



USAID | **MADAGASCAR**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Santénet2

RAPPORT ANNUEL RÉVISÉ N°4

Octobre 2011 – Septembre 2012



©

Santénet2/ASOS Central –Des membres de la communauté transportant un malade du fokontany au CSB de la commune de Marofototra, Manakara

DÉCEMBRE 2012

Cette publication a été soumise pour approbation à l'agence américaine de développement international (United States Agency for International Development - USAID). Elle a été préparée par RTI International.



RAPPORT ANNUEL N° 4

Octobre 2011 – Septembre 2012

Contrat GHS-1-01-07-00005-00

Préparé pour
Robert Kolesar, COR
USAID/Madagascar

Préparé par
RTI International
3040 Cornwallis Road
Post Office Box 12194

Research Triangle Park, NC 27709-2194 RTI International est l'un des instituts de recherche de premier plan dans le monde, consacré à l'amélioration de la condition humaine en transformant le savoir en pratique. Notre personnel de plus de 3 800 employés fournit la recherche et les services techniques pour les gouvernements et les entreprises dans plus de 40 pays dans les domaines de la santé et les produits pharmaceutiques, l'éducation et la formation, les enquêtes et la statistique, les technologies de pointe, la gouvernance démocratique, le développement économique et sociale, l'énergie et l'environnement.

Pour plus d'informations, visitez www.rti.org

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
REVUE DE PERFORMANCE PAR COMPOSANTES TECHNIQUES	24
COMPOSANTE 1 : PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES	24
<i>Axe stratégique 1 : Mise à disposition des outils auprès des acteurs communautaires</i>	25
<i>Axe stratégique 2 : Mise en œuvre d'une stratégie de communication de masse pour le changement de comportement</i>	27
<i>Axe stratégique 3 : Mise en œuvre de la nouvelle stratégie sur les mutuelles de santé</i>	33
COMPOSANTE 2 : RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE	44
<i>Axe stratégique 1 : Engagement communautaire vers l'amélioration de la qualité des services de santé</i>	45
<i>Axe Stratégique 2. Encadrement continu des AC</i>	49
<i>Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités d'analyse et de prise de décision des parties prenantes de KM salama</i>	53
<i>Axe Stratégique 4 : Disponibilité continue des produits de santé au niveau des AC</i>	54
COMPOSANTE 3 : ATTEINTE DES RESULTATS STRATEGIQUES	58
<i>Axe stratégique 1 : Offres de services intégrés et de qualité pour l'amélioration de la SME</i>	60
<i>Axe stratégique 2 : Offres de services intégrés et de qualité en SR/PF</i>	69
<i>Axe stratégique 3 : Lutte contre le paludisme au niveau communautaire</i>	78
<i>Axe stratégique 4 : Accroissement de la capacité des populations a haut risque à lutter contre les IST/VIH-sida</i>	85
<i>AXE STRATEGIQUE 5 : Implication des leaders religieux et des organisations confessionnelles dans la stimulation de la demande des services de santé par la population des KM salama</i>	87
<i>AXE STRATÉGIQUE 6: Mettre en place la stratégie WASH dans les KM salama</i>	88
COORDINATION	94
ADMINISTRATION ET FINANCES	100
ANNEXE 1 : TABLEAU DE GAP.....	103
ANNEXE 2 : SUIVI ET EVALUATION.....	144
ANNEX 3: RAPPORT D'ATTENUATION DES IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX ET DE SUIVI ENVIRONNEMENTAL.....	158
ANNEXE 4 : SUCCESS STORIES.....	160
ANNEXE E : STRATEGIE DE COMMUNICATION.....	169
ANNEXE 7 : LISTE DES OUTILS DISTRIBUES.....	173
ANNEXE 8 : LISTE DES OUTILS PRODUITS.....	177
ANNEXE 9 : DIFFUSIONS DES SPOTS PAR THEME ET PAR RADIO.....	180
ANNEXE 10 : PAQUETS DE SERVICES OFFERTS PAR LES MUTUELLES DE SANTE.....	182
ANNEXE 11: MUTUELLE DE SANTE : EXEMPLE D'INDICATEURS DE SUIVI-DISTRICT DE VATOMANDRY.....	184
ANNEXE 12 : RAPPORT D'ACTIVITES REALISEES DURANT LA PERIODE DE RECRUDESCENCE PALUDEENNE DANS LE DISTRICT DE BEKILY ET AMBOVOMBE.....	189
ANNEXE 13 : CARTES SITUANT LES RESULTATS DU PROJET.....	191

Abréviations

AAP	Apprentissage Axé sur la Promotion
ACT	Artemisinin based Combination Therapy
AC	Agent Communautaire
ANJE/NdF	Alimentation de Nourisson et du Jeune Enfant/Nutrition de la Femme
AS	Agent de Santé
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
BEC	Bureau d'Etude au niveau Commune
BED	Bureau d'Etude au niveau District
CA	Conseil d'administration
CAP	Couple Année Protection
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCDS	Commission communale pour le développement de la santé
CCIA	Comité de Coordination Inter Agences
CCSE	Comité de Coordination de la Santé de l'Enfant
CDS	Comité de Développement Social
CHD	Centre Hospitaliere de District
CIC	Comité d'Initiative au niveau Commune
CID	Comité d'Initiative au niveau District
CIP	Communication InterPersonnel
CLTS	Community Led Total Sanitation (Assainissement total dirigé par la communauté)
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CPN	Consultation Pré-Natale
CRS	Catholic Relief Services
CSB	Centre de Santé de Base de niveau I et II
CSC	Community Score Card
Dépocom	DEPOPROVERAcommunautaire
DP-FARN	Déviance Positive/Foyer d'Apprentissage et de Récupération Nutritionnelle
DIU	Dispositif Intra Utérin
DRSAS	Direction Régionale de Santé et des Affaires Sociales
DRV	Dinika sy Rindra ho an'ny Vehivavy
EHA	Eau, Hygiène, Assainissement
EMAD	Equipe de Management du District
ESB	Enquête de Surveillance Biologique
FAF	Fer Acide Folique
FARN-G	Foyer d'Apprentissage pour la Récupération Nutritionnelle pendant la grossesse
FAR	Femme en Age de procréer
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FDF	Formation des Formateurs
FHI	Family Health International
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization (Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation)
GOM	Gouvernement de Madagascar
GQC	Gestion de la Qualité au niveau Communautaire
HHR	Hommes à haut risque
Hib	Hemophilus Influenzae
HSB	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information – Education - Communication

IFA	Iron/Folic Acid
IFP	Institut de Formation des Paramédicaux
IPM	Institut Pasteur de Madagascar
IRA	Infections Respiratoires Aigues
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPE	Jeunes Pairs Educateurs
KM	Kaominina Mendrika
KM salama	Kaominina Mendrika salama
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménourhée
MARPs	Most-At-Risk Populations (Populations les plus à risque)
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MID	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à efficacité Durable
MinEau	Ministère de l'Eau
MinSanP	Ministère de la Santé Publique
MJF	Méthode des Jours Fixes
MLD	Méthodes de Longue Durée
MSPF	Ministère de la Santé et du Planning Familial
MSR	Maternité sans risque
NSA	National Strategy Applications (demandes basées sur la stratégie nationale)
NU	Nouveaux Utilisateurs
OC	Organisation Confessionnelle
ODDIT	Organisation Diocésaine pour le Développement de Toamasina
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONN	Office National de la Nutrition
OSC	Organisation de la Société Civile
PA	Points d'Approvisionnement
PAIS	Programme d'Action d'Intégration des Intrants de Santé
PCIMEc	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire
PEV	Programme Elargi de la Vaccination
PPP	Programme de Prévention du paludisme
PF	Planning Familial
PHAGDIS	Pharmacie de Gros de District
PLeROC	Plateforme des Leaders Religieux et Organisations Confessionnelles
PMI	President's Malaria Initiative
PNNC	Politique Nationale de Nutrition Communautaire
PNSC	Politique Nationale de Santé Communautaire
PNSIS	Politique Nationale du Système d'Information Sanitaire
PSI	Population Services International
PTA	Plan de Travail Annuel
RBM	Roll Back Malaria
RFA	Request for Applications (Appel à soumission)
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
SALFA	SAMpana Loterana misahana ny FAhasalamana
SDSAS	Service de District de Santé et d'Affaires Sociale
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida
SES	Système d'Evacuation Sanitaire
SIP	Solontena Isam-Pokonolona
Sida	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SIG-c	Système d'Information pour la Gestion des activités de santé communautaire
SLP	Service de Lutte contre le Paludisme
SME	Santé de la Mère et de l'Enfant
SNSBCH	Stratégie Nationale des Services à Base Communautaires Harmonisés
SONU	Soins Obstétricaux et Néo-nataux d'Urgence
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SPC	Suivi et Promotion de la Croissance
SR	Santé de la Reproduction
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescents
SSME	Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SSS	Service des Statistiques Sanitaires
TCC	Taux de Couverture Contraceptive
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TF/GAVI	Task Force/Global Alliance for Vaccines and Immunization
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPC	Taux Prévalence Contraceptive
TPIe	Traitement Préventif Intermittent chez l'Enfant
TS	Travailleuses de sexe
UDD	Utilisation des Données
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UON.com	Urgences Obstétricales et Néonatales communautaires
UR	Utilisateurs Réguliers
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VMA	Vaccine Management Assessment
WASH	Water, Sanitation, and Hygiene (Eau, Hygiène et Assainissement)

Introduction

Depuis quatre ans, Santénet2 met en œuvre des activités de santé communautaire dans 800 communes (sur les 1 566 que compte le pays) dans 70 districts (sur 111) et 16 régions (sur 22) en collaboration avec seize (16) organisations non gouvernementales (dont 13 nationales et 3 internationales). Le Projet a élaboré un programme de santé communautaire intégré, capitalisant le travail réalisé par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID)/Madagascar et les investissements d'autres bailleurs dans les soins de santé de base et étoffant ces acquis de nouvelles approches et de nouveaux outils afin de répondre aux besoins de santé de près de 11 millions de personnes dans les 800 communes où l'approche Kaominina Mendrika salama est mise en œuvre.

Les objectifs du projet Santénet2

Le projet USAID/Santénet2 de cinq ans est une composante majeure de la quatrième phase de l'assistance de l'USAID au secteur de la santé à Madagascar et entre dans le cadre de l'Objectif Stratégique 5 : « Augmentation de l'utilisation de services et de produits de santé et amélioration des pratiques de santé ». Cet objectif stratégique couvre les actions suivantes :

- Améliorer la Survie de l'enfant, la Santé maternelle et la Nutrition;
- Réduire les grossesses non désirées et améliorer les comportements en matière de santé de la reproduction ;
- Prévenir et contrôler les principales maladies infectieuses et lutter contre ces maladies ;
- Améliorer l'accès à l'eau, hygiène et l'assainissement dans les communes cibles
- Réduire la transmission et l'impact du VIH/SIDA.

L'approche KM salama s'attèle à renforcer le système de santé et la capacité des communautés dans la prise de décision pour aboutir à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Réalisations et défis de Santénet2

De très fortes disparités existent entre milieu rural et le milieu urbain en matière de comportements de santé et d'accès aux services de santé à Madagascar. La population rurale dispose de moins d'informations et de connaissances sur la recherche de soins et a un bien moindre accès aux services de santé étant donné que 54 pour cent d'entre eux vivent à plus de 5km (ou une heure de marche) du centre de santé de base (CSB) le plus proche. En corollaire de ces disparités, les taux de grossesses précoces et non souhaitées sont plus élevés chez les femmes en milieu rural qu'en milieu urbain. De même, le taux d'utilisation de la contraception est plus faible, la malnutrition est plus élevée et moins de parents recherchent des soins pour leur enfant en cas de signes de maladies en milieu rural. Le taux d'enfants bénéficiant d'une couverture vaccinale complète est plus faible en milieu rural, et la probabilité qu'une mère pratique l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant est moindre en milieu rural. Il en résulte que le taux synthétique de fécondité, les taux de mortalité infanto-juvénile et maternel et les taux de malnutrition sont plus élevés chez les populations rurales comparées à celles des centres urbains (EDS, 2008/2009 ; EPM 2010).

Le contexte économique et politique troublé de Madagascar sape la possibilité pour les programmes de devenir pérennes, montrant par là qu'il faut un retour à la normalité

institutionnelle et des solutions aux problèmes de développement plus généraux avant d'espérer une véritable pérennité des programmes de santé. Selon une abondante littérature dans le domaine de la santé et du développement, la robustesse des institutions nationales et locales qui mènent les programmes de santé et les programmes sociaux est un facteur important pour la pérennité, ce qui laisse penser que les bailleurs devraient porter leur attention sur le renforcement du développement institutionnel pour une plus grande pérennité.

En 2008, le projet SantéNet2 a été mis en place en assistance au MinSan : il devait concevoir et mettre un œuvre un programme de services de santé intégrés à base communautaire dans 800 communes rurales. Suite au coup d'Etat de 2009, le Gouvernement des Etats-Unis a interdit de travailler avec l'Etat malgache à titre de sanction. SantéNet2 a donc réalloué les ressources destinées à la collaboration avec le MinSan à des interventions communautaires menées avec acteurs non gouvernementaux. Cette crise politique imprévue et ses conséquences ont eu deux principales implications pour le projet : d'abord, le projet ne pouvait interagir avec l'Etat malgache, un acteur pourtant incontournable dans la mise en place d'un cadre politique. Ensuite, le projet comptait au départ sur les structures déconcentrées du MinSan (région et district) pour aider dans la formation et la supervision des acteurs communautaires. En réponse à ces deux problèmes imprévus, le projet a renforcé le partenariat avec les autres acteurs du développement, s'appuyant sur les ONG locales et identifiant et formant des acteurs non gouvernementaux (indépendants) pour assurer la formation et la supervision des acteurs communautaires.

Tout en faisant face à ces facteurs contextuels, le projet a cherché à donner accès à des services de santé de base de qualité aux communautés enclavées, souvent les plus pauvres. Cette section donne une appréciation des interventions de SantéNet2 en réponse aux besoins des mères et des enfants et de leur efficacité.

Cadre conceptuel, portée et processus de mise en œuvre du projet SantéNet2

Le projet SantéNet2 a trois éléments constitutifs, à savoir (i) le développement et le renforcement des composantes clés du système de santé communautaire, (2) la capacité de la communauté à prendre part à la détermination et à la réalisation d'objectifs en matière de santé communautaire et à être redevable pour cela, et (3) la mise en relation de ces deux premiers éléments constitutifs pour produire un impact à grande échelle sur la mortalité maternelle et infantile, sur les taux de fécondité, sur la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans, sur la prévalence du paludisme (en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes), pour élargir l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène et pour maintenir la prévalence du VIH à un niveau faible.

Chronologie de la mise en œuvre du programme KM salama en bref :

2008 – Démarrage du projet Santénet2 (d'août à septembre)

2009 – Conception des outils et des stratégies de mise en œuvre, ajustement aux conséquences du coup d'état, adjudication de 18 subventions à travers un appel d'offres. Mise en œuvre de l'approche KM salama à travers deux partenaires d'exécution par le biais d'un contrat de sous-traitance

2010 – Elargissement des formations sur l'approche KM salama aux 800 communes

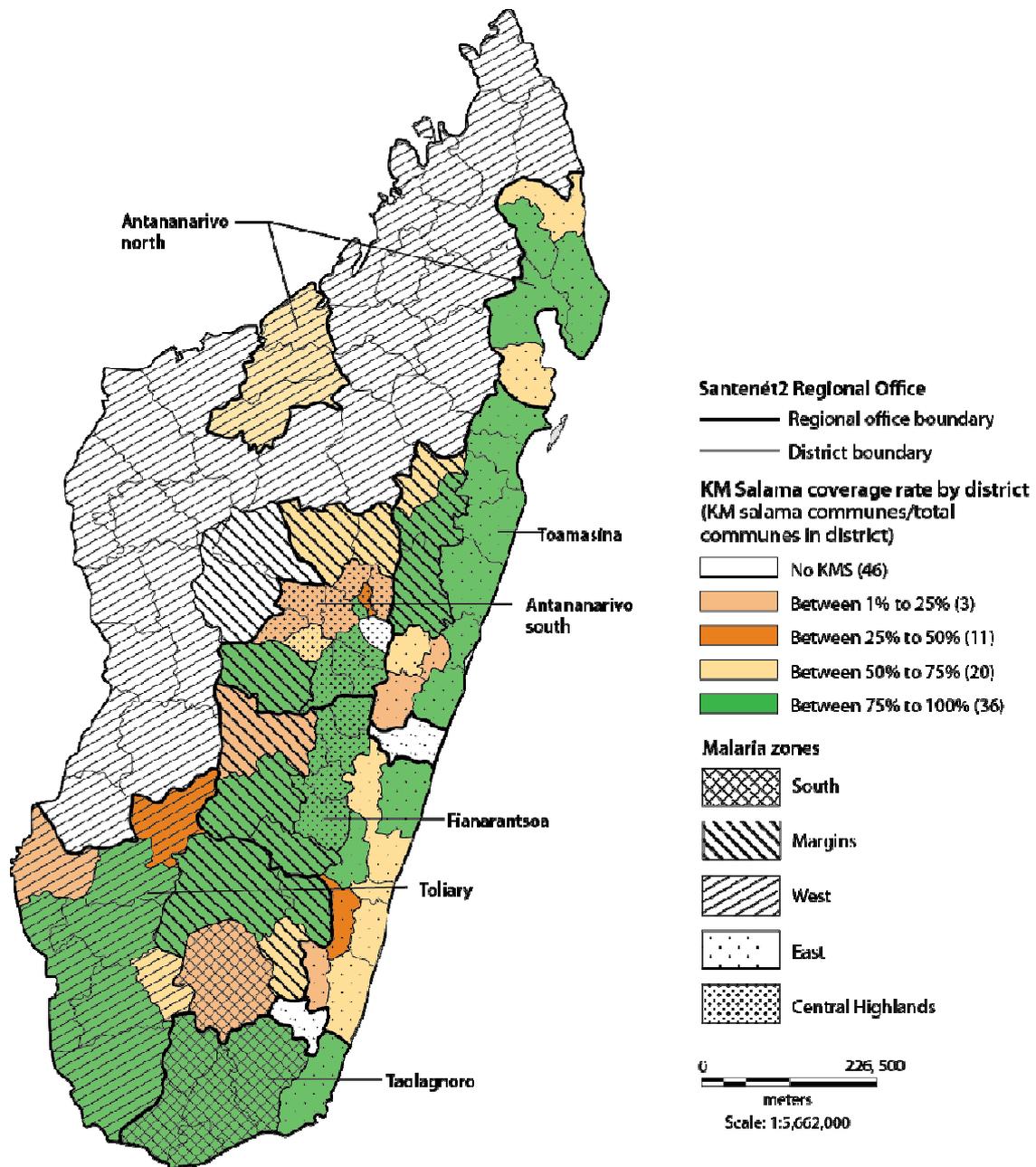
2011 – Achèvement de la formation et ajout de nouvelles compétences à la formation, fonctionnement du système de santé communautaire, investissement dans les Comités de Développement Social (CDS) pour accroître l'appropriation en vue de la pérennisation des acquis

2012 – Recyclage, suivi et évaluation de la performance du programme, poursuite des investissements dans les acteurs communautaires (AC et CCDS) pour accroître la pérennisation

Les réalisations en termes de processus durant la période couverte par le rapport sont détaillées dans la Section 2. Cette section présente une analyse comparative des résultats de programme par rapport à la performance du système de santé public, qui peuvent être attribués aux interventions de Santénet2.

La carte ci-dessous montre les communes KM salama dans chaque district.

Figure 1. Taux de couverture avec l'approche KM salama par bureau régional, district et zones du paludisme



Le projet dispense une assistance technique à 800 communes mettant en œuvre l'approche KM salama dans 70 districts sanitaires, en collaboration avec des partenaires d'exécution. Le projet couvre donc 800 communes sur les 1143 que comptent ces 70 districts. On trouve dans ces communes d'intervention 1 270 centres de santé de base dont 4% (ou 53) sont fermés par manque de personnel ou à cause du délabrement des infrastructures. Ce problème touche surtout les communes de la région Atsinanana et Analanjirifo où un CSB sur cinq est fermé. Le nombre total de CSB dans les 70 districts est de 1 889 (sur un total de 2 573 pour l'ensemble du pays). Le projet a formé des Agents de Santé Communautaires (ASC) dans les fokontans situés à plus de 5km (ou une heure de marche) de la formation sanitaire la plus proche, le but étant d'offrir des services de santé de base de qualité qui soient accessibles aux mères et aux enfants, les deux groupes les plus vulnérables au sein de la population. Les ASC sont sélectionnés ou élus par la communauté. Santénet2 les forme soit sur la santé de la mère soit sur la santé de l'enfant. Il était prévu de former un ASC responsable de la santé maternelle (ACM) et un ASC responsable de la santé de l'enfant (ACE) dans chaque fokontany. Les activités d'information, éducation, communication/ communication pour le changement de comportement (IEC/CCC) sont menées par les ASC, les membres des CDS, les chefs religieux et les radios locales – tous formés et appuyés par le projet. Les activités de mobilisation sociale (IEC/CC) et de redevabilité sociale couvrent les communes dans leur intégralité et ne sont pas limitées aux fokontans enclavés.

Capacité de la communauté, redevabilité sociale et capacité institutionnelle durable

Le projet Santénet2 a conçu un système de santé à base communautaire qui s'articule pleinement sur le système de santé officiel. Malgré la crise politique et économique et l'interdiction de travailler avec l'Etat malgache à titre de sanction, il a été possible de mettre les systèmes de santé communautaire en relation avec le système public grâce à la mise en place de fonctions compatibles du système de santé et l'introduction du concept de redevabilité sociale au niveau de base. La phase de mise en œuvre a été menée à pleine échelle suivant une planification méticuleuse et le contrôle qualité.

Engagement de la population

Les activités de Santénet2 dans le domaine de la redevabilité sociale et de la qualité sont destinées à donner aux membres de la communauté la capacité à participer aux évaluations des besoins en matière de santé et à la recherche de solutions. Cet engagement des acteurs communautaires dans la prestation de services de santé et dans la promotion de changement de comportement devrait influencer positivement sur l'état de santé de leur communauté.

Lorsque les gens évaluent leur santé – dans le cadre d'une évaluation participative des besoins en matière de santé par et pour la population locale – ils passent à un cadre plus large que leurs maladies personnelles. Cela peut amener à mettre en question l'efficacité des politiques, des programmes et des stratégies pour l'amélioration des conditions de santé au niveau local. Les évaluations communautaires permettent de cerner les défis et de trouver des remèdes immédiats appropriés – en réponse aux besoins des gens, tout en renforçant la confiance dans les points de

prestation de service et en accroissant le recours aux services préventifs et aux traitements disponibles.

Qualité sociale – évaluation participative, prise de décision et action de la communauté locale

Dans le cadre de la démarche de qualité sociale et de redevabilité sociale, le facilitateur de groupe, un membre de la communauté formé par Santénet2 et qui ne peut être ni le maire ni agent du CSB, informe la communauté de l'objet de la réunion. L'évaluation communautaire est effectuée dans chaque *fokontany*. Les gens se réunissent pour discuter de leurs besoins en matière de santé. Avant la discussion de groupe, le facilitateur de groupe informe les participants de leurs droits en matière de services de santé :

- Droit à l'information sur la santé
- Droit à des soins de santé sans risque
- Droit à l'information sur les services disponibles aux différents niveaux du système de santé, allant du niveau communautaire au niveau tertiaire (hôpital de référence).

Une fois les besoins identifiés, les participants voient dans quelle mesure des services satisfaisant à ces besoins sont disponibles et dans quelle mesure ils sont satisfaits des services existants. Ce processus participatif et itératif amène le groupe à convenir d'une liste de besoins prioritaires en matière de santé à partir de laquelle il définit des actions. Le groupe discute également des solutions possibles et convient des solutions en réponse aux besoins prioritaires. Les résultats des réunions au niveau fokontany sont discutés dans la réunion du CDS au niveau de la commune. Des plans d'action sont mis en œuvre. Les résultats des réunions du CDS sont ensuite rapportés aux communautés dans les fokontanys.

Qualité sociale – besoins prioritaires identifiés par la communauté et actions prioritaires

A partir des rapports envoyés par 800 communes KM salama, 3 487 fokontanys ont mené des exercices d'évaluation communautaire participative. Au total, près de 350 000 personnes ont participé à ces réunions soit 100 350 participants par réunion en moyenne, avec plus de 50% de participantes. Trois priorités concernant à la fois les AC et les CSB se retrouvent dans toutes les communautés :

- Disponibilité des services de santé
- Disponibilité des médicaments
- Qualité des services de santé

Les résultats ci-dessus montrent bien que les communautés souhaitent avoir accès à des services de santé de qualité et aux médicaments tant au niveau communautaire qu'au niveau des formations sanitaires.

Les communautés décident des actions qui peuvent être entreprises au niveau du fokontany, en font le suivi, et communiquent aux CCDS les actions qui exigent une prise de décision au niveau commune.

Au niveau des fokontanys, les communautés ont lancé la construction de cases de santé pour offrir aux AC un espace de travail et par-là accroître la continuité (et la disponibilité) du service. De plus, certains fokontanys ont exigés des AC d'afficher les horaires d'ouverture à l'extérieur des cases de santé. A ce jour, les communautés qui ont adopté la démarche de qualité sociale ont construit 3,001 cases de santé pour les AC. En ce qui concerne la disponibilité des médicaments, les communautés se sont organisées pour aider les AC à se réapprovisionner auprès du chef-lieu de la commune, notamment en offrant un fonds de démarrage pour l'achat de grosses quantités de médicaments, l'enlèvement des médicaments du chef-lieu de commune pour le compte des AC et le suivi des niveau de stocks de médicaments au niveau des AC. En ce qui concerne la qualité des services, les communautés ont suggéré à leurs communes que les agents des CSB supervisent régulièrement les AC.

Capacité institutionnelle durable

Former les agents de terrain des partenaires d'exécution : les Techniciens d'Appui (TA) appuient le travail des acteurs communautaires et servent de passerelle entre l'équipe du projet et les communautés. Ils véhiculent les informations aussi bien de la communauté vers le projet que l'inverse. En 2009, Santénet2 a formé 48 TA à la mise en œuvre de l'approche KM salama. En 2010 147 autres ont été formés. Au total, 159 TA et 48 superviseurs de TA couvrent les 800 communes KM salama. Les TA ont reçu six formations, en moyenne une par semestre, depuis le début des subventions contractuelles de Santénet2. Ces formations ont porté sur (1) la mobilisation sociale, (2) la redevabilité sociale/qualité sociale, (3) l'assainissement total piloté par la communauté (CLTS), (4) les directives de supervision et les normes, (5) les procédures de rapportage, et (6) les normes de programme de KM salama et les directives en matière de conformité.

Formation des AC : Santénet2 et ses partenaires travaillent avec les communautés dans un esprit de respect mutuel pour identifier, recruter et former des AC. L'implication de la communauté dans le recrutement et la supervision des AC ainsi que dans les appuis continus à ceux-ci contribuent à la fonctionnalité et à la pérennité des services à base communautaire. Santénet2 a décidé de former et d'appuyer deux (2) AC par fokontany situé à 5km ou plus d'une formation sanitaire officielle. Le projet contribue également au remplacement suite des abandons. Le taux de déperdition est très faible à moins de 5% au cours des quatre années écoulées.

Le projet appuie 12 058 AC. Depuis son démarrage, le projet a formé au total 12 816 AC. Le modèle KM salama de Santénet2 s'articule sur un programme de formation et de supervision robuste, conforme aux normes nationales et internationales. En conséquence, il est attendu que les taux d'abandon soient faibles, que des services de qualité soient effectivement dispensés et que le rapportage soit régulier.

Des séances de supervision périodiques sont menées de manière complète afin d'améliorer les performances et de garantir la qualité des services, traitant des aspects suivants des activités régulières des ASC :

1. Prestation de service (prise en charge de cas et services de planification familiale)
2. Sensibilisation, promotion et stimulation de la demande (IEC/CCC)
3. Rapport (utilisation des outils de gestion)
4. Réapprovisionnement en produits de santé

La supervision est dispensée par le biais de divers agents. Les superviseurs techniques évaluent la performance des AC dans la prestation de services à l'aide d'outils de supervision intégrée. Les superviseurs techniques et les techniciens d'appui des ONG partenaires vérifient les rapports et la disponibilité des produits de santé (chaîne d'approvisionnement) en faisant une revue des outils de gestion et des registres de rapport et d'approvisionnement. Les CCDS font le suivi de la sensibilisation et des activités de promotion et de stimulation de la demande à travers des visites sur le terrain. Un carnet appelé « carnet Tantsoroka » pour consigner toutes les supervisions reçues a été conçu et est actuellement utilisé par les AC dans les 800 communes KM salama. Les superviseurs le remplissent à chaque rencontre avec les AC.

Les résultats préliminaires d'une enquête sur les AC réalisée par le projet en août 2012 indiquent qu'en moyenne chaque AC reçoit une visite de supervision tous les 2,9 mois.

Les informations recueillies durant la supervision intégrée sont résumées dans des rapports de supervision qui sont transmis au Responsable supervision du projet pour compilation. A ce jour, résultats montrent que la performance des AC s'est améliorée au cours de l'année écoulée.

