour éviter les vols ou les attaques à mains armées. De ce fait, il ne doit pas l'effectuer sans moyen de transport automobile qui a moins de risque d'être attaqué.

budget spécifique pour le transport. Les chefs CSB collaborent avec les taxi-brousses qui acceptent de transporter gratuitement les colis vers le CSB. Le CSB Aboalimena fait des locations de charrette pour la livraison des colis de médicaments à partir du phagedis quelquefois. **Problèmes de rapportage des activités :** Les personnels des CSB attendent que le coordinateur de projet santé de LC donne un modèle de canevas pour rédiger le rapport d'activités mensuels des CSB pour le programme santé de LC. Ils espèrent que cela facilitera leur tâche.	<u>Suggestion de l'évaluatrice pour le coordinateur de projet santé de LC</u> : Les Rapports d'activités des CSB pour le programme santé de LC doivent être pris à partir du RMA du CSB. Le coordinateur du projet santé doit élaborer un canevas de rapport d'activités qui sera prélevé sur le RMA rempli. Il faut éviter de chercher à ce qu'il fournisse des indicateurs nouveaux qui vont le surcharger encore plus de leur travail.
Les problèmes sur les activités des AC au niveau des CSB	**F2.1. Recommandations stratégiques**
-Les AC affirment l'insuffisance des motivations financières alors que le volume de travail est immense. La réception de la motivation financière n'est pas uniforme pour tous les AC. Au CSB de Belo, l'enquête révèle que les AC ont affirmé : « Il ne faut pas mentir au AC et dire qu'ils seront rémunérés alors que ce n'est pas vrai ». ils ont dit qu'ils refusent de travailler bénévolement. Le personnel du CSB de Belo a confirmé que les AC se plaignaient de la non-uniformisation du traitement entre les AC de tous les CSB et les AC se parlent entre eux. Mais l'envoi des bonus par mobil money pose aussi des problèmes car les AC n'ont pas leur propre téléphone et donne des numéros de téléphone d'autrui. LC qui a établi une convention de collaboration avec Mahefa Miaraka devait réagir devant cette situation. -Au CSB Aboalimena, l'intérêt d'aller se faire soigner au CSB est vite oublié par la population devant les rumeurs et surtout quand les AC ne font pas de sensibilisation. Les AC des 3 CSB réclament que les outils de travail ne sont pas suffisants (sonorisation, registre, canevas de rapport d'activités). Souvent, Les AC ne viennent pas aider au niveau des 3 CSB durant les séances de vaccination alors que l'équipe du CSB ne peut pas faire seule le rassemblement des carnets, pesages, métrages, remplissage de fiche individuelle des enfants avant la vaccination (surtout s'il est seul au poste). Il y a aussi les séances de sensibilisation à mener avant la vaccination au niveau des CSB.	Les 3 CSB ont besoin de l'appui des AC pour pourvoir réaliser certaines activités au niveau du CSB. Pourtant ils ne sont pas salariés. Les motivations qui sont partagés avec les équipements comme casquette, gilet, sac au dos sont moindres par rapport à leur contribution non négligeable toute l'année à l'atteinte des objectifs du programme. - Les activités de sensibilisation des AC mobilisent beaucoup de ressources et il est judicieux de chercher toujours des partenaires techniques et financiers (PTF) qui travaillent dans les mêmes sites utilisant aussi la mobilisation communautaire pour partager les coûts de la réalisation des activités avec eux. -Les PTF qui les dirigent doivent être redevables envers les AC et doivent valoriser leur volontariat en donnant un traitement équitable envers eux. Il ne faut pas oublier que les AC se communiquent entre eux et dès qu'ils refusent de travailler, il sera difficile d'atteindre les objectifs. -Collaborer avec les autorités locales (maire, chef du fokontany) pour les programmes qui nécessitent une mobilisation communautaire (sensibilisation de masse et de groupe au CSB, vaccination, action de masse comme débroussaillages du village, canalisation, construction de latrine, plantation d'arbre…). -Le chef CSB doit résoudre les problèmes de collaboration avec les AC par une réunion avec les autorités locales, le COSAN et les AC : Elaborer des plannings d'activités avec les AC et afficher les calendriers de vaccination, de PF, de CPN.
	F2.2. Recommandations opérationnelles de qui pour qui ?
	-Doter les AC en outils de travail : mégaphone, registre, canevas de rapport d'activités. -Encourager les AC par des dotations en équipement (casquette, gilet, tee-shirt, sac au dos, imperméable…) et par des motivations financières. -Former les AC en sensibilisation sur le paquet minimum d'activités dans les soins de santé primaires.
Problèmes sur les infrastructures construites dans l'enceinte des 3 CSB.	**F2.2. Recommandations opérationnelles de qui pour qui ?**
Au niveau des 3 CSB Belo ST, Aboalimena et Antsakoamaliniky, des fosses à ordures ont été contruites. Il y en a qui sont déjà pleines et on voit des seringues à jeter souillés qui débordent de la fosse à	-Construire un incinérateur chacun dans les CSB de Belo ST, Aboalimena et Antsakoamaliniky. -Réhabiliter les CSB qui sont très vétustes : par ordre de priorité : CSB Antsakoamaliniky, puis CSB Aboalimena.

ordure. Il faut signaler que dans les normes de la gestion des déchets, ce sont les ordures ménagères qui doivent être jetés dans les fosses à ordures, mais les objets tranchants et les déchets médicaux doivent être incinérés. Alors qu'il n'y a pas d'incinérateur dans les 3 CSB. Le CSB Aboalimena et CSB Antsakoamaliniky sont vétustes et méritent d'être réhabilités (surtout Antsakoamaliniky) cf aux photos en annexe.	