



ENQUETE DE SUIVI DES RESULTATS (OMS 2015) DANS LES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET USAID/MIKOLO DANS LES REGIONS DU SUD ET SUD EST DE MADAGASCAR

RAPPORT FINAL

Avril 2016

Cette publication a été réalisée à la demande de l'Agence Américaine pour le Développement International. Elle a été préparée indépendamment par les Cabinets d'études BROOKESIA Madagascar et Consultants Associates.

EVALUATION DE PERFORMANCE:

ENQUETE DE SUIVI DES RESULTATS (OMS 2015)

DANS LES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET USAID/MIKOLO DANS LES REGIONS DU SUD ET SUD EST DE MADAGASCAR

LISTE DES ACRONYMES

ACS	Agent Communautaire Sanitaire (CHV)
ACT	Artemisinin Combined Treatment
ANC	Soins Pré Natus
ARI	Infections Respiratoires Aigües (IRA)
BCC	Communication sur le Changement de Comportement
CCDS	Comité Communal pour le Développement de la Santé
COF	Achèvement des travaux sur le terrain
COR	Contracting Officer's Representative
CPN	Consultations Périnatales (ANC)
CSB	Centre de Santé de Base
CU0-6mois	Enfants moins de six mois
CUI	Enfants moins d'un an
CU2	Enfants moins de deux ans
CU5	Enfants moins de cinq ans
CU6-23mois	Enfants entre 6 et 23 mois
CU6-59mois	Enfants entre 6 et 59 mois
CUI2-23mois	Enfants entre 12 et 23 mois
DHS	Enquête Démographique et Sociale (EDS)
DMISC	Cartes Système Information sur la gestion des données
DTC	Diptérie, Tétanos et Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et Sociale (DHS)
FAP	Femme en Age de Procréer (WRA)
FP/RH	Planification Familiale / Santé de la Reproduction (PF/SR)
HPN	Santé, Population et Nutrition
HSS	Renforcement du système de santé
IEC	Information, Education et Communication
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPC	Communication Interpersonnelle
IPT _p	Traitement Préventif Intermittent pour les femmes enceintes
IRA	Infections Respiratoires Aigües
IRS	Pulvérisation intra domiciliaire
ISM	Marketing Social intégré

IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITN	Moustiquaire Imprégnée d'insecticide
LAM	MAMA Méthode
LAMP	Méthode longue permanent par intérim
MCPR	Taux de prévalence de contraception moderne
MCH	Santé maternelle et infantile
MID	Moustiquaire Imprégnée Durable (Long Lasting Insecticide Nets)
MNCH	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
MOH	Ministère de la Santé
MUAC	Mid-Upper Arm Circumference (Mesure de pourtour brachial)
ONG	Organismes Non Gouvernementaux
ODF	Défécation en plein air
OMS	Enquête de Suivi des Résultats
ORT	Thérapie de réhydratation orale
PA	Point d'Approvisionnement
PF/SR	Planification Familiale / Santé de la Reproduction
PMI	Initiative du Président sur le Paludisme
PMP	Plan de gestion du programme
PPR	Plan de performance et rapport
PPS	Probabilité Proportionnelle à la taille
PSU	Unité de l'Échantillonnage de Population
TDR	Test de diagnostic rapide
SI	Intervalle d'échantillonnage
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SOW	Etendus des travaux
SP	Supply Point (Point d'approvisionnement)
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
USG	Gouvernement des États-Unis
WASH	Eau, assainissement et hygiène
WHO	Organisation Mondiale de la Santé
WRA	Femmes en Age de procréer (FAP)

Table des Matières

<u>1. Contexte général</u>	8
<u>2. Méthodologie et limites</u>	10
2.1. Échantillonnage et collecte de données.....	10
2.2. Contrôle de la qualité des données.....	13
2.3. L'analyse des données.....	13
2.4. Limites	15
<u>3. Résultats sur le paludisme</u>	16
3.1. Indicateurs du Paludisme	16
3.2. Prévention du paludisme	17
3.3. La prévalence et le traitement du paludisme	19
3.4. Disponibilité des produits de traitement contre le paludisme	22
<u>4. Santé Maternelle et Infantile (SMI)</u>	24
4.1. Indicateurs et résultats SMI.....	24
4.2. Utilisation de latrines et de la situation de défécation à l'air libre	26
4.3. La santé de l'enfant	27
4.3.1. Vaccination	27
4.3.2. BCC sur la prévention des maladies des enfants.....	28
4.3.3. Diarrhée.....	30
4.3.4. Pneumonie	31
4.4. Soins du nouveau-né.....	34
4.5. Santé de la Mère	35
4.5.1. Soins prénatal	35
4.5.2. Injections antitoxines tétaniques	36
4.5.3. Fer folate	37
4.5.4. Accouchement assisté par un personnel qualifié.....	37
4.6. Disponibilité des produits de santé maternelle et infantile.....	37
<u>5. Planification familiale (PF)</u>	40
5.1. Indicateurs et résultats de PF	40
5.2. Éducation et conseils.....	41
5.2.1. Messages IEC / BCC PF.....	41
5.3. Utilisation de la méthode contraceptive moderne	42
5.3.1. Taux de prévalence du contraceptif moderne (MCPR).....	42
5.3.2. Limitation et espacement des naissances.....	45

5.3.3. Besoins non satisfaits en PF	46
5.3.4. Perception sur les méthodes de PF	47
5.3.5. Satisfaction sur la qualité des soins des ACS sur le PF	49
5.4. Disponibilité des produits de PF	49
<u>6. Eau, assainissement et hygiène (WASH)</u>	<u>51</u>
6.1. Indicateurs et résultats WASH.....	51
6.1.1. L'utilisation de latrines	52
6.1.2. L'utilisation d'une source d'eau potable améliorée	53
6.1.3. Utilisation de l'eau et du savon à un endroit pour le lavage des mains.....	55
<u>7. Nutrition.....</u>	<u>56</u>
7.1. Indicateurs de nutrition et résultats	56
7.2. Sensibilisation sur la nutrition	56
7.3. L'insécurité alimentaire dans les ménages.....	56
7.4. Pratique d'alimentation de jeune enfant et nourrisson.....	57
7.5. La croissance des enfants	58
<u>8. Renforcement du système de Santé (HSS)</u>	<u>60</u>
8.1. Indicateurs et résultats HSS.....	60
8.1.1. Arrangement du financement de la santé communautaire.....	60
8.1.2. Supervision des activités des ACS.....	61
8.1.3. Système de transport d'urgence	61

Liste des graphiques

Graphique 1 : Possession et Utilisation de Moustiquaires Imprégnées d’Insecticide	19
Graphique 2: Demande de traitement pour CU5 ayant la fièvre	20
Graphique 3 : Traitement des CU5 ayant la fièvre	21
Graphique 4 : Comparaison des niveaux de rupture de stock des produits antipaludiques (date d’interview) chez les PA et ACS	23
Graphique 5 : Source de BCC par région	30
Graphique 6 : Comportement des nourrices de CU5 atteints de Diarrhée.....	31
Graphique 7 : Comportement des nourrices de CU5 atteints de IRA	33
Graphique 8 : Prévalence et Traitement de CU5 atteints de IRA.....	34
Graphique 9 : Pourcentage des femmes enceintes ayant fait au moins 4 CPN au cours des deux dernières années.....	36
Graphique 10: Comparaison des niveaux de rupture de stock des produits SMI chez les PA et ACS ..	38
Graphique 11 : Source de PF/SR BCC	42
Graphique 12 : PF/SR BCC et Adoption des CPR par Région	43
Graphique 13 : Types de méthodes contraceptives utilisées par les FAP	44
Graphique 14 : Sources des produits contraceptifs	44
Graphique 15 : Choix MCPR pour les FAP – Partage de Services des ACS	45
Graphique 16 : Besoins non satisfaits des PF par Région.....	46
Graphique 17 : Situation des chefs de ménage sur le concept que les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques	47
Graphique 18 : Perception des FAP en union et de leurs Partenaires sur la Contraception	48
Graphique 19 : Comparaison niveaux de rupture de stock des produits PF/SR chez les PA et ACS	50
Graphique 20 : Utilisation de latrines, Latrines Améliorées, et Défécation en Plein air	52
Graphique 21 : Utilisation des latrines par Région.....	53
Graphique 22 : Sensibilisation et Accès à l’Eau par Région.....	54
Graphique 23: Type, Accès, et Coût du Système de Transport d’Urgence	62

Liste des Tableaux

Tableau 1: Nombre d'entretiens par type d'enquête structurée	11
Tableau 2: Liste de Districts par Zone d'Intervention du Projet.....	14
Tableau 3: Indicateurs du Paludisme	16
Tableau 4: indicateurs de SMI	24
Tableau 5: Indicateurs de PF	40
Tableau 6: indicateurs WASH	51
Tableau 7: Indicateurs de nutrition.....	56
Tableau 8: Indicateur de HSS.....	60

1. Contexte général

L'investissement de l'USAID/Madagascar sur les activités de la santé vise à améliorer la santé du peuple malgache, en particulier les femmes en âge de procréer (FAP) et les enfants de moins de cinq ans, par le biais de la mise en œuvre des programmes durables qui offrent des services et des produits essentiels concernant la santé en mettant l'accent sur les régions rurales et mal servies.

Le programme de l'USAID concernant la santé de la population et la nutrition (HPN) se concentre sur quatre secteurs principaux à savoir: le paludisme, la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), l'approvisionnement en eau, hygiène et assainissement (WASH), la planification familiale et la santé de la reproduction (PF/SR). Cette mission consiste à recueillir l'état de certains indicateurs de résultats- clés liés à ces secteurs.

Avec ses partenaires d'exécution, l'USAID a identifié les interventions techniques spécifiques dans le système de santé. Pour le paludisme, l'Initiative Présidentielle contre le paludisme (PMI) fournit des efforts pour surmonter des interventions éprouvées et des interventions de traitement, y compris, des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes, la pulvérisation intérieure résiduelle des insecticides, des tests du paludisme à l'aide de tests de diagnostic rapide (TDR), les thérapies combinées à l'Artémisinine (ACTs) pour le traitement du paludisme. L'assistance du Gouvernement américain vise à atteindre 85 pour cent de couverture parmi les groupes vulnérables pour soutenir l'objectif du PMI de réduire à 50 pour cent la morbidité liée au paludisme.

Pour la SMI, les programmes de santé de l'USAID soutiennent un ensemble intégré de faible coût, des interventions à fort impact sur la santé infantile, néonatale et maternelle, comprenant la Gestion de Cas Communautaire Intégré (Integrated Community Case Management) pour la reconnaissance très tôt, un diagnostic rapide et un traitement approprié de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, ainsi que les références pour les cas graves et des services préventives de santé incluant la vaccination. Les programmes HPN soutiennent également les pratiques préventives concernant la santé des enfants, y compris l'hygiène et la désinfection améliorées, l'utilisation à point à domicile de traitement d'eau, la Growth Monitoring Promotion, l'allaitement maternel exclusif, une alimentation complémentaire appropriée, et la qualité et la diversité alimentaire. L'objectif global est d'accélérer la réduction de la mortalité infantile, néonatale et maternelle.

Pour PF/SR, les programmes de santé de l'USAID élargissent durablement l'accès à des services de planification familiale volontaire et de haute qualité dans l'ensemble du système de santé. Au cours des quatre prochaines années, le programme vise à répondre constamment au besoin non désiré de la planification familiale en augmentant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes d'environ 1,5 pour cent par an. Les activités comprennent l'éducation, le conseil et la disposition des produits à travers les centres de santé publics et privés, les sites mobiles de proximité, ainsi que les pharmacies et les autres lieux de vente au détail. Les programmes répondent également aux populations les plus difficiles à atteindre à travers un réseau de 17.000 bénévoles formés en santé

communautaire (ACS). Les adolescents et les jeunes, un groupe cible primaire, ont été atteints avec des services conviviaux pour les jeunes et ont amélioré l'accès à une large gamme de choix de contraception. Ces interventions permettent aux individus et aux couples de décider du nombre et de l'espacement des naissances, ainsi que, le moment de la première naissance, ce qui contribuera à réduire la mortalité maternelle et infantile. Élargir l'accès des personnes aux services de planification familiale permettra également d'atténuer les effets de la population sur les ressources naturelles, et puis, d'augmenter la croissance économique et la stabilité.

Les activités de WASH visent à accroître l'accès à l'approvisionnement durable de l'eau, l'assainissement et les services d'hygiène dans les zones rurales ciblées à Madagascar. L'USAID soutient un large accès aux services durables de WASH; faciliter les comportements et l'utilisation améliorés des services WASH; développer et soutenir des partenariats public-privés pour l'amélioration de l'approvisionnement des produits et services WASH; et renforcer la gouvernance WASH au niveau de la communauté, de la commune, de la région ainsi qu'au niveau national.

Pour atteindre ces objectifs, les programmes de santé de l'USAID mettent en œuvre plusieurs projets comprenant deux projets communautaires de la santé (USAID/MIKOLO et USAID/MAHEFA), un projet de marketing social intégré (ISM), des actions à l'échelle nationale sur le paludisme à travers des distributions massives de moustiquaires et de pulvérisation résiduelle à l'intérieur des maisons, et d'autres activités impliquant différents partenaires nationaux et internationaux.

2. Méthodologie et limites

2.1. Échantillonnage et collecte de données

a-. Échantillonnage

Le Résultat d'Enquête de Surveillance (OMS) est une enquête représentative à l'échelle nationale que l'USAID / Madagascar réalise pour recueillir l'état des principaux indicateurs de résultats-clés sur la santé dans ses régions d'intervention. L'enquête repose sur la méthodologie de l'enquête démographique et de la santé (DHS) à l'exception de l'unité d'échantillonnage de la population (PSU). Tandis que DHS utilise PSU comme unité géographique, l'OMS utilise la plus petite circonscription administrative malgache (Fokontany) comme PSU à sa place. Le Fokontany comprend plusieurs hameaux et a différents nombres de ménages et ainsi différents nombres de population. Cependant, le Fokontany a l'avantage d'être utilisé comme base pour l'intervention de santé communautaire par le ministère de la Santé (MOH). Chaque Fokontany est censé d'avoir deux volontaires de santé communautaire (ACS) identifiés et désignés par les villageois eux-mêmes; et chaque ACS est professionnellement lié au centre de santé de base (CSB) situé au niveau de la commune. Le chef du CSB, employé du gouvernement (souvent médecin, infirmière ou sage-femme) est le principal contact et conseiller des ACS au niveau de la commune. Les Point d'Approvisionnement de l'USAID (PA), qui a le mandat de vendre des produits de santé commercialisés sociaux aux ACS sont également situés au niveau de la commune.

L'OMS utilise deux approches d'étape de regroupement pour assurer un échantillonnage représentatif. Ceci est une méthodologie éprouvée couramment utilisée pour des enquêtes nationales. Le premier groupe est le Fokontany. La portée des travaux exige le Contractant d'utiliser une méthode imitant la probabilité proportionnelle à la taille (PPS) pour sélectionner au hasard les Fokontany. A cet effet, dans chaque district, tous les Fokontany où les partenaires d'exécution de l'USAID interviennent sont classés par la taille de la population; puis divisés en cinq groupes ayant chacun une taille totale de la population similaire. Dans chaque groupe, un Fokontany est échantillonné au hasard, ce qui se traduit qu'un plus grand Fokontany (peu de Fokontany dans le groupe) a une plus grande probabilité de sélection et un plus petit Fokontany (beaucoup de Fokontany dans le groupe) a une plus faible probabilité de sélection.

La deuxième étape est une sélection aléatoire de 25 ménages dans chaque Fokontany. Autant que possible, l'entrepreneur a utilisé des cartes de «Google earth» pour localiser tous les hameaux constituant le Fokontany échantillonné. Ces cartes sont utilisées pour discuter avec les autorités locales au niveau des Fokontany pour estimer le nombre total de ménages dans le Fokontany.

Au total, 250 Fokontany ont été choisis dans 50 districts des zones de l'USAID MIKOLO et celles de PSI, ce qui permet d'obtenir une taille d'échantillon global de 6250.

En utilisant la carte de Google, le superviseur travaille avec les autorités locales pour obtenir la liste de tous les villages du Fokontany et le nombre approximatif de ménages (n_i) par village, i est le nombre de hameaux. Ainsi, le nombre N total de ménages dans le Fokontany est $N = \sum n_i$. Avec 25 ménages par Fokontany, l'intervalle d'échantillonnage (S_i) est alors égale à $\sum n_i / 25$.

Le superviseur classe tous les hameaux de 1 à i , en partant du hameau le plus au nord (H1). Dans chaque hameau, l'équipe procède au calcul de la S_{li} qui est l'entier de N_i / S ($S_{li} = n_i / 25$) où n_i est le nombre de la population dans chaque hameau. Donc, dans chaque hameau, l'équipe choisit au hasard un nombre p_i entre 1 et S_{li} , qui devrait être le rang du premier ménage à interviewer; ainsi l'échantillon de ménages est $p_i, p_i + S_{li}, p_i + 2S_{li}$, et ainsi de suite. Au total, l'échantillon total dans tous les hameaux donne 25. Il en résulte qu'aucun hameau n'est délaissé, même s'il ne contient qu'un seul ménage. Cependant, le nombre d'échantillons dans chaque hameau dépend de sa taille, allant de 0 à 25 (Fokontany constitué par un seul hameau).

Ensuite, sur le terrain pour le premier hameau, l'équipe identifie le premier ménage p_1 de nouveau basé sur la maison la plus au nord dans le hameau H1. Le superviseur met un recenseur à p_1 ; puis avec les autres membres de l'équipe, le superviseur utilise la marche aléatoire pour choisir le ménage suivant ($p_1 + S_{li}$) et ainsi de suite jusqu'à obtenir l'ensemble de l'échantillon S_i . Lorsque l'équipe atteint le dernier ménage dans H1, il se déplace au prochain hameau.

Basé sur le S_{li} et le nombre de la population dans chaque village, tous les villages ou hameaux sont représentés. Lorsque le dernier recenseur a été placé avec sa famille (à interviewer), le superviseur continue l'identification des ménages restants. La carte Google du Fokontany aide pour cette étape.

Pour la CU5 et enquêtes FAP, toutes les personnes disponibles au ménage échantillonné sont soumis à l'entrevue. L'entrepreneur a également le mandat d'interviewer les deux ACS au sein de chaque Fokontany, ainsi que le PA travaillant avec PSI / ISM au niveau de la commune.

Le tableau suivant résume l'échantillon obtenu pour chaque type d'enquête.

Tableau 1: Nombre d'entretiens par type d'enquête structurée

Type d'enquête	Echantillon		
	Zone 1	Zone 2	Total
Ménage	5,125	1,125	6,250
FAP	5,386	1,254	6,640
FAP en union	4,184	851	5,035
Femme enceinte	480	110	590
Nourrices de CU5	4,389	994	5,383
CU-5	5,734	1,386	7,120
CU-28	115	30	145
CU-6	754	201	955

CU-1	1,476	370	1,846
CU-2	2,576	625	3,201
CU-1/2	1,100	255	1,355
CU-6/24	1,822	424	2,246
ACS	301	65	366
SP	156	25	181

b. Collecte de données

Pour la collecte de données pour chaque type d'enquête, l'USAID a fourni les projets de questionnaires qui sont sous-ensemble des questionnaires DHS. Seuls les questionnaires relatifs aux indicateurs du OMS ont été retenus. La collecte de données pour OMS 2015 a eu lieu entre le 6 Octobre et 20 Novembre 2015. Neuf équipes de six à sept personnes comprenant un superviseur, un contrôleur et quatre à cinq enquêteurs, ont effectué la collecte des données. Cinq types d'enquêtes structurées ont été menés au cours de la phase de collecte des données: l'enquête auprès des ménages; l'enquête FAP, qui comprennent FAP en union et les femmes enceintes; les nourrices de CU5 dérangés par différents catégorie d'âge des enfants (enfants de moins de 28 jours "CU28," enfants de moins de six mois "CU6", les enfants de moins de 12 mois "CU1", les enfants entre 12 et 24 mois "CU1-2", les enfants moins de 24 mois "CU2", les enfants entre six et 24 mois "CU6-24" et les enfants de moins de cinq ans "CU5"); l'enquête de ACS; et les enquêtes des SP au niveau de la commune. Le contractant a également recueilli des informations socio-économiques au niveau des Fokontany et des communes.

Pour améliorer la qualité de la collecte des données, l'équipe OMS a utilisé le service "Google Earth" pour cartographier le Fokontany échantillonné. L'approche est d'avoir des aperçus de la distribution des ménages dans le Fokontany; et imprimer les fokontany visibles pour s'en servir comme principal outil de discussion avec les autorités locales et cela afin de compter et d'identifier les Fokontany, donc les villages, et par la suite les maisons et les ménages dans chaque village. C'est un outil très utile pour l'échantillonnage surtout en cas d'absence de la liste des ménages qui est souvent le cas dans les zones rurales.