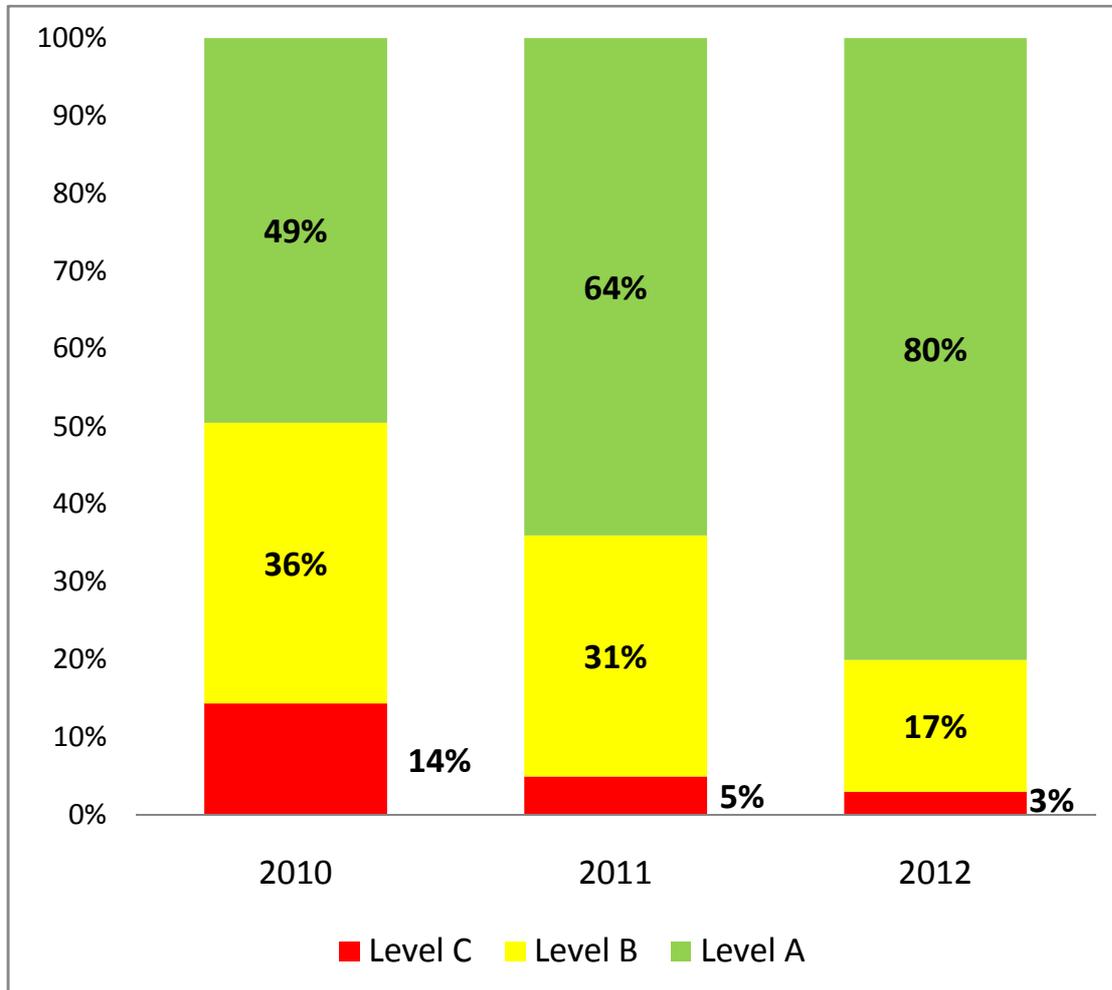
Après les formations, les AC sont classés en fonction de leurs résultats au post-test en :

- Niveau A : L'AC peut fournir des services de santé en pleine conformité avec les normes
- Niveau B : L'AC a des difficultés à remplir avec exactitude et complètement les outils de gestion
- Niveau C : L'AC a des difficultés à assimiler toutes les procédures ou donne des informations incomplètes aux bénéficiaires.

Les AC de niveau A et B sont considérés comme admissibles à la prestation de services à base communautaire alors que ceux de niveau C doivent encore suivre une formation supplémentaire. Ils ne peuvent prendre part qu'aux activités de sensibilisation.

La figure 2 ci-après montre les améliorations relevées sur les trois derniers semestres (exercices 2011 et 2012).

Figure 2. Distribution des AC selon leurs niveaux de performance mesurés en fonction des résultats des supervisions



Source : Rapports de supervision de Santénet2

Renforcement du système de santé communautaire

Système d'information pour la gestion *sanitaire*

Santénet2 a élaboré un Système d'Information pour la Gestion Sanitaire à base communautaire (SIGS-c) pour collecter dans les délais impartis, transmettre, analyser et diffuser les données du programme à des fins de gestion. Durant la période couverte par ce rapport, le responsable SIGS-c a travaillé avec les partenaires de mise en œuvre (notamment leurs TA et leurs responsables du suivi-évaluation) pour améliorer le rapportage en termes de complétude, de promptitude et de fiabilité des données. Il est à noter que Santénet2 a équipé les partenaires de matériels informatiques, d'une connexion internet et de téléphones mobiles et a formé les TA et les responsables suivi-évaluation sur le SIGS-c dans le but de favoriser un rapportage selon les normes. Le taux de complétude est actuellement de 76% pour les Rapports Mensuels d'Activités (RMA) remplis par les AC, ce qui est au-dessus du taux du MinSan. Les données recueillies

permettent de mieux gérer le programme et de mesurer l'accès des groupes cibles aux services à base communautaire et leur utilisation de ces services. De plus, des informations sont obtenues de l'Extranet (développé par le projet) sur la gestion financière des partenaires d'exécution et sur le suivi des outils acheminés dans les communes KM salama. Les données générées par le SIGS-c du projet servent aussi à analyser les réalisations du programme.

Au cours des quatre années écoulées, la performance du SIGS-c s'est améliorée de manière soutenue. En septembre 2012, la complétude était de 76%, la fiabilité de 84% et le respect des délais de 83%.

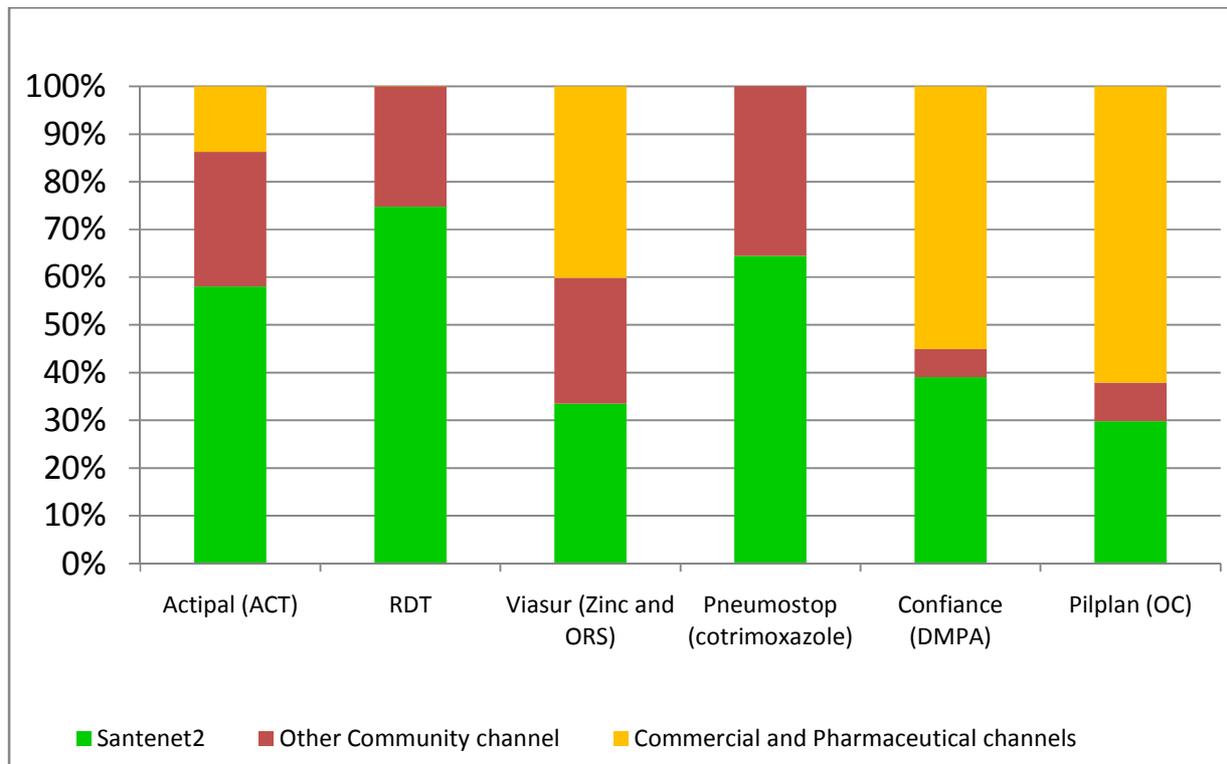
Chaîne d'approvisionnement communautaire en produits de santé

La chaîne d'approvisionnement communautaire conçu en collaboration avec le programme de marketing social s'est trouvée confronté à des ruptures de stock d'antipaludiques à plusieurs reprises. Le circuit d'approvisionnement a été redémarré avec des ACT (thérapie combinée à base d'artémisinine, un antipaludique) et des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) en novembre 2011, ce qui a permis de résoudre les ruptures de stock généralisées. Cependant, les flambées de paludisme dans les régions est et sud-est du pays en février 2012 ont abouti à des ruptures de stock de produits de traitement du paludisme (ACT et TDR) dans les communes KM salama de ces régions. Santénet2 collabore étroitement avec le programme de marketing social pour anticiper les ruptures de stock et pour garantir un réapprovisionnement à temps en produits du marketing social des points d'approvisionnement communautaires. A ce jour, les AC formés et supervisés par Santénet2 gèrent 18 produits qu'ils obtiennent du circuit de marketing social ou de pharmacies communautaires des CSB. Chaque AC a un registre d'approvisionnement où il/elle enregistre les données suivantes chaque jour (pour le rapporter mensuellement par la suite) : stock de départ, quantités de produits dispensés et stock en fin de mois. Les données sont ensuite établies en trois exemplaires : l'un est remis au TA de KM salama, le deuxième au CSB et le troisième à l'AC.

Les résultats préliminaires de l'enquête des AC montrent que 59% des ASC-enfant obtiennent leurs ACT auprès des Points d'approvisionnement seulement, 26% des CSB seulement et 15% des deux canaux. De même, la répartition entre les sources d'approvisionnement est comme suit pour le DMPA : 25% des points d'approvisionnements, 61% des CSB et 12% des deux canaux. Au cours de la période couverte par l'enquête, 45% des ACE ont connu des ruptures de stock d'ACT, d'une durée moyenne de 2 mois. Parmi les ACM, 33% ont connu des ruptures de stock de DMPA, d'une durée moyenne de 1,5 mois.

Les communes KM salama de Santénet2 constitue une part de marché importante pour les produits du marketing social, comme le montre le graphe ci-après.

Figure 3. Vente de produits du marketing social par circuit de distribution



Source : Chiffres de ventes de PSI, 2012

Services à base communautaire – une vraie réponse aux besoins ?

La composante Résultats stratégiques couvre cinq éléments de programme, à savoir la santé de la mère et de l'enfant (SME), la santé de la reproduction/planification familiale (SR/PF), la lutte contre le paludisme, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST/VIH/SIDA) et WASH.

Les ACM et ACE font la promotion de la prévention et assurent la prise en charge de cas de maladie. L'encadré texte 1 décrit les services fournis par les ACM et les ACE par niveau. Les deux types d'agents de santé communautaire (ACE et ACM) offrent des services aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. Il s'agit notamment du dépistage précoce de la grossesse (à 3 ou 4 mois), la sensibilisation sur la fréquentation des

Encadré texte 1:

ACM

Niveau 1 : Promotion de la SR/PF intégrée

- Information sur les méthodes de PF et distribution de contraceptifs oraux, les méthodes barrières et la MJF
- Messages sur la prévention des IST/VIH/SIDA
- Maternité sans risque (soins prénataux, TPI, nutrition)
- PF postpartum

Niveau 2 : Tous les services fournis au niveau 1 plus le contraceptif injectable Depo Provera

ACE

Niveau 1 : Promotion des services de santé de l'enfant

- Actions essentielles en nutrition
- Suivi et promotion de la croissance
- Promotion du programme de vaccination élargi (PEV)
- Prévention du paludisme, de la diarrhée et des IRA

Niveau 2 : Tous les services au niveau 1 plus la prise en charge au niveau communautaire du paludisme, de la diarrhée et des

consultations prénatales et la vérification de la disponibilité des 10 éléments qui compose le paquet de services préventifs et de soins pour les femmes enceintes (voir encadré texte 2). Les ASC sont également formés à reconnaître les signes de danger chez la femme enceinte et le nouveau-né, à dispenser un counseling et à référer les patients au besoin.

Santénet2 a ciblé ses efforts de lutte contre les IST et le VIH en travaillant avec les groupes les plus à risques (connus sous le sigle anglais MARP), tels que les travailleuses du sexe ou les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes.

En ce qui concerne le secteur WASH, le projet a continué à promouvoir l'approche CLTS, la gestion des systèmes d'eau et d'hygiène et la qualification des ASC en tant que ASC Amis de WASH.

Paludisme

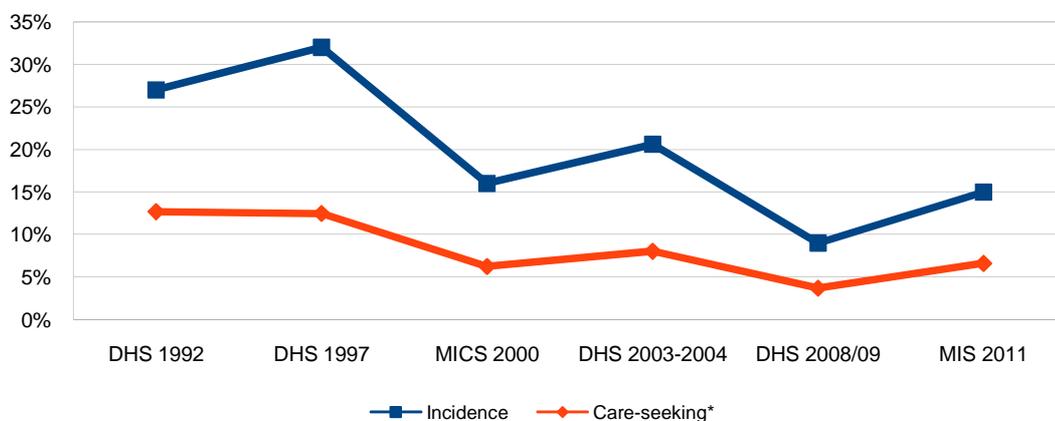
A Madagascar, la fièvre, la diarrhée et les IRA figurent parmi les principales maladies, affectant surtout les enfants de moins de cinq ans. La moitié des symptômes de maladie rapportés par la mère avait trait à la fièvre, à peu près un cinquième à la diarrhée et un dixième aux IRA. Cependant, l'incidence de ces trois maladies tend à baisser depuis deux décennies (selon les Enquêtes Démographiques et de Santé, les Enquêtes auprès des Ménages...) Le pourcentage de personnes cherchant un traitement a suivi la même tendance au cours de cette période. La principale raison citée pour l'absence de recherche de traitement (50% des répondants) est que les parents ne considèrent pas la maladie comme grave. La deuxième raison la plus fréquemment citée par les mères interrogées dans l'Enquête prioritaire auprès des ménages de 2010 (EPM 2010) est l'accès géographique aux services (les formations sanitaires étaient trop éloignées). Le graphe 4 montre l'évolution de l'incidence du paludisme et du pourcentage de personnes ayant recherché des soins au cours des deux dernières décennies.

Encadré texte 2
Paquet de soins prénataux

A suivre, à vérifier et à dispenser par les ASC

1. Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée de vie
2. Supplémentation en FAF
3. TPI
4. Vaccin antitétanique
5. Dépistage des IST et du VIH
6. Nutrition de la femme enceinte
7. Allaitement maternel
8. Plan d'accouchement
9. Signes de danger
10. PF post partum

Figure 4. Incidence de la fièvre et recherche de soins



L'Enquête sur les indicateurs du paludisme à Madagascar en 2011 (EIPM 2011) rapporte un taux élevé de fièvre (15%) chez les enfants de moins de cinq ans sur un rappel de 15 jours. Ce taux se rapproche des 16% relevés par le MICS 2000 mais est nettement supérieur aux 9% rapportés dans l'EDS IV.

Parmi les enfants qui ont eu de la fièvre dans les 15 jours qui précèdent l'enquête, 44% ont cherché des soins selon l'EIPM 2011, ce qui constitue une augmentation par rapport aux 20% rapportés dans l'EDS IV. Parmi les 44% qui ont recherché des soins, 22,9% se sont tournés vers les formations sanitaires publiques dans les zones rurales et 1,3% vers les services à base communautaire.

Santénet2 a lancé la formation des ACE de niveau 2 (ACE2) à partir d'octobre 2009. A ce jour (31 octobre 2012), 5 647 ACE2 offrent le diagnostic du paludisme à l'aide de TDR et traitent à l'aide d'ACT les cas confirmés de paludisme simple chez les enfants de moins de cinq ans vivant dans des fokontany situés à une heure de marche ou plus de la formation sanitaire la plus proche.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, Madagascar est divisé en cinq zones opérationnelles. Le Tableau 2 ci-après présente la distribution des communes KM salama sur les zones opérationnelles du Programme National de Lutte contre le Paludisme et compare le nombre de communes KM salama avec le nombre total de communes.

Le PNLP a introduit l'utilisation systématique des TDR pour le diagnostic et le traitement avec des ACT dans les formations

sanitaires en 2008. Le SIGS de routine du MinSan rapporte les cas confirmés de paludisme diagnostiqués dans les CSB depuis 2009. De même, le SIGS-c de Santénet2 rapport les cas de paludisme confirmés (positifs au TDR) depuis 2011.

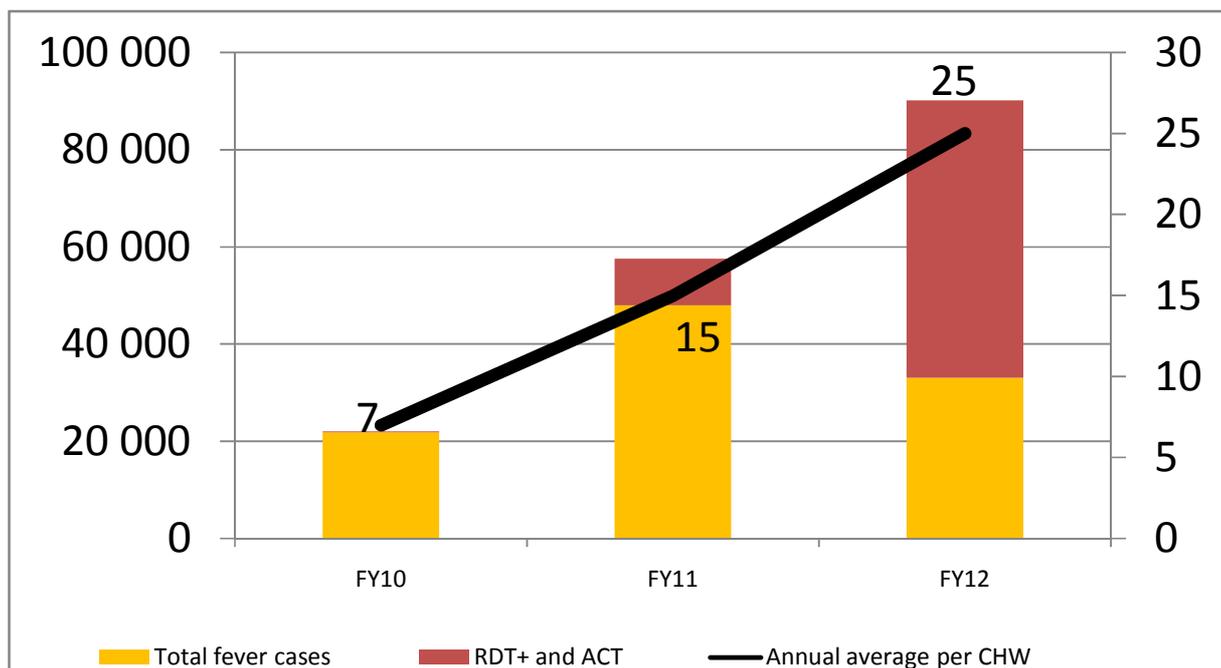
Les AC ont été formés à l'utilisation des TDR et des ACT pour la prise en charge des cas de paludisme simple à partir de 2010. Le SIGS-c mis à jour permet depuis 2011 de faire le suivi des cas positifs au TDR pris en charge par les AC. A cause de ruptures de stock de TDR et d'ACT généralisées de juin à octobre 2011, le nombre de cas pris en charge par les AC est moins que ce qu'il devrait être. Des ruptures de stock ont été également observées dans les régions de l'Est en janvier et février 2012.

Grphe 5. Prise en charge communautaire du paludisme dans les communes KM salama

Tableau 1

Distribution des communes KM salama selon les zones opérationnelles du PNLP

Profil opérationnel du PNLP	800 communes KM salama	Toutes les communes de Madagascar
Est	316	491
Hautes terres centrales	201	345
Marges	120	195
Ouest	84	431
Sud	79	104
Total	800	1566



Source : Données du SIGS-c de Santénet2

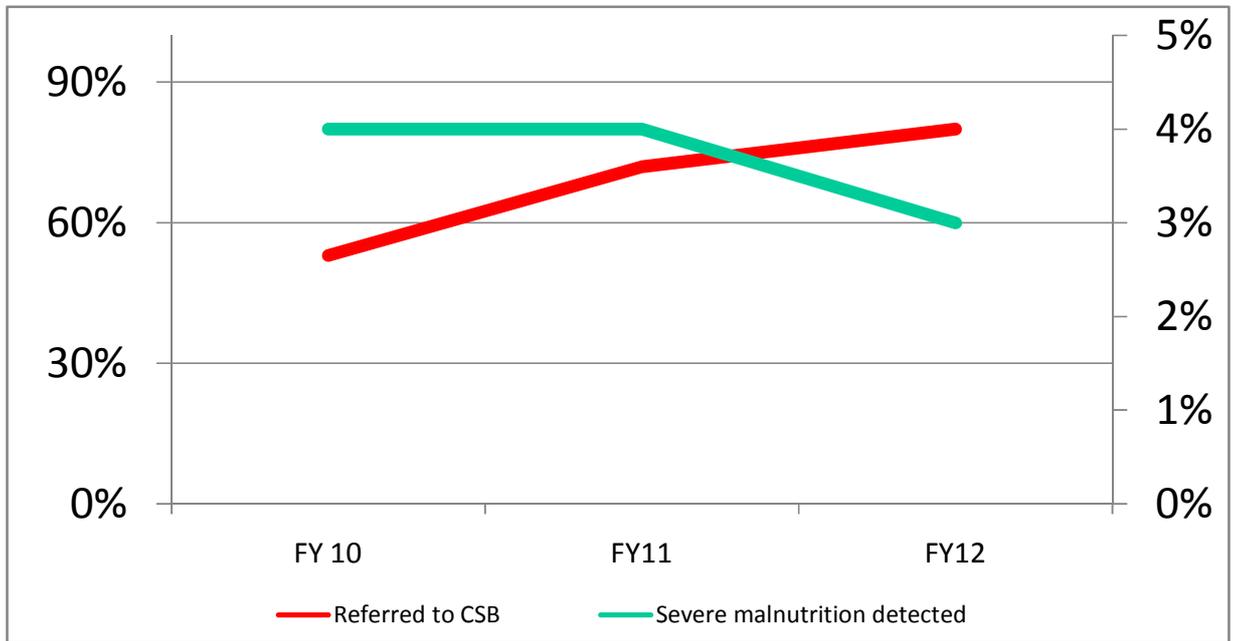
Remarque : A partir de 2011, les chiffres portent sur les cas positifs au TDR alors que dans les années précédentes, il s'agit des cas traités par les ASC, sans indication des résultats des TDR.

SME et nutrition

Les services de SME et de nutrition à base communautaire cible 900 000 enfants de moins de cinq ans et 240 000 femmes enceintes. Durant la période couverte par le rapport, plus de 192 000 enfants de moins de 5 ans ont été traités par les AC pour une diarrhée, une IRA ou le paludisme. Les ASC font également le suivi systématique de la croissance de 1 133 016 enfants soit à l'aide de pèse-bébé soit en mesurant le périmètre brachial. Ainsi, 34 700 enfants de moins de cinq ans ont été dépistés comme souffrant de malnutrition sur la période couverte par ce rapport.

Le graphe 6 présente l'évolution du nombre de cas de malnutrition détectés par les AC et l'augmentation de la recherche de soins au niveau des CSB. 4 839 femmes ont bénéficié de supplémentation en FAF dispensée par les AC qui ont aussi référé quelque 6 861 femmes aux CSB pour les CPN. De plus, les systèmes d'évacuation sanitaire gérés par les communautés dans 94 communes KM salama ont permis d'évacuer 57 femmes enceintes vers les formations sanitaires.

Graphe 6. Baisse de la malnutrition aigüe et augmentation de la recherche de soins auprès de formations sanitaires

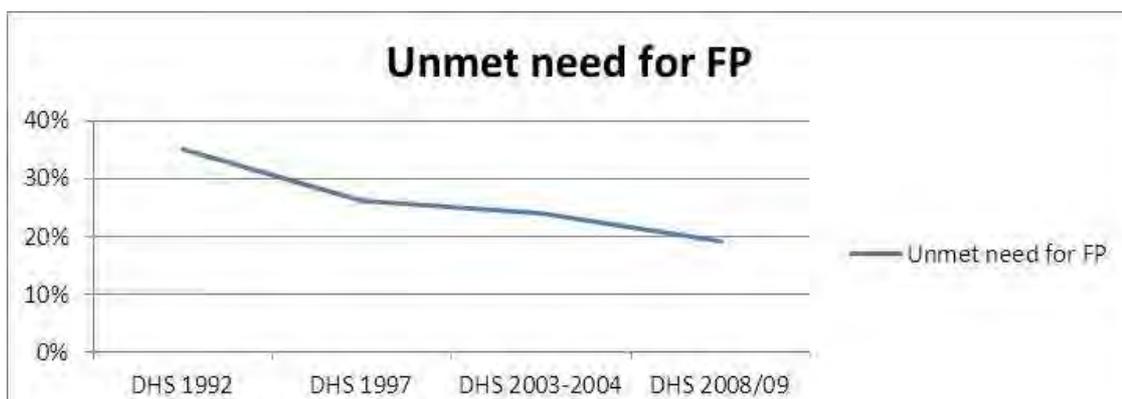


Source : Données du SIGS de Santénet2, 2012

SR/PF

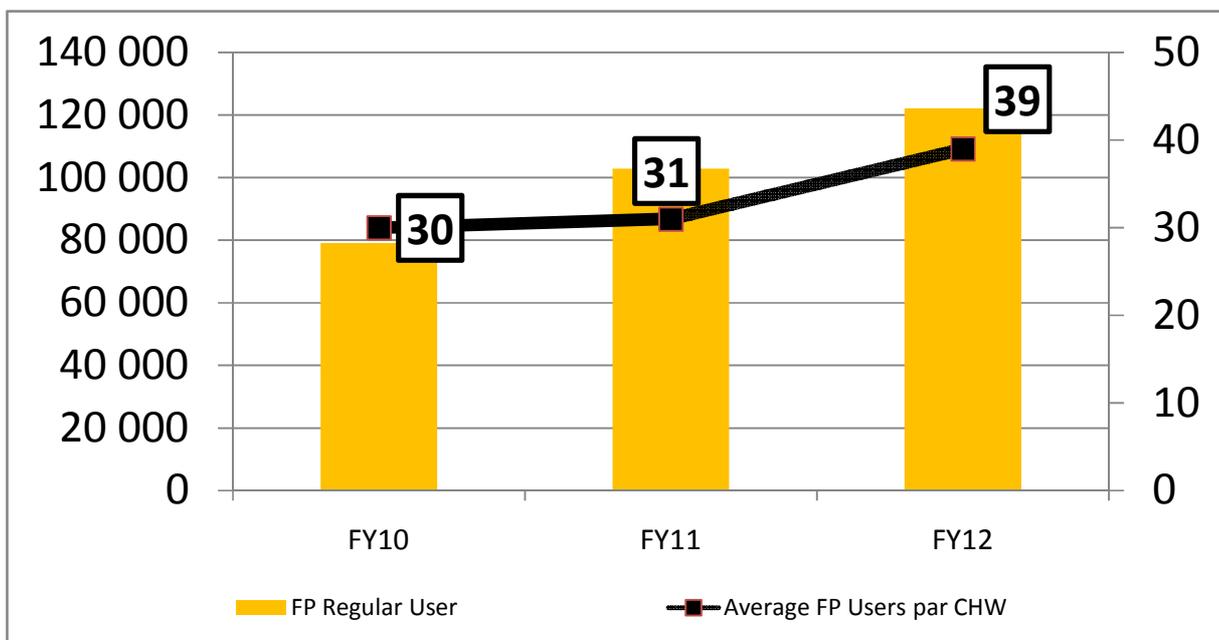
Le taux de fécondité à Madagascar est parmi l’un des plus élevés au monde. Au cours de la dernière décennie, les services de planification familiale se sont améliorés en termes de disponibilité et un nombre croissant de femmes adoptent la contraception pour espacer ou limiter les naissances. Les besoins de PF non satisfaits sont à la baisse mais il n’en reste pas moins que près d’une femme sur cinq a des besoins insatisfaits selon l’EDS 2008-2009 (graphe 7). Les ACM de Santénet2 dispensent le counseling en PF aux femmes en âge de procréer et leur offrent toute une gamme de méthodes contraceptives. Au cours des trois dernières années, les AC formés et supervisés par le projet ont offert des services de PF à un nombre constamment croissant de femmes. Le nombre total d’utilisateurs de la PF servis au niveau communautaire et le nombre moyen de femmes utilisant la PF par AC ont tous deux augmenté comme le montre le graphe 8.

Graphe 7. Besoins non satisfaits en planification familiale - Madagascar



Sources : EDS 1992, 1997, 2003/2004, 2008/2009

Grphe 8. Services de PF à base communautaire dans les communes KM salama



Source : Données du SIGS-c de Santénet2

WASH

Santénet2 a poursuivi la mise en œuvre de l'approche CLTS dans 480 communes KM salama. 6 224 nouveaux acteurs communautaires ont été certifiés Amis de WASH (c'est-à-dire qu'ils utilisent des latrines et ont accès à une source d'eau potable). 18 477 latrines ont été construites par la communauté (pres de 500 000 menages) et 755 villages ont atteint le statut ODF

Dans 164 communes KM salama, 1 490 infrastructures d'eau ont été construites ou améliorées sur les ressources propres des communautés avec l'assistance technique du projet.

IST/VIH/Sida

Santénet2 continue d'appuyer les associations de MARP. Au total, 15 associations ont reçu une assistance du projet. Durant la période couverte par ce rapport, des pairs éducateurs formés par le projet ont touché près de 22 710 travailleuses du sexe et HSH avec des activités de sensibilisation et de prévention du VIH/SIDA ainsi que des services de promotion. Au cours de l'année écoulée, 1 879 travailleuses du sexe et HSH ont eu recours au counseling et dépistage volontaire du VIH et au dépistage des STI suite aux activités appuyées par le projet.

Ce quatrième rapport annuel décrit les activités de projet menées par RTI international et ses partenaires du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012 et relève les réalisations dans les domaines suivants :

- Programmes communautaires
- Renforcement des systèmes de santé à base communautaire
- Réalisation des résultats stratégiques
- Coordination de programme
- Administration et finances

Il présente en annexe :

- Une analyse d'écarts par composante (Annexe I)
- Le suivi et l'évaluation (Annexe 2)
- Le rapport d'atténuation de l'impact environnemental et de suivi environnemental (Annexe3)
- Des informations additionnelles sur la stratégie de communication, les success stories, les outils, les spots radios, l'approche genre et les cartes fournies en annexe

REVUE DE PERFORMANCE PAR COMPOSANTES TECHNIQUES

COMPOSANTE 1 : PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

A. INTRODUCTION

Durant l'année fiscale 2012, les activités de la composante ont eu pour objectifs de (i) mettre à la disposition des acteurs communautaires les outils indispensables à la réalisation de la mise en œuvre des activités (ii) renforcer la stratégie de communication de masse pour le changement de comportement à travers la diffusion de spots de messages de santé et reportages sur les activités KM salama par les radios locales, (iii) assurer la mise en œuvre de la stratégie des mutuelles de santé pour améliorer l'accès de la population aux différents services de santé, et (iv) mettre en œuvre la stratégie wash dans les KM salama par l'intermédiaire de plusieurs interventions.

Pour répondre aux besoins des activités au niveau des 800 KM salama, Santénet2 a mis à jour 11 outils et conçu 6 autres. Les besoins en outils des acteurs ont été quantifiés et satisfaits durant l'année fiscale 2012. Les outils distribués ont essentiellement répondu aux besoins pour le rapportage et suivi des activités.

En termes de communication de masse pour le changement de comportement, des spots de messages de santé et de reportages sur les activités au niveau des KM salama sont diffusés à travers les 28 radios locales partenaires. Par rapport aux objectifs de FY12, les diffusions sont à 137% pour les spots et à 163% pour les reportages, permettant ainsi de couvrir 97% des KM salama avec une population de l'ordre de 9 millions d'habitants.

Reportages groupés par Programme	Nombre de diffusions
SME (Nutrition-Diarrhée-IRA-UON)	34
Palu (Paludisme-Prévention paludisme pendant la grossesse)	50
SR/PF (SRA-SR/PF)	14
EHA	24
Engagement communautaire (Mutuelle de santé-KMsalama-AC)	61
TOTAL	183

Thèmes des spots	
1	ACT
2	AME
3	CPN
4	FAF
5	Genre et Planification
6	IRA
7	KMsalama (l'approche)
8	Latrine
9	Nutrition
10	SRA
11	Vaccin
12	MS
13	Qualité Sociale
14	Promotion AC
15	Diarrhée/Latrine

Se basant sur la nouvelle stratégie développée par Santénet2, les mutuelles de santé sont mises en place au niveau des 4 districts sélectionnés : Vatomandry, Ambositra, Ambohimahasoa et Ambalavao. La prise en charge des adhérents a commencé au début du mois de septembre 2012 pour Vatomandry et au mois d'octobre 2012 pour les 3 autres districts. Pour Vatomandry, le 1^{er} mois d'opérationnalisation a permis de

prendre en charge 28 adhérents dont 3 hospitalisations au niveau de l'hôpital du district. En fin septembre 2012, le nombre total d'adhérents était de 23 141 membres pour les 4 districts. Cependant, pour Vatomandry et Ambalavao, la connaissance par la population de la date de prise en charge a entraîné une hausse de l'adhésion durant le mois de septembre 2012.

B. RÉALISATIONS

Axe stratégique 1: Mise à disposition des outils auprès des acteurs communautaires

a. Approches

Pour pouvoir mettre en œuvre les activités du projet, les acteurs communautaires et les ONGs partenaires devront disposer d'outils et matériels suffisants et adaptés aux besoins de la mise en œuvre des activités. Santénet2 a procédé à la mise à jour de certains outils et en a conçu d'autres afin de répondre à ces besoins. Une estimation des besoins se fait trimestriellement afin que l'offre puisse satisfaire la demande. Santénet2 envoie les outils auprès des ONGs de mise en œuvre et ce sont ces derniers qui s'occupent de la distribution auprès des acteurs communautaires selon leurs plannings d'activités.

Santénet2 a mis en place un système de suivi afin d'assurer que les outils et matériels envoyés arrivent à la destination finale. Le projet suit cette disponibilité des outils auprès des acteurs communautaires à partir du retour des accusés de réception venant des ONGs et des Acteurs communautaires.

b. Résultats

Mise à jour et conception d'outils

Pour cette année fiscale, 11 outils ont été mis à jour sur les 8 prévus. En effet, dans le cadre du transfert des activités de suivi et en vue de la pérennisation, les fiches de suivi des activités EHA ont été mis à jour afin de faciliter les tâches des acteurs communautaires et la collecte des informations. Avec les versions mises à jour, les acteurs communautaires peuvent avoir une évolution de la mise en œuvre des activités car ils ont la situation initiale et la situation au moment du suivi. Comme les calendriers utilisés par les Agents communautaires Mères pour le suivi des femmes qui ont choisi le contraceptif injectable sont périmés cette année, une mise à jour a eu lieu afin qu'ils puissent être utilisés jusqu'en 2014.

En ce qui concerne la conception, 6 outils ont été conçus contre une prévision de 3 outils. Trois de ces outils sont décrits comme suivants:

Liste des outils mis à jour et conçus

11 outils mis à jour:

- Registre enfant Additif
- Registre mère
- Dépistage précoce des femmes enceintes
- Job aid santé de la mère et des nouveaux nés
- Outils de suivi des TA
- Guide CLTS
- Fiche de suivi CLTS par les CDS
- Fiche de Suivi déclenchement CLTS
- Fiche de suivi des AC Amis de Wash
- Fiche de suivi des activités des structures en charge
- Calendrier

6 outils conçus :

- Job Aid ACE2
- Affiche mutuelle de santé
- Carte d'invitation sur les mutuelles de santé.
- Manuel de revue trimestrielle
- Ordonnance facture
- JOB AID sur la distribution des produits

- Grâce à la conception du JOB AID ACE2, qui avait comme objectif d'aider l'AC à prendre une décision correcte pour l'utilisation des RDT ; une nette amélioration a été constatée entre les supervisions de FY 11 et de FY12. Respectivement, les AC qui savent à la fois classer le paludisme et donner le traitement correct sont passés de 73% à 85%.
- Pour l'amélioration et le renforcement de l'engagement et de la prestation des acteurs, Santénet2 a organisé une revue spéciale qui a nécessité la conception d'un nouvel outil qui est « le Manuel de revue trimestrielle ».
- Afin d'assurer la bonne gestion des mutuelles de santé mise en place, « L'ordonnance facture » a été développée.

Distribution des outils

Pour mieux répondre aux besoins des acteurs communautaires dans les 800 KM salama, Santénet2 a produit 365 473 articles (cf. *Liste et Quantité des outils produits en Annexe 8*) durant l'année fiscale 12.

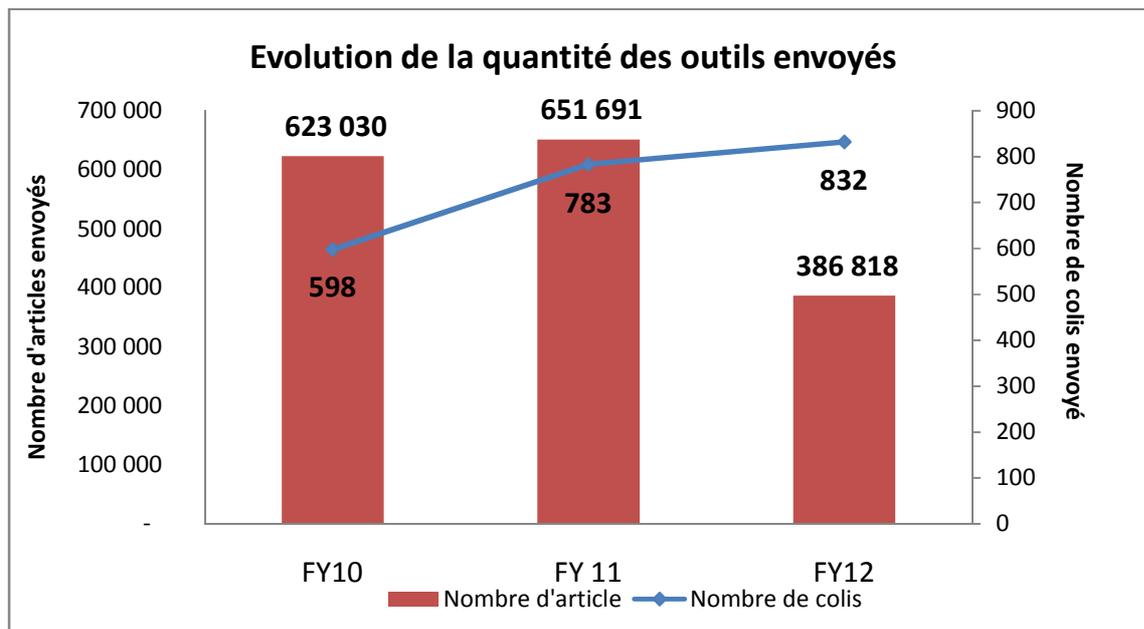
En termes de disponibilité des outils, 832 colis, contenant 386 818 articles, ont été envoyés (cf. *Quantité des outils envoyés en Annexe 7*) pour satisfaire les demandes émanant des partenaires de mise en œuvre en vue de :

- Réapprovisionner les AC en outils de gestion,
- Renforcer les compétences des acteurs communautaires,
- Assurer la supervision des AC,
- Permettre aux acteurs communautaires d'offrir des prestations de qualité.

En se référant à l'année précédente, le nombre de colis envoyés a connu une hausse. Cela est dû à l'augmentation des fréquences d'envoi, et des fréquences de supervision. Santénet2 a essayé de répondre rapidement aux besoins des acteurs communautaires

Par contre le nombre des articles dans ces colis a baissé jusqu'à presque la moitié par rapport aux deux années précédentes quand l'activité de formation a atteint son apogée. Les formations nécessitent plusieurs articles. Tandis que pour cette année fiscale, les outils envoyés étaient surtout destinés à la supervision et à l'offre de prestation des acteurs communautaires.

Figure 9 : Evolution de la quantité des outils envoyés



Source : Santénet2, EXTRANET et tableau de suivi des outils (2010-2011-2012)

Pour l'année fiscale 2012, l'un des défis qui a été posé par la composante communautaire est de s'assurer que les outils sont bien reçus par les utilisateurs afin qu'ils puissent effectuer leur travail dans les normes. Deux sortes d'accusés de réceptions sont exigées de la part des ONGs partenaires à savoir :

- Les accusés de réception (AR) venant des ONGs elles-même qui justifie que les colis sont bien reçus par l'ONG.
- Les accusés de réception venant des AC/CCDS prouvant que les colis sont arrivés à leur destination finale c'est-à-dire les AC et/ou les CCDS.

Le résultat de l'enquête sur « la validité et la fiabilité des données sur les services à base communautaire au niveau des KMsalama » (Août 2012) a montré que 90% des AC disposent des outils nécessaires pour la mise en œuvre des activités. Cela peut s'expliquer par le fait que les outils sont bien arrivés à la destination finale

Enfin, la production et la distribution des outils destinés aux acteurs constituent une expérience remarquable dans la gestion du projet. Pour ce faire, Santénet2 a élaboré un draft de documentation du système de distribution des outils qui permettra de mémoriser les expériences de distribution à grande échelle et surtout le système de réapprovisionnement en outils de gestion, indispensable au suivi de la mise en œuvre des activités.

Axe stratégique 2: Mise en œuvre d'une stratégie de communication de masse pour le changement de comportement

a. Approches

Depuis FY10, Santénet2 a collaboré avec les radios de proximité pour émettre des messages de santé dans les communes d'intervention, afin d'assurer le changement de comportement des cibles. 16 spots de

messages de santé ont été diffusés à travers les radios partenaires après une traduction en dialecte local de tous les spots.

Les thèmes des spots ont été regroupés suivant les 5 programmes de Santénet 2:

1. La santé de la mère et de l'enfant : infection respiratoire aigüe, vaccin, diarrhée et latrine, Allaitement maternel exclusif, Fer acide folique, nutrition de la femme enceinte
2. Le paludisme : ACT, Prévention du paludisme pendant la grossesse
3. Le planning familial : santé reproductive des adolescents, promotion des AC
4. L'eau, hygiène et l'assainissement : latrine
5. L'engagement communautaire : l'approche KM salama, Genre et planification, Mutuelle de santé

En plus de la diffusion des spots, des reportages ciblés sur les activités des acteurs communautaires, ont été produits et diffusés par ces radios partenaires après une orientation des responsables sur l'approche KMsalama. Au début, les Responsables radio étaient libres pour le choix des thèmes de reportage, mais à partir du semestre 2, FY 2012, les thèmes ont été orientés par rapport aux besoins du programme et/ou de la région concernée. Dotés d'une fiche technique qui sert de guide pour les reportages, les Responsables radios descendent sur terrain pour réaliser des interviews auprès des acteurs communautaires à savoir les AC, les membres de CDS, les autorités locales, les chefs CSB, les cibles. Après la validation des reportages par Santénet2, les Responsables radios informent ce dernier du planning de diffusion. A la fin, un rapport est élaboré et transmis avec le reportage (version audio) à Santénet2.

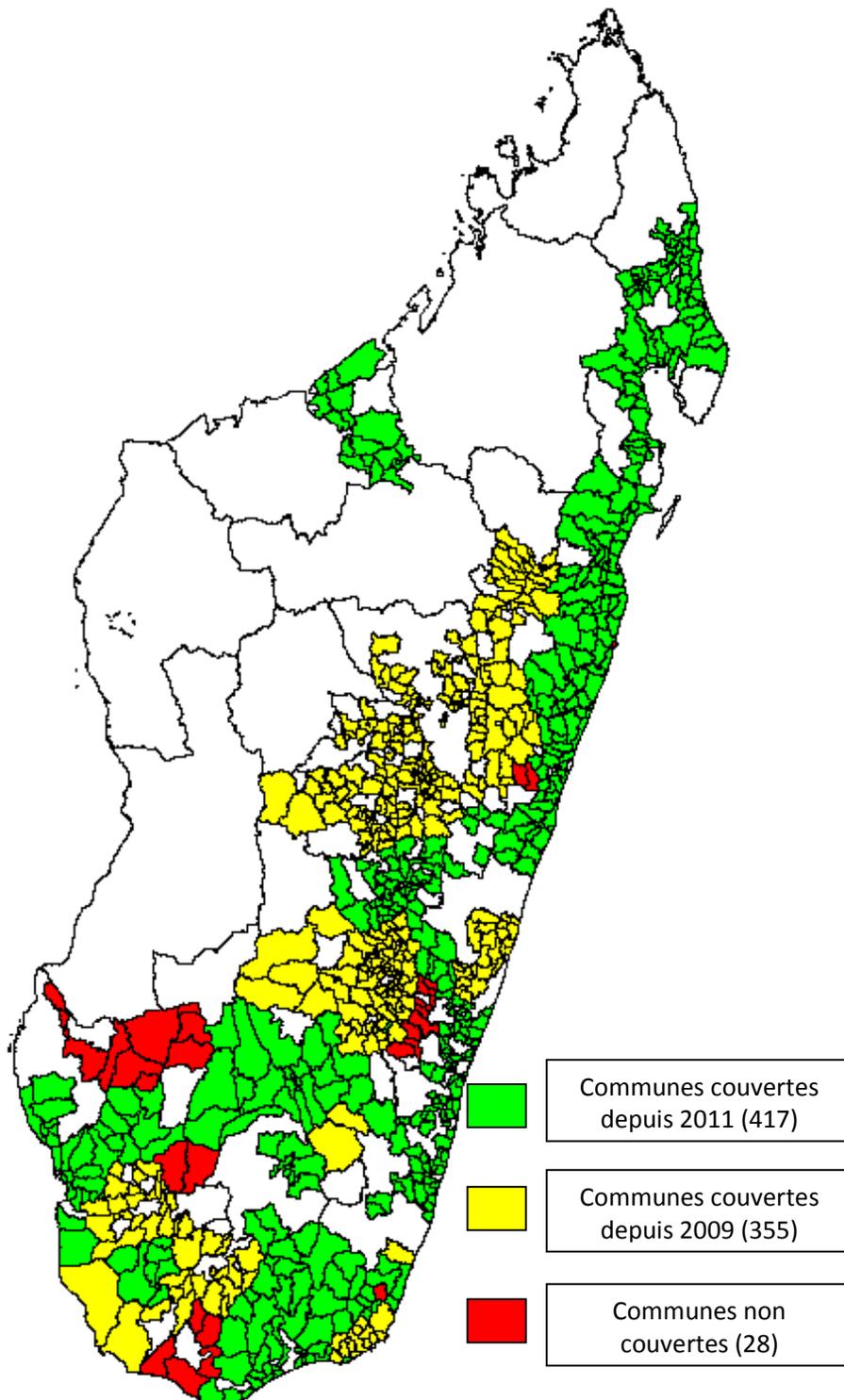
b. Résultats

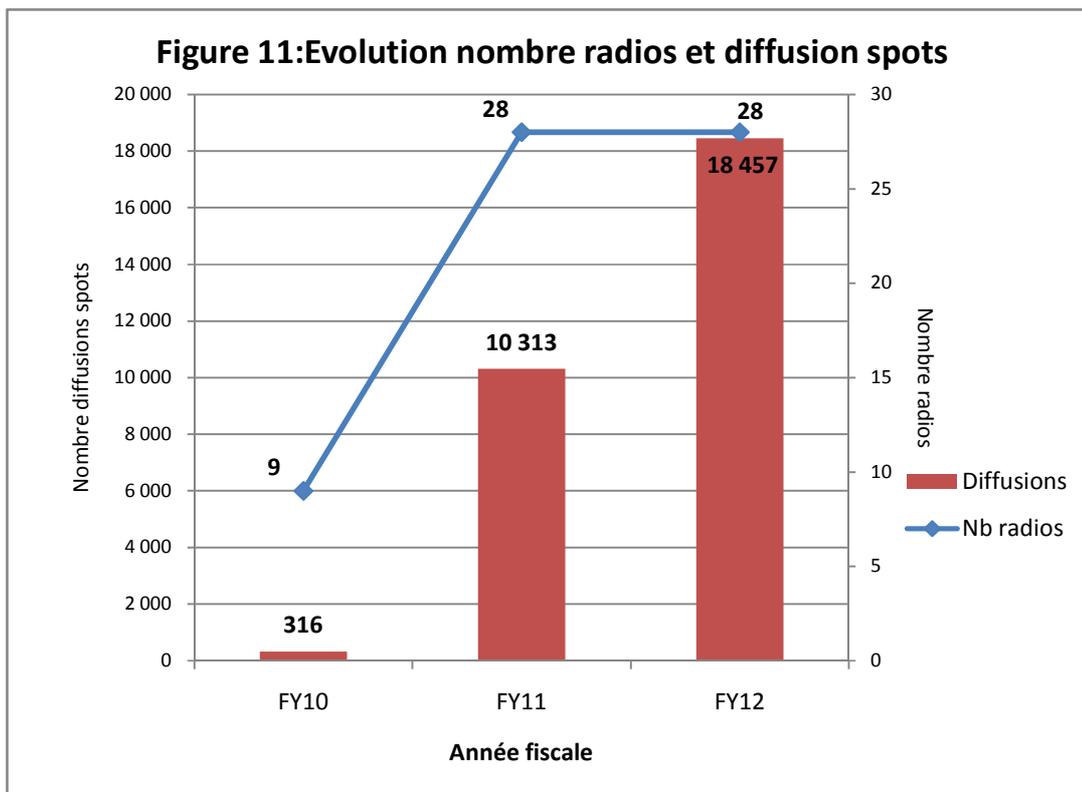
En couvrant 772 communes, soit 97% des KM salama, à travers 28 radios partenaires, Santénet2 a pu réaliser 18 457 diffusions des spots de messages de santé et de 183 diffusions de reportages réalisés au niveau KM salama. Cette stratégie de communication permet d'appuyer les activités de sensibilisation menée par les AC et CCDS ainsi que les autres acteurs (Leaders des jeunes, PLeROC...) au niveau communautaire.

Les réalisations peuvent se résumer comme suit :

- 772 communes sont couvertes par la diffusion des spots à travers les radios partenaires, soit 97% des KM salama. Cela n'a pas changé par rapport à la couverture pour FY11 car pour les 28 communes restantes, soit aucune radio ne les couvre pas, soit la couverture des radios de proximité ne permet pas d'investir dans la diffusion des spots car certaines radios ne couvrent que 1 ou 2 communes ;
- 28 contrats ont été signés avec les radios partenaires pour la diffusion de spots ;
- 52 écouteurs mystères sur les 56 prévus assurent le suivi des diffusions dans les différentes localités (à raison de 2 écouteurs par radio). Suite aux 2 années précédentes de collaboration, Santénet2 a pu observer la régularité et le respect du contrat au niveau de 4 radios partenaires. Ainsi, seul un écouteur mystère fait le suivi de la diffusion de chaque radio, Ces 4 radios partenaires sont : La Radio Don bosco (Analamanga), la Radio Pangalane (Mananjary), la Radio RAKAMA (Vohipeno), et la Radio Lazan'ny Ladoany(Mananara).
- 18 457 spots ont été diffusés. Ce nombre de diffusions est largement supérieur aux objectifs annuels de 13 440 diffusions. Santénet2 est à 137 % de réalisation et a presque doublé par rapport à FY11. (cf. *Diffusions des spots par radio et par thèmes* en **Annexe 9**).

Figure 10 : Evolution de la couverture des KM salama par les radios de proximité



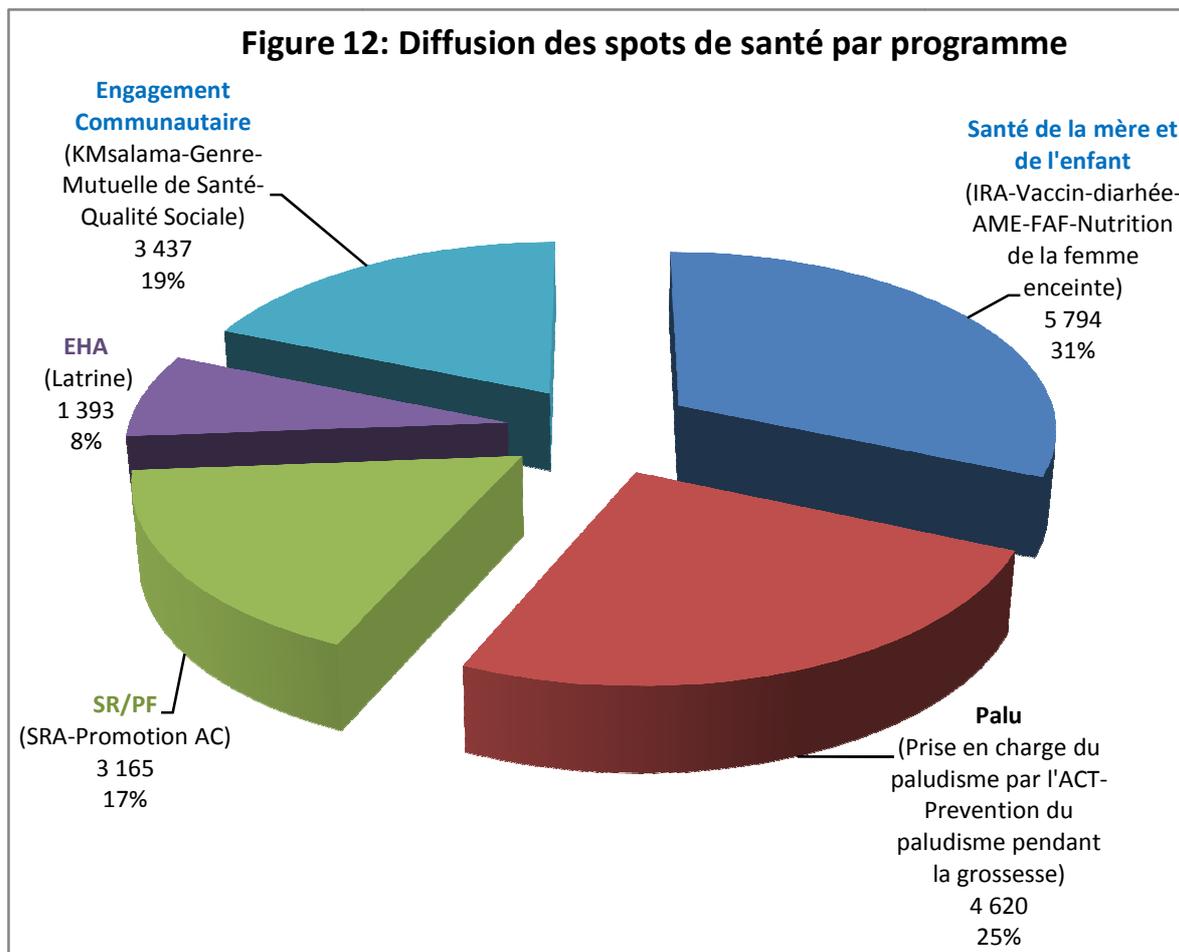


Source : Santénet2, Rapports de diffusion (2010,2011,2012)

L'une des raisons de cet écart positif est l'utilisation des spots de Santénet2, par les responsables d'émission, pour l'illustration des émissions de santé des radios partenaires. La diffusion de spots a contribué à la sensibilisation de la communauté d'Ambohimahasoa sur les mutuelles de santé. Lors d'un reportage, un monsieur a dit « *C'est grâce à ce spot que j'ai connu les mutuelles de santé et je m'y suis déjà inscrit. Les gens de chez nous sont aussi intéressés et vont prochainement y adhérer* ». Actuellement, la part d'adhésion d'Ambohimahasoa est la plus élevée par rapport aux 4 districts de mise en œuvre des mutuelles de santé. Sur le nombre total des adhérents des 4 districts, Ambohimahasoa occupe les 57.5% (*Source : Santénet2, Données mutuelle de santé*). La sensibilisation sur l'utilisation de latrine a été aussi renforcée pour contribuer à la lutte contre les maladies diarrhéiques. La diffusion du spot sur la latrine a atteint les 7% des diffusions effectuées durant cette année fiscale. La construction de nouvelles latrines a connu une hausse conséquente, car si pour FY11, Santénet2 a enregistré 3 677 nouvelles constructions, pour FY12, 14 800 nouvelles latrines ont été identifiées lors des suivis.

(Source : Santénet2, Données CLTS 2012).

Le graphe ci-après montre la répartition des diffusions des spots de santé par programme



Source : Santénet2, Rapport de diffusion (2012)

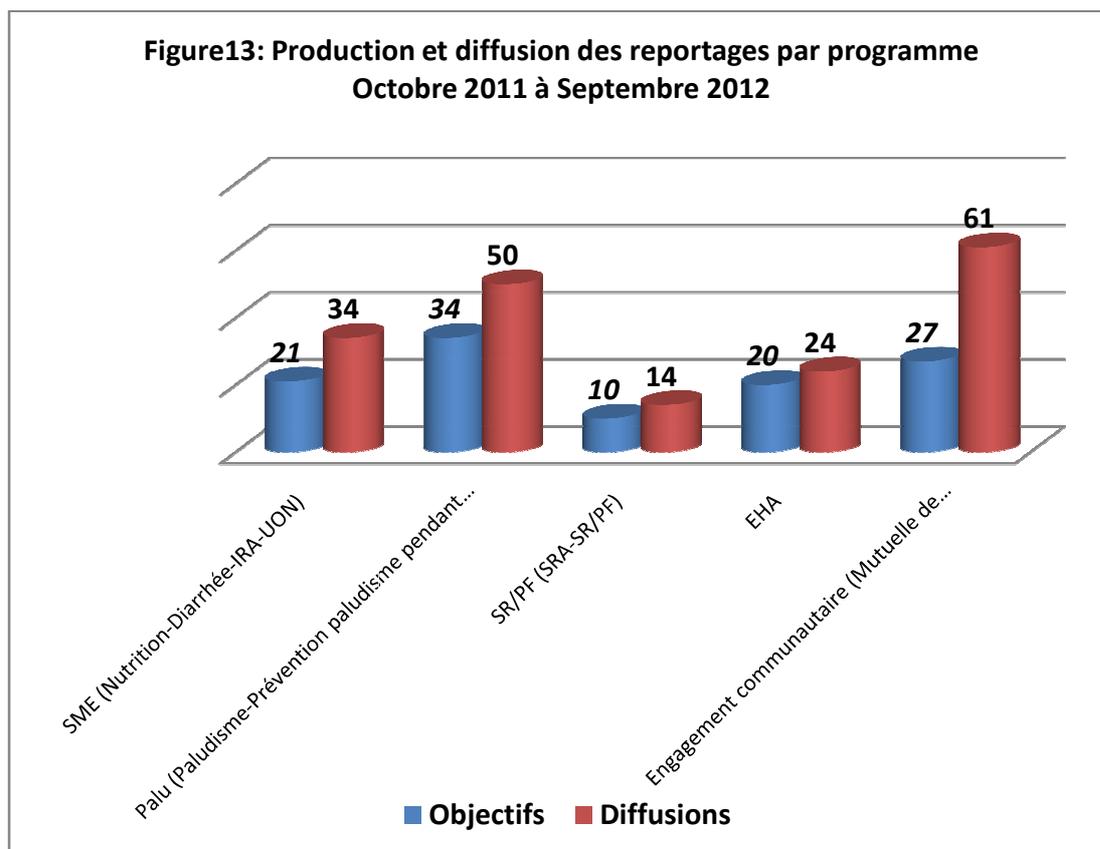
- 16 animateurs radios ont été orientés sur l'approche KM salama contre une prévision de 14 responsables radios à former durant FY12. 2 animateurs déjà orientés l'année dernière, ont participé à la séance d'orientation cette année car la radio, dont ils sont issus, couvre 2 districts mettant en œuvre la nouvelle stratégie de la Mutuelle de santé.
- 22 radios partenaires ont collaboré avec Santénet 2 pour ces reportages (**liste des radios ayant réalisés des reportages en annexe 9**). Ces 22 radios couvrent les 502 communes KMsalama.
- 183 diffusions de reportages ont été réalisées. L'objectif de 112 diffusions pour cette année fiscale est largement dépassé avec une réalisation de 163%. Comme les spots radios, certaines radios rediffusent les reportages durant les émissions de santé.

Tableau 2: Les thèmes de ces reportages ont été orientés sur les points suivants :

	Thèmes	Contenu
1	Palu	Définition, prévention, traitement
2	Mutuelle de Santé	Définition, nouvelle stratégie, mode d'adhésion, sensibilisation
3	Diarrhée	Causes, prévention, construction et utilisation de latrine
4	AC	Rôles des AC mère et des AC enfant
5	SRA	Les conséquences néfastes des MST
6	IRA	Signes, les conduites à tenir
7	CPN	Sensibilisation de la femme enceinte pour faire la CPN
8	SR/PF	Les avantages du PF
9	KM salama	Approche KM salama
10	Nutrition	Avantages de la nutrition améliorée de l'enfant
11	CLTS	Construction et utilisation de latrines
12	UON-c	Avantages d'accoucher dans un milieu surveillé

Ces reportages ont beaucoup contribué à l'atteinte des objectifs du projet. 9 reportages sur le planning familial ont été diffusés cette année dans 288 communes qui représentent les 36% des KMsalama. Pour l'UON (Urgence Néonatale et Obstétricale), une nette amélioration a été constatée sur le système d'évacuation sanitaire communautaire. Si en 2011, il n'y avait que 26 systèmes d'évacuation mis en place dans les KMsalama, cette année, il y en avait 94. (*Source : Extranet-Santénet2*)

Comme les thèmes des spots radios, les thèmes des reportages ont été aussi groupés par programme selon la figure ci-dessous.