Pour avoir une bonne qualité des données, les tablettes sont également utilisées pour collecter les données .L'équipe de l'USAID a assisté à toute la session de formation, et a participé au pré-test des outils d'enquête à deux endroits. Les avantages de cette approche sont la réduction des erreurs lors de la collecte de données. Elle donne l'opportunité de disponibilité en temps réel des données sur le terrain et réduit ainsi le temps entre la collecte des données et la vérification des données. En général, elle facilite le contrôle et traitement des données et fournit des commentaires en temps réel au personnel quand ils sont encore sur le terrain. Comme indiqué dans le contrat, la collecte de données ne peut pas démarrer sans l'approbation de l'USAID sur les outils d'enquête, y compris le masque de saisie de données.

c. Champ de formation et d'essai personnel

La formation et le test des recenseurs et les questionnaires ont été organisés avant la mise en œuvre sur le terrain afin d'avoir une bonne qualité des données. A cet effet, une semaine de formation et quatre (4) jours de prétest ont été organisés avec le personnel de collecte de données (agents recenseurs et superviseurs).

Le personnel de terrain a été sélectionné sur la base du résultat de l'évaluation post-test, leur expérience dans la collecte de données sur la santé, leurs compétences en informatique (utilisation de la tablette pour la collecte de données), ainsi que leur connaissance du contexte local et le dialecte. Notez que la composition de l'équipe a mis le critère genre en considération.

Un « live testing¹ » y compris le test de collecte de données avec la tablette et la sélection finale du personnel de terrain ont été également organisés dans les cinq (5) districts² les plus proches pendant les premiers dix (10) jours de travail sur le terrain.

2.2. Contrôle de la qualité des données

Deux types de supervisions par le personnel central de l'enquêteur ont été réalisés au cours de la collecte de données sur le terrain pour assurer une bonne qualité des données: une supervision par le personnel du Bureau Central. Le premier type a été réalisé par le chef de mission et l'analyste de données au début de l'enquête pendant trois semaines. Le second type a été réalisé par le gestionnaire de base de données au cours de la collecte des données.

En outre, au cours de la mise en œuvre sur le terrain, les équipes de terrain ont reçu deux supervisions d'une semaine chacune de l'équipe d'évaluation et de suivi de l'USAID.

Deux types de contrôle systématique ont également été réalisés au cours de la mise en œuvre du terrain. A la fin de chaque journée, les superviseurs et les contrôleurs ont vérifié l'exhaustivité et la cohérence des données recueillies. De plus, avec les enquêteurs, ils vérifient également la validité des données en vérifiant les valeurs aberrantes ou manquantes; puis, selon la disponibilité de la connexion Internet, télécharger les données apurées au serveur virtuel. Les commentaires et remarques trouvées, le cas échéant, au cours de ce processus de vérification ont été communiqués directement aux superviseurs de terrain.

2.3. L'analyse des données

Les résultats sont présentés par secteur, comprenant le paludisme, la santé maternelle et infantile (SMI), la planification familiale et de santé reproductive (PF / SR), l'hygiène en Eau et assainissement (WASH), et le Renforcement du système de santé (RSS). Les principaux

¹ A la fois test et recueil direct sur terrain

² Les cinq districts sont Ambohidratrimo, Manjakandriana, Arivonimamo, Miarinarivo et Soavinandriana

résultats, qui pourraient être illustrés par des tableaux et des figures, sont présentés pour chaque secteur. Les résultats détaillés, y compris la perturbation au niveau du projet, de la région et de district sont présentés dans les annexes. Un intervalle de confiance à 95% est utilisé pour évaluer la signification statistique pour la comparaison entre les catégories; les p-valeurs sont indiquées en cas de différences significatives. Ces tests statistiques sont calculés en utilisant le test de probabilité chi².

Tableau 2: Liste de Districts par Zone d'Intervention du Projet

REGION	DISTRICTS POUR ZONE I (projets Mikolo ET PSI)		DISTRICTS POUR ZONE 2 (projet PSI seulement)
VATOVAVY FITOVINANY	Ifanadiana	Mananjary	Nosy varika
	Manakara	Vohipeno	
ANALAMANGA	Ambohidratrimo	Ankazobe	
	Anjozorobe	Manjakandriana	
VAKINANKARATRA	Ambatolampy	Faratsiho	
	Antanifotsy	Mandoto	
	Antsirabe II	Betafo	
HAUTE MATSIATRA	Ambalavao	Lalangina	
	Ambohimahasoa	Isandra	
	Ikalamavony	Vohibato	
AMORON'I MANIA	Ambatofinandrahana	Fandriana	
	Ambositra	Manandriana	
ATSINANANA	Brickaville	Toamasina II	
	Mahanoro	Vatomandry	
	Marolambo	Antanambao M.	
ALAOTRA MANGORO	Ambatondrazaka	Moramanga	Anosibeana
	Amparafaravola	Betioky	
ATSIMO ANDREFANA	Ampanihy	Morombe	
	Ankazoabo	Sakaraha	
	Benenitra	Toliara ii	
	Beroroaha		
ITASY			Arivonimamo
			Miarinarivo
			Soavinandriana
ATSIMO ATSINANANA			Farafangana
			Midongyatsimo
			Vangaindrano
			Vondrozo

En outre, les résultats ont été pesés en ce qui concerne le nombre de la population dans chaque région, en cas de besoin. Par exemple, les résultats par zone d'intervention sont pesés à la fois par la population de la région et celle du district; et les résultats par région sont seulement pondérés par le nombre de la population par district. Certes, les résultats au

niveau du district ne nécessitent pas de pondération puisque nous avons utilisé PPS pour l'échantillonnage du Fokontany.

La comparaison des résultats entre les deux zones d'intervention de l'USAID se fait si la situation exigeait plus de détails. Zone 1 représente les zones où les projets PSI et MIKOLO sont présents en même temps et Zone 2 les zones où seul le projet de PSI est présent. Pour le paludisme, l'entrepreneur utilise un zonage différent en tenant compte du niveau d'endémicité de la maladie. Le tableau 2 présente la liste des districts dans les zones 1 et 2.

2.4. Limites

Ci-dessous quelques limites identifiées qui peuvent avoir d'incidences négatives sur la qualité des données et les résultats:

- Biais en cas de refus d'entretien: le biais peut se produire lorsque certains répondants refusent de répondre à certaines questions ou ont été absents pendant la période d'enquête (cas d'ACS et PAs). C'est le même cas si l'entretien est assisté par une tierce personne (par exemple, en donnant avis sur la planification familiale). Le même biais peut se produire dans le cas de présence d'une tierce personne (membres de la famille) même si elle ne participe pas à l'entretien.
- Biais engendrés par la défaillance de souvenir: Il y a certaines questions dont le répondant a des difficultés à répondre et qui sont généralement relatives aux dates, à la quantification des événements passés par exemple nombre de vaccination pour CUI-2, nombre de soins prénataux, des prises de fer folate, prises de médicaments antipaludiques. Dans le cas où la femme/enfant ne dispose pas de dossiers de santé, l'exactitude de la réponse pourrait être affectée.
- Certains facteurs ne permettent pas d'appliquer correctement la méthodologie, tels que (i) l'absence d'autorités locales au moment de l'enquête dans le Fokontany qui peut conduire à une mauvaise estimation du nombre de ménages, (ii) la difficulté d'utilisation de la méthode d'échantillonnage aléatoire systématique lorsque de nombreux ménages sont absents, (iii) le remplacement de certains hameaux en raison d'une insécurité accrue; (iv), même avec l'aide de la "Google Map", il y a, dans certains cas, une mauvaise estimation du nombre de ménages fournie par le chef de Fokontany qui entraîne le changement de l'intervalle d'échantillonnage lors de l'enquête.
- La comparaison stricte entre les OMS 2014 et 2015 n'est pas possible et cela pour plusieurs raisons essentielles. Il y a une différence des unités d'échantillonnage de la population. En même temps, les nombres de districts ne sont pas les mêmes (46 vs 50), ainsi que le nombre de régions (9 vs 10). Il y avait aussi des changements importants d'outils d'enquête. Les données OMS 2014 sont fournies uniquement pour référence.

3. Résultats sur le paludisme

3.1. Indicateurs du Paludisme

Tableau 3: Indicateurs du Paludisme

Indicateur	Résultat
Pourcentage de nourrices qui disent que dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide prévient le Paludisme (4,977 out of 5,383)	92.1%
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit avant l'enquête ou ont vécu dans une maison pulvérisée avec IRS dans les 12 derniers mois (4400 sur 7120)	61.8%
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une ITN la nuit précédant l'enquête ou ont vécu dans une maison pulvérisée avec IRS (328 sur 590)	54.1%
Pourcentage de ménages ayant au moins une ITN (3970 sur 6244)	63.2%
Pourcentage de maisons pulvérisées avec IRS - plus de 16 districts où la campagne d'IRS a eu lieu (745 sur 1.994)	31.0%
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre dans les 2 dernières semaines (753 sur 7120)	10.0%
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre et recherché un traitement auprès d'ACS (275 sur 753)	37.5%
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre ayant reçu un traitement ACT dans les 24h à partir du début de la fièvre (264 sur 753)	34.4%
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans testé positif avec TDR et traité avec ACT (234 sur 753)	29.9%
Pourcentage de FAP qui ont reçu 2 doses de SP pour l'IPTp pendant de la dernière grossesse (981 sur 3350)	29.5%
Pourcentage de nourrices satisfaites de la qualité de soins de l'ACS (270 sur 463)	57.6%
Pourcentage de ACS qui ont une rupture de stock ACT ou ASAQ (248 sur 303)	81.8%
Durée de la dernière rupture de stock de l'ASAQ pour ACS (N = 248)	
- Plus de 3 mois	62.7% (51.3%)*
- De 1 à 3 mois	15.5% (12.7%)*
Pourcentage d'ACS qui ont une rupture de stock de TDR (123 sur 303)	40.6%
Durée moyenne de la dernière rupture de stock de TDR pour ACS (N = 123)	
- Plus de 3 mois	32% (13.0%)*
- De 1 à 3 mois	6.6% (2.7%)*
Pourcentage de PA ISM qui ont une rupture de stock ASAQ (165 sur 181)	91.2%
Durée moyenne de la dernière rupture de stock d'ASAQ pour les PA ISM (165 obs.)	
- Plus de 3 mois	74.8%
- De 1 à 3 mois	13.7%
Pourcentage de PA ISM qui ont une rupture de stock de TDR (27 sur 181)	14.9%
Durée de la dernière rupture de stock de TDR pour les PA ISM (27 observations)	
Plus de 3 mois	8.8%
De 1 à 3 mois	3.3%

*Les pourcentages liés à tous les ACS certifiés pour vendre les produits (avec ou sans rupture de stock) sont entre parenthèses

3.2. Prévention du paludisme

Selon l'Enquête démographique et de santé (2008-2009), il existe deux principales catégories d'endémicité du paludisme liées à la situation géographique: endémique et stable dans les zones côtières à basse altitude; et instable sur le Hauts Plateaux Central et dans le semi-désertique du sud. Ainsi, la répartition du paludisme à Madagascar est caractérisée par son hétérogénéité, conséquences des variations régionales en termes de précipitations, des températures et altitudes.

Les principales interventions de l'USAID pour prévenir le paludisme par l'Initiative Présidentielle pour le Paludisme (PMI) comprennent l'achat et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (ITN); et la pulvérisation d'insecticides à l'intérieur des maisons (IRS). Pour ces deux activités principales, l'USAID a établi un partenariat avec d'autres intervenants dans l'entité³ du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

La prévention du paludisme est suivie par trois indicateurs: la proportion de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée, le pourcentage de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées ou protégées par l'IRS et le pourcentage de CU5 dormant sous des moustiquaires imprégnées ou protégés par l'IRS. Pour les deux derniers indicateurs, la question est de demander si ces populations cibles avaient dormi sous des moustiquaires imprégnées la nuit précédant l'enquête et/ou ont vécu dans une maison pulvérisée avec IRS dans les 12 mois précédant l'enquête.

Pour obtenir des informations significatives, l'analyse a été ventilée par zones liées à l'endémicité du paludisme. Par exemple, la possession et l'utilisation de moustiquaires imprégnées ont été calculées séparément entre les régions où il y avait une distribution massive d'ITN et les régions où il n'y en avait pas. Le processus est similaire pour les régions avec et sans activités IRS.

Dans l'ensemble il n'y a pas de changements significatifs entre l'OMS 2015 et l'OMS 2014 sur les proportions de ménages ayant au moins un ITN. Le taux de possession est de 62,2% en 2015 contre 61,5% en 2014⁴. **Cependant, les pourcentages vont jusqu'à 87,2% dans les régions où il y avait une campagne de distribution massive d'ITN en 2015.** Les pourcentages les plus élevés sont observés dans Vatovavy (97,4%), près de 94,5% en Atsinanana, et 92,6% en Alaotra Mangoro. Les proportions les plus faibles sont observées dans les régions Atsimo Andrefana (73,1%) et Amoron'i Mania (78,4%), qui sont classées avec un niveau d'endémicité modérée du paludisme. Au contraire, dans les régions où le paludisme ne pose pas de haute menace pour la santé, le pourcentage de possession d'ITN tombe à 14,8% en moyenne. **Quelques ménages ont décidé d'acquérir un ITN même dans les régions à faible endémicité du paludisme.** Dans

³ PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

⁴ Le résultat d'EDS en 2008 a trouvé 62% des ménages avec au moins un ITN au niveau national. Notez que pour l'année 2015, il y avait deux régions additionnelles (Itasy et Atsimo Atsinanana) dans un niveau d'endémicité modérée du Paludisme par rapport à l'année 2014. Et puis, une région (Ihorombe) était ôtée de l'échantillonnage 2014.

le district d'Ambatolampy, il y avait peu de personnes interrogées qui affirmaient que leurs enfants ont été malades du paludisme et ils souhaiteraient quand même obtenir un ITN.

Pour la campagne de distribution de masse d'ITN, 66,5% des 250 Fokontany visités ont eu au moins une distribution au cours des trois années précédant l'enquête. Ce résultat s'aligne avec les données recueillies auprès des ménages dont 63,2% a au moins un ITN. La région Vatovavy Fitovinany montre le plus grand nombre de ménages ayant un ITN (97,4%), suivie par Atsinanana (94,5%) et Alaotra Mangoro (92,6%). Les régions les plus faibles en termes de possession d'ITN sont Itasy (14,9%) et Amoron'i Mania (27,9%). Les districts dans ces deux régions ne sont pas visés par distribution massive de moustiquaires au cours des trois dernières années.

Parmi les 50 districts visités, 16 avaient des communes ciblées par la campagne de pulvérisation de l'IRS dans l'année précédant l'enquête. **Comme résultats, 31% des maisons (ménages) dans les 16⁵ districts ont été pulvérisées avec IRS.** Cette proportion monte à 96,8% dans le district de Farafangana qui montre le taux le plus élevé (région d'Atsimo Atsinanana) tandis que les districts d'Isandra, Mandoto et Vatomandry enregistrent les cas les plus bas (respectivement 19%, 22% et 22%).

Dans les régions classées modérée à forte endémicité du paludisme, 83,3% des CU5 sont protégés contre le paludisme; soit ils utilisent un ITN ou ils dorment dans une maison pulvérisée avec l'IRS au cours des 12 derniers mois. Notez que, en 2015, il y avait une campagne de distribution massive d'ITN au cours de la période d'enquête dans les régions où le paludisme est endémique. Encore, les régions de Vatovavy Fitovinany et Atsinanana ont les taux les plus élevés avec respectivement 96,2% et 94,0% des CU5 protégés. En effet, dans les régions à faible prévalence du paludisme, les résultats sont beaucoup plus faibles avec un enfant sur 10 protégés dans les ménages échantillonnés.

Pour les femmes enceintes, dans les régions modérées à forte endémicité du paludisme, 73,9%⁶ ont dormi sous un ITN la nuit précédant l'enquête ou ont séjourné dans une chambre pulvérisée d'insecticide. Les régions d'Atsinanana, Atsimo Atsinanana et Vatovavy Fitovinany ont les plus fortes proportions respectivement à 91,7%, 90,9% et 90,6%. Plusieurs districts dans ces régions vont jusqu'à 100% pour cet indicateur (Vangaindrano, Manakara, Mananjary, Vohipeno, Brickaville, Mahanoro, Toamasina II et Vatomandry). Dans les régions d'endémicité modérée, les ratios sont plus faibles, variant entre 40 à 60% à Analamanga, Atsimo Andrefana et Amoron'i Mania. Comme prévu, les résultats chutent à une moyenne de 11,7% dans les régions à faible prévalence du paludisme comme illustré par les taux allant de 0% dans les districts d'Antsirabe II, Antanifotsy, Ambatolampy et Ambositra à 20-30% à Ambohidratrimo, Miarinarivo, Isandra et Manandriana.

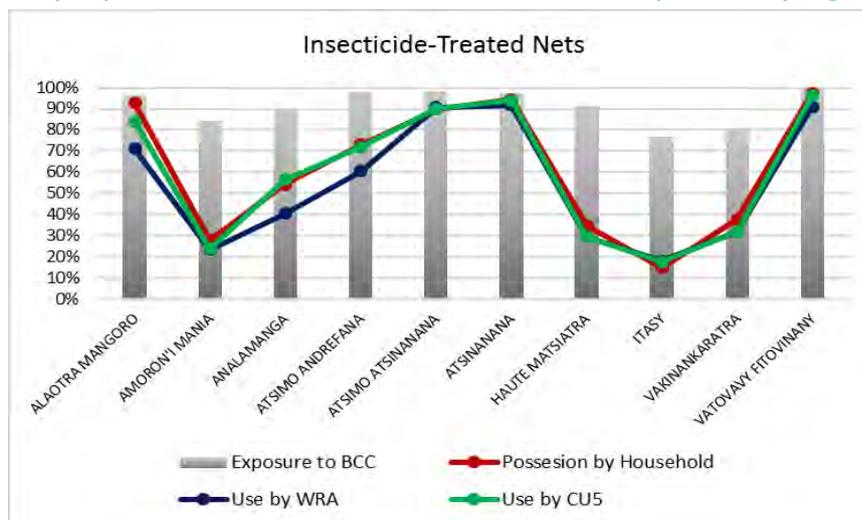
⁵ Une campagne IRS était tenue dans 16 districts: Anjozorobe, Manjakandriana, Faratsiho, Ambositra, Ambohimahaso, Mananadriana, Fandriana, Farafangana, Brickaville, Toamasina II, Vatomandry, Sakaraha, Mandoto, Lalangina, Isandra et Vohibato

⁶ Sur 590 individus

En cas de manque d'ITN, les ménages accordent la priorité aux CU5 plutôt qu'aux femmes enceintes sur l'utilisation des ITN. Le graphe I montre que la ligne bleue (FAP protégées contre le paludisme) se trouve toujours au-dessous de la ligne verte (CU5 protégés par le paludisme) au cas où il n'y a pas de chevauchement entre ces deux courbes.

Les projets de l'USAID se portent bien sur la diffusion des messages de BCC sur la prévention du paludisme, qui est mesurée par le pourcentage de ménages déclarant avoir entendu au moins un des messages de BCC sur la prévention du paludisme en 2015. Dans l'ensemble, 92,1% des nourrices pourraient dire que dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide empêche de contracter le paludisme (89,9% dans le OMS 2014); 93,6% d'entre eux dans la zone 2 et 91,9% dans la zone 1, avec la différence significative de 1,5 point de pourcentage. Cependant, indépendamment de la connaissance sur la prévention du paludisme, l'utilisation semble être directement liée à la possession d'ITN comme le montre le graphe I et non sur la connaissance de la prévention du paludisme. À l'exception d'Analamanga, Atsimo Andrefana et Alaotra Mangoro où un écart de plus de 10% est visible entre la possession et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, les autres régions présentent un bon recouvrement entre les trois variables mesurant la possession et l'utilisation de moustiquaires imprégnées pour prévenir du paludisme.