Source : Santénet2, rapports de diffusion (2012)

c. Défis et mesures correctionnelles

Pour un meilleur suivi des activités réalisées avec les radios locales, Santénet2 met en priorité :

- Le renforcement de la collaboration avec les écouteurs mystères pour un bon suivi des diffusions ;
- Le choix des thèmes des spots à diffuser et des reportages à proscrire pour mieux cibler les besoins de chaque programme et/ou des régions, combinés aux réalités sanitaires locales.
- Conscient de l'importance de cette stratégie de communication, Santénet2 réalisera la documentation de la stratégie de communication à travers la diffusion de spots et reportages radio

Axe stratégique 3 : Mise en œuvre de la nouvelle stratégie sur les mutuelles de santé

a. Approches

Les mutuelles de santé ont pour objectif principal de lever les obstacles financiers à l'accès de la population aux services de soins de santé de qualité. Quatre districts ont été choisis pour la mise en œuvre de la nouvelle stratégie des mutuelles de santé : Vatomandry, Ambohimahaso, Ambalavao et Ambositra. Cette nouvelle stratégie consiste en une mise à l'échelle des mutuelles au niveau district.

La phase de mise en place comprend principalement quatre activités : la mise en place des structures, la formation, la sensibilisation et la collecte d'adhésion et de cotisation. Les comités d'initiatives installés au niveau district (CID) et au niveau communes (CIC), avec l'appui des partenaires, travaillent en collaboration avec Santenet2 pour assurer cette phase.

La stratégie optée pour la mise en place des structures de gestion a pour objectif de rendre plus efficaces les entités assurant la gestion effective des mutuelles de santé. Les comités d'initiatives céderont leur place aux différents organes de gestion :

- au niveau fokontany : les SIP ou Solontena Isam-Pokontany,
- au niveau commune : les BEC ou Bureau d'Exécution Communal,
- au niveau district : le CA ou Conseil d'Administration et le BED ou Bureau d'Exécution District.

A part le BED qui sera une organisation indépendante, tous les membres de ces entités de gestion sont élus par les adhérents parmi les membres.

Les séries de formation visent à rendre les acteurs impliqués performants. Elles concernent les comités d'initiatives, les responsables de soins et les membres des bureaux exécutifs. Elles sont assurées par un pool de personnes ressources issues des partenaires et des formateurs indépendants.

Les activités de sensibilisation ont pour but d'inciter la population à adhérer et à augmenter le nombre d'adhérents. On peut citer deux types d'activités :

- celles menées directement par Santenet2 : la distribution des affiches et de cartes d'invitation, la diffusion de spot ;
- celles appuyées par l'intermédiaire des comités d'initiatives : les réunions, les rencontres directes avec les communautés, les reportages.

La collecte d'adhésion et de cotisation sont assurées par les CIC qui sont dotés d'outils adéquats pour le faire : livret de cotisation, fiches d'adhésion et reçus de versement de cotisation.

C'est durant cette phase préparatoire que les modalités de prise en charge sont définies par les membres du CID avec l'appui de Santenet2 : le montant de la cotisation, la modalité d'adhésion, la période de prise en charge, les paquets de services ainsi que les procédures de collaboration avec les centres de soins.

b. Résultats

Toutes les mutuelles de santé ont été mises en place et sont fonctionnelles au niveau des 4 districts. Jusqu'à l'effectivité des organes de gestion, elles sont gérées au niveau district par les membres du bureau du CID constitué par un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier ; et au niveau commune par le bureau du CIC composé d'un président, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Pour Vatomandry, durant le mois de septembre 2012, premier mois d'activité, 30 consultations externes ont été effectuées auprès des CSB, 5 membres malades ont été référés et hospitalisés au niveau du CHD2. Le montant la prise en charge totale s'est élevé à Ar 220 000 Ar dont 178 000 Ar payés par TIAVA II.

Les modalités de prises en charge ont été définies comme suit :

- Tableau 3 : Montant des cotisations et taux de prise en charge :

Paquet de services	Taux de prise en charge			
	Vatomandry	Ambohimahasoa	Ambalavao	Ambositra
	TIAVA II	TIAA	MiAi	AMS
CSB (Consultation Externe et hospitalisation)	50%	100%	100%	100%
CHD Consultation Externe	0%	50%	100%	0%
CHD Hospitalisation	90%	75%	75%	Plafonnement : - Service médecine : 50000 Ar - Service chirurgie : 80000 Ar - Ophtalmo : 4000 Ar
Transport CSB - CHD	100%	0%	0%	Plafonnement : 20,000 Ar
Transport CHD – CHRR (forfait)		100 000 Ar	100 000 Ar	
Montant de la cotisation individuelle et annuelle	18 ans et plus : 4 500 Ar Moins de 18 ans : 2 700 Ar	2 500 Ar	2 500 Ar	3 200 Ar

Source : Rapports de réunion des CID, aout 2011

- *Modalité d'adhésion* : par ménage et par groupe
- *Paquets de services* : les types de maladies et de services pris en charge au niveau des CSB et des hôpitaux sont détaillés en annexe 10.
- *Procédures de collaboration avec les centres de soins* : les cahiers de charges pour les CSB et les hôpitaux ont été élaborés. Ils spécifient les différentes obligations des parties concernées, à savoir les formations sanitaires et la mutuelle de santé.

Les périodes de prise en charge ont été également définies, celle de Vatomandry a démarré au mois de septembre 2012. Le tableau suivant montre la date de début de prise en charge pour les 4 mutuelles de santé. La durée de prise en charge est de 12 mois ou une année.

Tableau 4: Date de début de la prise en charge des membres

Vatomandry	Ambohimahaso	Ambalavao	Ambositra
01 sept 2012	01 oct 2012	15 oct 2012	01 oct 2012

Source : Santénet2, Rapports de réunion, aout-septembre 2012

L'adhésion

Le nombre d'adhérents obtenu durant la première année d'activités est de 22,565 membres pour l'ensemble des 4 districts.

Tableau 5 : Situation d'adhérents aux Mutuelles de santé au 31 septembre 2012

District	Nb adhérents	Nb moyen adhérents par commune	Cotisation totale
Vatomandry	2 252	119	9 965 400
Ambohimahaso	13 189	733	32 972 500
Ambalavao	5 879	346	14 697 500
Ambositra	1 821	79	5 827 200
Total	23 141	301	63 462 600

Source : Santénet2, Tableaux de bord des mutuelles de santé, (2012)

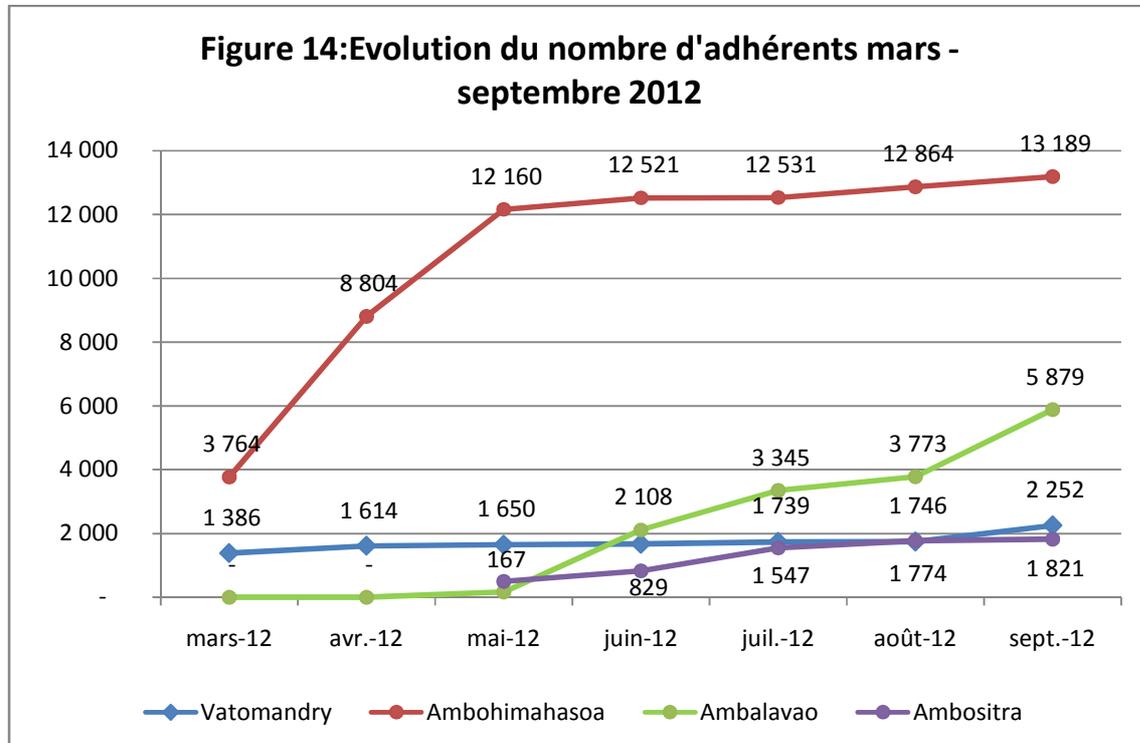
Même si les résultats sont loin d'atteindre les objectifs fixés par Santénet2, réalisation à 8%, ils sont très prometteurs par rapport aux expériences antérieures et d'autres mutuelles de santé. Pour Ambohimahaso par exemple, le nombre d'adhérents est largement supérieur par rapport à l'ancienne mutuelle installée au niveau commune (10 000 adhérents) ainsi que la mutuelle de santé AFAFI (990 affiliés à la première année).

Une simple analyse des données d'adhésion a démontré que le nombre d'adhésion a fortement augmenté dès le début du lancement du projet pour 2 districts : Ambohimahaso et Vatomandry. Celui de Vatomandry a été par contre bloqué par le passage des cyclones aux mois de Janvier-février 2012. Cette catastrophe naturelle a occasionné un appauvrissement de l'ensemble de la population alors que les mutuelles de santé étaient en phase de collecte d'adhésion et de cotisation. Parallèlement à cela, la grève du personnel et la fermeture des centres de santé pendant presque 4 mois (de juin à septembre 2012) a entraîné un ralentissement, voire l'arrêt, d'adhésion pour Ambohimahaso et Ambositra.

D'un autre coté, les actions menées par les partenaires contribuent à l'obtention d'un résultat performant. Par exemple, les 4 KMs appuyées par l'ONG SALFA à Ambohimahaso ont obtenu un résultat de plus de 1 300 adhérents grâce à la coordination des interventions des membres du CIC pour impliquer les autorités locales et les leaders communautaires, le suivi rapproché et la participation dans la

sensibilisation. Pour les communes non KM salama, le nombre moyen d'adhérents est de 162 membres, tandis que dans les KM salama, il est de 310 adhérents par commune.

La figure suivant montre l'évolution du nombre d'adhérent pour les 4 districts :



Source : Santénet2, Tableau de bord mutuelles de santé, (2012)

Entre le mois d'Août et Janvier de chaque année, la presque totalité de Madagascar se trouve en période de soudure, c'est-à-dire que l'ensemble de la population ne dispose pas de suffisamment de ressources pour satisfaire ses besoins, notamment en matière d'alimentation. Cependant, pour Vatomandry, une évolution significative de 29% a été déjà constatée durant le mois de septembre 2012 (en un mois) par rapport à la situation fin mois d'août 2012, après l'annonce du début de la prise en charge. De même à Ambalavao, l'annonce de la confection et de la distribution des cartes pour les inscrits a suscité l'attention de la population, quant au sérieux du projet, malgré la grève du personnel de soins. La mutuelle de santé d'Ambalavao a enregistré une hausse de 56% des adhérents durant le mois de septembre 2012 et ce en dépit du passage de la période de soudure.

Ces exemples permettent de démontrer l'intérêt et la conviction de la population aux mutuelles de santé. Les membres de la communauté voudraient être certains de l'effectivité pour y adhérer.

Par ailleurs, malgré la faiblesse du taux d'adhésion qui ne permet pas encore de supporter un budget de fonctionnement, la communauté locale a pris l'initiative de démarrer l'activité des mutuelles de santé :

- **4 réunions de démarrage** ont été réalisées par les CID pour les 4 districts ;

- **21 007 cartes d'adhésion** ont été confectionnées et distribuées auprès des adhérents avec l'appui de Santénet2 et des partenaires ;
- **113 contrats** ont été signés entre les 109 CSB et 4 hôpitaux d'une part et les 4 mutuelles d'autre part ;
- les paquets de services sont disponibles auprès de tous les centres de soins.

Les structures de mise en place

A part les 4 CID, 77 CIC dont 899 membres sur 680 prévus sont ainsi fonctionnelles. Par souci de représentativité notamment au niveau fokontany, le nombre des membres par CIC ont été révisés de 10 à 15 personnes ou même plus si nécessaire.

5 communes dans le district d'Ambohimahasoa ont atteint un résultat de plus de 1 300 adhérents. Il s'agit des 4 KM salama appuyées par l'ONG SALFA : Ambalakindresy, Morafeno, Ankafina et Manandroy et d'une KMs appuyée par CRS : Ampitana. Par la suite, 46 fokontany de ces communes ont mis en place les SIP. 138 membres de SIP ont été élus, à raison de 3 représentants des adhérents par fokontany. En effet, l'élection des SIP est conditionnée par un nombre d'adhérents assez élevé. Cette stratégie a été adoptée pour inciter les autres communes à augmenter le nombre d'adhérents. Dans plusieurs localités, la population attend un signe de déclenchement pour décider.

5 BEC ont été installés durant le mois de juin 2012 par les SIP élus dans les 5 communes. Soit 7% de l'objectif prévu, étant donné que ce sont les SIP qui participent à l'élection des 3 membres du BEC. Aucune structure de gestion au niveau district, CA et BED, n'a été encore installée. En plus du nombre insuffisant de BEC, le nombre d'adhérents ne suffit pas à prendre en charge le coût de fonctionnement du BED. De ce fait, la mise en place de celui-ci se fera progressivement en fonction de l'évolution du taux d'adhésion.

La Formation

En novembre 2011, le pool de 46 personnes ressources issues des ONGs a été mis en place. Deux séances de formation ont été organisées par l'équipe de Santénet2 pour mettre à niveau et renforcer leur capacité et connaissance. Le nombre de formation réalisée est montré par le tableau suivant.

Tableau 6: Nombre de séances de formation en mutuelles de santé

Bénéficiaires	Personnes ressources	CIC	Personnel de soins	BEC	BED et CA
Nombre de séances de formation réalisées	2	62	4	1	0
Nombre de personnes formées	46	899	147	14	0
% de réalisation	88%	132%	134%	7%	0%

Source :Santénet2, rapports de formation, (2011-2012)

L'objectif de formation des personnes ressources, de membres de CIC ainsi que du personnel de soins a été atteint. Particulièrement pour le personnel de soins, en plus des superviseurs locaux, leur adjoint, pour ceux qui en ont, ont été également formés. Ces derniers vont assurer la prise en charge des adhérents pour les paquets de services offerts par la mutuelle de santé. Par contre, la formation des CA et des BED dépend de leur constitution, qui est prévue avant janvier 2013.

La Sensibilisation

Les 4 districts ont été appuyés d'une manière continue dans leurs actions de sensibilisation. En moyenne, 2 réunions de sensibilisation des CIC/CCDS/AC ont été réalisées par commune, soit 154 réunions. A chaque revue, les ONGs effectuent la sensibilisation des AC/CCDS. Les superviseurs locaux sont descendus également sur terrain et ont réalisé 19 séances de sensibilisation pour Vatomandry. Pour les 3 autres districts, ces SL prévoient effectuer leur descente au mois d'octobre. De plus, les CIC/CID/CDS/AC ont effectué diverses activités telles que réunions, animations locales et visites à domicile selon leurs propres initiatives. 2 500 affiches et 50 000 cartes d'invitation ont été produites et distribuées dans tous les fokontany ; un spot sur les mutuelles est diffusé à travers les radios locales.

Le suivi et la supervision

Concernant le suivi des indicateurs, les tableaux de bord des mutuelles de santé ont été développés et mis à jour. De même, un système de gestion technique et financière simplifié a été mis en place afin d'assurer le suivi efficace des activités des mutuelles de santé. Par ailleurs, plusieurs indicateurs sur les services offerts par les centres de soins ont été définis. Ils se rapportent aux consultations externes, soins et hospitalisation par pathologie et par centre de soins. Des indicateurs de gestion font aussi partie des indicateurs suivis par Santénet2. Ci-dessous, la liste des indicateurs qui seront suivis mensuellement pour assurer la viabilité de la mutuelle de santé :

Tableau 7 :Liste des indicateurs suivis en prise en charge	
CSB	Hôpital du district
1- Les consultations externes 2- Mise en observation 3- Accouchement 4- Evacuation sanitaire vers l'hôpital du district	1- Les consultations externes 2- Hospitalisation au service médecine 3- Hospitalisation au service maternité 4- Hospitalisation au service Chirurgie 5- Laboratoire – Radio –Echographie 6- Evacuation sanitaire vers l'hôpital régional
Liste des indicateurs de gestion	
1- Nombre et taux d'adhésion 2- Nombre adhérents pris en charge 3- Nombre adhérents pris en charge au niveau CSB 4- Nombre adhérents pris en charge au niveau hospitalier 5- Nombre adhérents pris en charge pour	1- Taux de recouvrement des cotisations 2- Cout moyen de prise en charge au niveau CSB et hôpitaux 3- Taux de couverture des prestations 4- Taux de financement : Cout total des charges/Cotisations versées) 5- Contribution MS aux recettes des centres de

6- Taux d'utilisation des centres de soins par les membres 7- Rapport Membres MS/Utilisateurs Centres de santé	santé : Part versé par MS/Montant recettes des centres de santé
---	--

Voici un exemple des données de base pour le district d'Ambositra :

Tableau 8 : Exemple des données de base pour le district d'Ambositra

Prestations	Nombre de malades pris en charge	
	2011	2012
CSB		
Consultation externe	85 034	51 509
Référés	789	455
Hôpital		
Consultation externe	1 923	1 104
Hospitalisation		
Médecine	1 314	928
Chirurgie	764	545
Maternité	702	481
Référés	402	244

Source : Rapports SSD Ambositra, octobre 2012

c. Défis et mesures correctionnelles

Les expériences nationale (Cas de AFAFI) et internationale (l'exemple de Rwanda) montrent qu'une mutuelle de santé n'atteint sa phase de croisière qu'après 4 ans de mise en œuvre et avec l'appui d'un partenaire.

Pour les 4 mutuelles de santé mise en place par Santénet2, la première année a été surtout marquée par les sensibilisations, durant laquelle l'on s'attendait à un nombre élevé d'adhérents avoisinant les 300 000 personnes. En dépit des raisons évoquées telles que la méfiance, la difficulté d'adaptation, l'attente du début réel de prise en charge, les 4 mutuelles vont fonctionner et développer leurs activités.

Une évolution importante du taux d'adhésion de l'ordre de 20% de la population sera attendue pour les 4 districts avec ce démarrage et durant la deuxième année d'exercice bien qu'il est difficile d'atteindre les 300 000 adhérents. La période d'adhésion va ainsi continuer jusqu'à obtention d'un taux assez élevé.

Aussi, les sensibilisations ainsi que les mesures visant à promouvoir l'intérêt et la confiance en mutuelles de santé devront être renforcées et diversifiées :

- intervention auprès des notables des fokontany : chefs fokontany, leaders d'opinions, religieux et sociaux jouent un rôle important dans les démarches incitatives pour influencer les décisions d'adhésion ;
- partenariat avec les organisations faitières pour l'adhésion en groupe ;
- sensibilisation par les bénéficiaires de services,

- communication des impacts positifs des mutuelles,
- communication de la situation financière auprès des membres.

Un des points forts de la stratégie de mise en œuvre des mutuelles de santé est la prise en main par les autorités et la communauté locale du projet dès le début de sa mise en place. Ce qui pourra faciliter le transfert de compétence et la continuité des activités une fois Santénet2 quittera le processus. Les appuis de Santénet2 devront ainsi s'orienter dans ce sens : activer et accompagner la mise en place des structures afin que chaque mutuelle de santé ait son CA avant janvier 2013. Les mois restants seront consacrés aux activités de suivi et de transfert de compétence :

- formation des SIP
- formation des nouveaux BEC et remise à niveau des anciens BEC
- formation des membres du CA

En plus des formations, ces structures devront être dotées d'outils nécessaires et suffisants pour assurer leur travail pour au moins 2 ans.

Concernant le fonctionnement, comme les mutuelles de santé sont gérées par les adhérents à travers ses représentants sur la base des cotisations, il serait indispensable de continuer l'étude de la mise en place d'une économie supplémentaire d'épargne/crédit pour des pathologies rares et coûteuses afin d'éviter le risque de faillite.

Par ailleurs, l'effectivité de la prise en charge va renflouer les données techniques sur le nombre de consultation externe et d'hospitalisation par pathologie. A l'issue de leur traitement, des informations sur les indicateurs liés à l'accès au centre de soins pourront être exploitées. Dans 6 mois, on pourra mesurer l'effet des mutuelles sur ces indicateurs. Il sera ainsi important de développer des tableaux de suivi par pathologie.

Concernant les services offerts, la mise en œuvre de la qualité sociale pour les 4 hôpitaux permettra de détecter les obstacles et d'améliorer l'accès des membres.

Enfin, les missions de suivi rapproché avec les membres de la communauté sont primordiales afin de constater et analyser la mise en œuvre effective de la prise en charge des adhérents ainsi que la gestion des fonds des mutuelles et de prendre rapidement des décisions. Les missions ont pour objectif l'amélioration des interventions sur terrain et par la suite le taux d'adhésion.

Une mise à jour sur les informations livrées au dessus. Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la situation de l'adhésion ainsi que la prise en charge depuis novembre 2012. L'adhésion aux mutuelles de santé a connu une croissance par rapport à la situation de fin septembre 2012.

District	Nb adhérents			Nb moyen adhérents par commune		Cotisation totale	
	30-Sep-12	23-Nov-12	Amélioration (%)	30-Sep-12	23-Nov-12	30-Sep-12	23-Nov-12
Vatomandry	2,252	2,396	6.4%	119	126	9,965,400	10,441,980
Ambohimahaso	13,189	13,335	1.1%	733	741	32,972,500	33,337,500
Ambalavao	5,879	5,973	1.6%	346	351	14,697,500	16,230,000
Ambositra	1,821	2,126	16.7%	79	92	5,827,200	6,742,400
Total	23,141	23,830	3.0%	301	309	63,462,600	66,751,880

Malgré que l'ensemble de Madagascar se trouve actuellement en période de soudure, l'adhésion aux mutuelles de santé a connu une croissance de 3% (situation 23 nov 2012) par rapport à la situation de fin septembre 2012, soit une augmentation de 689 adhérents. Cette hausse résulte des actions menées en termes de sensibilisation et aussi de l'effectivité de la prise en charge réalisée par les mutuelles de santé.

Les mutuelles de santé ont commencé leur opérationnalisation et la prise en charge de leurs membres. Les données préliminaires obtenues des districts de Vatomandry et Ambohimahaso indiquent qu'après deux mois d'opérationnalisation, 25 malades ont été soignés au CSb et 12 à l'hôpital.

District	Sept-12				Oct-12				Total			
	Nb de PEC CSB	Nb PEC hopital	Nb PEC pour évacuation	Montant PEC (Ar)	Nb de PEC CSB	Nb PEC hopital	Nb PEC pour évacuation	Montant PEC (Ar)	Nb de PEC CSB	Nb PEC hopital	Nb PEC pour évacuation	Montant PEC (Ar)
Vatomandry	25	5	5	177,363	29	10	6	706,525	54	15	11	883,888
Ambohimahaso					350	2		428,651	350	2	0	428,651
Total	25	5	5	177,363	379	12	6	1,135,176	404	17	11	1,312,539

Pour améliorer la performance d'adhésion aux mutuelles de santé jusqu'à la fin du projet, les mesures proposées dans le rapport annuel 2012 ainsi que le plan de travail annuel 2013 insistent sur les points ci-dessous :

- Assurer la prise en charge des membres malades pour démontrer l'effectivité de la fonctionnalité des mutuelles de santé;
- Continuer à promouvoir l'intérêt et la confiance de la communauté aux mutuelles de santé par une forte sensibilisation
- Impliquer fortement les autorités et la communauté locales dans le processus ;
- Renforcer la confiance de la communauté aux structures de la mutuelle de santé en procédant au transfert de la gestion à leurs représentants et pour assurer la viabilité
- Assurer une supervision mensuelle des mutuelles de santé pour une maîtrise de la gestion et l'amélioration de la performance d'adhésion ;
- Initier un système de motivation collective pour les différents responsables de la mutuelle selon leur performance en se basant sur le nombre d'adhérents ;
- Analyser la possibilité de mise en place d'une économie supplémentaire d'épargne/crédit pour des pathologies rares et coûteuses (non prises en charge par les mutuelles) pour les membres.

COMPOSANTE 2 : RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

A. INTRODUCTION

Le projet Santénet2 renforce le système de santé communautaire et met la qualité de service au cœur des préoccupations des KM salama. La qualité de service est mesurée d'une part par la conformité des services aux normes et standards requis par les AC et le lien des AC aux superviseurs, et d'autre part par la satisfaction de la communauté aux offres de services de santé.

Le renforcement du système de santé consiste à une analyse continue des données, à l'amélioration de la disponibilité continue des produits de santé, et à la promotion de la gouvernance participative des services de santé incluant l'organisation communautaire à la référence des malades / accouchées.

L'engagement de la communauté est la condition sine qua non pour atteindre la qualité de services. Cet engagement est traduit à travers les activités des CCDS. Les membres du CCDS identifient les besoins en santé de leur communauté, identifient les réponses locales pour résoudre les besoins, et soutiennent les acteurs locaux.

Pour être conforme à la Politique Nationale de Santé Communautaire et pour assurer la disponibilité de services de santé de proximité, Santénet2 a mis en place des AC compétents capable d'offrir des services de santé de qualité dans les 800 KM salama. A ce jour, 12 058 AC sont fonctionnels.

Les sessions de formation continues sont des éléments nécessaires pour assurer l'amélioration continue du programme. Pour cette année fiscale, les formations ont eu comme objectifs de (1) remplacer les AC qui ont désistés (estimés à 5% du total du nombre des AC durant le projet); (2) assurer la transition du niveau 1 au niveau 2 (offre de services plus sophistiqués à travers les injections des produits) ; et (3) offrir une formation additionnelle pour élargir les capacités d'offre de services des AC à travers les leçons apprises et les bonnes pratiques, comme la supplémentation en FAF, la prévention du paludisme au niveau communautaire chez la femme enceinte, détection des signes de danger durant la grossesse et l'accouchement, détection précoce de la grossesse et la prise en charge du nouveau-né. Un total de 476 sessions de formation a été réalisé pour former 6 152 AC dont 2 344 nouveaux AC pour compléter la couverture en SBC et 3 808 AC pour le paquet additionnel.

Afin que les acteurs formés fournissent des prestations de services de qualité, le projet a mis en priorité l'encadrement continu des AC à travers le suivi et la supervision adéquats.

En plus des supervisions techniques faites par les responsables des formations sanitaires de références des AC, des soutiens et supports des AC au niveau de son fokontany sont réalisés par les membres de CCDS. Leurs activités d'encadrement sont transcrites dans le carnet « Tantsoroka » des AC. 12 058 AC fonctionnels des 800 communes ont été supervisés (source Base de données Extranet ; du 01 Octobre 2012).

La gestion d'information communautaires et l'utilisation des données pour la prise de décision constituent un pilier transversal et fournissent les informations adéquates et pertinentes pour les responsables de programme à tous les niveaux. Le taux de complétude pour cette année fiscale 2012 est de 76%, soit une augmentation sensible par rapport à l'année dernière (63 % de complétude en 2011). De fréquents échanges avec les ONG ont poussé ces derniers à optimiser l'utilisation du système EXTRANET et SMS.

Les informations collectées à partir du suivi de la performance des Points d'Approvisionnement permettent d'identifier les éventuels problèmes concernant la gestion d'approvisionnement à base communautaire et de prendre des décisions adéquates afin d'assurer une disponibilité continue de produits et de service au niveau des AC.

B. REALISATIONS SPECIFIQUES

Axe stratégique 1 : Engagement communautaire vers l'amélioration de la qualité des services de santé

Partant de la stratégie du projet pour disposer des services de santé de qualité à base communautaire, un cadre favorable à la demande et à l'offre de services de santé de qualité a été conçu après inventaire des outils existants d'amélioration de qualité. Ce cadre a été intégré dans le processus KMsalama. Il consiste à appuyer la communauté à exprimer ses besoins et à mettre en œuvre des activités d'amélioration de qualité. C'est la définition de la qualité sociale par la construction d'un pont entre les bénéficiaires de service et les prestataires de santé, ainsi que les décideurs locaux (CCDS). L'approche a été affinée par l'expérience de la banque mondiale sur la redevabilité sociale à Madagascar (Community Score Card).

La qualité sociale est une démarche communautaire spontanée et endogène. Elle promeut la voix de la communauté à définir sa perception de la qualité des services de santé. Elle vise à conscientiser progressivement la communauté, et à renforcer le pouvoir populaire par une liberté de choix et de décision pour les mécanismes destinés à lui satisfaire.

La « qualité sociale » associée à la « qualité technique » (c'est-à-dire la conformité aux normes et standards de service) améliore la performance des services de santé par rapport à l'accès, disponibilité et utilisation. L'analyse des rapports des réunions d'évaluation communautaire et des rapports d'auto-évaluation CCDS a permis de mesurer l'engagement communautaire dans les KM salama.

a. Approches

Extension de l'approche qualité sociale dans toutes les KMs consistent en la formation des TA sur la Qualité sociale, les TA formeront des Groupes facilitateurs locaux de chaque KMs qui vont faciliter 2 types d'activités : l'auto-évaluation des CDS et la réunion d'évaluation communautaire au niveau de leurs KMs respectives. La formation axée sur l'utilisation des 2 outils, un pour l'auto évaluation communautaire et un autre pour la réunion d'évaluation communautaire. Le processus de mise en œuvre de l'approche Qualité Sociale abouti à l'élaboration d'un plan d'action communautaire.

L'application de l'outil index qualité qui sert à mesurer le niveau de performance de la qualité au niveau communautaire réalisée chaque semestre. La mesure de la performance est effectuée sur la base de 5 déterminants.

b. Résultats

La qualité sociale amène progressivement la communauté à résoudre ses besoins de santé.

- 3 487 réunions d'évaluation communautaire ont été effectuées dans les fokontany. Près de 350 000 personnes y ont participé, dont 159 000 femmes. Il existe une forte participation des femmes allant de 44% à 66% dans les réunions. La couverture des fokontany en réunions d'évaluation

dans chaque KMs varie de 28% à 82% selon l'accessibilité géographique. Comparé avec l'application du Community Score Card, le taux de participation communautaire est cinq fois plus élevé dans la qualité sociale. Cependant, les résultats sont similaires, la communauté a exprimé sa perception de la qualité des services.

Les résultats montrent que la perception de la qualité par la communauté sur les services de santé réside sur trois points essentiels : l'accès des services, la disponibilité continue des produits de santé avec une transparence de prix, et l'adéquation de l'environnement de l'offre incluant les infrastructures et équipements.

- Les résultats des auto-évaluations relèvent que l'appui des plans d'action communautaire, le suivi de l'encadrement des agents communautaires, la promotion de l'assainissement et l'approche genre sont assez satisfaisants pour les CCDS. Par contre, les CCDS acceptent comme défi de renforcer la fluidité des informations vers la communauté, et l'organisation des évacuations des malades et des parturientes des fokontany vers les centres de santé.

A partir de ces besoins, la communauté a mis en œuvre des plans d'action :

- Des activités d'amélioration de l'accès des services de santé : encadrement continu des agents communautaires par les superviseurs locaux, organisation et horaire de service, affichage, organisation communautaire dans l'évacuation des malades et parturientes...
- Des activités d'amélioration de la disponibilité continue des produits de santé : levée de fonds, système de suivi, affichage de prix...
- Des activités d'amélioration de l'environnement de travail : infrastructures et entretien des centres de santé, construction/réhabilitation des cases de santé et des équipements pour les agents communautaires, reconnaissance des AC.

- 3 487 bilans de satisfaction sur les services offerts par les agents communautaires et les centres de santé sont disponibles. Les besoins de la population sont discutés et résolus localement. Dans le but de renforcer ce pouvoir populaire, 9 552 membres CCDS ont évalué leur satisfaction par rapport à l'engagement communautaire dans la résolution des besoins de santé. A partir des besoins exprimés, sont menées des activités d'amélioration de la qualité des services de santé. Une illustration concrète de cette résolution locale des besoins de santé est la construction des cases de santé. En 2011, 351 cases de santé ont été construites. Actuellement, 3 001 cases de santé sont construites et en cours de construction.

- La contribution de la communauté dans l'organisation de services de santé en rapport à sa perception l'amène vers la satisfaction et l'utilisation des services de santé.

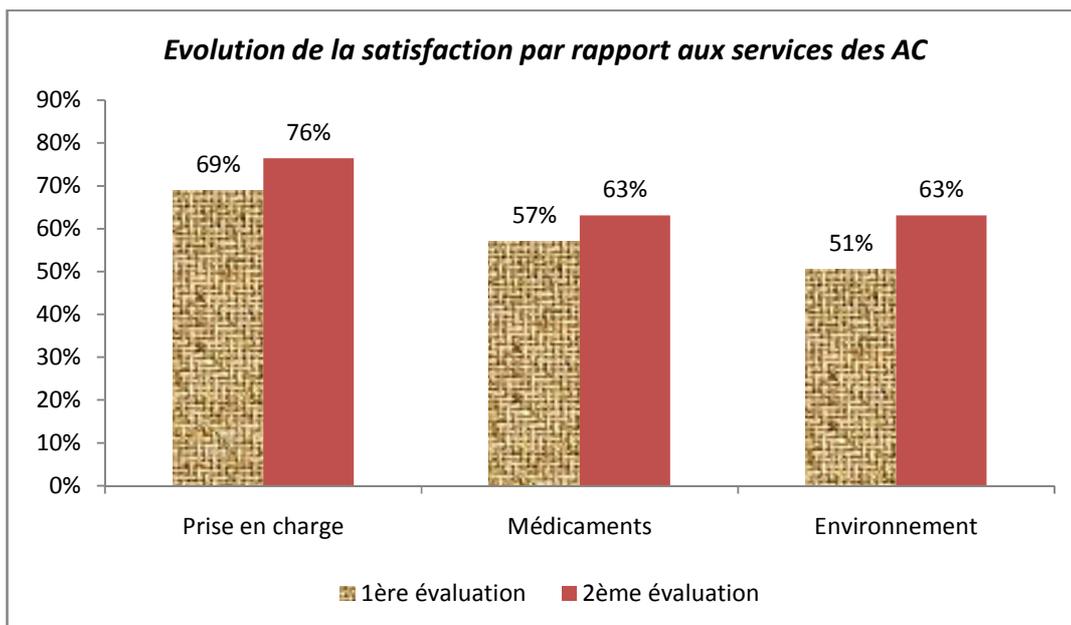
Les membres CCDS ont évalué leur satisfaction par rapport à l'appui et au suivi des agents communautaires. Cette satisfaction est passée de 77% à 90%. Par ailleurs, il existe une amélioration de la satisfaction de la communauté par rapport à la prise en charge des AC, à la disponibilité des médicaments et à l'environnement de travail (**cf. figure 1.1**). Ces améliorations se traduisent par un meilleur accès aux services de santé :

- une augmentation relative de 20% sur les utilisateurs réguliers en planning familial
- une augmentation relative de 50% de la prise en charge des cas d'infections respiratoires et de paludisme chez les enfants moins de cinq ans (Source: Santénet2, Extranet, 01 Oct 2012).

La satisfaction des CCDS sur l'organisation des évacuations des malades et parturientes a seulement gagné trois points. Il y a eu une augmentation relative des accouchements référés variant de 13% à 30%.

Le graphique suivant montre l'évolution de la satisfaction de la communauté par rapport aux services offerts par les agents communautaires.

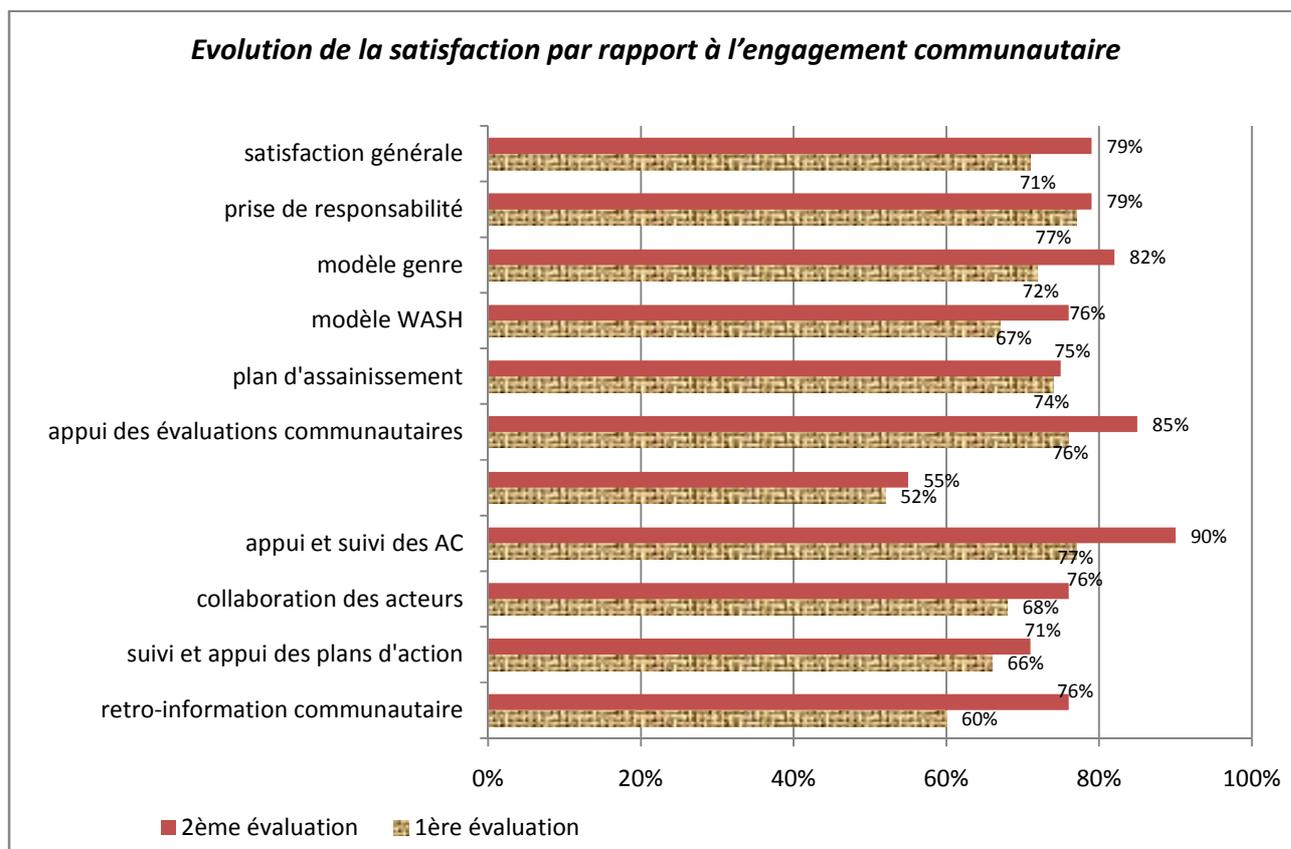
Figure 15 : Evolution de la satisfaction par rapport aux services des AC



Source: Santénet2, rapports de réunion d'évaluation communautaire (Oct 2011-Sept 2012)

L'évolution de la satisfaction des CCDS par rapport à l'engagement dans l'amélioration de la santé est présentée dans le graphique ci-dessous.

Figure 16 : Evolution de la satisfaction par rapport à l'engagement communautaire



Source: Santénet2, rapports d'auto-évaluations CCDS (Oct 2011-Sept 2012)

La section suivante détaille les activités réalisées pour obtenir ces résultats :

1. Extension de l'approche qualité sociale dans toutes les KM salama

La qualité sociale est étendue dans 796 communes. Il reste quatre communes à mettre en œuvre en Octobre 2012 à la demande de la communauté. En plus de 1 586 facilitateurs qualité, 9 552 membres CCDS ont été également formés pour pouvoir mener des réunions d'évaluation communautaire et des auto-évaluations CCDS. Les CCDS ont été dotés de guide de mise en œuvre et de canevas de rapports.

Les réunions d'évaluation communautaire se réalisent dans les fokontany et sont dirigées par des facilitateurs locaux. Elles consistent à partager les droits des clients sur les services de santé, à mesurer la satisfaction de la communauté par rapport aux services de santé et à la dimension « genre », à mettre en confiance l'assistance pour une expression libre des besoins et des solutions.

- 630 KMs ont organisé des réunions d'évaluation communautaire dans 3 487 fokontany;
- Des réunions sont en cours dans 170 KMs.

Les auto-évaluations sont organisées lors des revues CCDS afin de mesurer leur satisfaction et engagement par rapport à leurs rôles et responsabilités ; dans le but d'identifier les besoins de renforcement pour la prise de décisions.

- 796 KMs ont mené des auto-évaluations CCDS.

A partir du bilan de ces activités parallèles et complémentaires, sont mis à jour les plans d'action communautaire élaborés à partir des ressources et compétences locales.

- 630 plans d'action ont été mis en œuvre.

La réalisation des plans d'action aux réponses des besoins communautaires se reflète dans l'amélioration de la performance des services de santé à base communautaire. L'outil « index qualité » est un moyen de mesurer cette performance aux fins d'une amélioration continue de la qualité par la prise de décisions efficaces.

2. Suivi du niveau de la performance de la qualité des services à base communautaire par l'application de l'outil « Index Qualité »

Deux applications de l'index qualité ont été effectuées sur 800 KMs au cours de l'année fiscale 2012.

Toutes ces réalisations sont suivies par KMs. Le suivi consiste, non seulement à identifier les résultats, mais aussi d'appuyer la qualité de la mise en œuvre. Un tableau de réalisations est partagé mensuellement aux ONG partenaires. Le bilan de performance des services de santé est envoyé tous les six mois pour la prise de décisions efficaces dans l'appui de la communauté.

Axe Stratégique 2. Encadrement continu des AC

a. Approches

Encadrement continu des AC par la formation, la supervision technique et l'encadrement.

Une analyse de la performance des 156 TA a été effectuée

Formation des TA après l'analyse de performance effectuée auprès de 156 TA opérationnels.

b. Resultats

La stratégie d'encadrement continu des AC est efficace

Pour garantir la qualité de l'offre de services des AC, des supervisions ont été effectuées de manière continue et formative.

1. Formation

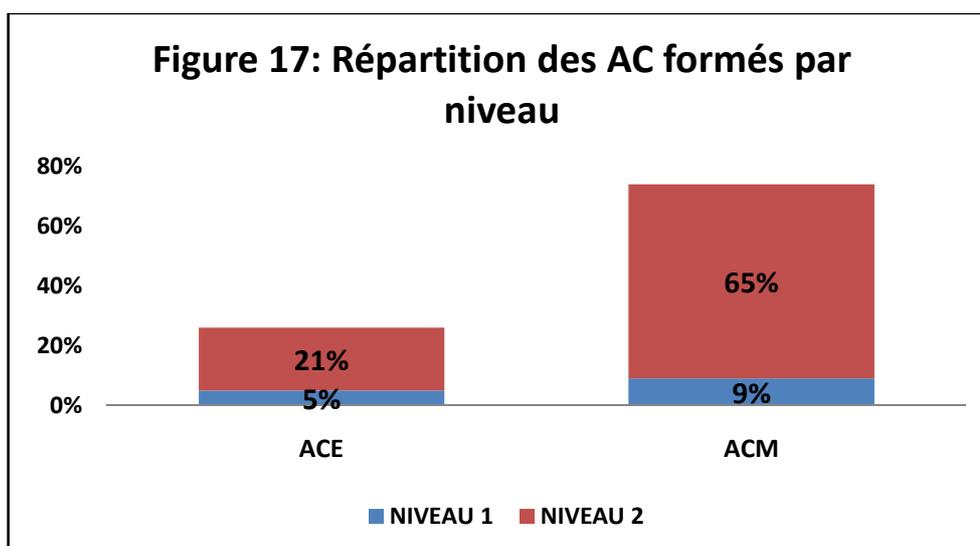
Durant cette année, le projet a mené 172 sessions de formation pour 126 ACE1, 201 ACM1, 504 ACE2 et 1 513 ACM2 dans 686 KMs en remplacement des AC qui ont désisté pour différentes raisons. Le taux d'abandon est estimé à 5 %. La répartition des sessions de formation par catégorie et par nombre d'AC formés est résumée dans ce tableau ci-dessous :

Tableau 9. Formation des AC, par niveau et catégorie

Thème de formation	Nombre de sessions	Nombre d'AC formés	Nombre moyen de participant par session
AC enfant niveau 1	11	126	11
ACmère niveau 1	20	201	10
AC enfant niveau 2	39	504	12
AC mère niveau 2	102	1 513	15
Total	172	2 344	

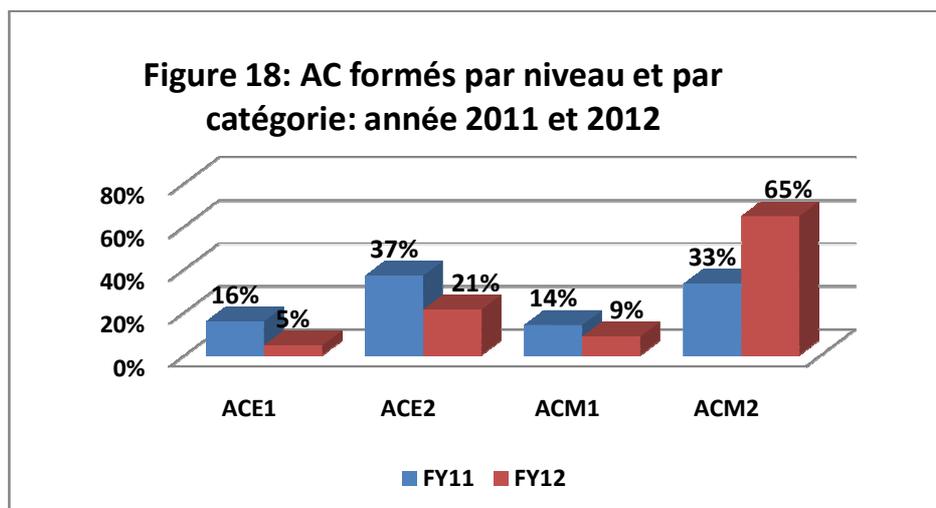
Source : Santenet2, Rapports de formation des AC (Oct 2011-Sept 2012)

95% des AC formés durant le projet sont fonctionnels, avec une prédominance féminine à 57%. 88% d'entre eux sont des AC niveau 2.



Source : Santenet2, Rapports de formation des AC (Oct 2011-Sept 2012)

La figure ci-dessous montre la comparaison des AC formes durant l'année fiscale 2011 et 2012.

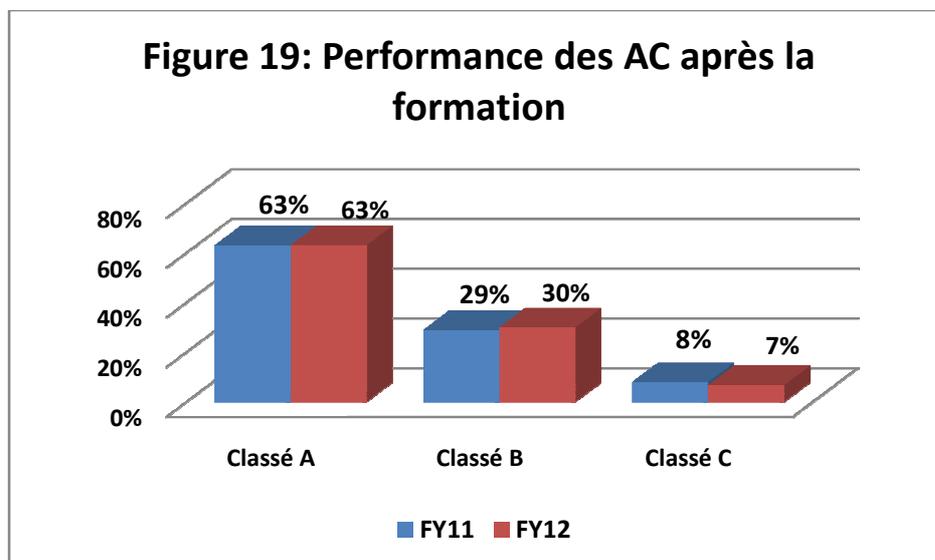


Source : Santenet2, Rapports de formation des AC (Oct 2011-Sept 2012)

Plus d'AC niveau 2 ont été formés durant l'année fiscale 2012 (85%) qu'en 2011 (70%).

Une évolution de la performance des AC à la fin de la formation est constatée entre l'année fiscale 2011 et 2012 (voir graphe ci-dessous)

92% à 93% des AC formés sont fonctionnels juste après la formation. La qualité de la formation des AC ainsi que la performance des formateurs ont contribué à ce résultat.



Source : Santenet2, Rapports de formation des AC (Oct 2011-Sept 2012)

2.2.2 Supervision

Tous les 12 058 AC fonctionnels ont été supervisés.

3 187 visites de supervisions ont été menées sur les 3 200 prévues. Durant le second semestre, les supervisions dans quelques communes de la région d'Anosy et d'Androy ont été reportées pour le mois d'Octobre 2012 pour cause d'insécurité.

Tableau 10 : Supervision des AC

	FY11	FY12
Nombre de visites de supervision effectuées	2 554	3 187
Taux AC supervisés	91%	100%
nombre de KMs touchés	800	800

Source : Santenet2, Rapports de supervision des AC (Octobre 2012)

Le nombre de visites de supervision est plus important pendant l'année fiscale 2012 (FY12) qu'en 2011 (FY11) ; ainsi que le taux d'AC supervisés.

Cet effort est dû à la prise de responsabilité des TA/ONG en appuyant les CCDS à organiser des suivis systématiques de la performance des AC. Les rétro-informations venant des bureaux régionaux/Santenet2, encouragent les TA à assurer leur travail efficacement.

Deux grandes activités ont été réalisées par le projet durant l'année fiscale 2012 pour atteindre ces résultats.

- Renforcement de la qualité de suivi et supervision des agents communautaires

Le suivi et la supervision des AC, se déroulent efficacement grâce :

- ✓ au système d'encadrement continu et de supervision périodique, régulière des AC, effectués par différents superviseurs compétents.
- ✓ aux outils de supervisions adaptés et aidant les superviseurs à renforcer la compétence des AC

Différents acteurs assurent ce rôle d'encadrement continu des AC : le rôle de leadership technique appartient aux personnels techniques, le renforcement de la capacité organisationnelle aux ONG de mise en œuvre et le rôle d'encadrement pour les activités opérationnelles au niveau de la population à Santenet2

Pour faciliter le suivi technique de chaque AC, une grille de supervision par AC a été déposée au niveau du KM salama. Les rapports de supervision issus des grilles de supervision sont collectés à chaque supervision. Toutes les données sont introduites par chaque TA responsable dans l'Extranet et analysées.

- Renforcement de la capacité des Agents communautaires à fournir des services de qualité

Toutes les formations données aux AC sont adaptées et respectent les normes nationales. Tous les AC niveau 1 opérationnels sont formés en niveau 2, c'est-à-dire AC enfant niveau 1 (Nutrition) formé en PCIMEC et AC mère niveau 1 (PF) en Dépocom.

En outre, Les membres du CCDS et les TA des ONG doivent suivre systématique :

- la couverture en AC de chaque fokontany,
- les formations reçues par chaque AC
- la fonctionnalité des AC (validation de stage, approvisionnement en produits de santé, envoi des rapports RMA)

Les AC niveau 2 qui n'ont pas terminé leur stage, doivent compléter le nombre de cas exigé pour leur validation dans les centres de santé le plus proche: prise en charge de 5 cas pour chaque maladie pour la PCIME-C et 6 injections correctes pour le Dépocom.

Par ailleurs, les TA partagent l'approche, appuient les CCDS pour que les activités soient réalisées correctement. Ils font les suivis des AC et surtout planifient avec les CCDS les activités à réaliser puis assurent la complétude des différents rapports KMs.

L'analyse de la performance des TA a montré que 61 % d'entre eux ont une bonne performance, 31 % une moyenne performance et 2 % une faible performance.

Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités d'analyse et de prise de décision des parties prenantes de KM salama

a. Approches

L'analyse de la complétude et la promptitude des données des RMA AC de EXTRANET et de SMS se fait tous les mois. Des retro-informations sur le taux de performance sont utilisés au niveau des responsables de programmes et sont envoyés à chaque ONG pour des prises de décisions à différents niveaux. Les informations permettent aux responsables de prendre les mesures nécessaires.

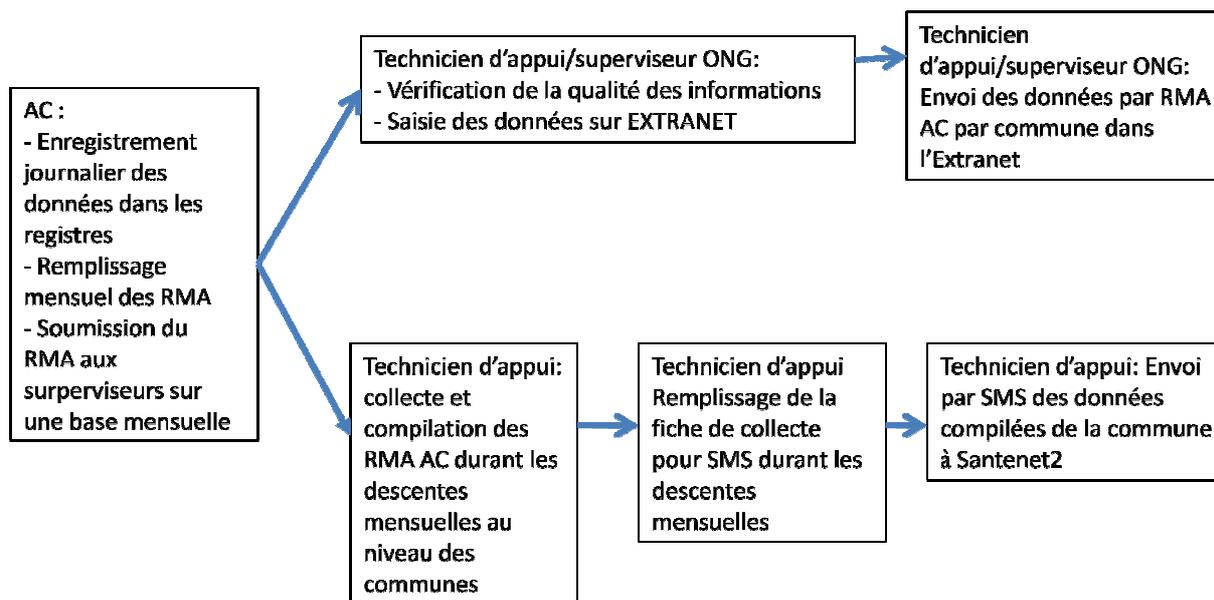
b. Résultats

Le système d'information pour la gestion de la santé communautaire est fonctionnel et assure la disponibilité des données pour la prise de décision à tous les niveaux. Les données pour la gestion de la santé et la prise de décision au niveau communautaire sont disponibles.

Santénet2 dispose également des données des formations et des supervisions reçues par chaque agent communautaire. Les données de prestation de services communautaires tels les traitements des maladies (diarrhée, infection respiratoire aigüe, et fièvre/suspicion de paludisme et paludisme) sont également disponibles. Enfin, les données des programmes verticaux menés par le projet figurent dans la base de données du système d'information pour la gestion de la santé communautaire: Eau-hygiène et Assainissement (CLTS, Wash, etc), Santé de la Reproduction des Adolescents, Qualité Sociale, Approvisionnement, Marps/IST et Mutuelle de santé.

Le SIG-C est fonctionnel. Les informations qui alimentent la base de données proviennent des RMA des 12 058 AC. La transmission des données est assurée par 156 techniciens d'appui et 48 superviseurs, des 21 Grantees, vers le bureau du Projet. Par souci de promptitude, le projet utilise deux modes de transmission des données de RMA vers le niveau Central: Extranet couvrant toutes les données programmatiques et indicateurs de santé du projet (31 indicateurs) où on peut y trouver les données des RMA (par AC), et les compilations selon les demandes (par commune, par district, et national 800 KMS) et SMS avec 12 indicateurs compilés des RMA par Commune.

Le circuit des informations est présenté par la figure 20 ci-dessous :



Les supports/outils de gestion sont produits au niveau central et distribués systématiquement au niveau des agents communautaires en passant par le système de distribution du niveau régional.

Les analyses affichent une performance globale du SIG-C à 79%. La performance inclut la complétude (76%), la promptitude (83%) et la fiabilité (84%).

Santenet2 effectue un suivi mensuel auprès des ONG. Des états de situations mensuelles de la complétude des rapports mensuels des activités des AC de chaque ONG et zones d'intervention respectives sont également établis de façon régulière. La fiabilité des données des AC a été un des indicateurs collectés durant l'enquête sur la fonctionnalité et la performance des AC menée au mois d'Aout 2012. Pour définir cette fiabilité, l'enquête a effectué la comparaison des données du Registre de prestation de l'AC avec les rapports mensuels parvenus au Projet par Extranet. Les données concernées sont les nombres de cas de diarrhée, d'infection respiratoire aigüe et de fièvre traités, ainsi que les nombres d'enfants suivis en surveillance et promotion de la croissance, et les utilisateurs réguliers de service de planification familiale.

Axe Stratégique 4 : Disponibilité continue des produits de santé au niveau des AC

- **Approches**

Dans le souci de mieux servir les besoins de la population vulnérable en produits de santé dans les 800 communes KMS, le projet a adopté le système de réapprovisionnement permanent par le biais de Point d'approvisionnement au niveau communautaire.

- **Résultats**

Le circuit d'approvisionnement communautaire mis en place est efficace et assure une disponibilité continue des produits de santé pour les AC. Il a été conçu pour assurer la disponibilité continue des produits au niveau des PA et des AC.

- Les produits de santé sont disponibles au niveau communautaire. Les données de consommation selon les rapports des AC, les données de l'enquête menées auprès des AC en 2012, les données de

suivi de la consommation en produits des AC montrent une augmentation de l'utilisation de ses produits communautaires:

1. L'augmentation de l'utilisation des produits dénote aussi la disponibilité de ses produits au niveau du système de distribution, au niveau des points de distribution intermédiaire.
2. La fréquence moyenne d'approvisionnement de l'AC est de 6 fois par année selon l'enquête de fonctionnalité des AC 2012.
3. Plus de la moitié des produits de marketing social dans le circuit communautaire sont distribués dans les KM salama
4. La fréquence d'approvisionnement du PA respecte le plan de distribution déterminé
5. Toutes les communes sont desservies par au moins un point d'approvisionnement

- La quantité de produits achetée par les PA a augmenté avec les demandes venant des AC.

805 PA sont fonctionnels et approvisionnés. 800 PA ont bénéficié de soutien financier à partir de levée de fonds effectuée par les CCDS tandis que les 5 PA restants (situés au niveau des districts) s'approvisionnent avec leur fonds propre.

Par ailleurs, 714 PA sont approvisionnées directement par PSI tandis que l'approvisionnement des 86 PA inaccessibles sont assurés par des PA relais.

- Enfin, 02 Jobaids sur le VIASUR et les produits de marketing social ont été conçus et distribués avec la collaboration de PSI. Ces Jobaids contiennent les instructions, mode d'utilisation, et les avantages de ces produits. Le Jobaid sur le VIASUR ont été distribués aux ACE niveau 2 tandis que l'autre Jobaid a été distribué à tous les AC. Ce dernier a été distribué soit durant la formation ou a été récupéré par les AC durant le réapprovisionnement au niveau des PA.

La disponibilité des produits au niveau des AC a permis d'augmenter le nombre de cas qu'ils prennent en charge contribuant ainsi à l'amélioration de la santé de la population vivant à plus de 5 km de CSB. Notons que cette population est beaucoup plus vulnérable par rapport à celle vivant près des formations sanitaires.