Graphique I : Possession et Utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide



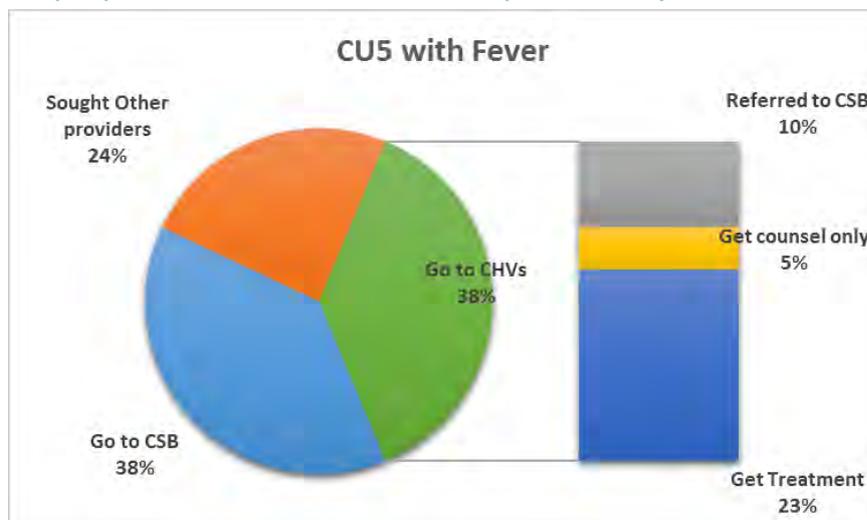
3.3. La prévalence et le traitement du paludisme

Au cours des deux dernières semaines précédant l'interview, environ 10% des CU5 étaient malades ayant la fièvre. Une grande différence se trouve entre la zone 1 (8,4%) et la zone 2 (20,3%). Le ratio est le plus important dans la région Atsimo Atsinanana (21,4%) avec un pic dans les districts de Vondrozo (31,9%) et Midongy Atsimo (31,2%), suivie de la région Vavovavy Fitovinany (18,9%) qui comprend le district de Nosy Varika (35,7%). Les régions les moins touchées sont Vakinankaratra (2,1%) et Amoron'i Mania (2,5%). Les pourcentages dans ces faibles endémicités du paludisme sont très bas, près de zéro dans

certains districts tels qu'Antanifotsy (0%), Manandriana (0,7%), Mandoto (0,7%) et Antsirabe II (1,6%).

De tous les enfants atteints de fièvre (753 observations), 37,5% avaient été amenés à chercher un traitement auprès des ACS, 38,3% auprès des CSB et dans d'autres établissements de santé; et 24,2% ont fait l'automédication ou ont cherché des traitements auprès des guérisseurs traditionnels, ou ne cherchent aucun traitement. Pour cet indicateur, le ratio des nourrices qui cherchent un traitement auprès des ACS dans les zones MIKOLO (41%) est plus élevé par rapport aux zones PSI seules (28%); il y a une différence de 13 points⁷ de pourcentage. Par région, Haute Matsiatra montre le taux le plus bas avec 17% de CU5 (9 sur 53) ayant la fièvre et qui se font traiter auprès des ACS. L'analyse par district n'est pas intéressante en raison du faible nombre d'échantillons. D'autre part, Atsimo Andrefana enregistre le taux le plus élevé sur la recherche de traitement auprès des ACS (47,6%); dans cette région, seulement 11,1% des CU5 malades ne cherchent pas de traitement chez des agents de santé qualifiés. Par exemple, dans le district de Benenitra, Beroroha et Toliary II, plus de 60% des CU5 cherchent un traitement auprès des ACS. Notez que dans certaines régions (Itasy, Vakinankaratra, Amoron'i Mania), il n'y avait pas de nombre suffisant d'enfants malades pour en déduire les pourcentages de nourrices qui cherchent un traitement auprès des ACS.

Graphique 2: Demande de traitement pour CU5 ayant la fièvre



Parmi les 753 CU5 ayant la fièvre, environ 41,7% ont été testés avec TDR et 29,9% ont été testés positivement, ainsi confirmés malades de paludisme. Une différence non significative est observée entre la zone 1 (29,1%) et la Zone 2 (32,1%). Aucun CU5 ayant la fièvre n'ont été testé positivement avec un TDR à Amoron'i Mania (15 observations); six sur 53 étaient positifs à Haute Matsiatra; et trois sur 16 étaient positifs à Vakinankaratra. La région qui enregistre le plus fort taux d'enfants atteints de la fièvre est Atsimo Andrefana (225 cas); dont 60,4% ont été testés avec TDR et 46,2% étaient positifs.

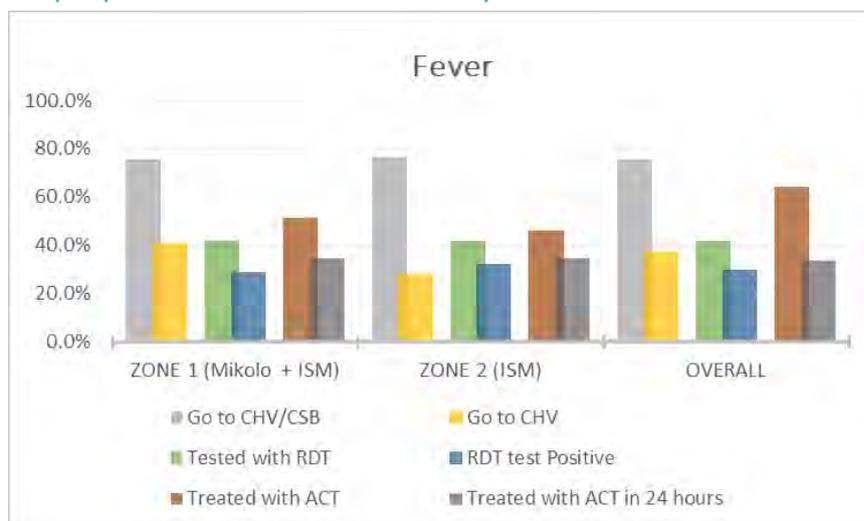
⁷ P-value=0.0002

Parmi les 10% des enfants atteints de fièvre au cours des deux dernières semaines, environ 51,1% ont été traités avec l'ACT et 48,9% non. Notez que l'utilisation de l'ACT est supérieure au test TDR car il y a des cas d'automédication où les nourrices utilisent l'ACT comme traitement sans test TDR; d'autres cherchent le traitement auprès du CSB qui pourrait ne pas avoir de TDR mais le chef du CSB (prestataires professionnels de services médicaux) les traite avec l'ACT. Le traitement avec l'ACT est beaucoup plus élevé dans la zone 2 (64,4%) par rapport à la zone 1 (46,2%).

Cependant, seulement 34,4% des enfants malades sont traités par l'ACT dans les 24 heures à partir du début de la fièvre. Comparés aux résultats ci-dessus au sujet des enfants malades traités par l'ACT, nous avons constaté que dans les zones PSI + MIKOLO, deux enfants sur trois ont été traités dans les 24 heures à partir de l'apparition de la fièvre tandis que la proportion est d'environ un enfant sur deux dans la zone⁸ de l'ISM.

Plus de la moitié des nourrices avec des CU5 qui ont cherché un traitement auprès des ACS sont satisfaites de la qualité des soins. Cela signifie que, dans l'avenir, elles vont chercher encore des conseils, des produits ou un traitement auprès des ACS⁹. A partir de l'enquête, 57,6% des nourrices ont indiqué qu'elles sont prêtes à demander des conseils, des produits et des traitements auprès des ACS à l'avenir. Le niveau de satisfaction est le plus élevé dans la région Atsimo Atsinanana (54 cas sur 62 ou 82,5% des nourrices) et Haute Matsiatra (32 cas sur 39 ou 84,3%). Les gens sont plus réticents à aller aux ACS dans Atsinanana (19 cas sur 49 ou 38,3%). L'analyse au niveau du district n'est pas intéressante en raison du faible nombre de cas. L'analyse est basée sur les gens qui ont cherché un traitement auprès des ACS dans les deux dernières semaines, lorsque leur enfant avait de la fièvre.

Graphique 3 : Traitement des CU5 ayant la fièvre



⁸ P value=0.000

⁹ Pour vérifier la fiabilité de satisfaction, le questionnaire comprend des questions additives demandant si les nourrices veulent bien retourner aux ACS dans l'avenir.

3.4. Disponibilité des produits de traitement contre le paludisme

Il y a un problème sur l'approvisionnement de produits de traitement du paludisme tels que l'ASAQ et l'ACT: dans les PA et ACS à la fois. Le pourcentage d'ACS ayant une rupture de stock au jour de l'entretien atteint 76,2%. La différence entre les deux zones n'est pas considérable (75,7% pour la zone 1 et 78,0% pour la zone 2¹⁰). Cependant, certaines régions montrent une indisponibilité importante de produits de traitement. A Haute Matsiatra par exemple, aucun ACS n'ont un stock disponible c'est-à-dire 100% des ACS interrogés ont une rupture de stock.

La rupture de stock a été un problème pendant plusieurs mois. Environ la moitié des ACS «enfants et mixtes" a noté que la rupture de stock des comprimés pour le traitement contre le paludisme a duré plus de trois mois. **Ils ont indiqué que la principale raison de la rupture de stock est la non-disponibilité des produits chez les fournisseurs du PSI. En effet, seulement 9% des PA (16 observations) ont des stocks disponibles de comprimés ACT à la période de l'enquête.** Il semble que les problèmes de rupture de stock est presque partout, sauf dans la région d'Analamanga où 31% de PA ont encore un stock de comprimés de traitement contre le paludisme.

En moyenne, 15 paquets de trois (3) comprimés par ACS sont le stock disponible au niveau des ACS. Les ACS dans la zone 2 (seulement PSI) ont une moyenne de stock plus élevée (19 paquets) par rapport à ceux de la zone 1 (à la fois Mikolo et PSI) avec 14 paquets. Les régions d'Atsinanana et Atsimo Andrefana (toutes les deux avec un stock moyen de 27 paquets) et Atsimo Atsinanana (20 paquets) ont le plus grand stock disponible pour le traitement du paludisme. Les régions à faible endémicité du paludisme ont également un faible stock moyen, par exemple, seulement trois (3) paquets par ACS à Itasy et Amoron'i Mania. Notez que la rupture de stock est calculée en utilisant le nombre total d'ACS qui sont certifiés pour vendre les produits c'est-à-dire les ACS qui sont certifiés par PCIMEC. Cela signifie qu'il y a des ACS (seulement des ACS mères) qui ne devraient pas vendre de l'ACT.

En outre, chaque AP a en moyenne 18 paquets de 3 comprimés, avec un stock allant de 14 paquets dans la zone 1 à 48 paquets dans la zone 2. Les stocks de ACT ne se trouvent que dans six régions au niveau du PA (Itasy: moyenne de 40 paquets, Vatovavy Fitovinany: 31 paquets, Alaotra Mangoro: 22 paquets, Atsimo Andrefana, Vakinankaratra et Analamanga).

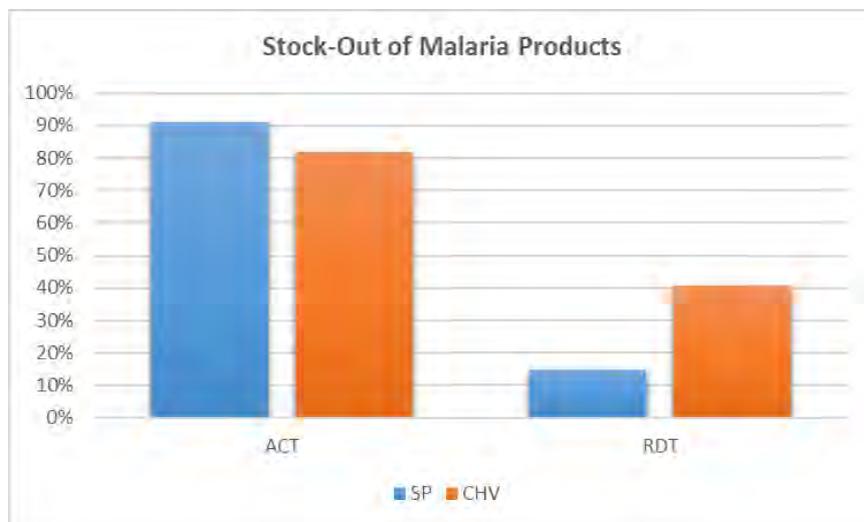
La disponibilité des TDR semble être moins problématique que les produits de traitement. A peu près deux sur trois ACS (180 observations) ont encore des stocks disponibles au moment de l'enquête. Cela correspond à 40,6% des ruptures de stock dans toutes les régions échantillonnées. Il y a beaucoup plus d'ACS¹¹ qui ont des stocks de TDR dans la zone 1 (71,9%) par rapport aux zones de PSI (54,7%). Toutefois, pour 13% de tous les ACS (32% d'ACS avec rupture de stock), la durée de la non-disponibilité du

¹⁰ P value=0.734

¹¹ P value=0.016

produit est plus de trois mois. En moyenne, chaque ACS a 22 TDR en stock et il n'y a pas de différence significative sur le niveau moyen des stocks de TDR entre les zones 1 et 2. La raison principale de la rupture de stock est la non-disponibilité des TDR au niveau du PA bien qu'ils soient d'une magnitude plus faible par rapport à l'ACT car la rupture de stock est seulement observée chez environ 14,9% des PA échantillonnés. Certains ACS parlent également de rupture de stock temporaire c'est-à-dire qu'ils envisagent un réapprovisionnement prochainement. Seulement 12,2% des PA ont une rupture de stock pour plus de trois mois et de 2,1% pour moins de trois mois.

Graphique 4 : Comparaison des niveaux de rupture de stock des produits antipaludiques (date d'interview) chez les PA et ACS



4. Santé Maternelle et Infantile (SMI)

4.1. Indicateurs et résultats SMI

Tableau 4: indicateurs de SMI

Indicateur	Résultat
Pourcentage de communautés certifiées "ODF" à la suite de l'assistance USG (50 communautés, 6 Fokontany sur 250 Fokontany)	6.1%
Pourcentage de ménages utilisant la défécation à l'air libre (2714 sur 6244)	39.0%
Pourcentage d'enfants complètement vaccinés (944 sur 1355)	71.4%
Pourcentage d'enfants entre 12-23 mois qui ont reçu leur troisième dose de DTCoq (1090 sur 1355)	81.5%
Pourcentage de nourrices d'enfants de 6-59 mois recevant un supplément de vitamine A au cours des six derniers mois (5378 sur 6162)	87.0%
Prévalence de diarrhée des CU5 dans les deux dernières semaines (359 sur 7120)	4.8%
Pourcentage de nourrices de CU5 qui connaissent au moins deux façons d'empêcher la diarrhée (3146 sur 5383)	58.9%
Prévalence de toux et de la pneumonie chez les CU5 dans les deux dernières semaines (665 sur 7120)	8.9%
Pourcentage de nourrices de CU5 qui disent que la toux et la respiration rapide sont les principaux symptômes d'ARI/pneumonie (1623 sur 5383)	30.7%
Pourcentage de nourrices de CU5 exposées à des messages de santé concernant la mère, l'alimentation et la nutrition des enfants (2803 sur 5383)	51.2%
Pourcentage de nourrices de CU5 exposées à des messages de santé concernant la prévention et le traitement des maladies de l'enfant (3884 sur 5383)	71.3%
Pourcentage de nourrices de CU5 exposées à des messages de santé au sujet de la vaccination et le déparasitage (4857 sur 5383)	90.9%
Pourcentage de nourrices de CU5 satisfaites de la qualité des soins des ACS (2591 sur 5383)	49.1%
Pourcentage de CU5 atteints de toux avec problème de respiration rapide et difficile recevant des soins appropriés (170 sur 287)	59.6%
Pourcentage de CU5 atteint de toux/pneumonie recherchant un traitement auprès des ACS (162 sur 655)	26.3%
Pourcentage de CU5 avec toux/pneumonie traités avec des antibiotiques dans le programme soutenu par l'USG (101 sur 665)	16.0%
Pourcentage de CU5 atteints de la diarrhée recherchant un traitement auprès des ACS (112 sur 359)	33.3%
Pourcentage de CU5 souffrant de diarrhée traités avec la thérapie de réhydratation orale (TRO) dans le programme soutenu par l'USG (58 sur 359)	17.1%
Pourcentage de nouveau-nés recevant des soins néonataux essentiels grâce à des programmes soutenu par l'USG (24 sur 145)	11.0%
Pourcentage d'enfants de 0-6 mois allaités exclusivement au sein au cours des 24 dernières heures (674 sur 955)	70.9%
Pourcentage de nouveau-nés assistés au cours de la période post-natale par un responsable de soins médicaux (55 sur 145)	37.4%
Pourcentage de FAP vues à la CPN au moins 4 fois au cours de leur grossesse, avec une naissance vivante (1282 sur 2807)	46.1%

Pourcentage de FAP qui reçoivent deux prises d'injections anatoxines tétaniques (ou équivalent) au cours de leur dernière grossesse (1556 sur 3384)	47.6%
Pourcentage de FAP ayant reçu un supplément de fer folate au cours de leur dernière grossesse (2509 sur 3384)	74.4%
Pourcentage de naissances assistées par un médecin, une infirmière ou sage-femme qualifiée (2873 sur 4165)	49.7%
Pourcentage des ACS qui ont une rupture de stock de pneumostop comprimés (230 sur 303)	75.9%
Durée de la dernière rupture de stock de pneumostop comprimés pour ACS (N = 230)	
- Plus de 3 mois	51.2%
- 1 à 3 mois	20.1%
Pourcentage d'ACS qui ont une rupture de stock de pneumostop sirop (220 sur 303)	72.6%
Durée de la dernière rupture de stock de pneumostop sirop pour ACS (N = 220)	
- Plus de 3 mois	51.5%
- 1 à 3 mois	13.5%
Pourcentage d'ACS qui ont une rupture de stock de VIASUR (175 sur 303)	57.8%
Durée de la dernière rupture de stock de VIASUR au niveau de l'ACS (N = 175)	
- Plus de 3 mois	43.6%
- 1 à 3 mois	8.6%
Pourcentage d'ACS qui ont une rupture de stock de Sur'Eau 40ml (258 sur 366)	70.5%
Durée de la dernière rupture de stock de Sur'Eau 40ml au niveau du ACS (N = 258)	
- Plus de 3 mois	66.3%
- 1 à 3 mois	6.9%
Pourcentage de PA ISM qui ont une rupture de stock de pneumostop comprimés (114 sur 181)	63.0%
Durée de la dernière rupture de stock de pneumostop comprimés pour PA ISM (N= 114)	
- Plus de 3 mois	54.0%
- 1 à 3 mois	32.0%
Pourcentage PA ISM qui ont une rupture de stock de pneumostop sirop (86 sur 181)	47.5%
Durée de la dernière rupture de stock de pneumostop sirop pour PA ISM (N = 86)	
- Plus de 3 mois	33.7%
- 1 à 3 mois	25.6%
Pourcentage de PA ISM qui ont une rupture de stock de VIASUR (16 sur 181)	8.8%
Durée de la dernière rupture de stock de VIASUR au niveau du PA (N = 16)	
- Plus de 3 mois	56.3%
- 1 à 3 mois	18.8%
Pourcentage de PA ISM qui ont une rupture de stock de Sur'Eau 40ml (35 sur 181)	19.3%
Durée de la dernière rupture de stock de Sur'Eau 40ml au niveau du PA (N = 35)	
- Plus de 3 mois	22.9%
- 1 à 3 mois	74.3%

4.2. Utilisation de latrines et de la situation de défécation à l'air libre

La défécation à l'air libre est la pratique des gens qui défèquent à l'extérieur et non dans les toilettes désignées. La défécation à air libre provoque des problèmes de santé publique tels que la mortalité élevée des enfants et la malnutrition. Le taux de pauvreté élevé et le manque d'assainissement sont également statistiquement liés, ainsi le rôle de l'amélioration de l'assainissement à la réduction de la pauvreté.

Le fait d'éviter la défécation à l'air libre (ODF) est une interruption de la transmission fécale-orale définie par aucune matière fécale visible trouvée dans le village c'est-à-dire tous les ménages ainsi que les institutions communautaires utilisent des latrines pour l'élimination des matières fécales. Une communauté est officiellement certifiée comme ODF après s'être conformée à plusieurs étapes¹² en commençant par la sensibilisation et se terminant par le contrôle de la qualité. En général, le processus de certification est maintenu au niveau communautaire par la coalition de WASH. Au cours de l'enquête, le chef de Fokontany a été questionné si le village est certifié comme "ODF". **Au total, 6,1% des Fokontany visités ont au moins une communauté certifiée "ODF"** (15 Fokontany représentant 50 communautés sur 247 Fokontany). En effet, l'entretien a eu lieu au niveau du Fokontany et non au niveau de la communauté et le nombre total de hameaux n'est pas exactement connu. Il en résulte que le taux exact des communautés certifiées ne peut pas être calculé comme le nombre total de communautés pour les 247 Fokontany interrogés n'est pas connu.