Concernant la fréquence de distribution des produits :

Le suivi du système d'approvisionnement par l'analyse des factures/bons de livraisons des points d'approvisionnement, le suivi de la quantité de produits en stock à tous les niveaux et le respect de la périodicité de la distribution et de la commande ont minimisé l'existence de ruptures en produits

Le résultat des analyses des consommations à tous les niveaux ont permis de suivre périodiquement les consommations mensuelles des PA et des AC. Des retro-informations sont partagées à tous les concernés pour qu'ils puissent connaître leur situation et prendre des actions en conséquence



Des job aid de Viasur utilisés par les AC à partir de cette année



Boîte et image multiproduit de marketing social pour les AC

Durant les formations des PA, une fréquence d'approvisionnements des PA a été établie. Cette fréquence varie de un à quatre mois selon l'éloignement de la commune par rapport au dépôt de PSI.

L'approvisionnement des PA est fait sur la base des commandes qu'ils ont envoyées. Les informations contenues dans le tableau ci-dessus montrent que la fréquence des achats pour presque la moitié des PA s'est réapprovisionnée 5 fois durant la période. Le résultat de l'enquête de fonctionnalité des AC a montré une moyenne de mois de stock disponible au niveau des PA allant de 1 à 4 mois selon les produits.

Le tableau ci-dessous montre la fréquence de distributions des produits durant la période d'Octobre 2011 à Aout 2012.

Tableau 11 : Fréquence de distribution des produits Octobre 2011 – Aout 2012

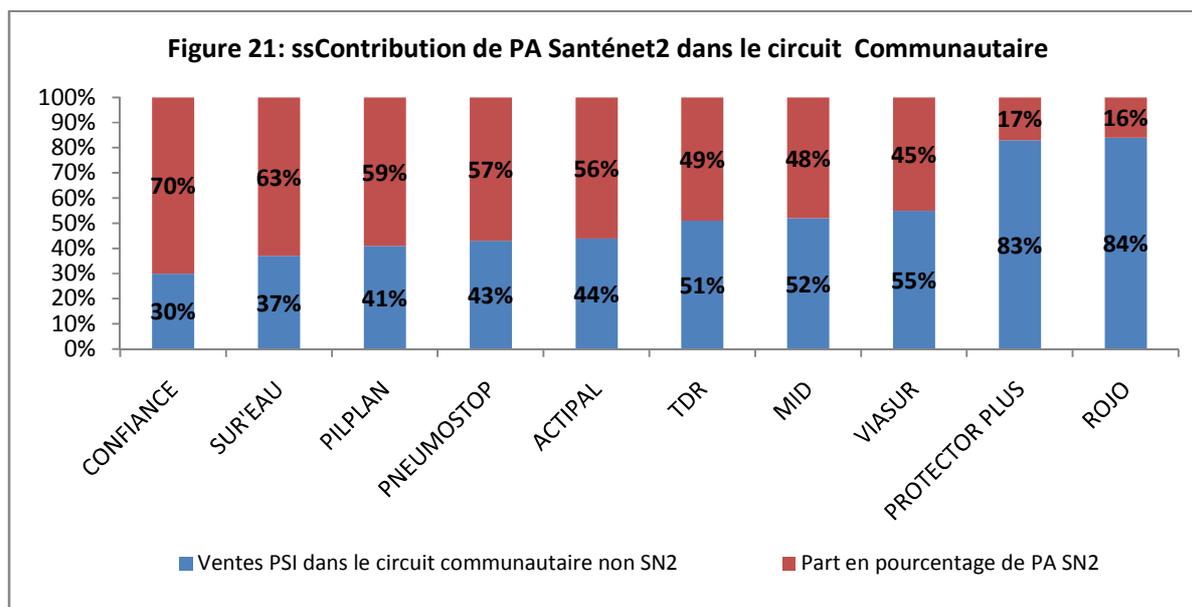
	Nombres des fréquences des achats des 805 points d'approvisionnements										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nombre de Point d'Approvisionnement approvisionnés	0	0	119	104	408	55	13	14	18	25	49

Source : PSI, données de vente (Aout 2012)

Par rapport a la contribution des PA par rapport a l'ensemble du circuit de distribution communautaire de PSI

La contribution des PA des KM salama en matière de distribution de produits par rapport au circuit de distribution communautaire, varie selon les produits. Pour les produits nécessaires a la prise en charge des maladies de l'enfant de moins de 5 ans, ces PA contribuent à plus de 50% de la distribution.

Le graphe ci-dessous montre les parts de Santenet2 par rapport au circuit communautaire de la période octobre 2011 à août 2012 selon les données de ventes de PSI



DEFIS et MESURES CORRECTIONNELLES

La construction d'un engagement et une participation communautaire motivés par des facteurs endogènes à la communauté permet d'inscrire dans la durée la demande pour les services de santé (prévention et prise en charge) ainsi que l'indispensable soutien communautaire pour pérenniser l'offre des services de santé communautaire à travers les formations de santé.

La performance du système de santé communautaire est aussi liée à son intégration avec le système de santé formel, notamment pour le circuit de l'information, d'approvisionnement et l'encadrement.

- Dans le but de renforcer l'engagement communautaire à la résolution des besoins de santé, le projet va continuer à analyser la participation communautaire et leur satisfaction par rapport aux services de santé.
- La supervision formative des AC sera renforcée pour améliorer les compétences de tous les AC. Ces supervisions formatives répondront aux besoins des AC.
- De même, la capacité des TA sera renforcée pour qu'ils puissent bien encadrer les AC.
- En outre, le projet va continuer à appuyer les partenaires de mise en œuvre à analyser des données en vue de prendre les décisions appropriées.
- Afin d'assurer une disponibilité continue des produits de santé au niveau communautaire, le projet va continuer le suivi de la performance des PA. L'analyse des informations va permettre d'identifier les défis et d'apporter les solutions appropriées.

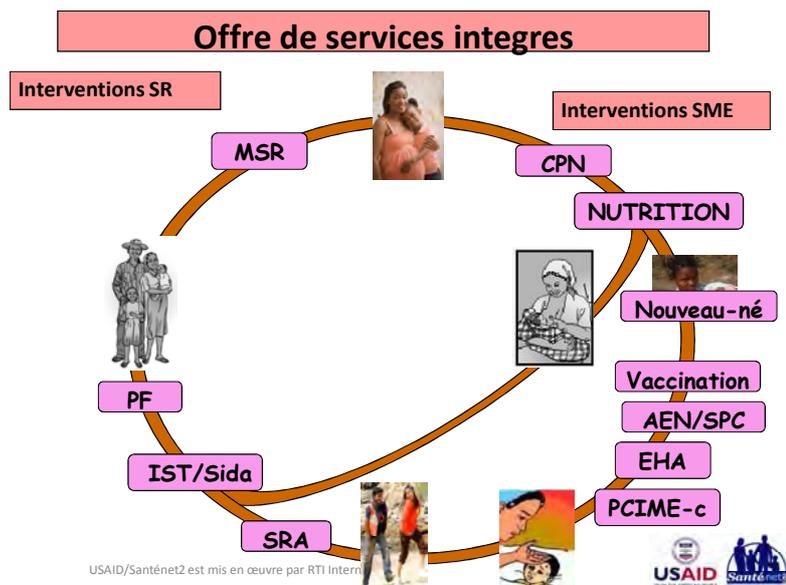
COMPOSANTE 3 : ATTEINTE DES RESULTATS STRATEGIQUES

Introduction

La composante de l'atteinte des résultats stratégiques veille au suivi de la mise en œuvre des 5 programmes prioritaires : la santé et nutrition de la mère et de l'enfant (SME) ; la santé de la reproduction (SR) ; la lutte contre le paludisme ; la lutte contre les IST/VIH/sida ; et l'eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA).

Ces programmes sont mis en œuvre à travers les ACE et ACM mis en place au niveau des *fokontany* situés à plus de 5 km d'une formation sanitaire. Les prestations de services des AC ont pour but de promouvoir la prévention et la prise en charge des maladies et des besoins en PF au niveau communautaire. Les AC offrent des services de santé intégrés de qualité afin de contribuer à l'atteinte des ODM, entre autre la réduction de la mortalité maternelle et infantile

Figure 22 : Offre de services intégrés



Au cours de la quatrième année de mise en œuvre du projet, les gammes de services offerts par les AC au niveau des 800 KM salama ont été élargies : la prestation de PF incluant les PF 4 méthodes et le Depoprovera communautaire ; la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ; la prévention des IST/VIH/sida ; la promotion de la santé de l'enfant incluant le suivi et la promotion de la croissance (SPC), la prévention et la prise en charge de l'IRA, le paludisme et la diarrhée.

Figure 23: Prestations des ACE et des ACM et les services offerts

AC Mère
<ul style="list-style-type: none">• <u>Niveau 1</u> – Promotion de la SR/PF intégrée- Informations sur les méthodes PF ; distribution de contraceptifs oraux, des méthodes de barrière, MJF- Messages de prévention des IST/VIH/sida- Maternité sans risques (consultation pré-natale [CPN], traitement préventif intermittent, nutrition)- PF post-partum• <u>Niveau 2</u> – Offre de tous les services du Niveau 1 avec en sus, l'administration du contraceptif injectable DEPOPROVERA
AC Enfant
<ul style="list-style-type: none">• <u>Niveau 1</u> – Promotion des services de santé de l'enfant- Actions essentielles en nutrition- SPC- Promotion du programme élargi de la vaccination- Prévention du paludisme, de la diarrhée et des IRA• <u>Niveau 2</u> – Offre de tous les services du Niveau 1 avec en sus, la prise en charge communautaire des cas de paludisme, diarrhée et IRA

Durant l'année fiscale 2012, 12 058 AC assurent ces services de proximité dans les KM salama.

Tableau 12. Répartition des AC, par catégorie et niveau

	Niveau 1	Niveau 2	Total
AC enfants (ACE)	819	5 647	6 466
AC mère (ACM)	231	5 361	5 592
Total			12 058

Source : Santénet2, Extranet, Rapport de formation 2010, 2011, 2012.

Les paragraphes ci-dessous résument les réalisations majeures en matière de prestations de services des acteurs communautaires durant cette année fiscale 2012.

- **La stimulation de la demande pour l'accès aux soins** : 3 293 221 femmes et 1 947 599 hommes ont été touchés par les activités de sensibilisation dans les 800 communes KM salama à travers les communications interpersonnelles (visites à domicile, discussions de groupe), les sermons dans les lieux de culte, et la diffusion de spots dans les radios locales avec les messages clés sur la santé touchant les cinq éléments du projet et aussi sur l'engagement communautaire. Les indicateurs d'utilisation de service ont révélé une proportion plus élevée de la population cible adopte un comportement soin.
- **SME** : 5 592 ACM dans les 800 communes KM salama offrent des services de proximité sur la SME (détection de la grossesse, détection des complications obstétriques et néonatales, et les références dans les formations sanitaires) aux 270 000 femmes enceintes qui vivent à une heure de la formation sanitaire la plus proche. 49 009 enfants de moins cinq ans atteints de la diarrhée et 53 104 enfants ayant des signes d'infection respiratoire aigüe ont été pris en charge par les ACE.

- **Nutrition :** Les ACE ont offerts des services sur le SPC au niveau communautaire à plus de 1 million d'enfants de moins de cinq ans grâce aux balances et aux périmètres brachiaux. Dans les communes KM salama, les AC ont pu détecter 3 % de cas de malnutrition sévère. 16 % de cas de bande jaune (la malnutrition modérée) ont été détecté par les AC.
- **SR/PF :** Les ACM ont offert des services PF à base communautaires à 122 131 utilisateurs réguliers dont 99 432 nouveaux utilisateurs (soit 81 % des utilisateurs réguliers)
- **Pour le volet prise en charge du paludisme :** Les ACE ont diagnostiqué 90 156 enfants de moins de cinq ans ayant des cas de fièvres. Parmi ces enfants, 57 101 ont été testés positives avec le test de diagnostic rapide (TDR) pour le cas de paludisme et ont été traités avec des ACT.
- **VIH/sida :** Le projet a formé 380 pairs éducateurs des associations des populations les plus à risque (MARPs), qui ont touché 22 710 travailleurs de sexe et des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) à travers les activités de sensibilisation, de prévention et de promotion des services sur VIH/sida. Un total de 1 879 travailleurs de sexe et HSH ont choisi d'utiliser les services de counseling et de dépistage volontaires (VCT) et de dépistage des infections sexuelles transmissibles (IST) comme un résultat sur les activités du projet.
- **EHA :** Au niveau des activités relatives à l'EHA, un succès indéniable est observé à travers une appropriation par les membres de la communauté de la mise en œuvre et du suivi. L'approche CLTS a permis d'obtenir 12 015 nouvelles latrines construites par la communauté et l'élimination de la défécation à l'air libre ou « Open Defecation Free » (ODF) au niveau de 621 villages sur 1 671 villages ayant fait un déclenchement. Par ailleurs, avec le système de certification des AC Amis de WASH, les leaders communautaires se veulent être modèles et ont rempli les 3 critères de certification. L'objectif était largement dépassé avec 128 % de réalisation et 1 082 membres de CCDS ont pu aussi remplir les conditions. Par rapport à la gestion de maîtrise d'ouvrages par les 164 communes appuyées par SantéNet2, 1 153 points d'eau existants sont entretenus ou améliorés et 256 puits ou autres infrastructures en eau ont été construits. Ces résultats mettent en exergue le succès du volet EHA et l'appropriation par la communauté de l'approche.

Realisations Spécifiques

Axe stratégique 1 : Offres de services intégrés et de qualité pour l'amélioration de la SME

Les services offerts au niveau communautaire pour la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant sont disponibles et effectifs. Pour une population de plus de 6 000 000 dans les 5 758 *fokontany* éloignés de plus de 5 km des CSB, 1 100 000 enfants de moins de 5 ans, 270 000 grossesses attendues, 1 500 000 femmes en âge de procréer sont ciblés par les programmes. L'offre de services au niveau communautaire est assurée par les acteurs basés dans ces *fokontany* dans les 800 KM salama. Elle s'appuie sur la politique de santé communautaire. La prise en charge par les AC contribue à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de la mortalité maternelle. Les activités concernent la SPC des enfants de moins de 5

ans, la PCIME-c, la prise en charge des femmes enceintes visant à réduire les risques en maternité, la nutrition de la femme enceinte et allaitante.

Pour contribuer à la réduction des effets des disparités entre les zones urbaines et rurales, les acteurs communautaires amenuisent les écarts sur les conséquences de la pauvreté au niveau rural et interviennent dans le renforcement de la population. L'offre de l'accès aux soins, les conseils pour relever les connaissances et pratiques en matière de santé et nutrition, les sensibilisations pour l'engagement à changer l'environnement d'existence permettent aux communautés de lever les barrières existantes pour leur développement. Ceci donne plus d'équité pour ces populations vulnérables de relever leur manque de confiance en soi et de rehausser leur condition d'existence.

a. Approches

- Les réunions périodiques avec les partenaires SME et nutrition sur les réalisations, défis et leçons apprises sur les activités communautaires mises en œuvre dans KM salama permettent le partage des meilleures pratiques pour les activités.
- L'extension de la gamme de service et l'amélioration des services offerts par les AC sont assurées par le renforcement de compétence des AC pour le couple mère-enfant.
- Le suivi et la supervision des AC assurent la fonctionnalité et la qualité de prestations des ACE et ACM.

La collaboration avec les partenaires telle qu'UNICEF a été développée pour améliorer les pratiques relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'alimentation complémentaire, la nutrition de la femme, les suppléments en micronutriments, et l'hygiène. La collaboration entre SantéNet2 et UNICEF est répartie en 4 domaines: (1) la supplémentation en FAF des femmes enceintes dans 88 communes KM salama dans les régions d'Anosy et d'Androy, (2) formation des AC dans les communes sur la nutrition du jeune enfant et de la femme, (3) remise à niveau des AC dans les communes KM salama de 4 districts (affectés par le cyclone Giovanna) sur le suivi de la croissance en utilisant le périmètre brachial et (4) la coordination et partage d'expérience sur la nutrition et la SME. La convention de partenariat couvre ces 4 domaines d'intervention et détermine les responsabilités des deux parties. SantéNet2 appuie et collecte les informations au niveau communautaire, alors que UNICEF opère au niveau du CSB et aux niveaux des équipes de santé de district. Les défis pour UNICEF c'est la collecte des informations sur les comprimés FAF distribués et le nombre de femmes enceintes servies dans les centres de santé.

UNICEF a suggéré que SantéNet2 collecte ces informations du CSB tout ; néanmoins, suite aux mesures de restriction du gouvernement américain, SantéNet2 ne pourra pas collecter cette information du CSB. De plus, selon UNICEF, la convention de partenariat actuelle n'est pas en conformité avec les normes et procédures d'UNICEF. Dans le but de lever ces défis (collecte des données et conformité), UNICEF a suggéré de rédiger un Accord de coopération programmatique basé sur un contrat. La discussion est en cours avec UNICEF sur la faisabilité de ce contrat car cela sous-entend une séparation des ressources allouées par l'USAID et les ressources de l'UNICEF dans la mise en œuvre des activités. En attendant, UNICEF a accepté de poursuivre la distribution des FAF à travers les MISANPF.

b. Résultats

Les résultats ci-après sont issus des interventions des AC par l'offre de services au niveau de leur communauté.

- 1 333 016 pesées d'enfants de moins de 5 ans ont été effectuées par les AC pour le SPC. 82 % de ces enfants sont dans la bande verte et 3 % des enfants sont atteints de malnutrition sévère. Ce taux a diminué presque de moitié par rapport à l'année FY 2011. Les enfants de moins de 5 ans sont vulnérables aux maladies surtout si associées à une malnutrition, ce qui nécessite le suivi périodique de leur état nutritionnel et sanitaire. L'intervention de proximité sur la SPC leur offre la chance de prévoir les conséquences des maladies et de se développer et croître normalement.

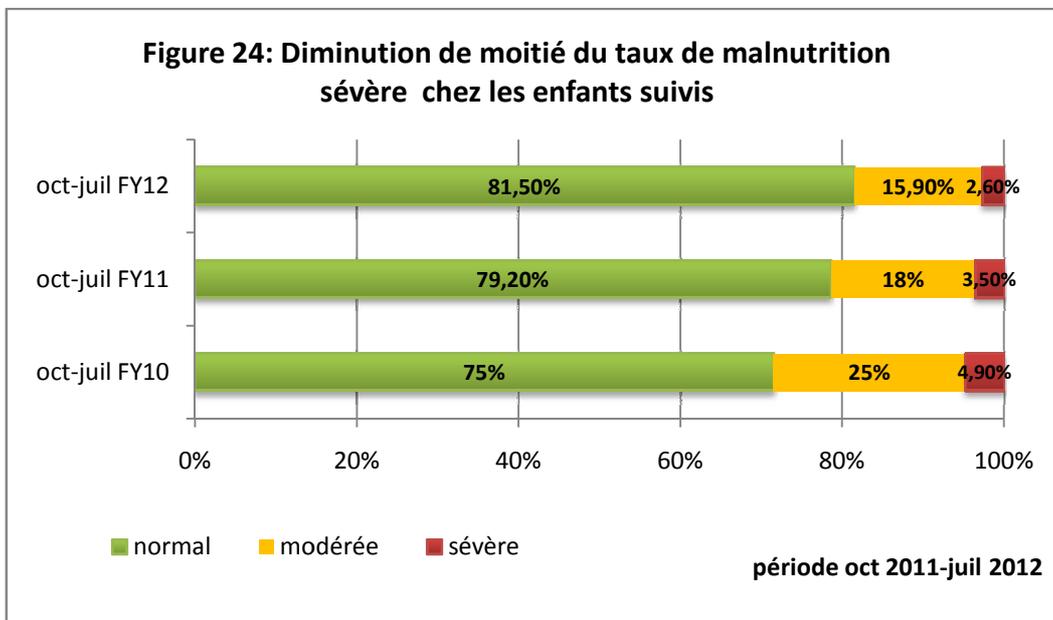
Les activités du projet ont pour objectif d'améliorer la disponibilité continue des prestations des AC et la qualité des services à base communautaire, incluant la surveillance et promotion de la croissance. L'augmentation des enfants suivis est due à l'accroissement de la population et l'accroissement du nombre d'AC fonctionnels. Ces balances sont utilisées pour le suivi mensuel de l'indice poids/âge des enfants au niveau communautaire.

Toutes les communes des 800 KM salama disposent déjà des balances avant l'arrivée des 3000 balances financées par l'USAID. L'arrivée de ces derniers a permis une condition de travail meilleure pour les AC, évitant l'emprunt des balances entre eux et les volontaires des autres programmes de nutrition. L'achat de 3000 balances additionnelles a permis à chaque AC a pu effectuer le suivi des enfants dans leur fokontany.

Les AC contribuent à la détection de la malnutrition en complémentarité aux CSB. L'activité de référence des malnutris sévères au CSB a connu une augmentation. Elle est passée de 63 % en 2011 à 80 % en 2012 sur les 34 712 enfants malnutris dépistés en 2012 contre 45 830 en 2011.

En outre, la tendance pour l'amélioration de la situation nutritionnelle des enfants est également en croissance. Le taux de malnutris dépistés sévères a également régressé pour ces mêmes périodes relatives à la période de soudure. Il est passé de 5 % en 2010 à 3 % en 2012 pour un nombre d'enfants suivis détectés triple. La malnutrition modérée est également en baisse proportionnellement à l'amélioration de l'état nutritionnel, passant de 18 % en 2011 à 15.9 % en 2012. Le graphique ci-dessous illustre l'amélioration et reflète la portée des services de SPC délivrés par les AC dans les 800 KM salama. D'ailleurs, les suivis et supervisions renforcés des AC ont eu leurs effets au profit du suivi et de la prise en charge des enfants. De plus, les conseils sur l'amélioration des pratiques nutritionnelles et des connaissances des mères et parents d'enfants ont appuyé pour une nutrition adéquate pour leurs enfants.

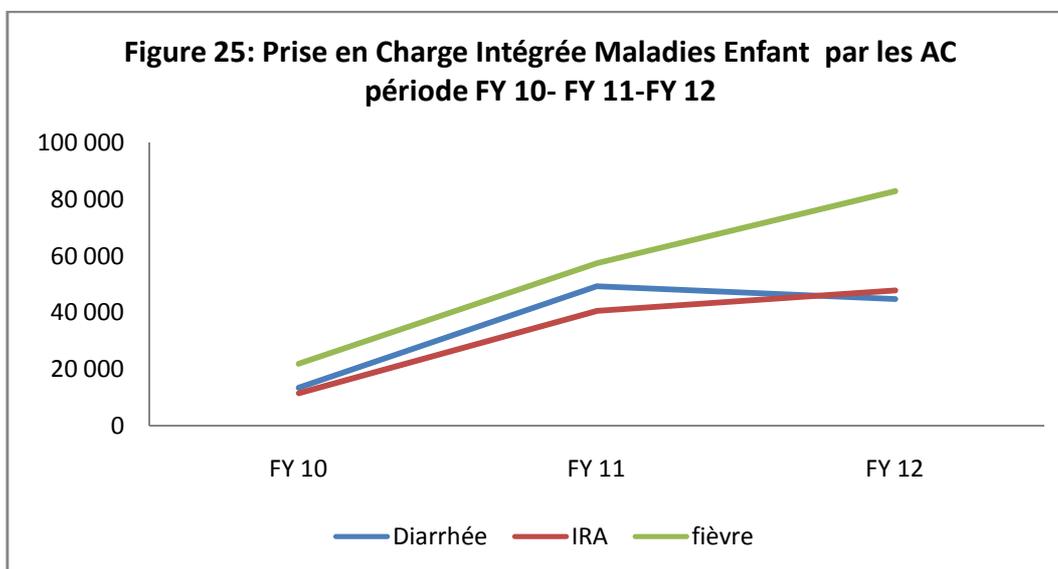
Par ailleurs, les résultats des interventions des AC par rapport aux données des CSB démontrent le rôle essentiel que tient l'AC en réponse aux besoins des mères et des enfants.



Source : Santénet2, Extranet, RMA AC (oct 2011- juillet 2012).

Les données de l'enquête sur la fonctionnalité des AC réalisée au mois d'août 2012 ont montré une moyenne de 29 pesées par AC par mois.

- 192 269 enfants sont pris en charge par les AC pour les maladies courantes de l'enfant (49 009 cas de diarrhée, 53 104 cas d'IRA et 90 156 cas de fièvre) par rapport à 147 758 enfants en 2011. La tendance en hausse concernent l'IRA et la fièvre; par contre, la tendance pour la diarrhée connaît une baisse du fait que les efforts initiés par la communauté pour la promotion de l'hygiène et la construction de latrines ont eu les conséquences bénéfiques à la santé des enfants. En effet, plus d'un million de personnes ont été sensibilisées par les AC en messages relatifs à l'assainissement et l'hygiène ainsi qu'à l'utilisation des latrines. 14 800 nouvelles latrines ont pu être construites par la communauté. Elle a pu parfaire le programme sur l'assainissement avec l'appui des CCDS et leur engagement remarquable pour le développement de la communauté. Les suivi et supervisions des AC ont contribué au renforcement de leur capacité technique pour veiller à la santé de l'enfant.



Source : Santénet2, Extranet, RMA AC (années fiscales 2010 et 2012).

Les données de l'enquête de fonctionnalité des AC a montre que la prise en charge moyenne par mois par AC est de 1 cas pour IRA, 2 cas pour diarrhée et 2 cas pour fièvre.

Depuis le début de KMs, les AC filière enfant s'approvisionnent en produits pour la prise en charge des diarrhées et IRA au niveau des CSB. Les produits équivalents dans le circuit de marketing social ont été introduits récemment (deuxième semestre 2011 pour Viasur et Janvier 2012 pour Pneumostop).

- Les résultats préliminaires de l'enquête sur la validité et la fiabilité des données des services à base communautaire au niveau des KM salama ont montre que les AC ont expérimenté des ruptures de stock en produits de prise en charge des IRA et des maladies diarrhéiques. (respectivement, 45% des AC pour les produits de prise en charge des IRA (Cotrim/Pneumostop) et 43% pour les produits de prise en charge des maladies diarrhéiques (SRO zinc/Viasur)).
 - En plus, la principale cause de rupture de stock au niveau des AC filière enfant en produits de prise en charge pour le mois de janvier à juin 2012, est liée à une rupture de stock ou absence de responsable au niveau des points d'approvisionnement que ce soit CSB ou Marketing social (25% pour Cotrim/Pneumostop et 31% pour SRO zinc/Viasur). Ceci est dû à la fermeture des CSB en grève de février à Aout 2012, alors que ces produits sont peu disponibles au niveau des PA.
 - De même, l'approvisionnement pour les produits IRA/diarrhée a chuté a cause de la fermeture des CSB et la rupture (rupture en Viasur de Janvier a Mars 2012), l'insuffisance des stocks et le retard d'approvisionnement en stock de produits au niveau des PA qui constitue une source de substitution de ces produits pour les AC.
 - Les indicateurs de performance pour le système de santé publique à Madagascar ont chuté en 2012. Les causes probables sont une grève généralisée au niveau de CSB et des problèmes structurels persistants en termes de déploiement des ressources humaines, la motivation, le manque de budget d'investissement et la suspension de l'aide des donateurs.
- 17 820 /26 000 enfants sont référés pour vaccination afin d'améliorer la prévention sur les maladies touchant l'enfant en bas âge. La réalisation est estimée à 68,5% à cause des facteurs suivants :
 - Les AC réfèrent les enfants vers les CSB pour se faire vacciner, cependant les parents, la famille les responsables d'enfants peuvent accepter ou ne pas accepter cette

référence selon leur convenance. Dans le cas où les familles, les mères, les responsables d'enfants refusent d'aller aux CSB les AC ne documentent pas les références dans leur RMA AC. Durant les visites sur terrains, nous avons noté que les parents ont tendance à attendre la semaine de la santé de la mère et de l'enfant (SSME) organisée 2 fois par an pour emmener leurs enfants se faire vacciner.

- Les AC pourraient omettre de rapporter, de documenter le cas référé dans le registre après la référence.
- Une grève au niveau CSB de février à août 2012 a restreint considérablement l'accès aux services de soins de santé primaires, y compris la vaccination. Cette conséquence de la crise politique se fait sentir dans la disponibilité et l'utilisation des services de santé. Les statistiques administratives du Ministère de la Santé indiquent une diminution du taux de couverture vaccinale en 2012 par rapport à l'année précédente.

Pour relever ce défi, Santenet2 va entreprendre les actions suivantes :

La supervision formative constitue une occasion pour renforcer les messages clés à délivrer par les AC aux parents sur l'importance de la vaccination comme un comportement qui peut sauver des vies.

Lors du dernier renforcement de prestations des TA des ONG début novembre 2012, le renforcement des AC par les TA sur les activités de références ont été soulignées pour la vaccination notamment, ainsi que pour les malnutris sévères, les signes de danger, les CPN et les urgences obstétricales et néonatales.

Continuation de la dotation de fiche de référence et la remise à niveau des AC sur le remplissage et l'utilisation de la fiche.

Il est également rappelé aux AC et CCDS, dans le cadre des activités de qualité sociale, l'utilisation systématique du carnet de santé lors de la prise en charge, la sensibilisation et à tout contact avec la mère et l'enfant pour renforcer tous les messages à passer.

- 38 125 femmes enceintes ont été prises en charge par les AC dont 23 923 référées pour effectuer les 4 CPN préconisées. 14 202 femmes enceintes parmi elles ont pu être supplémentées en FAF dont 9 107 dotées en FAF par les AC au niveau communautaire et 5 095 supplémentées au niveau CSB. Les femmes enceintes référées pour CPN ont atteints plus de 100% des cibles prévus. 753 cas de signes de danger sont été également référés pour une prise en charge au niveau des CSB et 12 423 femmes enceintes également pour TPI pour la prévention sur le paludisme. Ces résultats confirment l'effectivité de la prise en charge de la femme enceinte au niveau communautaire.

Le diagnostic précoce de la grossesse dès le 3ème mois est effectué pour permettre à la femme enceinte de faire les 4 CPN recommandées et bénéficier du paquet complet de prise en charge au niveau CSB. L'AC suit ensuite la femme enceinte au niveau communautaire en renforçant les sensibilisations, en suivant la prise du micronutriment et octroyant le FAF aux femmes enceintes pour l'effectivité des 6 mois de prise, en continuant la référence pour les 3 autres CPN et pour l'accouchement assisté par le personnel médical.

La coordination et la communication des activités communautaires de SME nutrition avec les partenaires de développement

La participation effective aux réunions de coordination a permis le partage des pratiques, des expériences, des leçons apprises dans la mise en œuvre des activités dans les KM salama. L'harmonisation des activités au niveau communautaire a été possible avec les partenaires et la coordination des activités au profit des différents partenaires de développement a été

réalisée grâce aux échanges sur l'amélioration de la fourniture de services pour les différents programmes œuvrant pour le couple mère-enfant.

6 réunions ont été assistées dans le cadre de la promotion de la SME.

- Le partage sur les activités mises en œuvre pour la SPC, les échanges sur la prise en charge des malnutris et l'adoption par SALOHI (Strengthening and Accessing Livelihoods Opportunities for Household Impact) des outils adéquats au suivi des AC ont été effectués. La complémentarité et l'harmonisation des activités menées par les AC ont été discutées lors des réunions. Les enfants malnutris détectés dans les zones en collaboration bénéficient de l'expertise de SALOHI avec la déviance positive et la sensibilisation de la population sur la production, l'éducation sur l'alimentation équilibrée.
- L'harmonisation des activités pour la prise en charge des femmes enceintes avec la prévention des signes de dangers chez la femme enceinte et la prise en charge post natale a été discutée avec MCHIP (Maternal and Child Health Integrated Program). Les AC dans les districts d'Ambatondrazaka, Fénérive Est et Taolagnaro ont eu leurs connaissances renforcées pour les références au CSB en cas de signes de danger. L'utilisation du carnet de santé unique et du carnet de supervision des AC de Santénet2 a été partagée, et les messages dans le carnet de santé ont été revus par MCHIP pour une insertion pour les soins aux nouveaux nés et la présence de signes d'éclampsie chez la femme enceinte pour une référence au CSB.
- Les réunions périodiques sur le partage des expériences et le renforcement des activités pour l'allaitement maternel précoce exclusif a été planifié avec les partenaires du Task Force Alimentation de Nourisson et du Jeune Enfant/Nutrition de la Femme (ANJE/NdF) afin de relever le défi sur la baisse progressive du taux d'allaitement maternel et l'amélioration de la communication interpersonnelle des AC pour une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant et de la mère;
- Des informations sur les activités de supplémentation en FAF des femmes enceintes au niveau communautaire initiées par Santénet2 ont été partagées avec les partenaires en nutrition. La mise en œuvre des activités, après les résultats de l'étude de faisabilité initiée par Santénet2, a été conduite dans les zones d'intervention avec UNICEF dans le sud. Le partage des expériences dans la mise en œuvre a permis de tirer des leçons pour une meilleure coordination avec tous les partenaires.
- Les réunions de coordination sur la mise en œuvre du plan national de suivi et évaluation du Plan National d'Action sur la Nutrition (PNAN II) ont permis de valider le plan et déterminer les indicateurs de suivi du secteur nutrition au niveau national. L'Office National de Nutrition (ONN) ayant la mission de coordonner toutes les activités se rapportant au secteur nutrition, a initié avec tous les partenaires en nutrition l'engagement au mouvement Scaling Up Nutrition qui est soutenu par les partenaires techniques et financiers. Il a été prévu par les partenaires en nutrition de spécifier les cibles qui sont les enfants de 0 à 2 ans et d'introduire un programme de fortification alimentaire à domicile diligenté par les AC.

- Les pratiques et leçons apprises au niveau des services à base communautaire ont été partagées avec le Ministère de la Santé Publique (MinSanP) lors des réunions de coordination. Le lien entre les AC, les CCDS et les CSB est fortement renforcé compte tenu du système d'intégration des acteurs communautaires dans les évaluations communautaires, dans l'appui et encadrement par les superviseurs locaux et les échanges lors des suivis formatifs et supervisions. Toutefois, l'appui et supervision continus des AC demeureront un défi à tenir pour permettre aux AC de continuer l'offre des services de qualité au niveau communautaire.

Les activités de prévention dans les zones KM salama

- Le counseling conduit par les AC constitue la base des négociations pour des pratiques améliorées et adaptées en sante de la mère et nutrition et des bonnes attitudes devant les principales maladies de l'enfant.

Par le biais de 572 163 différentes activités de sensibilisation, les AC ont pu atteindre plus de 2 000 000 personnes sur la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant. Ces activités renforcent les connaissances des mères et parents d'enfants sur les thèmes de santé et de nutrition. Les AC constituent le principal moyen pour la communication des messages éducatifs, complétés par les diffusions de spots des radios locaux.

Ces thèmes ont été rapportés dans 8 diffusions et 7 reportages radio et exécutés relativement pour l'allaitement maternel exclusif, la maternité sans risque avec l'importance des CPN et la préparation pour l'accouchement, les urgences obstétricales et néonatales, la SPC des enfants avec les avantages du suivi mensuel pour les moins de 2 ans.

- Pour faire face aux urgences obstétricales et néonatales, les AC ont sensibilisé la communauté sur la nécessité de mettre en place des systèmes d'évacuation sanitaire. Ces systèmes sont prévus être accompagnés d'une caisse de solidarité ou caisse familiale selon les besoins de la communauté.
- Dans les 175 communes qui ont rapporté leur mise en place du système d'évacuation sanitaire, 94 communes ont mis en place au moins 1 système dans leur commune, par l'initiative de la communauté. Pour certaines communes, tout leur *fokontany* en dispose tandis que pour d'autres communes certaines seulement possèdent un système d'évacuation sanitaire. En outre, la mise en place de caisse de solidarité ou caisse familiale est encouragée si la communauté le juge nécessaire. Bien que les moyens définis par la communauté soient encore aux dépens de leur propre faculté de mise en œuvre (brancard, charrette, pirogue...), les sensibilisations par les AC aidés par les CCDS l'ont aidé à définir leur système d'évacuation à mettre en place. Ces systèmes existent au niveau de la commune mais aussi par *fokontany* si le besoin est exprimé ou si l'étendue géographique le nécessite.
 - La mise en place des SES est le résultat de la stimulation de la demande/ les activités de sensibilisation et les activités sur l'appropriation et l'engagement communautaire.
 - Les communautés prennent la décision en basant sur l'évaluation des besoins et les risques encourus. Des résultats encourageants sur la phase pilote a pu assurer la mise à l'échelle de l'approche dans les communes KM salama. Tous les membres CCDS des communes ont reçu une formation sur les leçons apprises et les facteurs de réussite dérivant de cette phase pilote. De plus, les AC (AC mère et AC enfant) ont reçu une formation complémentaire sur l'identification des signes de danger auprès des femmes enceintes.

- Les communautés ont été encouragées pour considérer la mise en place des systèmes d'évacuation sanitaire dans le cadre des activités sur la qualité sociale. Le processus a été fait d'une manière incrémentale, en assurant l'auto efficacité des communautaires et leur capital social. SantéNet2 collecte sur une base régulière des informations sur la mise en œuvre des plans d'action communautaire. Les TA des partenaires de mise en œuvre du projet ont été formés et ont reçu des outils pour collecter et transmettre les actions sur la qualité sociale, incluant les systèmes d'évacuation sanitaire. Pour cette période de rapportage (30 septembre 2012), nous avons reçu les rapports provenant des 175 communes qui ont mis en place le système. Notre base de données indique que 211 communes ont rapporté sur les 374 communes ayant mis en place un SES. Nous avons aussi des informations sur le nombre de femmes enceintes et nouveau-nés évacués durant la période de rapportage, consistant à 146 femmes enceintes et 33 nouveau-nés.

La modalité de gestion administrative de ces systèmes n'a pas de statut véritablement formel. Certaines communautés constituent des organisations « vonjy taitra » ou « urgences ». Dans la plupart des cas, elles nomment d'office les chefs de *fokontany* ou les CCDS (ou les chefs de CSB et pour quelques cas l'AC) pour régir le système.

Souvent le brancard est le moyen le plus simple mis en place. La charrette également est d'emploi courant si l'élevage bovin est dans leur pratique. La pirogue est utilisée pour les communautés qui n'ont accès au CSB que par les rivières. Les hommes qui se chargent de l'évacuation font le relais lorsque le cas se présente et ne reçoivent pas d'indemnité sauf pour les cas nécessitant plusieurs jours au CSB, car pour certaines communautés, cette prise en charge des repas existe. Le moyen d'évacuation par voiture existe dans 2 communes (Andranofasika et Manerinerina) et tous les fokontany y sont dotés du système. Comme ces endroits sont également proches des routes nationales et l'existence d'association privée ou de projet dans les localités a favorisé ce choix pour faire fonctionner le système.

70 cas d'urgences ont été évacués par ces systèmes. Les cas d'évacuation concernent les femmes en travail et la présence des signes de dangers chez la femme ou le nouveau né.

Les caisses de solidarité ont existé dans certaines communes. D'autres n'ont pas pu les mettre en place. Elles ont été gérées par le chef de *fokontany* ou par le chef CSB ou par un élu de la communauté. Le fonds prend en charge en général le coût des médicaments. Les personnes de 18 ans et plus, sans distinction de genre, ont accepté de cotiser. Mais la plupart de ces caisses n'a pas continué faute de gestion rigoureuse et pérenne et ceci demeure un défi pour la communauté.

Durant la formation des TA (tenue en novembre 2012), nous avons renforcé le rapportage sur les activités en qualité sociale. Une attention particulière a été consacrée sur la reconnaissance des signes de danger durant les visites de supervision des AC. Nous prévoyons de mettre en exergue les communes ayant mis en place un SES lors de la prochaine édition du Bulletin Ezaka Mendrika.

L'extension des services communautaires intégrés de qualité SME-nutrition à travers un encadrement continu

- 3 808 AC ont été formés pour l'année FY 2012 sur la prise en charge des femmes enceintes et nouveau né et les urgences obstétricales et néonatales. Cette formation traite des avantages sur la prise de FAF pour la femme enceinte, la prévention du paludisme, la nutrition de la femme enceinte et l'allaitement maternel, les connaissances sur les signes de dangers, la vaccination antitétanique et le déparasitage. L'AC perçoit également les

instructions sur les sensibilisations pour la mise en place des systèmes d'évacuation sanitaire pour faire face aux urgences obstétricales et néonatales et pour la mise en place des caisses de solidarité.

- 1 559 AC ont eu leur compétence renforcée pour une surveillance nutritionnelle au niveau des 3 districts (Moramanga, Vatomandry et Mahanoro) dévastés par le dernier cyclone Giovanna.

12 formateurs du projet ont contribué aux formations des AC et suivent l'activité qui donnera les résultats vers fin novembre 2012. L'importance de l'amélioration de la capacité des AC est relative à l'efficacité sur la prise en charge et la prévention de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans.

Selon les résultats issus de cette activité, la mise en place de CRENA et CRENAM (des centres de réhabilitation nutritionnelle) au niveau des districts ou communes concernés sera planifiée par le MinSanP pour assurer la prise en charge des malnutris.

- 2 413 AC ont été formés sur le cycle de vie, la communication interpersonnelle, l'ANJE et la Ndf au niveau de 4 régions, 6 districts et 105 communes dans le sud.

La formation des ACE et ACM en communication interpersonnelle, ANJE et Ndf et cycle de vie a permis l'amélioration de la capacité des AC à prendre en charge et prévoir la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans et celle de la femme enceinte dans les zones d'intervention en collaboration avec UNICEF. Le projet a contribué avec les partenaires en nutrition, regroupés dans la plateforme ANJE Ndf pour les interventions ciblées aux différentes étapes du cycle de la vie pour briser le cycle de la malnutrition. En même temps, l'amélioration de la communication interpersonnelle pour un changement social et de comportement a été traitée lors des formations des AC. Les interventions efficaces sur la nutrition de la mère et de l'enfant sont délivrées à domicile d'où le paquet de conseils et suivi sur les pratiques optimales à adopter au niveau familial. Les conseils donnés sur les bonnes pratiques sont discutés au sein des groupes communautaires. Les négociations pour un changement de comportement sont effectuées par l'AC à chaque contact avec la mère ou responsable d'enfant. Ces zones ont été priorisées de par leur situation en malnutrition.

- Les AC dans les zones vulnérables et touchées périodiquement par les aléas climatiques ont reçu le renforcement de leur capacité sur la surveillance nutritionnelle de routine avec la SPC et la mesure du périmètre brachial (MUAC). L'utilisation du MUAC permet la confirmation du diagnostic sur la malnutrition aigüe, fatale pour un enfant affaibli par une maladie et une malnutrition associée. Le cluster nutrition incluant les entités en collaboration (Santénet2, SALOHI, ONN, UNICEF avec le MinSanP) pour la promotion de la nutrition a défini la mise en place de cette activité de prévention de routine. Une extension par étape des centres de récupération nutritionnelle au niveau des formations sanitaires a été prévue par le MinSanP en corrélation avec cette activité effectuée par les AC.

Axe stratégique 2 : Offres de services intégrés et de qualité en SR/PF

La réalité montre que les besoins non satisfaits en PF en milieu rural est de 19 % contre 18 % en milieu urbain. La demande potentielle totale en PF est plus élevée en milieu urbain (72 %) qu'en milieu rural (56 %), mais 76 % de cette demande est en milieu urbain satisfaite contre 66 % en milieu rural selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) IV. Les réponses de

Santénet2 par rapport aux besoins non satisfaits en PF en milieu rural et à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile consistent à la couverture totale des KM salama en services à base communautaire gérés par les ACM.

Les activités du projet ont pour but de stimuler la demande pour les services de PF, soutenir l'offre de services PF à base communautaire dans les 800 communes KM salama. En effet, les AC, formés, équipés et encadrés par le projet, offrent des services de PF à plus de 1 000 000 femmes en âge de reproduction dans les *fokontany* à plus de 5 km du plus proche CSB. Le nombre d'individus sensibilisés en PF par les ACM pour la période couvrant ce rapport est de 453 532, les ACM disposent de 122 131 d'UR en PF. Pour maintenir la qualité des services offerts par les AC, l'action a porté surtout sur les efforts conjugués de suivis et d'encadrement des ACM par les différents acteurs communautaires et le renforcement du lien des AC/TA/CSB.

Ainsi, la couverture des KM salama en services à base communautaire est totale : 231 ACM1 et 5 361 ACM2 sont fonctionnels.

a. Approches

Afin d'harmoniser les approches et partager les expériences, le comité des partenaires de la SR/PF organise annuellement une réunion de coordination.

En outre, le comité pour la sécurisation des produits SR organise 2 fois par an des réunions d'estimation des besoins en intrant de la SR/PF. Le projet partage les informations logistiques concernant les données d'utilisation des contraceptifs au niveau communautaire.

En matière de la santé de la reproduction des adolescents (SRA), 2 leaders de jeunes par commune mis en place dans 599 KM salama, mènent des discussions de groupes auprès de leurs pairs. Afin d'inventorier les meilleures pratiques et de relever les défis de mise en œuvre des activités en SRA, des rencontres intra-régionales seront organisées en vue de favoriser les échanges et partage des bonnes pratiques en santé des jeunes et adolescents. Le suivi des activités des leaders de jeunes a été effectué à travers les formateurs indépendants. L'outil de suivi des jeunes leaders collecte les informations sur les activités menées dans les communes KM salama, le nombre de jeunes ciblés, le nombre de jeunes référés auprès des formations sanitaires. Le suivi se fait sur une base trimestrielle. Les rapports d'activité des jeunes seront collectés par les TA, sont envoyés auprès des bureaux régionaux de Santénet2 et centralisés dans le bureau d'Antananarivo. Durant les foras des jeunes leaders, les participants ont recommandé que les jeunes leaders intègrent les réunions de revue KM salama.

L'encadrement des ACM a été effectué par la supervision des AC lors des revues groupées et par le soutien des autres comme les CCDS et les TA.

b. Résultats

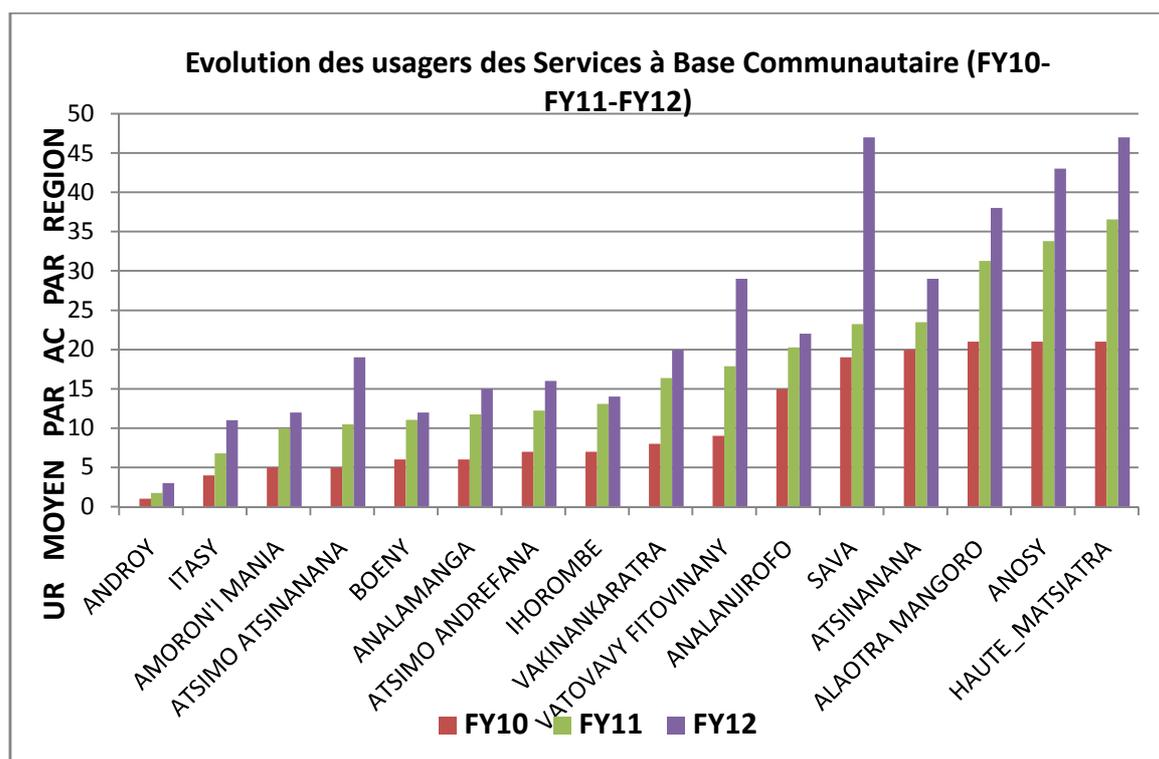
1. Services à base communautaire de PF

- Les 5 592 ACM fonctionnels ont offert des services PF à 122 131 UR, dont 99 432 d'entre eux sont des nouveaux utilisateurs – en moyenne un AC à 39 UR.
- 64% des UR utilisent les injectables et 30% les pilules. Les injectables constituent le premier choix des clients au niveau communautaire.

- Les UR moyens par AC augmentent d'année en année depuis 2009. En 2 ans de 2010 à 2012 le nombre d'UR moyen par AC a presque doublé respectivement de 15 à 39 UR par AC.

Les graphes ci- dessous montrent l'évolution des usagers en PF dans les services à base communautaire de 2010 à 2012.

Figure 26-a : L'évolution des usagers en PF dans les services à base communautaire



Sources : Santénet2, Extranet, RMA AC (années fiscales 2010 -2012).

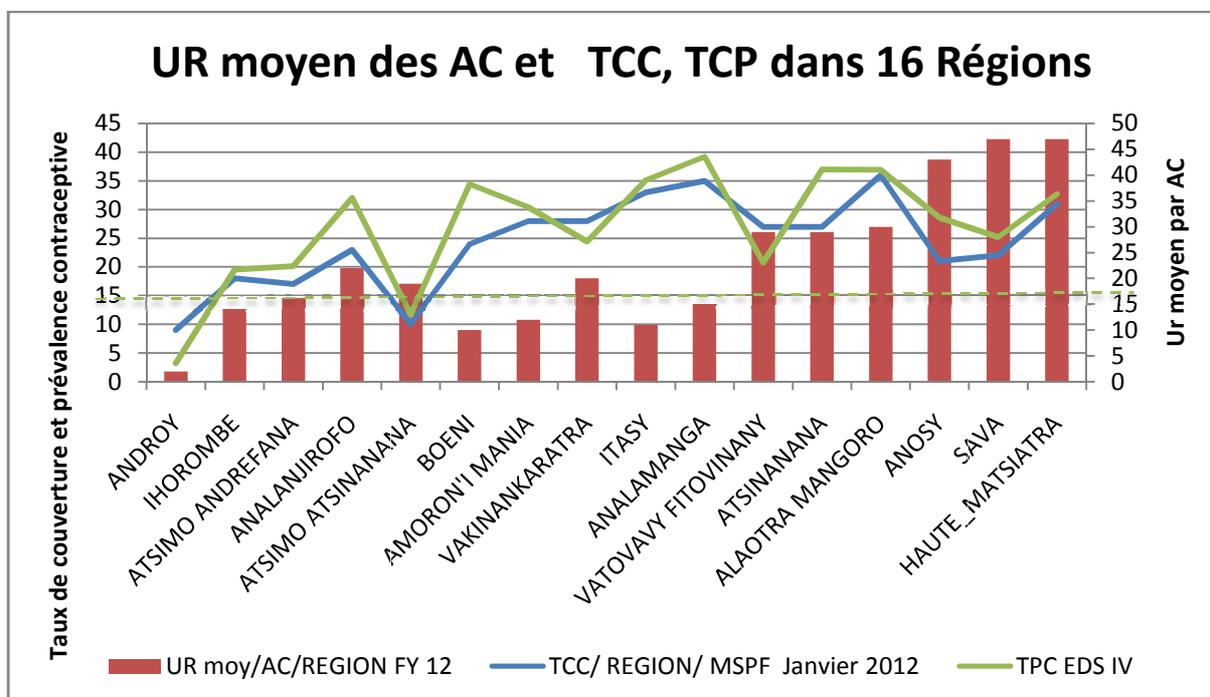
Les UR moyens par AC par région ont connu une augmentation. Ceci est dû à l'efficacité des activités de sensibilisations des différents acteurs communautaires (AC, leaders des jeunes, les entités religieuses, radios locales), à l'encadrement continu des AC effectué par les superviseurs et à l'engagement des membres du CCDS pour soutenir la qualité des services à base communautaire dispensés par les AC.

Historiquement à Madagascar, les formations sanitaires du service public et les prestataires de service du secteur privé constituent la source principale des services PF, tandis que la distribution des produits contraceptifs à base communautaire était seulement de 2.2% selon l'enquête EDS IV (2008/09). Le modèle KMsalama a pu assurer une vaste disponibilité des services PF à base communautaire, ciblant des femmes en âge de procréer dans les zones éloignées.

L'augmentation continue des services à base communautaire en PF démontre une bonne performance de l'approche KM salama dans les communes. Toutefois, il y a des variances sur l'utilisation des services PF par les communautés.

Nous avons analysé l'usage des services PF dans les communes KMsalama en comparant le nombre moyen d'utilisateurs PF servis par les AC (UR), le taux de couverture contraceptive au niveau régional (TCC—nombre d'UR PF servis au niveau du CSB divisé par WRA) et le taux de prévalence contraceptive (TCP) au niveau régional comme le démontre le tableau ci-dessous :

Figure 26-a : Nombre moyen d'UR par AC et TCC et TCP dans les 16 régions



(Source : Santénet2 et MinSanPF Base de données (2012) et EDS IV).

En 2008, le taux moyen de prévalence contraception nationale dans les communes rurales était de 26 %. Toutefois, il y a des variances entre les TCP au niveau de chaque région allant de 2 à 47%. Ci-joint la description de la graphie ci-dessus :

- 1- Pour les régions de Vatovavy Fitovinany, Atsinanana, Alaotra Mangoro , Anosy, SAVA et Haute Matsiatra , le TCC, le TCP et les UR des AC s'alignent et la performance de la PF est assez élevée. Il y a moyen d'accroître les services en ciblant les besoins non satisfaits en PF.
- 2- Pour les régions de Amoron' i Mania, Vakinankaratra, Itasy et Analamanga : la performance des AC au niveau communautaire est relativement en baisse que le TCC et le TCP. La cause peut être liée à l'offre de service des AC. Ces régions en haute terre sont mieux servies par les réseaux de point d'approvisionnement et l'accès de la population à ces points d'approvisionnement est plus ou moins simple et régulier (routes accessibles et coût de transport abordable encourage les villageois à rejoindre régulièrement les marchés des chef-lieux des communes pour vendre leurs produits. Cette venue en ville est une occasion pour eux de rejoindre les CSB pour se faire soigner ou pour des services PF.
- 3- Pour les régions d'Androy, Ihorombe, Atsimo Andrefana, Analanjirofo et Atsimo Atsinanana, la demande des services PF est faible à cause des facteurs d'ordre socio-culturels et une envie élevée de fertilité.

Afin de pallier la différence des UR en PF, Santénet2 adressera les défis cités dessus à travers les actions suivantes:

- 1- Stimulation de la demande en services PF et amélioration continue des services PF délivrés par AC.
 - Renforcer les activités de sensibilisation par la diffusion de messages en faveur de la PF à travers les radios locales, et à travers les leaders des jeunes.
 - Améliorer la conduite du counseling par les AC pendant les supervisions. La session de supervision est une occasion pour faire un

- rappel à chaque AC sur le choix libre et informé des clientes pour l'adoption d'une méthode et sur les avantages et inconvénients de chaque méthode choisie.
 - Remise à niveau des AC sur la gestion de l'approvisionnement pour éviter les ruptures de stock
 - Remise à niveau des AC sur la soumission complète, à temps des outils de gestion
- 2- Continuation des offres sur la gamme complète de service communautaire :
- Former les derniers ACM1 en DEPOCOM
 - Coordonner avec MSI(MSM) pour l'effectivité de la référence en MLDP par les AC

Les résultats de l'enquête de fonctionnalité des AC, le niveau de contribution des ACM pour l'administration des contraceptifs injectables au niveau communautaire est de 18.28% contre 28.28% pour les pilules. Le nombre de mois de stock est de 1.9 pour les contraceptifs injectables et 3.6 pour les pilules.

La section suivante détaille les activités réalisées et qui ont contribué à ces résultats.

a) Participation aux différentes réunions de coordination et ateliers

a.1. Réunion nationale de coordination par le comité des partenaires SR/PF

Pour une meilleure harmonisation des différentes interventions menées par les différents acteurs œuvrant pour la PF, Santénet2 participe à la réunion de coordination technique en PF organisée par le comité des partenaires de la SR/PF.

Cette réunion regroupe les acteurs de mise en œuvre pour la SR/PF. Durant la réunion de coordination nationale, le projet a partagé les résultats de l'utilisation des services à base communautaire pour l'année 2011, un document y afférent a été distribué aux partenaires. Chaque entité et département ont également partagé leurs réalisations, bonnes pratiques, défis et perspectives. La réunion a été très enrichissante et fructueuse.

a.2. Réunion de coordination technique des partenaires USAID / SR/PF

Par ailleurs Santénet2 a participé aux réunions de coordination techniques trimestrielles organisées par l'USAID. Ces réunions ont vu la participation des partenaires de l'USAID dont Mahefa, Marie Stopes Madagascar (MSI/M) et PSI. Au cours de ces réunions, chaque partenaire partage le mapping de ses zones d'intervention avec les paquets de service offerts, l'état d'avancement de ses activités, ses réalisations et les défis. Les informations concernant les activités de Santénet2 dans les KM salama ont été appréciées par sa complétude en informations dans les zones d'intervention.

a.3. Atelier de quantification des besoins en intrants de santé

Santénet2 a participé à l'atelier de quantification des besoins en intrants dans laquelle, les données sur les consommations moyennes mensuelles des AC en produits incluant les produits contraceptifs ont été partagées pour assurer la quantité adéquate des produits à commander au niveau national.

Par ailleurs lors des estimations des besoins en produit contraceptifs des autres partenaires de l'USAID dont le projet MAHEFA, le calcul des besoins dudit partenaire est basé sur les consommations mensuelles des AC de Santénet2 dans les KM salama.

b) Amélioration et maintien de l'offre de service en SR/PF intégré et de qualité

L'amélioration et le maintien de l'offre de services SR/PF s'est fait à travers le renforcement de compétences des ACM.

b.1. Suivis et encadrement continu des AC

L'action a porté surtout sur les efforts conjugués de suivis et d'encadrement continu pour améliorer et maintenir la capacité des ACM à offrir des services intégrés de qualité. 231 ACM1 et 5 361 ACM2 ont été supervisés durant FY 2012.

Les outils de suivi et supervision des AC permettent (1) de détecter les lacunes techniques ou les points nécessitant une amélioration observés au niveau de chaque AC, (2) d'améliorer la gestion de leur activité (informations / données) et (3) de suivre l'approvisionnement en produit permettant d'emblée de renforcer les compétences techniques et organisationnels des AC. Tous les AC détiennent un carnet de suivi de leur encadrement que le superviseur remplit à chaque rencontre ou contact avec l'AC.

b.2. Conformité en PF

Santénet2 pour l'excécution des programmes en PF, se conforme aux réglementations érigées sur le respect du choix libre et éclairé pour les utilisateurs de PF. Ainsi les activités de formations, de supervisions et d'encadrement des AC prend en compte l'importance de cette conformité en PF.

L'analyse des données de supervision des AC au cours des 3 derniers mois ont montre que : 88 % des ACM2 ont la capacité de donner les informations complètes sur les contraceptifs injectables distribués au couple ou au client, et 87 % des ACM1 ont les compétences requises sur la conformités en PF axées sur le counseling. Ces résultats sont assez satisfaisants; toutefois il nous faudrait revoir l'outil de supervision pour qu'il soit plus sensible et pointu à cette mesure de conformité en PF.

La supervision et l'encadrement continu des AC ont pu améliorer les compétences des AC par rapport à l'offre de service de PF de qualité et conforme aux règlements de l'USAID.

2. Sante de la reproduction des adolescents (SRA)

- 459 discussions de groupes ont été menées, avec 4 598 jeunes sensibilisés ; 552 sensibilisations de masses ont été réalisées, avec 18 743 jeunes sensibilisés.
- Afin de consolider ces activités de promotion de la SRA dans les KM salama, six fora intra régionaux ont été organisés à l'endroit des leaders des jeunes. Les objectifs des fora ont été de (1) partager les expériences des leaders des jeunes ainsi que les bonnes pratiques sur le leadership et les conduites de discussions de groupe et (2) de relever les défis rencontrés dans la mise en œuvre des activités.

Des échanges durant le forum ont été organisés par rapport à trois volets : (1) le leadership, (2) l'organisation des activités et (3) les thématiques en SRA (grossesse précoce, IST/VIH/sida, avortement, violence sexuelle, toxicomanie, sexualité comme sujet tabous en milieu rural, utilisation des centres de santé).

Les témoignages, les discussions et les résolutions prises pendant les fora de leaders des jeunes tendent vers trois points :

1. Les leaders des jeunes sont des relais efficaces et constituent des canaux appropriés pour véhiculer les messages sur le SRA dans les KM salama.
2. Les leaders des jeunes font parties intégrantes des acteurs communautaires et devraient être en relation avec toutes

Un changement de comportement au sein des leaders eux-mêmes.

Ils sont devenus confiants, ont une estime envers eux-mêmes et ont la conviction de parler.

Les leaders des jeunes osent discuter, et casser le sujet « tabou », la sexualité. En conséquence ils ont pu mener les discussions de groupe sur la sexualité auprès de leurs pair(e)s.

les structures existantes prenant en charge la santé de la communauté pour être efficace.