A partir d'une deuxième source de données, l'enquête auprès des ménages montre que près de 39% des ménages interrogés pratiquent encore la défécation à l'air libre, avec d'énormes disparités régionales. Le pourcentage de ménages sans accès aux latrines est plus élevé dans la zone 2 (PSI) à 49,2% contre 38,0% dans la zone 1. Par région, Atsimo Andrefana et Vatovavy Fitovinany enregistrent les plus importantes proportions, respectivement à 93,4% et 71,2%. Par exemple, dans la région Atsimo Andrefana, plus de 95% de la population dans cinq districts sur huit pratiquent la défécation à l'air libre tandis que dans la région Vatovavy Fitovinany, presque dans tous les districts (sauf Ifanadiana), 70% à 85% de la population défèquent encore en plein air. Au contraire, les régions du Vakinankaratra, Analamanga et Itasy montrent les taux les plus bas (respectivement 5,5%, 6,2% et 6,7% des Fokontany échantillonnés). La proportion est inférieure à cinq pour cent dans les districts de Betafo, Arivonimamo, Ambohidratrimo, Faratsiho et Manjakandriana.

¹² Selon la définition de l'UNICEF, le procédé de certification de l'ODF implique l'auto-évaluation de la communauté, la vérification au niveau du district et la déclaration au niveau régional

4.3. La santé de l'enfant

4.3.1. Vaccination

Environ neuf nourrices de CU5 sur dix ont déjà entendu des messages ou ont déjà vu des séances de sensibilisation sur l'immunisation. La proportion n'est pas significativement différente entre les zones 1 et 2, toutes les deux culminant autour de 91%. Par région, les pourcentages les plus faibles sont observés en Alaotra Mangoro (75%) et Itasy (77,7%), tandis que les plus élevés sont pour les ménages échantillonnés dans les régions de Atsimo Atsinanana (97,5%); suivie de la Haute Matsiatra (95,5%) et Vatovavy Fitovinany (95,3%). Certains districts ont même un score parfait de 100%, comme Isandra et surprenant dans certains districts très éloignés de Nosy Varika, Vondrozo et Midongy Atsimo.

Les rôles des ACS sont essentiels dans la diffusion de messages de prévention des maladies. **Au total, environ 89,6% des nourrices ont affirmé obtenir de l'information sur la vaccination de la part des ACS.** Des agents de santé publique tels que le personnel du CSB sont à la deuxième place avec 59%; et la campagne médiatique joue légèrement un rôle réduit à 23,2%. La communication interpersonnelle (IPC) est importante car 62,5% des responsables ont déclaré avoir reçu la visite d'ACS et ont parlé de la prévention des maladies des enfants. Toutefois, environ la moitié a eu l'IPC au cours des 12 derniers mois.

Une efficace BCC sur la prévention des maladies de l'enfant pourrait contribuer à un taux plus élevé d'immunisation. Différentes méthodes ont été utilisées pour capturer l'état de la vaccination. La situation idéale est que l'enfant a reçu un certificat de vaccination complète avant son premier anniversaire. Dans ce cas, le certificat est vérifié par l'enquêteur, qui à son tour remplit tous les questionnaires correspondants à la vaccination dans l'enquête. Pour la deuxième option, l'enfant n'a pas le certificat d'achèvement de vaccination. Dans cette situation, l'enquêteur demande au responsable si l'enfant a un carnet de vaccination et marque tous les vaccins déjà faits dans le questionnaire. Dans le troisième scénario, l'enfant n'a pas de carnet de vaccination. Par conséquent, le recenseur se réfère à la déclaration de la mère pour les types de vaccins qui ont déjà été faits.

Un calendrier de vaccination complet avant deux ans comprenant quatre types de vaccins faits en huit doses qui sont:

- Une dose contre la tuberculose (BCG);
- Trois doses contre la poliomyélite (Polio 1, Polio2, Polio3). Notez que le Polio 0 ou le Polio à la naissance est facultative;
- Trois doses contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC1, DTC2 et DTC3);
- Une dose contre la rougeole.

Le questionnaire interroge également si l'enfant a reçu un vaccin lors de la campagne 2015 de la poliomyélite.

Parmi les 1.355 enfants entre 12-23 mois identifiés dans l'échantillon, 46,5% ont un diplôme de vaccination, vu qu'ils ont terminé tous les vaccins requis avant leur premier anniversaire; 33,7% ont des dossiers de vaccination et 19,8% n'en ont pas.

En conséquence, 71,4% des enfants échantillonnés entre 12 mois et 24 mois sont complètement vaccinés (toutes les sources de données sont considérées).

Lorsqu'une preuve matérielle de la vaccination est nécessaire, la proportion tombe à 67,3%. Par zones de mise en œuvre, le pourcentage des enfants complètement vaccinés (toutes les sources) dans la zone 1 (72,3%) est plus haut par rapport à celui de la zone 2 (65,2%); mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Par région, Vakinankaratra a les taux les plus élevés avec 85,4%; suivie de Vatovavy Fitovinany (83,1%). Dans le district de Betafo, par exemple, tous les CUI2-23 échantillonnés sont tous vaccinés. Au contraire, la région Atsimo Andrefana ferme la ligne avec 30,3% d'enfants complètement vaccinés. En fait, aucun des huit (8) districts n'ont dépassé 50% (Ampanihy à 12,5%, Toliary II à 16,7%, Morombe à 22,7%, Ankazoabo à 25%, Sakaraha à 34,4%, Benenitra à 36,8%, Betioky à 38,7% et Beroroha à 48%).

Pour les enfants qui ne disposent pas de diplôme (avec ou sans dossiers), 35% ont terminé la troisième dose de DTC. Au total, 81,5% des CUI2-23 ont reçu leur troisième dose de DTC. Les CUI2-23 recevant la troisième DTC sont plus élevés dans les zones PSI et MIKOLLO (82,1%) par rapport aux zones de PSI seul (76,9%), mais la différence n'est pas significative. Les taux les plus élevés se trouvent dans les districts de Betafo, Toamasina II, Mahanoro, Antanambao Manampotsy, Manakara, Faratsiho et Soavinandriana où tous les CUI2-23 ont terminé la troisième dose de DPT (tous à 100%); le plus bas se trouve dans la région Atsimo Andrefana (40,5%), dans les districts d'Ampanihy (12,5%), Morombe (22,7%) et Sakaraha (37,5%).

Madagascar a intégré la distribution de suppléments de vitamine A dans sa stratégie politique nationale de santé, avec le soutien des parties prenantes. En fait, le supplément de vitamine A est recommandé pour les enfants de 6 à 59 mois pour réduire la morbidité et la mortalité de l'enfant. **Parmi les CU6-59 6.165 identifiés soit 95,3% ont reçu un supplément en vitamine A, à la naissance, et 87% l'ont obtenu dans un délai de six mois précédant l'enquête.** Atsimo Atsinanana a le taux le plus élevé parmi les régions (94,7% de CU6-59 ont reçu un supplément en vitamine A dans les six mois). Alaotra Mangoro montre la proportion la plus faible avec seulement 72,9% des enfants. Le taux le plus bas est observé chez les enfants échantillonnés dans les districts d'Amparafaravola (51,7%) suivi d'Ambatondrazaka (62,7%). Notez que pendant la période d'entretien, il y avait eu un événement national sur la semaine de la santé maternelle et infantile, pendant lequel on a fourni de la vitamine A aux enfants.

4.3.2. BCC sur la prévention des maladies des enfants

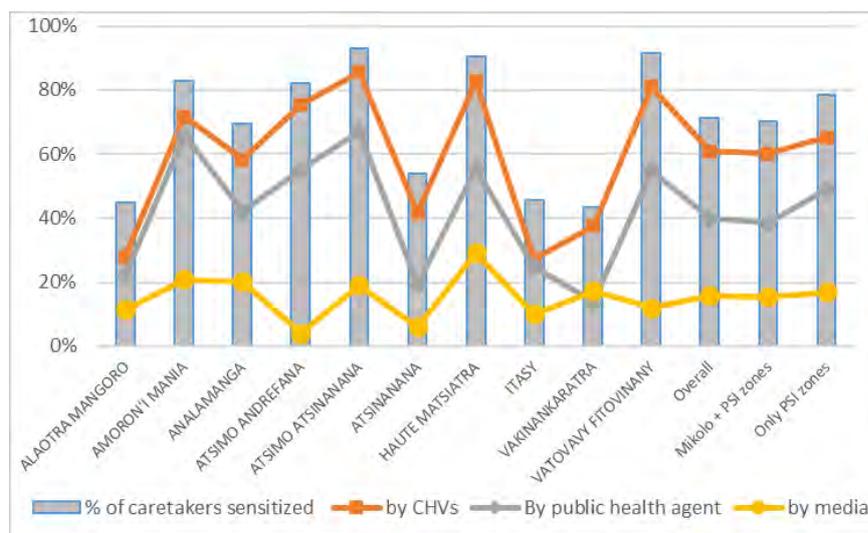
Cette section décrit les étapes de la sensibilisation, la prévention et le traitement des maladies infantiles. Les partenaires d'exécution de l'USAID mettent en œuvre plusieurs activités de BCC à travers la communication interpersonnelle de ACS; une communication

de masse au cours du rassemblement du village, une communication se fondant sur la campagne médiatique, etc.

Dans l'ensemble, 71,4% des nourrices ont déjà été informés sur la prévention et le traitement des maladies graves de l'enfance: le paludisme, la diarrhée et la pneumonie. Des nourrices à Atsimo Atsinanana (93,0%) et Vatovavy Fitovinany (91,5%) ont les taux les plus élevés. Dans les districts de Farafangana et Midongy Atsimo, par exemple, le taux monte respectivement jusqu'à 98,4% et 98,2%. La région de Vakinankaratra a la proportion la plus faible (43,2%), surtout dans les districts d'Ambatolampy (33,0%) et Antsirabe II (40,7%). Ces sont les districts où le projet Mikolo a récemment commencé à mettre en œuvre ses activités.

Les nourrices ont considéré les ACS comme l'outil principal pour accroître la sensibilisation sur la prévention de la santé des enfants. Environ 85,1% des nourrices ont déclaré qu'elles ont été sensibilisées principalement par le ACS. L'agent de santé publique a tenu la deuxième position avec 55,7% des nourrices; et le dernier à travers les médias (par 22,0% des nourrices). Ce classement reste constant dans la région, à l'exception de Vakinankaratra où le pourcentage des médias dépasse celui des agents publics. **Cependant, en général, l'exposition des nourrices aux messages diffusés dans les médias est très limitée, probablement en raison de la faible disponibilité de la radio, de la télévision et des journaux dans les zones rurales de la région de Madagascar.** Par région, plus de neuf (9) nourrices sur dix (10) ont été sensibilisées par ACS en Atsimo Atsinanana (92,1%), Atsimo Andrefana (91,8%) et Haute Matsiatra (91,7%). Les districts qui présentent les taux les plus élevés sont Midongy Atsimo (98,2%), Vondrozo (97,5%), Benenitra (97,7%), Beroroha (97,6%), Isandra (98,3%) et Vohibato (97,4%). Dans ces zones où les ACS jouent un rôle important dans la diffusion de messages de santé, le rôle des autres moyens sont faibles, par exemple, à Atsimo Andrefana, seulement 5% des nourrices ont été sensibilisées par les médias. Le rôle des ACS est le moins important à Itasy et Alaotra Mangoro (seulement 59,5% et 62,1% des nourrices ont déclaré avoir reçu les messages des ACS). Le graphique ci-dessous donne un résumé de la situation.

Graphique 5 : Source de BCC par région



4.3.3. Diarrhée

En moyenne, seulement 44,6% des nourrices de CU5 pourraient citer correctement au moins deux façons de prévenir la diarrhée. La prévention la plus citée (59% des nourrices) est l'utilisation de l'eau potable ou la façon efficace pour rendre l'eau potable. La seconde prévention de la diarrhée, celle de donner de la nourriture saine et propre aux enfants, a été citée par 50,6% des nourrices. D'autre part, environ 4,8% des nourrices n'ont pas été capables de donner au moins un moyen d'empêcher les enfants de la diarrhée. Par zones de mise en œuvre, il y a des nourrices plus compétentes dans la zone 1 (45,1%) par rapport à la zone 2¹³. Le taux le plus élevé est à Amoron'i Mania région où 53,7% des mères connaissent au moins deux façons de prévenir la diarrhée alors que ce pourcentage est seulement de 36,6% en Atsimo Andrefana. Par district, Ambalavao enregistre la plus forte proportion de nourrices avertis avec 74,8%; suivi par le district de Vatomandry (59,7%), Fandriana (59,4%) et Toamasina II (56,1%).

Parmi les 7.120 CU5, 1.974 étaient malades (toutes maladies confondues) deux semaines précédant l'enquête. Cela représente environ 26,7% de tous les CU5 dans les ménages échantillonnés. **Parmi tous ces enfants, 4,8% sont touchés par la diarrhée.** Par région, Atsimo Andrefana et Atsimo Atsinanana sont les plus touchées avec respectivement 7,3% et 6,8% d'enfants affectés. Ces enfants malades vivent principalement dans les districts de Toliary II (13,1%), Ankazoabo (10,6%), Beroroha (9,9%) et Vondrozo (9,2%). La région la moins touchée est Analamanga (3,0%). Par exemple, les ménages échantillonnés dans les districts de Mandoto et de Lalangina ne montrent pas de cas de diarrhée des CU5; à Antsirabe II, il n'y avait qu'un seul cas de diarrhée.

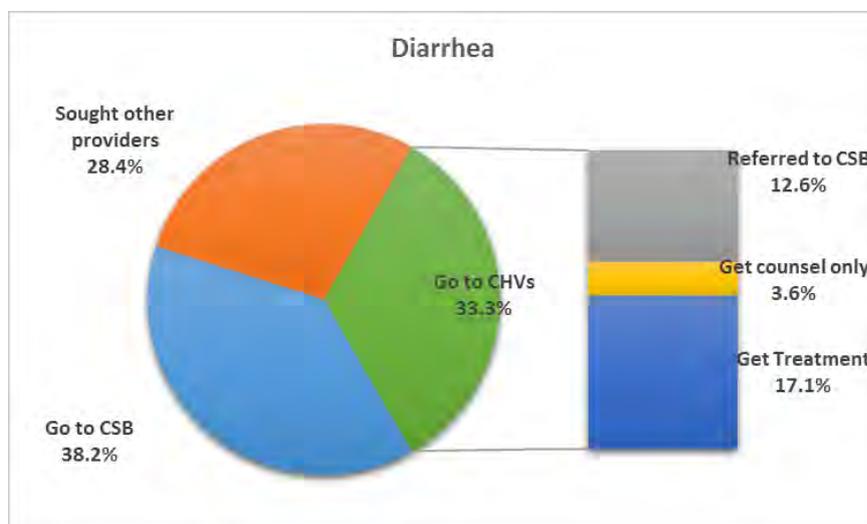
Au total, 33,3% des nourrices de CU5 souffrant de diarrhée étaient à la recherche de traitement aux ACS, 38,2% sont allées aux CSB et d'autres centres de santé, et 20,5% ont fait l'automédication; 0,8% sont allées aux

¹³ P value=0.0017

guérisseurs traditionnels; et 7,2% n'ont rien fait pour traiter la maladie. Le comportement des nourrices dans les zones 1 et zone 2 sont assez semblables à l'exception que le pourcentage de CU5 apporté aux prestataires de santé privés sont beaucoup plus élevés dans la zone 2 par rapport à la zone 1, ce qui présente plus de CU5 traités par l'automédication (32% dans la zone 1 vs. 23% dans la zone 2¹⁴). Le graphique ci-dessous montre cette tendance.

Pour ceux qui ont été atteints par les ACS, 12,6% ont été évalués comme présentant des signes de danger, donc ils ont été référés vers des centres de santé publique; 3,6% n'ont reçu que des conseils, sans aucun médicament; et 17,1% ont été conseillés et traités par les ACS.

Graphique 6 : Comportement des nourrices de CU5 atteints de Diarrhée



La proportion de nourrices de CU5 souffrant de diarrhée en recherche d'un traitement auprès des ACS est plus élevée dans la zone 1 (34,6%) par rapport à la zone 2 (25,6%), mais cette différence est non considérable¹⁵. La différence entre les deux zones est environ de neuf points de pourcentage, ce qui correspondrait à la valeur ajoutée du projet USAID/MIKOLO sur l'utilisation des services des ACS par les nourrices ayant des enfants atteints de diarrhée. Par région, Amoron'i Mania a montré le plus faible taux d'utilisation d'ACS pour la diarrhée avec seulement un cas sur 21 CU5 ayant la diarrhée; le plus haut taux d'utilisation de ACS a été observé à Analamanga (7 cas sur 15).

4.3.4. Pneumonie

Pour la pneumonie, moins de la moitié (48,3%) des nourrices de CU5 ont répondu que le principal symptôme du cas de pneumonie est "toux récurrente" et environ un tiers (30,9%) ont dit "respiration rapide". Au total, 23,3% des mères

¹⁴ P value=0.067

¹⁵ P value=0.218

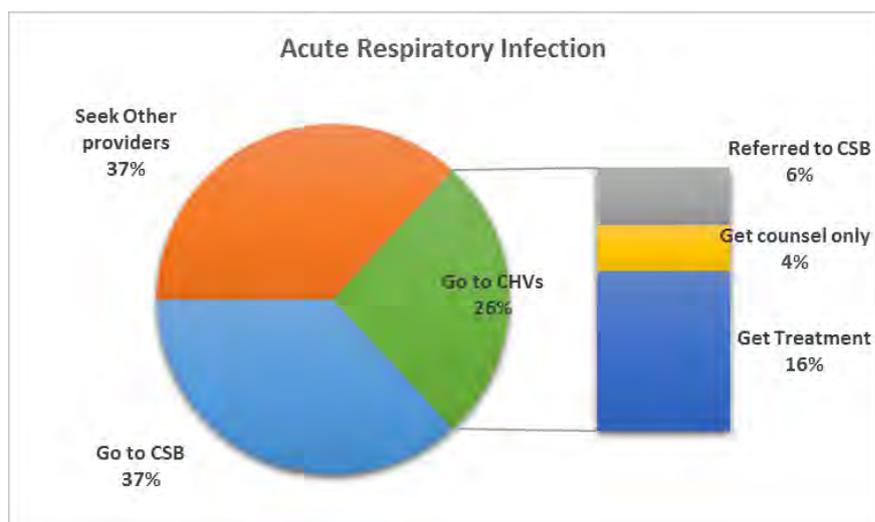
ont cité les deux en même temps. Cependant, il y a 19,9% de nourrices qui ne connaissent rien au sujet des symptômes de pneumonie.

Les résultats globaux montrent des pourcentages extraordinairement faibles de nourrices qui ont une connaissance correcte de tous les signes pour les infections respiratoires aiguës. Dans la plupart des cas, une seule sur trois nourrices a une bonne connaissance des symptômes; tel est le cas pour la région Atsinanana (35,2%), Atsimo Atsinanana (31,6%), Atsimo Andrefana (30,8%) et Analamanga (30,2%). Un couple de districts augmente le pourcentage, par exemple dans les districts d'Antanambao Manampotsy (50,0%), Mahanoro (46,6%) et Ankazobe (44,4%). Dans certaines régions, les taux descendent encore en dessous de 15%, tels sont les cas de Vakinankaratra (10,3%), Amoron'i Mania (13,8%) et de Haute Matsiatra (14,4%); et les districts ayant les taux les plus bas sont Mandoto (6,5%), Lalangina (6,7%), Ikalamavony (7,5%), Antsirabe II (7,9%) et Antanifotsy (8,5%).

Dans les ménages échantillonnés, 8,9% (665 CU5) ont attrapé la toux/pneumonie (5,8% par la toux avec respiration difficile et de 3,1% par la toux simple) au cours des deux dernières semaines avant l'entretien. Des CU5 dans la zone 2 sont légèrement touchés (11,1%) par rapport à ceux de la zone 1 (8,6%). Les enfants les plus touchés se trouvent dans les régions de Vatovavy Fitovinany (13,8%) et Atsimo Atsinanana (12,1%); et les moins nombreux se trouvent à Vakinankaratra (6,3%) et Analamanga (6,7%). Par districts, les cas extrêmes sont observés à Mandoto avec un seul cas et à Manakara avec 19,8%.

Environ une sur quatre nourrices sont prêtes à demander des conseils et des traitements auprès des ACS si leurs enfants ont des infections respiratoires (souvent pour les infections respiratoires aiguës). Parmi les 665 CU5 atteints de toux/pneumonie, 26,3% ont demandé des traitements auprès des ACS, dont 5,8% ont été référés aux centres de santé publique; 16,0% ont été traités par les ACS eux-mêmes (conseils et antibiotiques), 4,6% ont été informés et conseillés sans médicaments. Demander un traitement auprès des ACS signifie que le premier comportement en cas d'une maladie de l'enfant est d'aller aux ACS. Cependant, les ACS pourrait traiter la maladie ou référer à un autre centre en cas de signes de danger; ou donner seulement un conseil s'ils ne disposent pas des produits adéquats (par exemple rupture de stock de pneumostop).

Graphique 7 : Comportement des nourrices de CU5 atteints de IRA

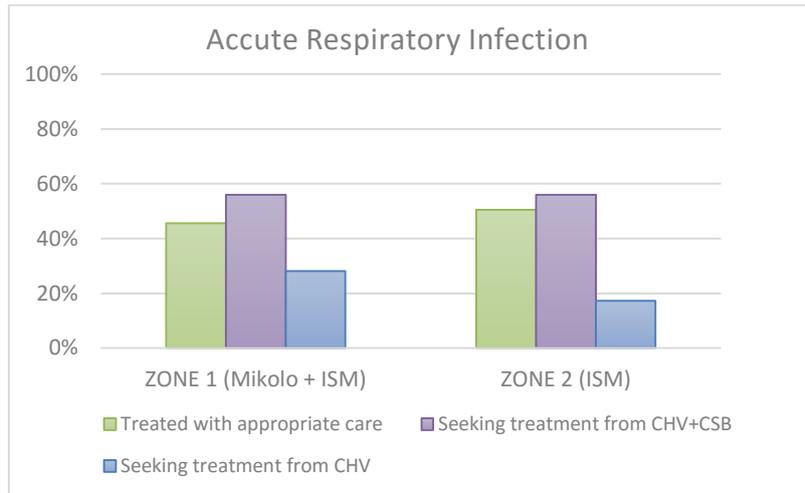


Par les partenaires d'exécution de l'USAID, Zone 1 (MIKOLO+PSI) montre une proportion plus élevée de la fréquentation des ACS par rapport à la zone 2, avec respectivement 28,1% et 17,3% des enfants ayant des problèmes d'infections respiratoires. En effet, la différence entre les deux zones est environ de 10,8%¹⁶, qui correspondrait à la valeur ajoutée par le projet USAID/MIKOLO en promouvant l'utilisation des ACS deux ans après le début de l'activité MIKOLO. Les proportions les plus élevées sont trouvées dans les régions Analamanga et Atsinanana (plus de 38%); le contraire est observé dans les régions d'Itasy et Atsimo Atsinanana avec des taux inférieurs à 14%.

Indépendamment des agents de santé, environ 59,6% des CU5 atteints de IRA ont obtenu des soins appropriés pour le traitement de la pneumonie par tout type d'agent de santé. Les taux les plus élevés sont trouvés à Atsimo Atsinanana (77,8%) et à Atsimo Andrefana (75%), tandis qu' Amoron'i Mania (29,2%) et Vakinankaratra (33,3%) enregistrent les taux les plus bas.

¹⁶ P-value=0.0200

Graphique 8 : Prévalence et Traitement de CU5 atteints de IRA



Au niveau du système de santé communautaire, environ 16% des CU5 souffrant de IRA avaient reçu des soins appropriés auprès de ACS; le ratio est plus élevé dans la zone 1 (16,8%) par rapport à la zone 2 (12,3%). La différence entre les zones n'est pas significative ($p = 0,196$). D'une manière générale, les proportions varient entre sept pour cent (7%) et 23% pour chaque région; par exemple, à Atsimo Atsinanana et Amoron'i Mania, seulement sept pour cent (7%) et 7,1% avaient bénéficié des produits de santé du programme soutenu par l'USG; les ratios sont plus de 20% en Atsinanana et Atsimo Andrefana (respectivement 22,9% et 21,1%).

La consolidation du comportement des nourrices lorsqu'elles ont des CU5 malades (toutes les trois maladies infantiles combinées) montre que parmi les 1.974 enfants malades dans les deux dernières semaines, environ 28,9% sont à la recherche de traitement et de conseil auprès des ACS. Environ 34% ont été référés par les ACS aux CSB en raison de signes de danger, et basés sur la déclaration des nourrices; 31,6% auprès des centres de santé de base.

4.4. Soins du nouveau-né

Dans l'ensemble, l'enquête OMS 2015 comprend 145 nouveau-nés, qui représentent 2,1% de tous les CU5. Le questionnaire comprend un indicateur lié à la dotation de kits nouveau-nés pendant l'accouchement. **Seulement 11% des nouveau-nés ont bénéficié des kits, mais avec une énorme variabilité régionale.** Par exemple, aucun nouveau-né à Analamanga, Atsimo Andrefana, Atsinanana et Vakinankaratra n'a reçu les kits même si les nouveau-nés dans ces quatre régions représentent plus de 45% de tous les nouveau-nés identifiés. Les pourcentages les plus élevés de la dotation de ces kits ont été observés dans les régions de l'Itasy et d'Amoron'i Mania, avec respectivement 53,9% et 50,0%.

Pour la période post-natale, 37,4% ont reçu des soins et des conseils d'un agent professionnel de la santé (33,8% par le public et 3,6% par l'agent de santé privé). À travers les domaines d'application de l'USAID, le suivi des nouveau-nés par des professionnels de la santé dans la zone 1 est plus importante (34,8%) par rapport à la zone 2 (27,4%), mais cette

différence entre zones n'est pas significative (p-value = 0.69). Dans ces zones de PSI, les praticiens traditionnels ou la sage-femme non-qualifiée sont les plus nombreux (pour respectivement 60,9% et 8,5% des cas de nouveau-nés). Dans toutes les régions, Atsimo Andrefana montre la plus faible situation où seulement 17% des nouveau-nés ont été assistés par un agent de soins qualifié et plus de 78% par des praticiens traditionnels. A Itasy, Amoron'i Mania et Alaotra, on trouve les situations inverses où plus de la moitié (respectivement 61,5%, 58,3% et 56,3%) sont assistés par un professionnel de la santé publique ou privée.

L'enquête a identifié 955 CU6 dans les ménages échantillonnés. Par définition de l'OMS, l'allaitement exclusif signifie que «l'enfant ne se nourrit que du lait maternel. On ne donne aucun autre aliment solide ou liquide - même pas de l'eau - à l'exception de la solution de réhydratation orale, ou de gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments ». Des études ont montré que les bébés qui ont été allaités exclusivement au sein tombent malades les moins souvent que les bébés qui ne le sont pas. La protection contre la maladie se poursuit même après la fin de l'allaitement. Le lait maternel est aussi le moyen le moins coûteux pour nourrir un nourrisson. Cependant, la mère doit maintenir une bonne nutrition.

Près de 1,6% des mères n'allaitent pas du tout leurs bébés contre 71% qui le font exclusivement. Dans certaines régions, le pic de l'allaitement maternel exclusif est au-dessus de 80%. Ce sont les cas de Vatovavy Fitovinany (89,5%), Vakinankaratra (84,5%), et Atsinanana (82,1%). Les pourcentages les plus bas se trouvent dans les régions de Atsimo Andrefana, Alaotra Mangoro et Atsimo Atsinanana; avec respectivement 55,4%, 55,8% et 62,0%.

4.5. Santé de la Mère

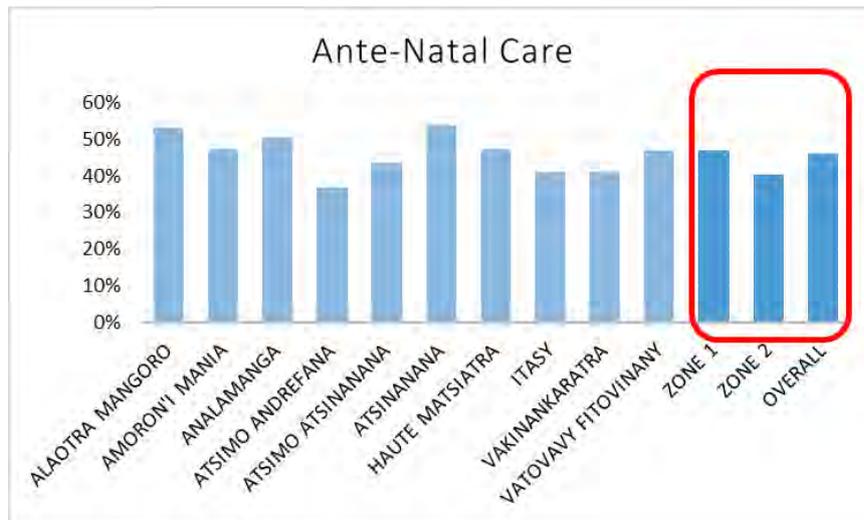
4.5.1. Soin prénatal

Le soin prénatal inadéquat est l'une des raisons pour la mortalité périnatale élevée dans les pays en voie de développement. Pendant la grossesse, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande un minimum de quatre visites prénatales. Si ce nombre minimum n'est pas respecté, alors la femme enceinte est à haut risque de morbidité et de mortalité maternelle.

Parmi les 2.807 femmes enceintes au cours des deux dernières années et avaient donné une naissance vivante, 46,1% ont été vus au soin prénatal au moins quatre fois au cours de leur dernière grossesse. Cela signifie que plus de la moitié des femmes ne cherchent pas encore des soins prénataux ou n'ont pas terminé les étapes nécessaires à la préparation à l'accouchement. Ce résultat est basé sur la déclaration de la répondante pour 52,5% des femmes et les 47,5% sont basés sur des dossiers de santé. En effet, ce dernier fournit des estimations beaucoup fiables de la CPN car la répondante peut avoir des problèmes de rappel en particulier pour les cas d'accouchement non récent. Parfois, les répondantes ont un doute (ou ne se souviennent pas du tout) combien de fois elles se font consultées en CPN.

La proportion des femmes vues à la CPN au moins quatre fois au cours de la dernière grossesse est significativement plus élevée dans la zone I (46,8%) par rapport à la zone 2 (40,2%)¹⁷. Il y a aussi une variabilité entre les régions; des faibles pourcentages à Atsimo Andrefana (36,8%), principalement dans les districts de Sakaraha (19,6%), Ankazoabo (23,3%) aux taux les plus élevés dans la région Atsinanana (53,7%) et Alaotra Mangoro (53,1%), principalement dans les districts de Moramanga (75,0%), Toamasina (74,5%), et Brickaville (67,2%).

Graphique 9 : Pourcentage des femmes enceintes ayant fait au moins 4 CPN au cours des deux dernières années



4.5.2. Injections antitoxines tétaniques

La vaccination antitétanique au cours du soin prénatal joue un rôle important dans la prévention du tétanos, qui peut conduire à la mort du nouveau-né et de la mère. Selon le guide de vaccination de l'UNICEF, l'administration de cinq injections confère une immunité durable aux femmes, ce qui permet l'élimination du tétanos néonatal.

De toutes les femmes enceintes dans les deux dernières années, 47,6% ont reçu au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. Cependant, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal dans 65,1% des cas soit parce que les mères ont reçu des injections antitétaniques pendant cette grossesse (47,6% au moins deux), soit ils ont déjà effectué cinq injections pendant la grossesse précédente (17,5% des cas).

La proportion de femmes enceintes au cours des deux dernières années, qui reçoivent au moins deux doses de vaccins antitétaniques est significativement plus élevée dans la zone I (49,1%) par rapport à celle de la zone 2 (36,4%). La même tendance est enregistrée pour celles qui en ont déjà faits pendant la grossesse précédente (18,7% pour la zone I et 9,0% pour la zone 2)¹⁸. Les plus faibles taux de protection sont observés à Atsimo Atsinanana et à

¹⁷ P-value=0.005

¹⁸ P-value=0.000

Itasy (respectivement 42,7% et 44,2%); et les taux de protection les plus élevés sont à Atsinanana et Haute Matsiatra (75,3% et 71,5%). Par district, Arivonimamo est à 27%, Miarinarivo à 27,5%, Vangaindrano à 35,1% et Soavinandriana à 40%. Au contraire, le district de Mahanoro est à 87,2%, Antsirabe II à 85,1% et Ambatolampy à 81,1%.

4.5.3. Fer folate

Du court au moyen terme, le supplément en fer folate pour les femmes enceintes est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour réduire la prévalence de l'anémie, en particulier avant et pendant le premier trimestre de la grossesse. La question sur la fréquence du supplément en fer folate a été posée aux FAP au cours de la mise en œuvre de l'enquête pour celles qui étaient enceintes au cours des deux dernières années. **Au moins 74,4% des femmes ont reçu un supplément en fer folate pendant leur grossesse: 7,8% ont déclaré avoir reçu une ou deux fois et 66,6% ont dit plus de trois fois.** Il n'y a pas de grande différence entre les zones (74,2% pour la zone 1 et 76,3% pour la zone 2)¹⁹. Dans la zone 1 par exemple, 8,1% des femmes ont reçu du fer folate une ou deux fois pendant la grossesse et 66,1% ont reçu plus de trois fois, tandis que dans la zone 2, 5,5% ont reçu le supplément une ou deux fois et plus de 70% ont reçu plus de trois fois. Notez que les pourcentages sont plus élevés que les taux de CPN parce que les FAP ont déclaré prendre des suppléments de fer folate lors de chaque visite.

4.5.4. Accouchement assisté par un personnel qualifié

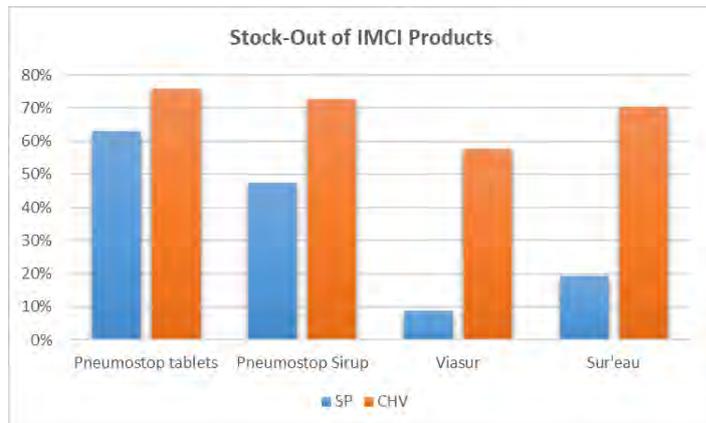
Environ 4.165 femmes ont été consultées sur l'agent de santé post-natal au cours de leur dernier accouchement. **Le résultat indique que 71,6% des dernières naissances ont été assisté soit par un médecin ou par une infirmière ou encore par une sage-femme qualifiée.** Les plus courants sont des infirmières ou sages-femmes qualifiées (28,2% et 24,4%), suivis du médecin (17,3%).

4.6. Disponibilité des produits de santé maternelle et infantile

Trois types de produits SMI ont été considérés pour l'évaluation de la disponibilité des produits PCIME aux niveaux des ACS et PA: Pneumostop (sirop et comprimés) pour traiter les infections respiratoires aiguës; VIASUR pour traiter la diarrhée de l'enfant; et Sûr'Eau pour rendre l'eau potable. Encore une fois, l'objectif est d'évaluer si les produits sont disponibles à l'heure du passage de l'équipe d'enquête, la durée et les motifs de rupture de stock.

¹⁹ P-value=0.000

Graphique 10: Comparaison des niveaux de rupture de stock des produits SMI chez les PA et ACS



Il n'y a pas de grands problèmes sur l'offre des produits de traitement de la diarrhée tels que le Sûr'Eau et VIASUR au niveau des PA avec des ruptures de stock en dessous de 20% pour les deux produits. Cependant, la rupture de stock chez les ACS atteint 57% pour Viasur et près de 70% pour Sûr'Eau. Le niveau de rupture de stock est encore élevé, même si le seuil de la durée de rupture est fixé à trois mois c'est-à-dire les ACS ne possède pas le produit pour moins de trois mois à partir du moment de l'entretien: 43,6% pour VIASUR et 51,7% pour Sûr'Eau. Ces chiffres dénotent des problèmes liés à l'approvisionnement des produits de diarrhée par les ACS. Plusieurs raisons ont été données par les ACS pour expliquer la rupture de stock; parmi eux le manque de demande de la part des bénéficiaires (32% de ACS pour Sûr'Eau et 18% pour VIASUR); la difficulté de gérer le stock (15% pour Sûr'Eau et 12% pour VIASUR); la charge financière (8% pour Sûr'Eau et 13% pour VIASUR); et la non-disponibilité des produits aux PA (27% pour Sûr'Eau et 26% pour VIASUR).

La zone 1 est la plus touchée par la rupture de stock de Sur'Eau où seulement 34% des ACS ne l'ont pas connu au moment de l'enquête avec un stock moyen de 6 flacons de 40ml par ACS. Par exemple, dans la région Atsinanana, seulement 14% des ACS ont un stock de Sur'Eau pendant le passage des enquêteurs, 23% à Analamanga et 25% à Alaotra Mangoro. La zone 2 est moins touchée par rapport à la zone 1, où 44% des ACS ont encore un stock de Sur'Eau avec un stock moyen de 13 flacons de 40ml. La région Atsimo Atsinanana se distingue car plus de 65% des ACS n'a pas eu de rupture de stock.

Pour VIASUR, les régions les moins touchées par la rupture de stock sont Vakinankaratra, Alaotra Mangoro et Atsimo Andrefana où 71%, 67% et 63% des ACS n'ont pas connu une rupture de stock pendant le passage, alors que les ACS en Vatovavy Fitovinany souffrent le plus, avec plus de 70% de rupture de stock de VIASUR au moment de la visite, suivie par la région Itasy avec 55% des ACS.

Il y a des problèmes d'approvisionnement pour le traitement contre les infections respiratoires aiguës: les niveaux de rupture de stock sont élevés, tous au-dessus de 50% aux PA et ACS. Seulement 20% à 30% des ACS échantillonnés ont du Pneumostop disponible (à la fois sirop et comprimés) au moment de l'enquête. En effet, certains ont indiqué ne pas vendre du tout pour le manque de financement, mais plus de ruptures de stock sont liées à la non-disponibilité des produits au niveau du PA. Il semble que le Ministère de la Santé (MOH) envisage d'utiliser un autre produit pour traiter l'IRA c'est-à-dire désormais utiliser l'amoxicilline à la place du cotrimoxazole; donc ce changement se traduit par une perturbation de l'approvisionnement des produits de traitement de l'IRA pour les enfants²⁰. La durée moyenne de la rupture de stock pour Pneumostop est plus de trois mois pour plus de la moitié des ACS. En plus, la rupture de stock est calculée en utilisant le nombre total de ACS qui sont autorisés à vendre les produits (ACS enfants et ACS mixtes). Notez que pour la distribution des médicaments commercialisés, l'approche du projet de PSI pour fournir des médicaments pour les «grossistes communautaires» et PA repose sur le système «pull», un système utilisé également par les projets de santé communautaire de l'USAID pour l'approvisionnement en produits des ACS. Par conséquent, les risques financiers sont importants étant donné l'importance du nombre des acteurs intermédiaires (à l'exception du paquet de démarrage pour les ACS).

La rupture de stock des produits de traitement de l'IRA est plus forte dans les régions de l'Itasy, Analamanga et Vakinankaratra où le pourcentage des ACS qui en avaient au moment de l'enquête ne dépasse pas 20% (pour les pneumostop sirop et comprimés), tandis que les régions de Haute Matsiatra et Amoron'i Mania sont moins marquées par la rupture où plus de la moitié des ACS en avaient encore (50% Amoron'i Mania et plus de 60% pour la Haute Matsiatra).

²⁰ Cela ne devrait pas être le cas en présence d'une bonne coordination entre le MOH et les partenaires de mise en œuvre

5. Planification familiale (PF)

5.1. Indicateurs et résultats de PF

Tableau 5: Indicateurs de PF

Indicateur	Résultat
Pourcentage de FAP en union satisfaites de la qualité des soins des ACS (2156 sur 2398)	90.6%
Pourcentage de mères de CUI exprimant le désir d'attendre au moins 24 mois avant d'être à nouveau enceinte (645 sur 1438)	43.3%
Pourcentage de FAP en union utilisant des méthodes contraceptives modernes (2122 sur 5035)	42.8%
Pourcentage de FAP en union avec les besoins non satisfaits de PF (1098 sur 5035)	21.1%
Pourcentage de FAP en union exposée aux messages IE/BCC PF (4797 sur 5035)	95.7%
Pourcentage de FAP à la recherche de conseils ou de traitement d'ACS pour PF/SR (1057 sur 5035)	21.7%
Pourcentage des chefs de ménages acceptant l'idée que les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques (3533 sur 6244)	55.8%
Pourcentage de FAP en union ne rapportant aucuns mythes ou des fausses interprétations au sujet des méthodes contraceptives modernes (2260 sur 5035)	45.9%
Pourcentage des FAP en union qui trouvent que leurs partenaires les soutiennent pour utiliser des contraceptifs modernes (2784 sur 5035)	56.6%
Pourcentage de FAP en union demandant conseil ou des produits pour la PF aux ACS deux semaines précédant l'enquête (332 sur 2568)	14.4%
Pourcentage des ACS au courant de la disponibilité du service de la Méthode Permanente à Long Terme (LAPM) : DIU (200 sur 366)	54,6%
Pourcentage des ACS au courant de la disponibilité des services LAPM: IMPLANT (208 sur 366)	56.8%
Pourcentage des ACS certifiés par type de certification PF4 (174 sur 366)	47.5%
Pourcentage des ACS certifiés par type de certification DEPO (111 sur 366)	30.3%
Pourcentage des ACS fournissant PF/conseils ou des services SR, y compris la prévention des IST et l'orientation (232 sur 366)	63.4%
Pourcentage des ACS qui ont une rupture de stock de Pilule (Pilplan) (36 sur 179)	20.1%
Durée de la dernière rupture de stock de Pilplan au niveau des ACS (N = 3)	
- Plus de 3 mois	9.5%
- Entre 1 à 3 mois	3.9%
Pourcentage de ACS qui ont une rupture de stock d'injections DEPOVERA (Confiance) (19 sur 155)	12.3%
Durée de la dernière rupture de stock de Confiance / DEPO au niveau des ACS (19 sur 155)	
- Plus de 3 mois	5.8%
- Entre 1 à 3 mois	1.3%
Pourcentage des ACS qui ont une rupture de stock de Condom (Protector Plus) (92 sur 181)	51.4%
Durée de la dernière rupture de stock de Protector Plus au niveau des ACS (94 sur 181)	
- Plus de 3 mois	32.4%
- Entre 1 à 3 moi	5.0%
Pourcentage des ISM PA qui ont une rupture de stock Pilplan (6 sur 181)	3.3%
Pourcentage de ISM PA qui ont une rupture de stock de Confiance / Depo (25 sur 181)	13.8%
Pourcentage de ISM PA qui ont une rupture de stock Protector Plus (25 sur 181)	13.8%

5.2. Education et conseils

5.2.1. Messages IEC / BCC PF

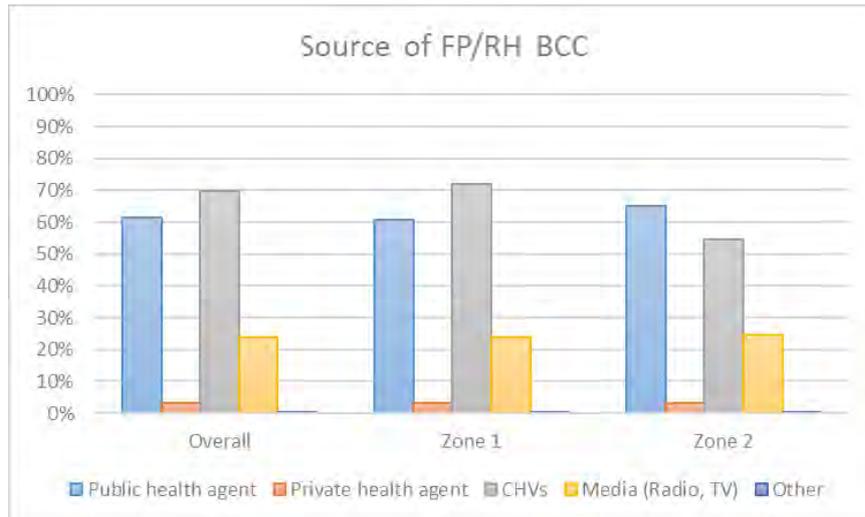
L'objectif principal de l'USAID est de répondre aux besoins des FAP pour la PF à travers différentes activités telles que l'augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, l'éducation et le conseil, l'assurance de la disponibilité des produits par les centres de santé publics et privés et des sites mobiles de proximité.

Les FAP en union exposées à un message IEC/CCC PF sont celles qui ont déjà entendu parler de PF ou ont eu l'occasion d'être sensibilisées sur le programme ou méthodes PF/SR. Il y a plusieurs moyens pour le faire, comme par les agents de santé publics ou privés, par les médias, en publiant, ou simplement par la communication interpersonnelle par les volontaires de santé communautaires. **Parmi les 5.035 FAP en union interrogées, 95,7% ont été exposées à la PF/SR BCC à partir d'au moins une de ces approches** (93,7% en 2014). Il y a aucune différence significative entre la zone 1 (95,7%) et la zone 2 (95,8 %). Des FAP échantillonnées dans certaines régions atteignent même une exposition complète par exemple Itasy (100%) et Analamanga (99,5%). De l'autre côté, la différence peut être significative entre les régions, par exemple, les régions où les FAP sont les moins exposées à des messages IEC/CCC PF sont Atsinanana (88,1%) et Alaotra Mangoro (88,3%).

En général, les ACS sont les plus impliqués dans la transmission des messages IEC/CCC PF, suivis par les agents de la santé publique. Environ 69,7% des FAP ont déclaré qu'elles ont entendu les messages à travers les ACS tandis que 61,4% l'ont déclaré par le biais des agents de la santé publique. Il y a, cependant, une différence très significative sur l'importance des ACS en améliorant la sensibilisation de la PF/RH entre les zones 1 et zone 2 avec respectivement 71,9% et 54,6%²¹. Par exemple, dans la région Itasy, 47,7% des FAP sont sensibilisées à travers les ACS alors qu'elles sont de 84,5% à Atsimo Andrefana. La troisième approche est l'utilisation des mass-médias à travers des spots de radio et de télévision avec 23,8%. La contribution des agents de santé privés est encore marginale. L'utilisation de la technologie mobile est également à sa phase naissante; téléphone et SMS ne sont utilisés que par moins de 0,1% des FAP échantillonnées pour recevoir des messages de PF/SR BCC; et très peu de répondantes avaient déclaré avoir vu BCC à travers des spectacles aux villages.

²¹ P-value=0.000

Graphique II : Source de PF/SR BCC



5.3. Utilisation de la méthode contraceptive moderne

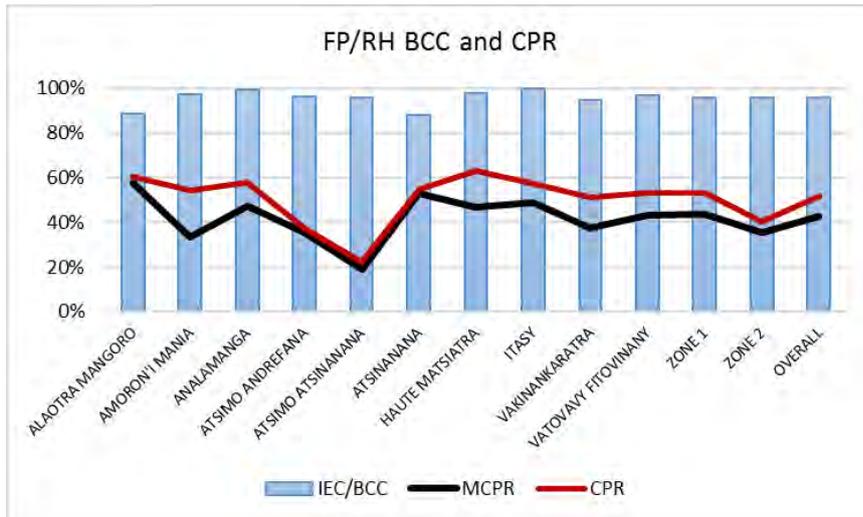
5.3.1. Taux de prévalence du contraceptif moderne (MCPR)

Des ACS "Mixtes" et "mères" fournissent des conseils et des produits accessibles sur les méthodes modernes de contraception et la santé de la reproduction aux FAP. Parmi les méthodes modernes, il existe différents types de stérilisations (pour hommes et femmes, tels que la ligature des trompes et la vasectomie), l'utilisation de dispositifs intra-utérins (DIU), contrôles de naissances injectables (Depo-Provera ou «Confiance»), l'utilisation de tiges d'implant (Implant), l'utilisation de contraceptifs oraux combinés, les préservatifs et les spermicides. D'autre part, les méthodes traditionnelles comprennent l'utilisation de billes de cycle, les méthodes naturelles telles que la lactation aménorrhique, en comptant les jours du cycle, l'abstinence et le retrait.

Pour toutes les femmes échantillonnées, 51,9% procèdent à l'utilisation des méthodes de contraception de tous types; et 42,8% utilisent les méthodes de contraceptives modernes. Par zones, la zone 1 (MIKOLO + PSI) a un taux plus élevé d'utilisateurs de contraceptifs par rapport à la zone 2. Par exemple, environ 53,3% des FAP en zone 1 utilisent des méthodes contraceptives (tous types confondus), de 13,3 points de pourcentage plus élevés que dans la zone 2 (40,3%). De même, pour l'utilisation de la contraception moderne, Zone 1 est à 43,8% et la zone 2 est à 35,2%²².

²² P value=0.000

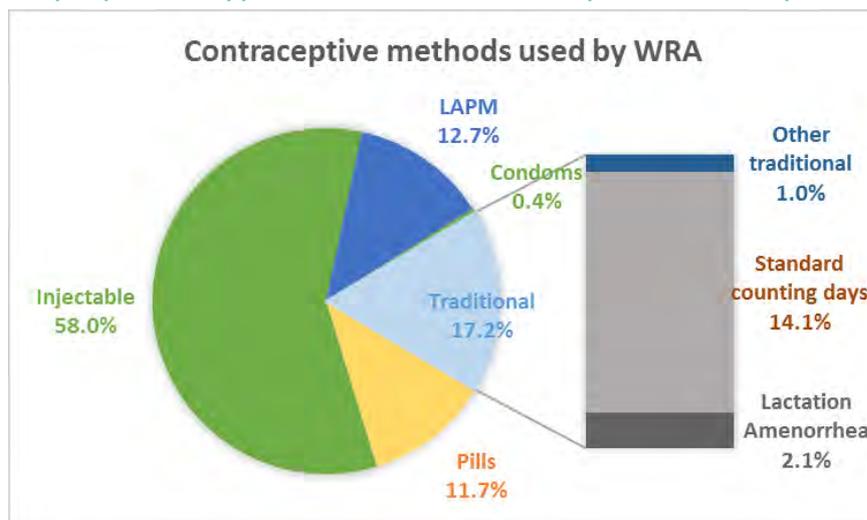
Graphique I2 : PF/SR BCC et Adoption des CPR par Région



Par région, Alaotra Mangoro et Atsinanana ont le taux le plus élevé dans l'utilisation des méthodes modernes de contraception, respectivement 57,8% et 52,9%; et le plus faible est observé à Atsimo Atsinanana, Vakinankaratra et Amoron'i Mania, en dessous du seuil de 40%. Il y a aussi une énorme variabilité entre les districts, le plus élevé est Moramanga à 66,7%, qui représente plus de 50 points de pourcentage au-dessus du taux d'Ampanihy (11%). Notez que dans certaines communes (du district d'Ambatondrazaka), un dynamisme très spécial des ACS pour la sensibilisation des FAP sur l'utilisation des méthodes modernes a été remarqué au cours de la mise en œuvre de l'enquête. En outre, à partir du résultat ci-dessus, les FAP utilisant les méthodes contraceptives (modernes et traditionnelles confondues) sont très importantes (51,9%) même si le taux reste relativement faible pour les méthodes modernes, la question est donc de trouver des moyens pour sensibiliser les FAP à utiliser les méthodes modernes.

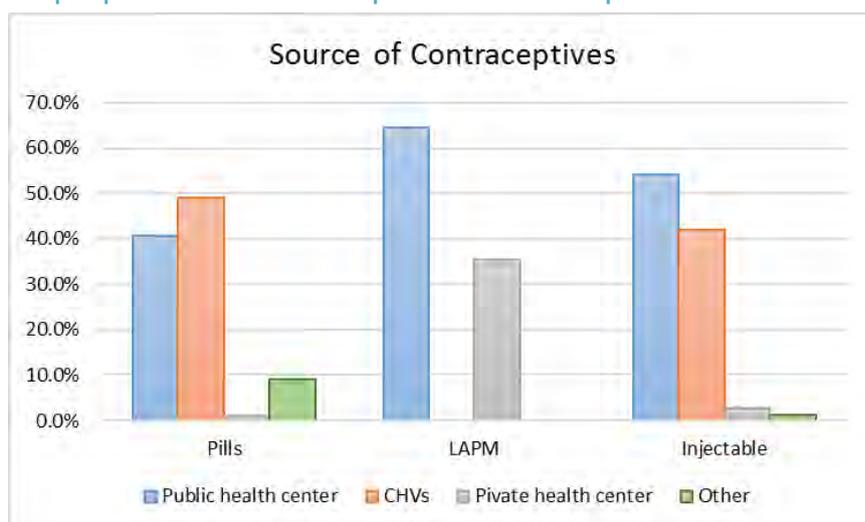
Dans les zones d'intervention du programme de santé de l'USAID, la méthode contraceptive la plus utilisée pour le contrôle des naissances est l'injection (Depo-Vera ou «Confiance») représentant 58% des FAP en union utilisant des méthodes contraceptives. Cela est suivi par les méthodes permanentes de longue durée (LAPM) à 12,7%, y compris la ligature, le dispositif intra-utérin et la plupart des implants (10%), puis les pilules à 11,7%. Les préservatifs sont à peine utilisés pour la méthode PF avec l'utilisation de pourcentage inférieur à un pour cent (1%). Néanmoins, 17,2% utilisent encore des méthodes « naturelles » dont le plus important est le comptage de jours standard (à 14,1%) et la lactation aménorrhique (2,1%).

Graphique 13 : Types de méthodes contraceptives utilisées par les FAP



Les sources de méthodes contraceptives varient considérablement selon le type de méthodes. Les FAP rejoignent les centres de santé publics et privés pour LAPM et des méthodes compliquées telles que la ligature, implant et les dispositifs intra-utérins. **Cependant, pour les pilules et les injectables, les ACS et les centres de santé publique fournissent la plupart des services.** Les ACS fournissent 49% des pilules et 41,9% des injectables pour les utilisatrices de contraceptifs modernes dans les milieux ruraux de Madagascar à l'intérieur des zones de l'étude. Les centres de santé publique fournissent 54,1% des injectables, 47% des pilules et offrent également les services LAPM. La contribution d'autres sources telles que le marché et les épiceries, les amis et la famille, et la pharmacie est proche de zéro à l'exception des pilules (10%) et les préservatifs.

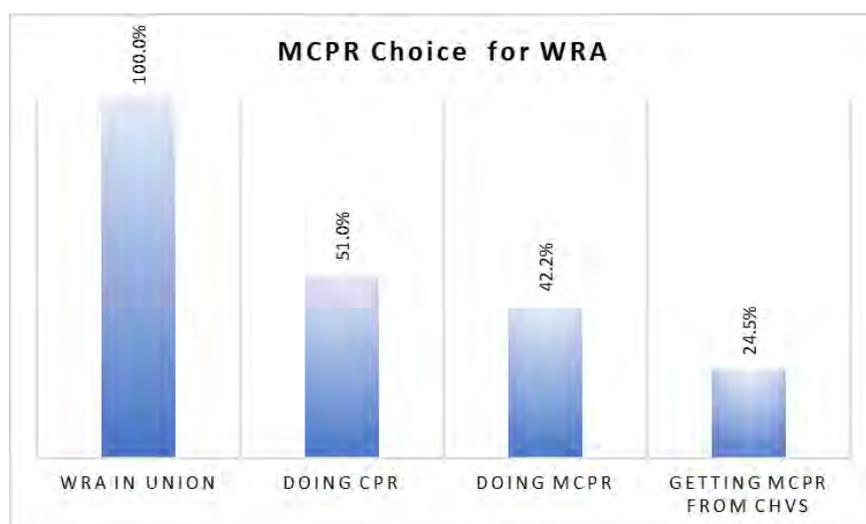
Graphique 14 : Sources des produits contraceptifs



Pour mieux évaluer les rôles des ACS pour augmenter l'utilisation de la planification familiale, l'enquête comprend des questions spécifiques si la FAP a récemment cherché un conseil et/ou produit aux ACS. Parmi les 2.568 FAP qui utilisent des méthodes contraceptives, 14,4% rejoignent les ACS au cours des deux dernières semaines précédant l'entretien. La

différence est significative entre la zone 1 (14,7%) et la Zone 2 (9%)²³. Les faibles taux sont observés dans les régions du Vakinakaratra, Amoron'i Mania et Atsimo Atsinanana avec respectivement 4,8%, 4,9% et 7,5%, mais par district, les plus faibles pourcentages de FAP qui recherchent des services de PF aux ACS dans les deux dernières semaines sont dans les districts de Vondrozo (0%), Manandriana (1,7%), Betafo (1,8%) et Ambositra (2%). Au contraire, les taux les plus élevés se trouvent dans les régions Atsimo Andrefana (30%) et Analamanga (23,3%), surtout dans les districts de Toliary II (51%), de Morombe (46,9%), Beroroha (46,2%) et d'Ambohidratrimo (36,4%).

Graphique 15 : Choix MCPR pour les FAP – Partage de Services des ACS



Dans l'ensemble, parmi les 5.035 FAP en union dans l'échantillon, 51% pratiquent tout type de contraceptifs, y compris les méthodes traditionnelles; 42,2% pratiquent des méthodes contraceptives modernes, dont 24,5% obtiennent le service des ACS. En moyenne, 75,8% des FAP qui demandent un conseil ou de traitement des ACS ont reçu des soins adéquats et le reste, soit référées à un autre centre compétent, soit inaptes à utiliser la méthode contraceptive au moment de la visite. Ces FAP sont référées dans le cas où les ACS ne sont pas aptes à fournir les services spécifiques de contraception tels que les méthodes LAPM ainsi que la méthode injectable s'ils ne sont pas encore certifiés DEPO, ou ils n'ont pas de stocks de produits de PF.

5.3.2. Limitation et espacement des naissances

Environ 43,3% des mères de CUI (1.438 observations) veulent des naissances espacées c'est à-dire attendre au moins 24 mois avant la prochaine grossesse. Il n'y pas de différence significative entre la zone 1 (43,5%) et la zone 2 (42%). En termes de préférence, environ 61,3% des mères CUI interrogées veulent encore avoir d'enfants.

Le désir d'avoir des naissances espacées est plus élevé à Amoron'i Mania (54,4%), Haute Matsiatra (54,2%) et Vakinankaratra (54,1%) et est plus faible à Analamanga (32,7%) et

²³ P-value=0.000

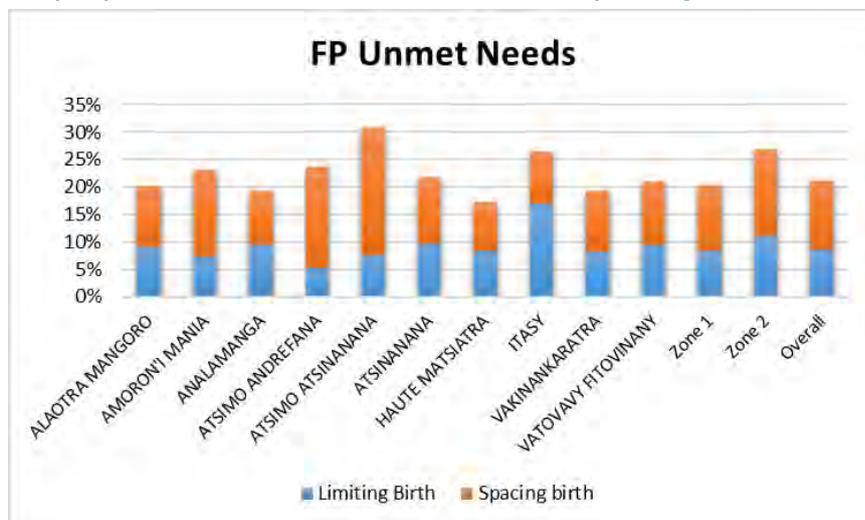
Vatovavy Fitovinany (37,3%). Cette différence entre régions est importante pour toutes les mères qui veulent avoir un autre enfant et attendre au moins 24 mois (mais pas particulièrement pour toutes les mères de CUI). Par district, la proportion est la plus élevée dans les districts d'Ambalavao (70,4%) et Mandoto (68,8%) et le plus bas est dans les districts de Morombe (4,1%) et Ampanihy (21,9%).

5.3.3. Besoins non satisfaits en PF

Par définition, un besoin non satisfait de planification familiale est défini comme le pourcentage de FAP en union ou mariées, qui veulent arrêter ou retarder la maternité, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception. Est considérée comme FAP avec des besoins non satisfaits la femme qui:

- Est enceinte et sa grossesse était non désirée ou inopportune au moment de la conception
- Est aménorrhée post-partum et qui n'utilise aucune planification familiale
- Est féconde, ni enceinte, ni aménorrhée post-partum, et ne veut plus d'enfant et n'utilise pas de méthode de planification familiale (veut limiter la naissance)
- Est féconde, ni enceinte, ni aménorrhée post-partum, ou qui veut retarder la prochaine grossesse pendant au moins deux ans, ou ne sait pas quand ou si elle veut un autre enfant, mais n'utilise aucune méthode contraceptive (veut espacer la naissance)

Graphique I6 : Besoins non satisfaits des PF par Région



Pour toutes les FAP en union dans l'échantillon, 21,1% ont des besoins non satisfaits de planification familiale. Les besoins non satisfaits pour limiter la naissance est à 8,6% et pour espacer la naissance est de 12,5%. Il y a une différence significative entre les zones PSI+MIKOLO (20,4% comprenant 8,3% pour les besoins non satisfaits pour limiter la naissance et 12,3% pour la naissance espacée) et zones PSI seules (26,8% dont 11% et

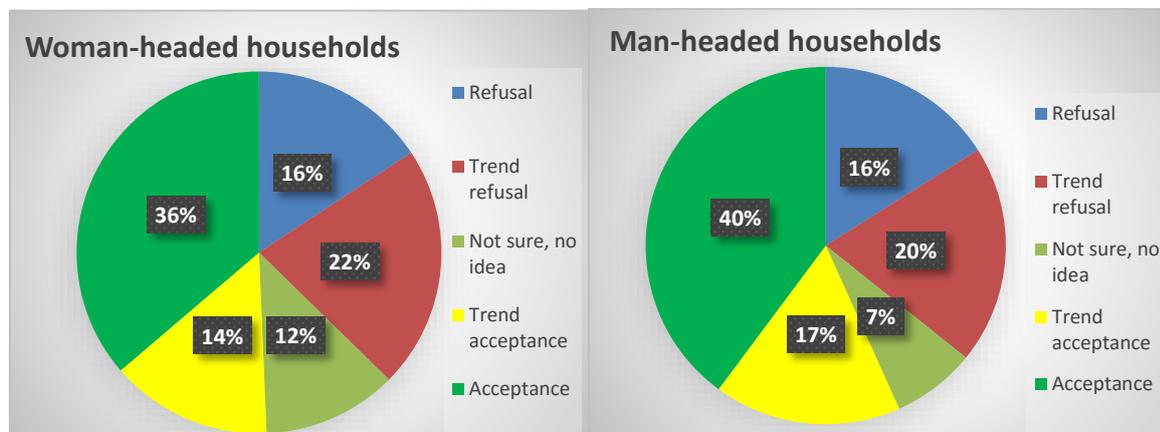
15,8%)²⁴. À travers les régions, Atsimo Atsinanana et Itasy enregistrent les taux plus élevés de besoins non satisfaits (respectivement 30,9% et 26,5%). Par exemple, A Vangaindrano, les besoins non satisfaits sont à 41,6%, à Farafangana à 34,7% et à Arivonimamo à 27,2%. Les taux les plus bas se trouvent dans les régions de Haute Matsiatra (17,3%), principalement dans le district d'Ambalavao (5,8%), Isandra (9,7%) et Analamanga (19,2%) dans le district d'Ankazobe (10,8%).

5.3.4. Perception sur les méthodes de PF

Environ 55,8% des ménages acceptent que les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques. Des ménages dirigés par des hommes se montrent plus indulgents que ceux dirigés par une femme (respectivement 56,7% et 50,7%)²⁵. Par zone, notez que plus de ménages dans la zone I sont d'accord avec le concept (57,2%) par rapport à la zone 2 (45,5%)²⁶.

Les régions d'Atsimo Atsinanana et Vatovavy Fitovinany montrent l'influence des hommes où seulement 37,7% et 38,0% des ménages acceptent que des hommes et des femmes ont un accès égal aux opportunités tandis qu'environ trois quarts d'entre eux sont d'accord dans les Hauts Plateaux (71,3% à Haute Matsiatra et 69% à Amoron'i Mania)

Graphique 17 : Situation des chefs de ménage sur le concept que les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques



Environ 84,8% des FAP en union acceptent que la contraception est aussi la responsabilité de leurs partenaires. En outre, plus de la moitié (56,6%) perçoivent que leurs partenaires leur soutiennent dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Des soutiens venant des partenaires sont essentiels pour que les FAP en union aient la volonté d'adopter des méthodes de contraception modernes. Dans certains cas, elles le font encore, même avec réticence de la part de leurs partenaires, mais dans la clandestinité. Les FAP dans la zone I reçoivent plus de soutien à 57,8% contre 46,3%

²⁴ P-value=0.000

²⁵ P value=0.000

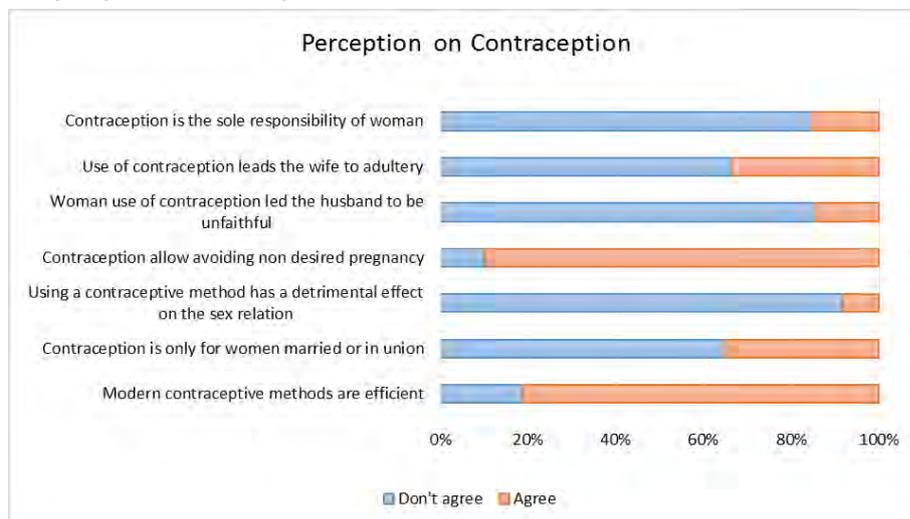
²⁶ P value=0.000

pour leurs paires dans les zones de PSI²⁷. Le taux est le plus élevé dans la région Alaotra Mangoro (70%), en particulier dans les districts d'Amparafaravola (73,4%), Moramanga (72,1%) et la plus faible dans la région Atsimo Atsinanana (23,9%), principalement dans les districts de Farafangana (14,3%), Vangaindrano (15,7%) et Vondrozo (32%).

L'utilisation de la contraception, en particulier les méthodes modernes, a fait l'objet de plusieurs mythes et interprétations, venant des FAP elles-mêmes ou venant de leurs partenaires. L'enquête a demandé huit séries de déclarations visant à évaluer le niveau de perception de la FAP et leurs partenaires sur les mythes et les fausses interprétations les plus connues.

En tenant compte des cinq²⁸ assertions les plus importantes, le résultat montre que plus de la moitié (52%) des FAP en union n'ont pas de problèmes ou de préoccupations à l'utilisation de contraceptifs modernes c'est-à-dire toutes leurs perceptions supportent l'utilisation des contraceptifs. Par exemple, 18,9% des femmes mariées ne sont pas d'accord que les méthodes contraceptives modernes soient efficaces; 91,8% sont en désaccord que l'utilisation de méthodes contraceptives a un effet néfaste sur la relation sexuelle; environ neuf sur dix sont d'accord que la contraception permet d'éviter la grossesse non-désirée; 85,8% sont en désaccord que pour la femme, l'utilisation de la contraception conduit le mari à être infidèle. Cependant, environ un tiers des hommes pensent encore que l'utilisation de la contraception a conduit la femme à l'adultère; et plus important encore, environ 35% perçoit que la contraception est pour les femmes mariées seulement.

Graphique 18 : Perception des FAP en union et de leurs Partenaires sur la Contraception



²⁷ P value=0.000

²⁸ Les cinq plus importantes assertions sont : les méthodes contraceptives modernes sont efficaces ; l'utilisation des méthodes contraceptives a un effet nuisible sur la relation sexuelle; La contraception permet d'éviter la grossesse non-désirée ; La contraception est une responsabilité de la femme ; La contraception moderne développe le cancer et les maladies.

La région qui a plus de FAP ne déclarant aucun mythes est Vakinankaratra à 62,7% illustrée par les taux de 73,6% dans les districts de Betafo et 67,5% dans le district d'Ambatolampy. Au contraire, la région qui a le plus faible nombre de FAP sans mythes est Amoron'i Mania à 29,1% avec des taux très faibles dans les districts d'Ambositra (23,2%) et Ambatofinandrahana (29%).

5.3.5. Satisfaction sur la qualité des soins des ACS sur le PF

En général, 90,6% des FAP ayant reçu des soins PF aux ACS sont satisfaites. Cependant, il y a une différence très significative entre zones PSI et Mikolo (92,4%) et la zone 2 (77,2%).²⁹ Cette différence pourrait être interprétée comme la contribution du projet Mikolo sur l'adoption de l'utilisation de la PF à travers les ACS. Dans les zones Mikolo, de nombreux districts tels qu'Ankazobe, Ambositra, Ikalavony, Toamasina II, Isandra, Vohibato et Betafo ont atteint 100% de FAP déclarant une entière satisfaction. D'autre part, cet enthousiasme est amorti dans certains districts dans les zones non-Mikolo; par exemple, 67,6% des FAP sont satisfaites dans le district de Vondrozo, 68,1% à Midongy Atsimo, et 70,8% à Arivonimamo.

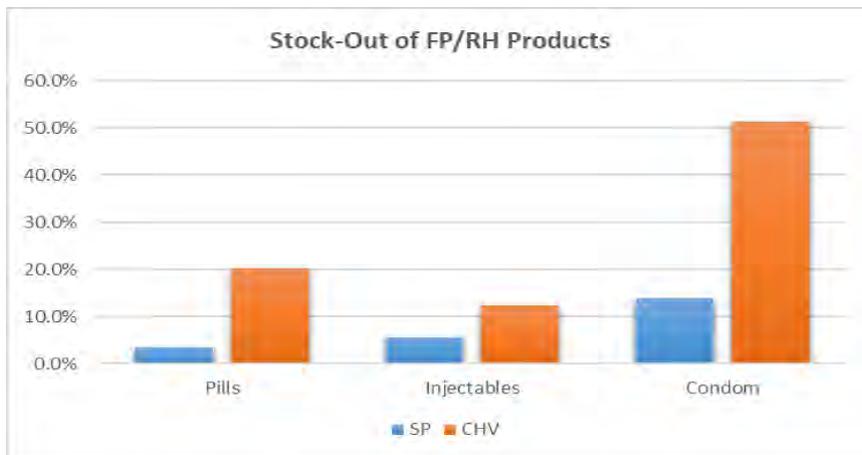
5.4. Disponibilité des produits de PF

Trois produits-clés contraceptifs ont été considérés pour l'évaluation sur la disponibilité des produits de PF/SR aux niveaux des ACS et PA: pilules (Pilplan), injectables (Confiance); et les préservatifs masculins. Des questions très similaires ont été posées aux ACS et PA. L'objectif est de déterminer si les produits sont disponibles à l'heure du passage de l'équipe d'enquête, la durée et les motifs de rupture de stock.

Il n'y a pas de problèmes sur la fourniture de produits de PF/SR au niveau de la PA. Sur les 181 points interrogés au cours de l'OMS 2015; seulement 3,3% et 5,5% des PA ont une rupture de stock au moment de l'entretien, respectivement pour les pilules contraceptives et les injectables. **Dans les ACS, les taux de ruptures de stock sont en effet plus élevés, mais restent dans la plage acceptable de 20,1% pour les pilules et 12,3% pour les injectables.** Les condoms montrent une tendance particulière avec une faible rupture de stock aux PA (12,8%) et relativement élevée aux ACS (51,4%).

²⁹ P-value=0.000

Graphique 19 : Comparaison des niveaux de rupture de stock des produits PF/SR chez les PA et ACS



La plupart des ruptures de stock des produits contraceptifs féminins sont temporaires, ce qui veut dire que les ACS pensent à remplir leur stock dans les prochains jours. Pour les préservatifs masculins, il y a un autre problème lié au manque d'acheteurs, qui aboutit à une décision de ne pas recharger le stock.

6. Eau, assainissement et hygiène (WASH)

6.1. Indicateurs et résultats WASH

Tableau 6: indicateurs WASH

Indicateur	Résultat
Pourcentage de ménages utilisant une latrine améliorée (558 sur 6244)	10.6%
Pourcentage de ménages utilisant une source améliorée d'eau potable (1837 sur 6244)	34.9%
Pourcentage des ménages pratiquant correctement le traitement de l'eau à domicile efficace (594 sur 6244)	9.5%
Pourcentage de ménages ayant de l'eau et du savon dans un endroit couramment utilisés par les membres de la famille au lavage des mains (1760 sur 6244)	26.5%
Pourcentage des ménages qui connaissent les trois messages de DIORANO WASH (2337 sur 6244)	38.3%
Pourcentage de maisons ou huttes des ACS avec de l'eau et du savon pour le lavage des mains (161 sur 366)	44.0%

L'objectif général des activités WASH est d'accroître l'accès et l'utilisation de l'eau potable et l'amélioration des pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement. La promotion des trois messages clés de DIORANO WASH a été lancée depuis le début du projet WASH. Les trois messages sont les suivants:

- Le lavage des mains avec du savon;
- L'utilisation de l'eau potable;
- L'utilisation rationnelle des latrines répondant aux normes.

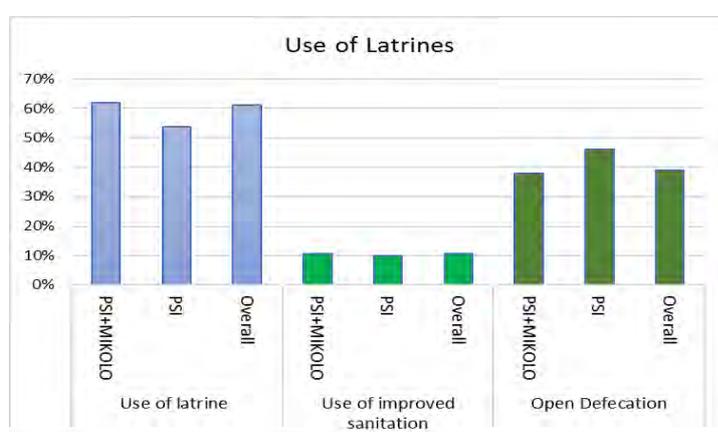
L'utilisation de l'eau potable est la réponse la plus citée dans les régions d'Atsimo Atsinanana (96,4%) et Vatovavy (86,6%) avec des pourcentages très élevés dans le district de Farafangana (99,2%), dans le district de Vondrozo (97,9%) et dans les deux districts Mananjary et Nosy Varika (96%). Se laver les mains avec du savon est plus cité dans les régions Amoron'i Mania (89,2%) et Vatovavy (84,5%), en particulier dans le district de Fandriana à 96,8%; dans le district d'Ambositra à 92%; et dans le district de Nosy Varika à 89,6%. Le moins cité est l'utilisation rationnelle des latrines avec les plus hauts pourcentages de 78,6% à Amoron'i Mania et 69,3% dans la région du Vakinankaratra.

Cependant, seulement 38,3% des ménages sont capables de citer correctement et complètement tous les trois messages WASH. La région d'Atsimo Atsinanana enregistre le taux le plus élevé à 59% dans le district de Farafangana et Vondrozo (tous deux à 66,4%) et Midongy Atsimo (59,2%); suivie d'Analamanga (47,8%) dans les districts de Manjakandriana (56,8%), Anjozorobe (54,4%) et Ankazobe (53,6%). Les taux les plus bas se trouvent dans la région d'Atsimo Andrefana (19,8%) et Alaotra Mangoro (20%). Par exemple, dans le district de Beroroha, il est extrêmement faible à 1,6%, Ankazoabo à 2,4%, en Morombe à 4,8%, Toliary II à huit pour cent (8%) et Ambatondrazaka à 10,4%.

6.1.1. L'utilisation de latrines

En moyenne, **61% des ménages échantillonnés dans l'OMS 2015 utilisent de latrine**. Ce pourcentage est plus élevé pour les zones où les projets PSI et MIKOLO sont mis en œuvre ensemble (62,0%), par rapport aux zones où PSI seul est présent (53,8%), mais la différence est non significative³⁰. Cependant, la plupart des ménages utilisent les infrastructures d'assainissement non améliorées avec des planchers non lavables (43,8%). **Seulement 10,6% utilisent un assainissement amélioré qui est défini comme latrines avec chasse d'eau, latrines avec plancher lavable ou avec le flux d'air**. Une légère différence est enregistrée entre la zone 1 (10,7%) et la zone 2 (9,8%)³¹.

Graphique 20 : Utilisation de latrines, Latrines Améliorées, et Défécation en Plein air



En termes de couverture géographique, les régions d'Analamanga et Itasy enregistrent les taux plus élevés de ménages utilisant l'assainissement amélioré (respectivement 24,8% et 23,7%), principalement dans les districts de Manjakandriana (52%) et Soavinandriana (35,2%). Certains districts dans les autres régions montrent des meilleurs taux tels qu'Ifanadiana (28,8%) dans la région de Vatovavy et Antsirabe II (24%) dans celle de Vakinankaratra. Les taux les plus bas se trouvent dans les régions Atsinanana et Atsimo Andrefana (respectivement 2,9% et 2%), principalement dans les districts de Vatomandry, Ankazoabo et Benenitra où aucun des ménages échantillonnés n'utilisent un assainissement amélioré.

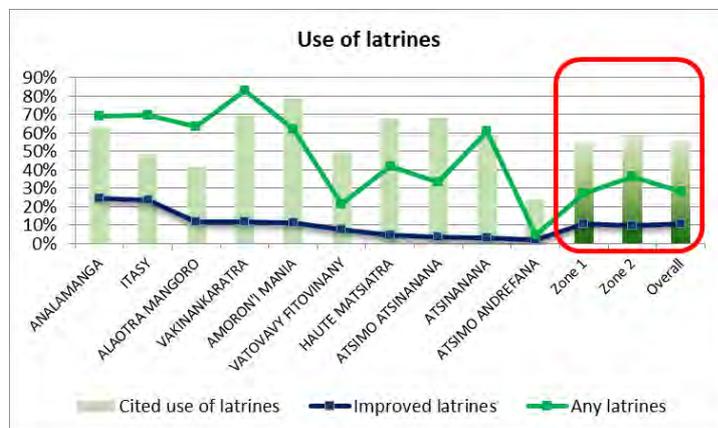
Il y a aussi un énorme écart entre les connaissances sur l'"utilisation des latrines" comme l'un des messages clés WASH et l'utilisation réelle des latrines pour certaines régions telles que Vatovavy, Haute Matsiatra, Atsimo Atsinanana et Atsimo Andrefana. Dans l'ensemble, l'écart est d'environ 50% à savoir la moitié des ménages qui ont cité que les latrines sont importantes alors qu'ils ne les utilisent même pas. En outre, un second écart est observé entre l'utilisation de tout type de latrines et l'utilisation de latrines améliorées; et cet écart est plus grand que le premier (la connaissance par rapport à l'adoption) puisqu'elle atteint plus de 50% dans le Vakinankaratra, Amoron'i Mania et Atsinanana. Le cas particulier

³⁰ Pvalue=0.184

³¹ Pvalue=0.001

d'Atsimo Andrefana vaut la peine d'être mis en valeur en raison de la faible prise de conscience (légèrement au-dessus de 20%), ainsi que la faible utilisation des latrines (moins de 5%).

Graphique 21 : Utilisation des latrines par Région



La contribution des projets appuyés par l'USG sur l'utilisation des latrines est tout-à-fait faible c'est-à-dire soit la population ne sait pas que les services sont fournis par les projets américains, ou que les activités du projet WASH ne sont pas significatifs dans les ménages échantillonnés. En effet, seulement 0,6% des ménages échantillonnés utilisant l'assainissement amélioré (ou 0,4% du total des ménages) reconnaît que le type d'assainissement qu'ils utilisent appartient au programme d'assistance américain. Les seules régions ayant des réponses positives étaient Atsimo Atsinanana, Vatovavy Fitovinany, et dans la région Atsinanana qui est probablement le résultat de la mise en œuvre du projet RANO HP.

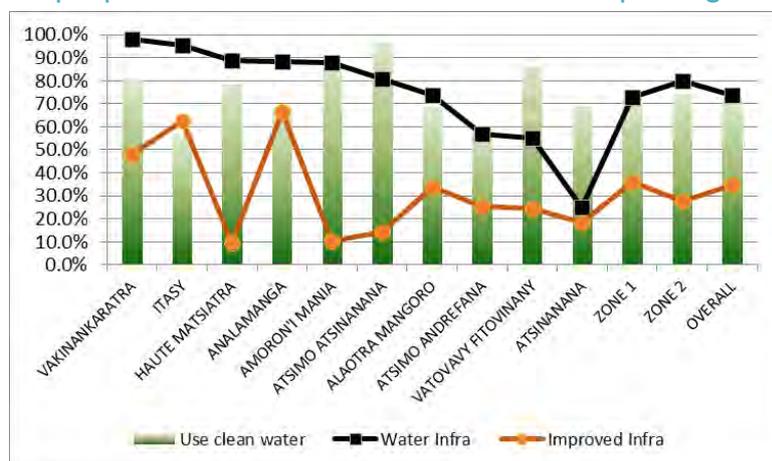
6.1.2. L'utilisation d'une source d'eau potable améliorée

Dans l'ensemble, 73,7% des 6.244 ménages ont accès à tout type d'infrastructure de source d'eau, et 34,9% ont accès à une source d'eau améliorée dans les zones de l'enquête. La source d'eau peut être non-améliorée ou traditionnelle tels que les puits non-protégés, la source non-protégée ; ou les infrastructures améliorées telles que le robinet privé, la pompe publique, les puits protégés (avec ou sans tube). Les types de sources d'eau non améliorées les plus utilisés sont des sources non protégées (21,1%) et les puits non-protégés (9,7%); et les plus utilisées des sources d'eau améliorées sont la pompe publique (19,6%) et les puits protégés (11%). Le 26,3% restants des ménages n'utilisent aucune infrastructure comme source d'eau potable. Ils comptent habituellement sur le système privé en utilisant une charrette ou un camion-citerne pour la distribution d'eau; ou la collecte de pluie (impluvium), ou tout simplement utiliser l'eau des rivières et des lacs.

En termes de couverture géographique de PSI, une différence significative est notée entre PSI avec les zones MIKOLO (72,8%) et les zones PSI seules (79,8%). Mais il convient de noter que les zones PSI+MIKOLO utilisent plus de sources améliorées d'eau potable (35,8%) que

les zones PSI seules (27,7%) qui utilisent plus les sources d'eau potable non-améliorées (52,1%) par rapport à PSI + MIKOLO (37 %).

Graphique 22 : Sensibilisation et Accès à l'Eau par Région



Les régions Atsinanana, Vatovavy Fitovinany et Atsimo Andrefana sont les régions où plus de ménages n'ont pas accès aux infrastructures d'eau potable avec respectivement 75,2%, 45,1% et 43,0% des ménages échantillonnés. Les taux sont élevés de manière critique dans les districts de Mahanoro (96%), Marolambo (84,8%), Antanambao Manampotsy (84,8%), Beroroha (80%), Benenitra (76,8%) et Toamasina II (76%). Au contraire, les régions du Vakinankaratra (2,1%) et Itasy (4,8%) enregistrent les plus faibles pourcentages de ménages qui ne disposent pas d'infrastructures pour eau potable avec des pourcentages proches de zéro dans les districts d'Ambatolampy, Faratsiho et Betafo.

Environ deux tiers des ménages dans les régions d'Analamanga et Itasy utilisent la source améliorée d'eau potable avec respectivement 66,4% et 62,7% des ménages. Les taux sont élevés dans les districts de Manjakandriana (86,4%), Ambohidratrimo (76,8%), Miarinarivo (74,4%) et Arivonimamo (62,4%). Dans trois régions (Haute Matsiatra, Amoron'i Mania et Atsimo Atsinanana), la proportion des ménages ayant accès à l'eau potable améliorée est inférieure à 15%.

Noter toutefois que l'accès à l'infrastructure de l'eau a une très haute intra-corrélation avec les ménages c'est-à-dire si un village a accès à l'infrastructure de l'eau, il est probable que presque tous les ménages dans le village échantillonné seront au même statut ainsi, la modification de la «représentativité» des résultats.

Pour le traitement de l'eau, environ 9,5% des ménages échantillonnés pratique correctement un traitement d'eau, y compris 8,8% utilisant le Sûr'Eau et le reste utilisant soit l'eau de javel ou le filtrage avec du charbon et du sable. Il y a significativement plus de ménages pratiquant le traitement d'eau dans la zone 1 (10,4% des ménages y compris l'utilisation de Sûr'Eau 9,5%) par rapport à la zone 2 (6,6% dont 5,9% utilisant le Sûr'Eau³²).

³² Pvalue=0.001

6.1.3. Utilisation de l'eau et du savon à un endroit pour le lavage des mains

Seul un quart des ménages échantillonnés (26,7%) a un endroit fonctionnel pour le lavage des mains et 26,5% utilisent du savon. L'endroit pour le lavage des mains peut être partout et de types différents, à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison, mais il devrait être dans un endroit fixe. La région d'Amoron'i Mania (avec 50,1%), principalement dans les districts d' Ambositra (61,6%) et Ambatofinandrahana (51,2%) et la région de l'Itasy (53,6%) dans les districts de Soavinandriana (70,4%) et Arivonimamo (50,4%) se démarquent dans l'utilisation de l'eau et du savon.

Les ménages ont encore besoin de plus de sensibilisation sur la possession de station de lavage des mains dans les régions d'Atsinanana où seulement 18,8% ont une telle infrastructure, à Atsimo Atsinanana (20,4%) à Vakinankaratra (20,4%) et à Atsimo Andrefana (21,2%). Dans certains districts, les pourcentages sont même dramatiques tels que le cas de Beroroha avec 1,6% de l'échantillon; 7,2% à Ankazoabo, 9,6% à Mandoto, 10,4% à Antanambao Manampontsy, 12,8% à Toliary II et 13,6% à Vangaindrano.

7. Nutrition

7.1. Indicateurs de nutrition et résultats

Tableau 7: Indicateurs de nutrition

Indicateur	Résultat
Pourcentage de ménages avec la malnutrition modérée ou sévère (1030 sur 6244)	14.9%
Pourcentage de CU6-23 mois nourris selon une norme minimale de pratiques d'alimentation de nourrissons et de jeunes enfants (197 sur 2246)	10.4%
Pourcentage de CU2 pesés lors du suivi et de la promotion de la croissance (GMP) au cours des deux derniers mois (1648 sur 3201)	52.8%
Pourcentage de CU2 dans la zone rouge MUAC (84 sur 3201)	2.4%
Pourcentage de CU2 dans la zone jaune MUAC (350 sur 3201)	10.9%
Pourcentage de nourrices de CU5 exposées à des messages sur la nutrition (2802 sur 5383)	51.2%
Pourcentage de CU2 dans la courbe de poids (1,210 sur 3,201)	
Zone rouge	1.3%
Zone jaune	10.6%
Zone verte	88.1%

7.2. Sensibilisation sur la nutrition

Près de la moitié (51,3%) des nourrices ont déclaré qu'elles ont déjà entendu parler de certains aspects de la sensibilisation et des messages sur la nutrition. La communication peut être liée à la nourriture et la nutrition de la mère et de l'enfant, le type de nourriture par âge, la prise de suppléments de vitamine A et le suivi de croissance. Les taux les plus élevés se trouvent dans la région de la Haute Matsiatra (74,7%) dans les districts de Vohibato (82,7%) et Ambalavao (80,8%); et dans la région d'Atsimo Atsinanana (74,6%) dans le district de Farafangana (81,3%). Les proportions les plus faibles sont enregistrées dans les régions d'Alaotra Mangoro (25,2%) et Vakinankaratra (34,2%), principalement dans les districts d'Amparafaravola (17,9%), Ambatondrazaka (21,2%) et Mandoto (17,6%). Ces deux dernières régions sont, cependant, le grenier agricole de Madagascar.

Les ACS sont les sources les plus importantes des messages pour la santé et la nutrition pour les nourrices (90,1%), suivie par les agents de la santé publique (65,9%) et les autres sources d'information telles que les médias avec 26,3%.

7.3. L'insécurité alimentaire dans les ménages

Trois indices définissent l'indice de la malnutrition selon la méthode FANTA:

- Pas de nourriture à la maison qui est déterminé si un ou quelques membres de la famille n'ont rien à manger au moins une fois pendant la journée. Dans le sondage, la question se rapporte sur un sur trois (3) repas habituels par jour (petit-déjeuner ou déjeuner ou dîner)

- Le deuxième indice est de dormir affamé qui signifie le dîner ne suffit pas. Dans le sondage, la question portait sur un ou quelques membres de la famille qui se sentent affamés, en allant dormir.
- Le troisième indice est de passer toute une journée et toute une nuit sans rien manger.

Le statut de la malnutrition se réfère à la situation au cours d'un mois précédant l'entretien. Le calcul de chaque indice est obtenu en regroupant les réponses en trois catégories: jamais, rarement/occasionnellement et souvent, en leur attribuant des valeurs de 0, 1 et 2. Pour obtenir l'indice de la malnutrition, la somme des trois indices est calculée. Si la somme est comprise entre 0 et 1, il n'y a pas de malnutrition dans le ménage. Si la somme est comprise entre 2 et 3, elle est interprétée comme la malnutrition modérée, et si la somme est comprise entre 4 à 6, il y a une malnutrition sévère.

En conséquence, il y a en général 14,9% des ménages avec malnutrition modérée ou sévère. Cependant, il y a une grande variabilité entre les régions. La malnutrition n'est pas fréquente dans les régions d'Analamanga (6,2% des ménages ont la malnutrition modérée ou sévère) et Vakinankaratra (6.7 %), toutes les deux illustrées par les faibles taux dans les districts de Manjakandriana (3,2%), Ambatolampy (3,2%), Faratsiho (4%). Cependant, à l'inverse, la malnutrition est très accentuée dans les régions de Vatovavy Fitovinany (27,5%) et Atsimo Atsinanana (23,2%) dans les districts de Vohipeno (35,2%), Manakara (29,6%) et Vangaindrano (26,4%).

7.4. Pratique d'alimentation de jeune enfant et nourrisson

Selon la Stratégie mondiale, les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNICEF pour les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson sont l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et une nutrition adéquate et une alimentation complémentaire saine commencera dès l'âge de six mois avec poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus.

En outre, dès l'âge de six mois, une alimentation complémentaire saine et nutritionnellement adéquate est définie par la diversité alimentaire minimale, fréquence minimale de repas et régime minimal alimentaire acceptable. La diversité alimentaire minimale est définie par la proportion de CU6-23 qui reçoivent des aliments de quatre (4) ou plusieurs groupes de nourriture au cours de la journée précédente. Il existe sept variables scores de groupes de nourriture à créer pour calculer l'indicateur de diversité alimentaire minimum: 1) Les céréales, les racines et tubercules; 2) Légumineuses et noix; 3) Produits laitiers (lait, yaourt, fromage); 4) aliments carnés (viande, poisson, volaille et foie / abats); 5) Les œufs; 6) Fruits et légumes riches en vitamine A; et 7) Autres fruits et légumes.

La fréquence minimale des repas est définie par la proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments solides, semi-solides ou mous au nombre minimum de fois ou plus. Pour l'analyse, le nombre minimum de fois est trois, se référant au nombre traditionnel de repas malgaches.

Le régime alimentaire minimum acceptable est défini par la proportion de CU6-23 qui avait au moins la diversité alimentaire minimale et la fréquence minimale de repas pendant la journée précédant l'enquête.

Pour la diversité alimentaire minimale, seulement 11% des CU6-23 ont mangé plus de quatre groupes d'aliments le jour précédant l'enquête. Par région, Analamanga (24,9%) et Vatovavy Fitovinany (16,3%) enregistrent les taux plus élevés dans nombre de groupes d'aliments consommés par CU6-23; et Haute Matsiatra (4,4%) et Alaotra Mangoro (5%) présentent les taux les plus bas.

Basé sur la fréquence minimale des repas, 82,8% des CU6-23 ont mangé au moins trois fois le jour précédant l'enquête.

Compte tenu de la diversité alimentaire minimale et la fréquence minimale des repas, seulement 10,4% des CU6-23 sont alimentés selon la norme minimale de pratique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (au moins quatre groupes d'aliments et trois repas) le jour précédant l'enquête. On a constatée aucune différence entre la zone 1 (10,6%) et la Zone 2 (9,5%). Toutefois, selon la région, les proportions sont plus élevées à Analamanga (23,1%) et Vatovavy Fitovinany (16,3%), et plus faible à Haute Matsiatra (4,4%) et Alaotra Mangoro (5%).

7.5. La croissance des enfants

Le suivi et la promotion de la croissance (GMP) est une activité de prévention visant à accroître la sensibilité à la croissance de l'enfant; sert comme l'activité de base dans un programme intégré de santé et de nutrition de l'enfant. C'est une intervention visant à détecter les problèmes de croissance de l'enfant et à affecter les décisions au niveau de la famille et des résultats nutritionnels de l'enfant. Avec la collaboration des agents d'autres projets de la santé, il est généralement tenu au site du Bureau National pour la Nutrition (ONN) ou avec une intervention active des ACS.

Dans l'ensemble, 52,8% des 3201 CU2 ont été pesés au cours de la session de GMP dans les deux derniers mois précédant l'enquête. Il y a une légère différence entre la zone 1 (53,4%) et la zone 2 (48,9%)³³. Les taux les plus bas se trouvent dans la région Atsimo Andrefana avec 14,6% des CU2 pesés et Alaotra Mangoro avec 23%; principalement dans les districts d'Ankazoabo (3,2%), Benenitra (3,6%), Toliary II (8,9%) et Ambatondrazaka (12,5%). Les régions de Vatovavy Fitovinany et Vakinankaratra enregistrent les plus fortes proportions avec respectivement 77% et 74,2% des CU2 pesés. Dans ces deux régions, les districts avec les taux les plus élevés sont Ambatolampy (90,5%), Vohipeno (88,9%), Betafo (86,5%) et Mananjary (85,9%).

Le MUAC (Mid-Upper Arm Circumference) est la circonférence du bras gauche, mesurée à mi-parcours entre la pointe de l'épaule et la pointe du coude. Chez les enfants, le MUAC est

³³ Pvalue=0.341

utile pour l'évaluation de l'état nutritionnel. La mesure du MUAC nécessite peu de matériel et est facile à réaliser, son utilisation a été enseignée aux enquêteurs.

Trois zones sont indiquées dans la bande MUAC: rouge, jaune et vert qui correspondent respectivement à la coupure pour malnutrition sévère, modérée, et l'absence de malnutrition. La mesure MUAC est la façon la plus facile à utiliser lors de la sélection pour le statut de la malnutrition des enfants au niveau communautaire. Dans l'enquête OMS, seuls les enfants de moins de deux ans ont été considérés pour la mesure MUAC.

Parmi les 3201 CU2, 81,7% sont mesurés dans la zone verte, 10,9% dans le jaune, et 2,4% dans les zones rouges. Selon les régions, Alaotra Mangoro et Atsinanana enregistrent les taux les plus élevés de CU2 dans la zone rouge (respectivement 7,1% et 4,1%), principalement dans les districts d'Ambatondrazaka (11,1%), Vangaindrano (8,3%), Moramanga (7,6%) et Anosibe Anala (7,1%). Plus de CU2 dans la zone jaune sont observés à Atsinanana (13,2%), Vakinankaratra (12,8%) et Alaotra Mangoro (12,6%), en particulier dans les districts de Marolambo (21,2%), Ambatolampy (20,6%), Vangaindrano (17,9%) et Toamasina II (17,7%).

8. Renforcement du système de Santé (HSS)

8.1. Indicateurs et résultats HSS

Tableau 8: Indicateur de HSS

Indicateur	Résultat
Pourcentage des ménages couverts par un dispositif communautaire de financement de la santé soutenu par l'USG (421 sur 6244)	5.0%
Pourcentage des ménages ayant accès à un système de transport d'urgence soutenu par l'USG (198 sur 6244)	2.9%
Pourcentage de ménages ayant utilisé le système de transport d'urgence soutenu par l'USG (89 sur 6244)	1.3%
Pourcentage des ACS recevant la supervision des projets de santé communautaires de l'USAID dans les 4 derniers mois (119 sur 366)	32.5%
Nombre moyen des ACS qui achètent des produits de santé à la PA au cours des 3 derniers mois	9.75
Pourcentage des PA disposant d'un stockage adéquat des équipements des produits de santé (180 sur 181)	99.5%
Pourcentage de ACS disposant d'un stockage adéquat des équipements des produits de santé (stockés dans des cartons scellés, protégés contre le soleil, les fuites des toits - (226 sur 366)	61.8%
Pourcentage des ACS membres du groupe de micro finance (72 sur 366)	19.7%
Pourcentage des ACS ayant accès au crédit fourni par COSAN - épargne et prêts (81 sur 366)	22.1%
Pourcentage de ACS pratiquant l'élimination adéquate des déchets de matériaux et d'équipement dangereux - mettre dans une boîte de sécurité et amener aux CSB - (100 sur 366)	27.8%

Des mesures d'accompagnement ont été mises en place pour améliorer la qualité des soins et pour renforcer la capacité des ACS.

8.1.1. Arrangement du financement de la santé communautaire

Les projets de l'USG contribuent à la réduction de la barrière pour accéder à la meilleure qualité de soins à travers la mise en œuvre de l'Association d'épargne et de crédit pour le village (VSLA) et des approches Assurance Mutuelle Santé. **À ce jour, très peu de ménages (5% des échantillons) sont couverts par ce système de financement de la santé.** Des membres de familles de la mutuelle de santé sont concentrés dans six districts à l'intérieur de deux régions: Amoron'i Mania (30,9%) et Atsinanana (7,9%), par exemple, à Amoron'i Mania, les taux élevés sont observés principalement dans les districts de Fandriana (40%), Manandriana (33,1%), Ambositra (30,4%) et Ambatofinandrahana (20%). La région d'Atsinanana a un taux général considérable, mais les ménages couverts sont concentrés dans deux districts: Vatomandry (34,4%) et de Brickaville (12,8%).

Pour l'approche VSLA, cinq régions sont concernées, comprenant Atsimo Atsinanana, Amoron'i Mania, Haute Matsiatra, Vatovavy Fitovinany et Atsinanana. Dans ces cinq régions, les bénéficiaires sont des membres de VSLA dans 13 districts.

8.1.2. Supervision des activités des ACS

La supervision des activités des ACS par des partenaires d'exécution de l'USAID est parmi la fiche technique des projets de l'USAID. Un minimum de supervision trimestrielle est prévu à cet effet. Ainsi, les ACS interviewés ont été interrogés quand est ce qu'ils ont eu la dernière supervision et qui étaient venus.

En conséquence, depuis le début de leur rôle d'ACS, 80,6% d'entre eux ont été sujets de supervision. Cela signifie qu'un ACS sur cinq n'a jamais reçu ce type de supervision. Ils pourraient être des nouveaux ACS ou des ACS hors des zones d'intervention MIKOLO. **La supervision par les partenaires de l'USAID ne respecte pas toujours le seuil d'au moins une visite pour un ACS à chaque trimestre.** Environ un tiers (32,5%) des ACS échantillonnés avaient été supervisés par les projets de l'USAID dans les quatre mois précédant l'enquête. Il y a une énorme différence entre la zone 1 (38,5%) et la zone 2 où seulement 3 ACS (4,6% de l'échantillon) ont été supervisés dans les quatre mois précédant l'enquête. Notez qu'à part l'USAID, il y a aussi d'autres entités exerçant une supervision telles que les agents du CSB, l'inspecteur des centres de santé du district, et le bureau national pour la nutrition. Noter qu'aucune supervision par le COSAN n'a été identifiée.

8.1.3. Système de transport d'urgence

L'amélioration du système de transport d'urgence y compris les ambulances motorisées, les ambulances cyclo-pousses (ou ambulances à vélo) aux zones de mise en œuvre par les partenaires de l'USAID est parmi la mesure adoptée pour mettre davantage l'accent sur la santé maternelle et néonatale. L'objectif est que, en cas d'urgence, les FAP ou CU5 n'auront pas de problème pour rejoindre le centre de santé le plus proche. Deux questions ont été posées aux ménages à propos de l'accès à un tel système.

En conséquence, seulement 2,9% (environ 180 sur 6244) des ménages échantillonnés ont accès à un tel système de transport en cas d'urgence. Ce type de service existe seulement dans cinq régions: Alaotra Mangoro, Analamanga, Atsinanana, Itasy et Vatovavy Fitovinany. La région d'Alaotra Mangoro enregistre le taux le plus élevé (16,6%) en particulier dans les districts d'Amparafaravola (32,8%) et Moramanga (27,2%). Dans la région d'Analamanga, seulement 1,4% des ménages échantillonnés ont accès au système de transport d'urgence dans le district de Manjakandriana atteignant le maximum à 5,6%.

Parmi les 2,9% ayant l'accès au transport d'urgence, environ la moitié (1,3%) avait déclaré avoir utilisé le système en 2015. Sur ce 1,3%: la plupart des utilisateurs (90%) trouvent que l'accès est «facile» (90%) et est "pas cher" (86%); à l'exception du système privé. En général, les moyens de transport appartiennent à des entités privées (Amparafaravola et Moramanga) et des projets CSB / non-USAID (Ifanadiana et Vatomandry). Les projets appuyés par l'USG représentent seulement 6,5% des cas, tous situés dans le district de Vatomandry. Les voitures et les moto sont les moyens les plus

utilisés (46%), suivis par d'autres moyens tels que la pirogue et le bateau; le pousse-pousse est également très important à 18%.

Graphique 23: Type, Accès, et Coût du Système de Transport d'Urgence