3. Les actions des leaders des jeunes sont palpables et contribuent à l'amélioration de la santé des jeunes en matière de la SR.

Ci-joint quelques témoignages et faits illustrant les bonnes pratiques, les résultats des activités menées par ces leaders des jeunes :

Les bonnes pratiques inventoriées lors des fora

- Gobelle, leader des jeunes de la commune de Savana, district de Farafangana travaille en étroite collaboration avec les leaders traditionnelles *Ampanjaka* « personnes influentes, noble de la communauté ». Avec les appuis de l' *Ampanjaka*, il prône la prévention des grossesses non désirées chez les



© Santénet2: Discussion animée entre jeunes lors du fora à Toamasina

jeunes. Des règles ont été établies; les jeunes adolescents doivent payer une amande « *Dina* » de 60 000 Ar dans le cas où le jeune adolescent a rendu enceinte une jeune adolescente.

- Les leaders des jeunes de Tamatave sont consultés et invités à mener des discussions de groupe ou sensibilisation à chaque fois que l'occasion se présente : regroupement des jeunes au bord de la mer, événements socio-culturels, socio-sportifs, regroupements dans les lieux de fréquentation des jeunes.
- Leaders des jeunes de Farafangana, Anjeva Gare, Antananarivo travaille en collaboration avec leaders d'opinion et les chefs de CSB de rattachement dans la planification et réalisation des discussions de groupe dans les *fokontany*. Ces leaders des jeunes sont soutenus et appuyés par ces derniers



© Santénet2:/ Séance de travail entre jeunes à Fianarantsoa

- L'existence et / ou mise en place des infrastructures ou structures organisationnelles favorables pour la conduite de discussions de groupe sont utilisés par des associations des jeunes à Antananarivo, Fianaranatsoa, Anosy, Tamatave – la tenue périodique des réunions des jeunes au sein des églises (Fianarantsoa) lors de évènements

socioculturels tels que lors retournements des morts, tsenan'omby (marché de zébus); tsenan'Ampela (marché de filles), etc...

- 232 leaders des jeunes participent aux revues mensuelles des CCDS témoignant ainsi une responsabilisation, une appropriation et un engagement ferme dans l'évaluation de leur besoins et de les intégrer dans le plan communal cadre de la qualité sociale.
- Ces leaders des jeunes collaborent avec les leaders communautaires pour faciliter leur descente dans les autres *fokontany*. Ces leaders des jeunes se départagent les secteurs des *fokontany* et identifient avec les CCDS des leaders des jeunes pour servir les *fokontany* dépourvus de leaders des jeunes (KM salama Bezaha, Andranofasika, Ambatolampy Tsimahafotsy, Toamasina).
- Les leaders des jeunes font des visites d'échanges dans les *fokontany* et dans les communes pour échanges d'expériences (cas Tuléar).
- Les CCDS prennent en charge les frais de déplacement des leaders des jeunes participant aux revues, la restauration revient aux leaders des jeunes (Antananarivo).
- Les centres de santé travaillent en étroite collaboration avec ces leaders des jeunes et soutiennent les activités de promotion de la SRA dans les KM salama. En plus, les responsables des formations sanitaires prêtent main forte dans la résolution des problèmes techniques par rapport aux thèmes de discussions, et dans la prise en charge des jeunes référés pour suspicion d'IST. Les centres de santé organisent avec les leaders des jeunes des descentes pour des séances de sensibilisation en SRA. Les CSB assurent l'approvisionnement en condom des leaders des jeunes pour être distribués aux jeunes exprimant leur besoins. Les leaders des jeunes contribuent largement à la réalisation de certaines activités des CSB dont le port des vaccins lors des stratégies avancées et assurent également leur rôle en tant que guide pour les descentes dans les *fokontany* (Tuléar).
- Des lieux de regroupement des jeunes drogués ont été transformés en lieu ludique (Toamasina et Toliary, avec le slogan « jeunes unis, en bonne santé, responsable, loin de la toxicomanie »).

Les leaders des jeunes ont contribué à la

- Fermeture de la maison tenue par une femme du village pour l'avortement clandestin (Léonie, leader des jeunes de la commune Anjoman'Ankona) ;
- Prise en charge des IST chez les jeunes dans les formations sanitaires. Celle-ci est assurée par la caisse de l'association des jeunes dans le cas où cette prise en charge n'est pas gratuite (Commune Andranofasika) ;
- Réalisation de reportage de la radio Mampita de la Haute Mahatsaitra et production d'un CD (Cas de Fianarantsoa).



© Santénet2/ Interview d'un jeune par un journaliste local à Fianarantsoa

Les forums ont bénéficié d'une couverture médiatique par les stations de radio ou de télévision et les journaux suivants : La Grande Ile, Ao Raha, Hebdo, Don Bosco, TVM, Nouvelle, Vérité, Matin.

Les bonnes pratiques partagées lors des forums seront documentées et diffusées à tous les leaders lors du suivi des leaders des jeunes dans les communes KM salama. D'autres activités

de communication seront mises en œuvre pour appuyer les travaux des leaders des jeunes pour l'année fiscale 2013, y compris les reportages, la diffusion de spots sur les activités des leaders des jeunes et sur la SRA à travers les radios locales et des réunions dans les communes KM salama, afin de dynamiser et assurer la continuité de leurs services.

Axe stratégique 3 : Lutte contre le paludisme au niveau communautaire

Les services à base communautaire sont effectifs dans les 800 KM salama. En matière de paludisme, l'offre de service de l'AC se résume sur (1) les activités de sensibilisation, (2) la prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de 5 ans, (3) le dépistage précoce des grossesses afin de les référer vers les formations sanitaires pour les services de CPN et (4) la référence des formes graves vers les formations sanitaires.

La communication interpersonnelle et les discussions de groupe sont menées par les AC avec les femmes dans le cadre de la promotion de la lutte contre le paludisme durant la grossesse et la référence des femmes enceintes au CSB pour consultation prénatale.

Les activités de prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans se font dans le cadre de la PCIME-c et sont effectuées par les ACE niveau 2.

a. Approches

- Les services à base communautaire sur la prévention et la prise en charge du paludisme a été mise en œuvre dans les 800 KM salama à travers la mis en place des ACE2 formés en PCIME-c avec utilisation du TDR pour la prise en charge du paludisme des enfants de moins de 5 ans.
- Participation aux réunions de RBM, aux réunions de PMI et aux réunions de coordination de mise en œuvre des activités PCIME-c avec les partenaires.
- Renforcement de compétence des TA au suivi de la conformité de remplissage des RMA AC.
- Renforcement de compétence des superviseurs (superviseur local et TA) dans le suivi de la performance des AC sur l'utilisation des TDR et au suivi de la conformité de remplissage des RMA AC.
- Mise à jour du RMA AC en intégrant les données sur les TDR.
- Suivi à partir des données des sites sentinelles de surveillance de la fièvre, activité réalisée en partenariat avec l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM).

b. Resultats

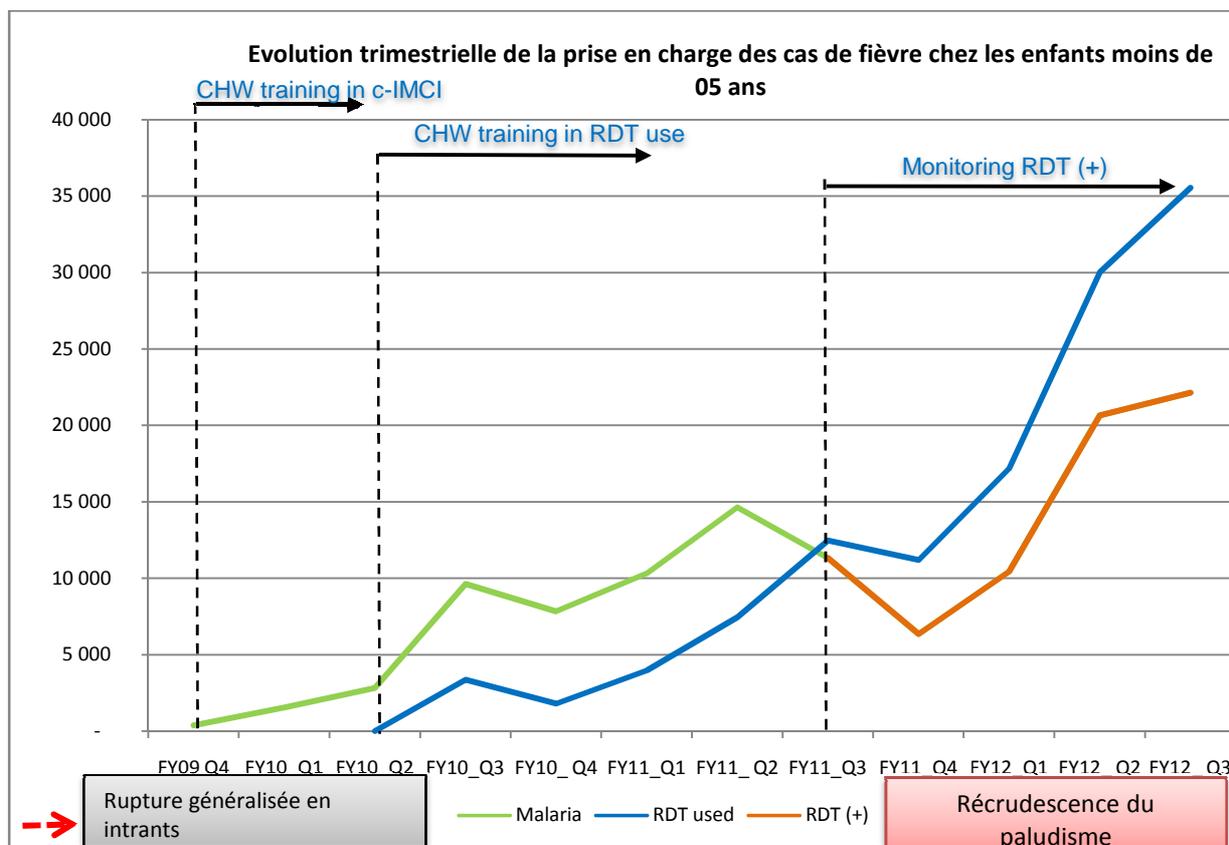
- 23 923 femmes enceintes ont été référées par les AC vers les formations sanitaires pour effectuer les consultations prénatales et bénéficier du paquet CPN au niveau des formations sanitaires, incluant la prise du Sulfadoxine Pyriméthamine dans le cadre du traitement préventif intermittent du paludisme.
- 192 269 enfants de moins de 5 ans dont 90 156 cas de fièvre ont été pris en charge par les 5 647 ACE2 à travers le programme PCIME-c. Les activités de sensibilisations sur le paludisme ont touchées 1 109 398 personnes.
- 57 101 cas de paludisme confirmé sont dépisté précocément et traité correctement grâce au système d'approvisionnement adapté garantissant la disponibilité des produits de santé. 8 125 enfants moins de 5 ans ont été référés pour des cas de fièvre avec signes de danger.

- Enfin, l'utilisation et l'acceptation des services à base communautaire ont évolué progressivement ces trois dernières années.

Cette évolution est en phases avec les paramètres suivants :

- le nombre des ACE2 formés en PCIME-c,
- la formation des ACE2 en RDT après la notification de la manipulation des RDT au niveau communautaire en février 2011.
- l'intégration des données sur RDT+ dans le SIG-c, après la mise à jour des outils de gestion des AC et du SIG-c.
- 57 101 de cas de paludisme confirmé ont été diagnostiqués et correctement traités avec de l'ACT.
- 7 500 cas de fièvre ont été pris en charge par mois par les AC, soit une moyenne de 18 cas par AC.

Figure 27 : Couverture de services en paludisme par AC



Sources : Santénet2, Extranet, RMA AC (2010- 2011-2012).

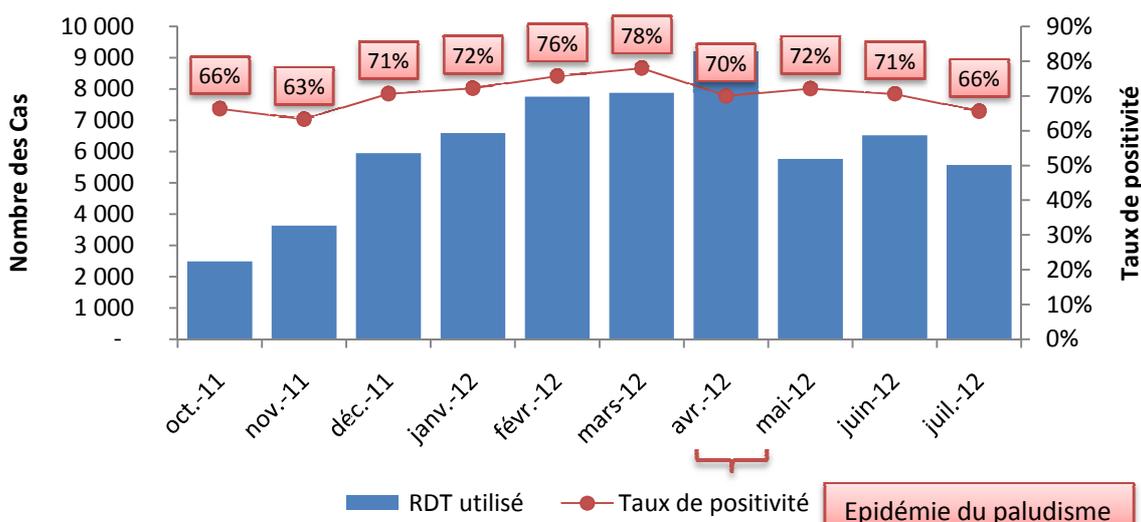
Figure 28 : Carte montrant la moyenne/ commune de la répartition des prises en charge des cas de fièvre

Le nombre de cas de paludisme varie selon le faciès opérationnel et la période de l'année. Pour ce rapport, nous retenons les résultats des faciès (est et sud) qui ont présentés des cas de recrudescence de paludisme dans 7 districts KMSalama.

Faciès opérationnel – est :

- 61 233 RDT ont été utilisés durant la période octobre 2011 – juillet 2012. Le taux de positivité moyen est de 63 %. Le pic est constaté durant le mois d'avril 2012, période durant laquelle il y a eu le passage du cyclone à Madagascar.

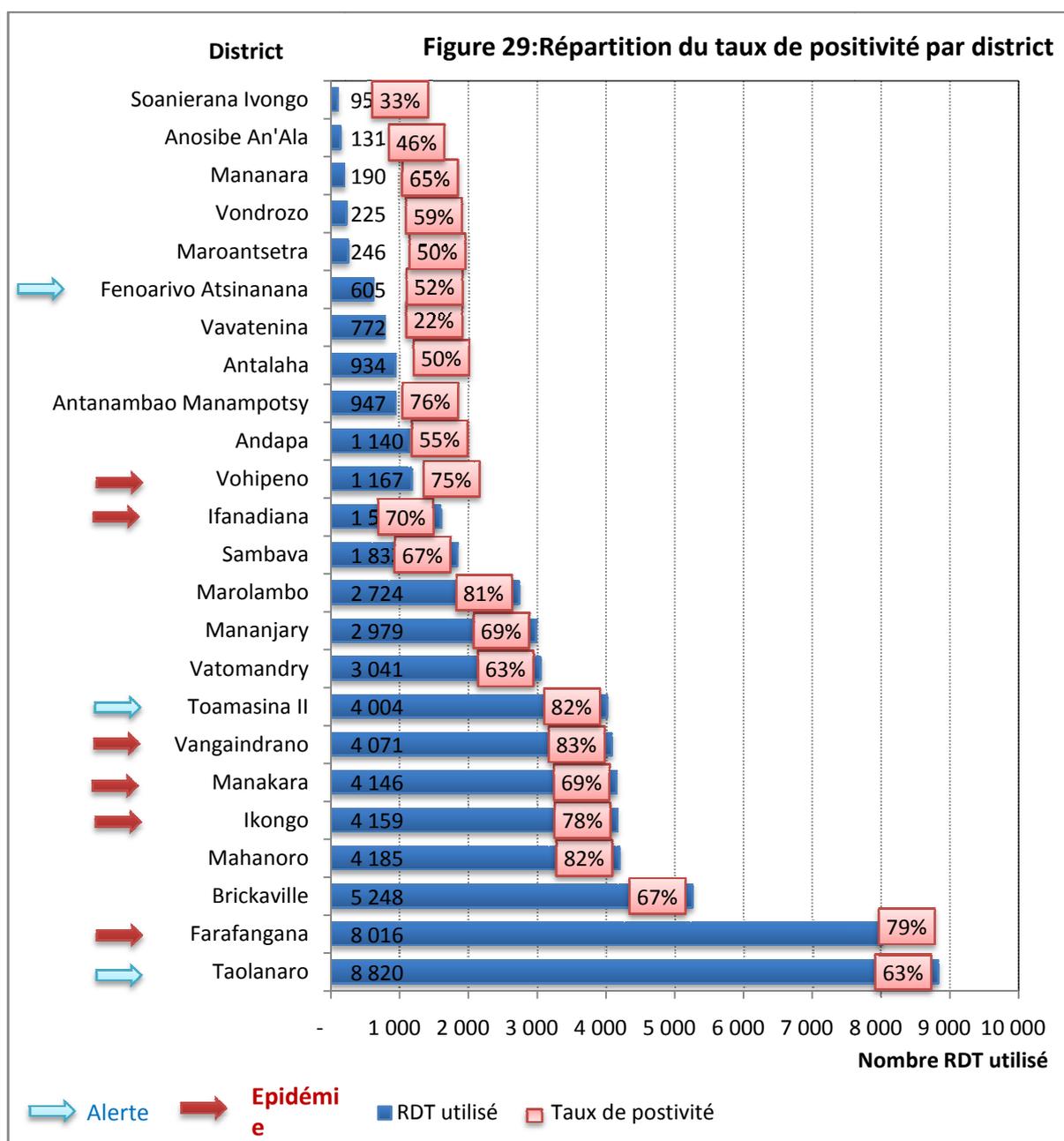
Figure 28: Evolution mensuelle des prises en charge des cas dans la zone EST



Source : Santénet2, Extranet, RMA AC (Oct 2011-Sept 2012).

Durant le second trimestre de cette année, une augmentation de la pluviométrie due au passage des deux cyclones Giovana et Irina dans la région de Vatovavy FitoVinany celle du sud est ont entraîné une forte recrudescence du paludisme. Les données des AC dans les districts les plus touchées montrent en moyenne un taux de positivité de plus de 75 % durant les mois de mars et avril 2012. Des activités de riposte ont été réalisées en mobilisant tous les AC opérationnels dans les communes déclarées épidémiques. A cet effet, des distributions gratuites en ACT ont été réalisées dans ces zones.

La figure ci-dessous illustre l'utilisation des RDT au niveau communautaire et le taux de positivité par district.



Source : Santénet2, Extranet, RMA AC (Oct 2011-Sept 2012).

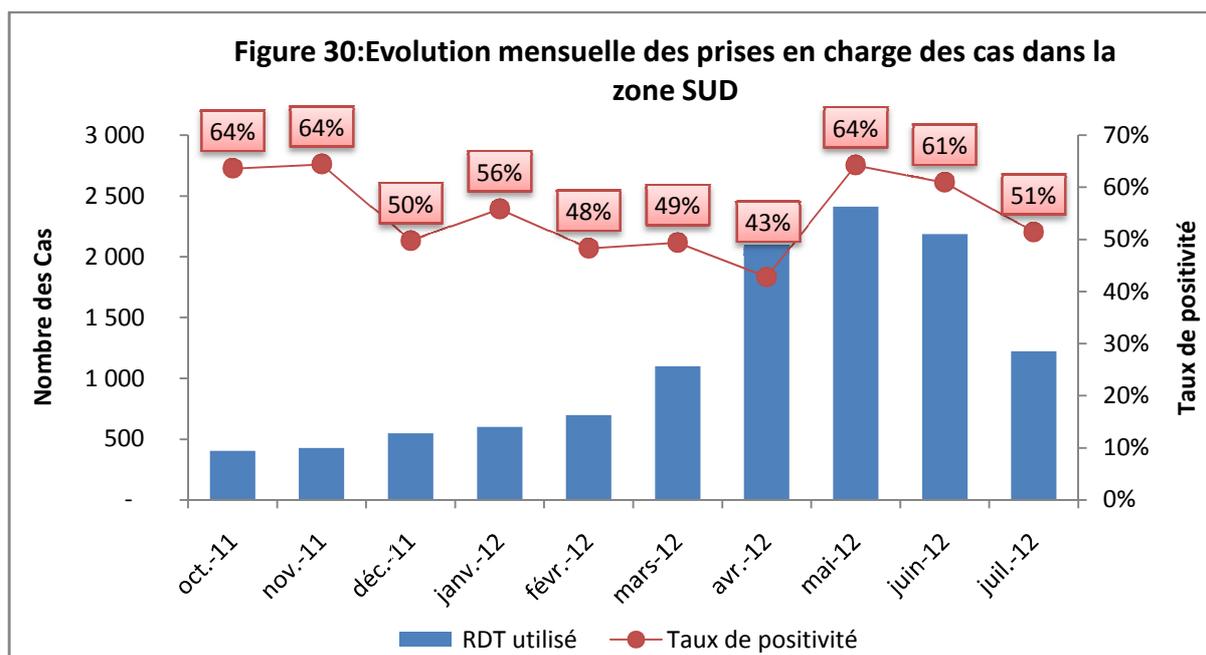
Faciès opérationnel – sud :

Le district d'Ambovombe et celui de Bekily ont présenté une recrudescence des cas de paludisme du mois d'avril au mois de juin 2012.

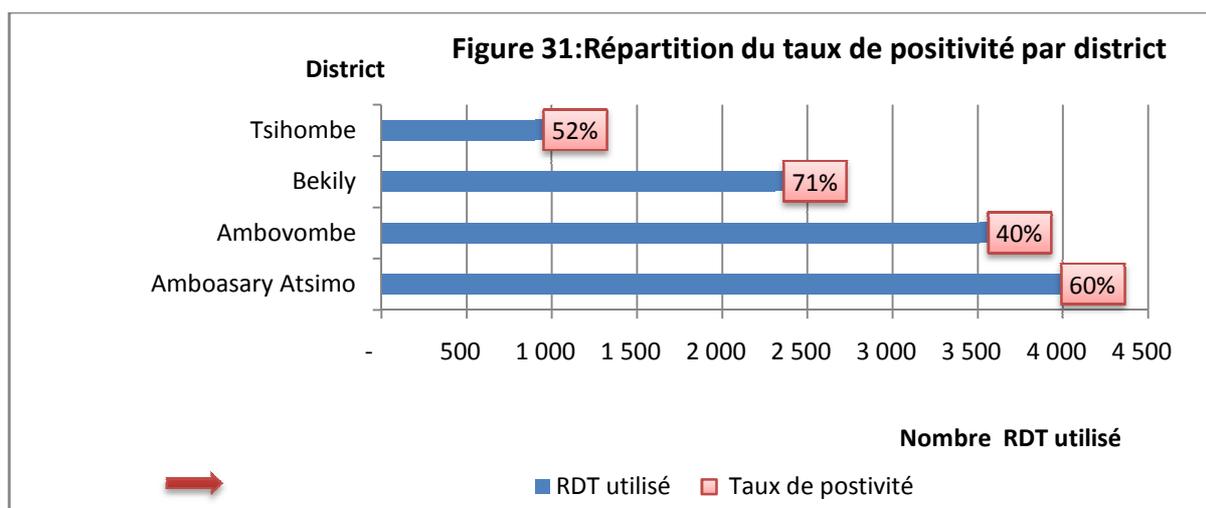
Le projet a soutenu les activités de riposte ayant mobilisé les acteurs communautaires. Les actions menées sont les suivantes :

- Réunion de coordination de tous les acteurs (partenaires, CSB, CCDS, AC...) ;
- Diffusion des messages radios et spot spécifiques avec les radios locaux à Ambovombe (radio Cactus) et à Bekily (radio Tanamasoandro) ;
- Mobilisation des AC pour la sensibilisation et le dépistage actif des cas dans les *fokontany* des communes les plus touchées (Bekitro, Beteza, Beraketa) ;
- Réapprovisionnement rapide de tous les points d'approvisionnement dans le district de Bekily.

Le rapport du superviseur de zone ASOS Sud RFA#3, en annexe, résume la participation des ACE2 lors de ces activités de riposte. (*Annexe 12*: rapport de mission).



Source : Santénet2, Extranet, RMA AC, (Oct 2011-Sept 2012).



Source : Santénet2, Extranet, RMA AC (Oct 2011-Sept 2012).

La section suivante détaille les activités réalisées pour atteindre ces résultats.

1. Coordination des activités de services à base communautaires avec les partenaires de lutte contre le paludisme

Pour une bonne synergie des opérations au niveau communautaire, Santénet2 a participé aux diverses réunions de coordination avec les partenaires techniques. La participation effective aux réunions de coordination a permis le partage des pratiques, des expériences, des leçons apprises dans la mise en œuvre des activités dans les KM salama.

Les comités de coordination se divisent en trois grands groupes : les partenaires de USAID/PMI, le comité RBM et le comité de coordination du PCIME-c.

1.1. Coordination et partenariat dans le comité RBM

Le comité RBM représente une institution de communication et validation des décisions prises pour le renforcement des stratégies de lutte contre le paludisme.

Afin de répondre aux besoins du programme dans la gestion des intrants niveau national, le comité GAS (Gestion, Approvisionnement et Stock) a été créé.

Le Plan Stratégique National 2013–2017 a adopté deux circuits d’approvisionnement communautaire : au niveau CSB et au niveau des points d’approvisionnement. Le dernier circuit a été initié et développé par Santénet2 en collaboration avec PSI. Actuellement, cette initiative est également introduite dans les zones d’intervention de MAHEFA.

Par ailleurs, le plaidoyer auprès du comité RBM et des partenaires a abouti à l’intégration des 35% des ACE niveau 2 formés dans le cadre de KM salama, dans les formations sous le financement de National Strategy Applications (NSA) et à l’harmonisation des outils de gestion des AC PCIME-c. Les résultats sont les suivants :

- Dotation de nouvelle fiche de prise en charge aux 5 647 ACE2 en partenariat avec SALAMA.
- Disponibilité des lettres ministérielles sur l’approvisionnement de tous les AC auprès des CSB.
- Harmonisation des RMA des AC.

(carte illustrant la répartition des ACE 2 intégré dans NSA)

1.2. Coordination avec partenaires d’USAID/PMI.

Le comité GAS/PMI regroupe les partenaires de mise en œuvre financé par USAID/PMI (PSI, MAHEFA, DELIVER, IPM, et PMI).

Afin de faciliter l’estimation des besoins des AC en matière d’intrants et de produits, dans les 800 KM salama, leur consommation moyenne mensuelle a été calculée basée sur les facteurs épidémiologiques, climatiques et la situation d’enclavement des points d’approvisionnement.

De juillet 2011 à octobre 2012, une rupture généralisée en RDT et ACT a été constatée dans tous les PA des 800 KM salama. Des stratégies de renflouement du pipeline ont été menées pour redynamiser le système d’approvisionnement et appuyer les services à bases communautaire. En conséquence, 06 ACT par AC ont été distribués, et 04 ACT ont été stockés au niveau de chaque point d’approvisionnement.

Par ailleurs, 400 000 doses d’ACT financé par PMI vont être distribuées dans tout Madagascar à partir de novembre 2012.

1.3. Coordination et partenariat dans le comité PCIME-c.

Le projet Santénet2 a plaidoyé l’application du Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) dans tous les ateliers de coordination du sous comité PCIME-c.

Santénet2 a réitéré avec le sous comité formation l’importance et le profil d’un bon directeur de cours. A cet effet, les pools de formateurs instaurés par Santénet2 dans les régions ont été mobilisés pour améliorer la qualité des formations menées avec les financements NSA.

L'utilisation d'un RMA intégré concernant la santé de l'enfant pour les AC a été avancée par le projet. Mais le PNLP refuse encore l'utilisation de cette RMA intégrée.

Le RMA intégré comporte : le SPC, la prise en charge des 03 maladies, le volet PF, la référence pour CPN et enfin les activités de sensibilisation.

2. Prévention du paludisme dans les zones KM salama

Depuis le début du projet jusqu'à date, 5 647 ACE niveau 2 sont fonctionnels mais certains AC ont abandonné (jusqu'à 5 %) au cours de la vie du projet. A cet effet, 388 ACE2 sont nouvellement formés en PCIME-c et sur l'utilisation des RDT durant des séances de formations de rattrapage pour assurer la couverture des ACE2 offrant le programme PCIME.

Concernant les activités de sensibilisation sur le paludisme, 1 109 398 personnes ont eu des contacts avec les AC sur les méthodes de prévention à travers 74 984 séances de sensibilisation soit 6 249 séances par mois (contacts inter personnels et/ou les visites à domicile).

Les activités de sensibilisation individuelles menées par les AC sont appuyées par la diffusion des spots à travers 28 radios locaux. Les spots sont traduits en dialecte local pour une meilleure compréhension des cibles.

De plus, la diffusion des messages clés sur la prise en charge sont accentués durant la période de haute transmission pour appuyer les services à base communautaire.

Outre les diffusions des messages clés à travers les spots, des reportages ont été effectués par les radios locaux. **48** reportages sur le paludisme ont été diffusés

Extrait 1 d'une conversation diffusée dans le reportage.



Prise en charge précoce et correcte du cas de paludisme

« Je remercie l'AC dans notre Fokontany car il nous a bien accueilli. Mon enfant testé positif à l'analyse (RDT+), il est guéri en 3 jours. En plus, le coût des médicaments est très abordable. J'invite toutes les mères à joindre sans hésitation les AC dans leur FOKONTANY dès que leur enfant est malade ».

Cas référé par l' AC



- « Je suis très reconnaissant envers l'AC de mon Fokontany. Si je ne l'ai pas pu le contacter mon enfant aurait pu mourir. Car d'après elle, non seulement mon enfant a eu un paludisme confirmé par l'analyse; mon enfant présentait également des signes de danger. Il m'a tout de suite référé au CSB pour une prise en charge plus adaptée car il m'a bien expliqué que la vie de mon enfant est en danger. Je suis parti sans tarder au CSB on a bien reçu et mon enfant a eu traitement bien adapté. En rentrant, le chef CSB nous a donné une lettre contre référence pour le suivi de l'état de mon enfant. L' AC a de nouveau fait le suivi de l'état de mon enfant à notre retour dans mon Fokontany. Je suis très satisfait de ce bon suivi et cette bonne collaboration de l'AC et CSB.

3. Encadrement continu des AC

Le système d'encadrement continu et individuel des AC contribue à l'amélioration de la performance progressive des AC.

3 187 visites de supervisions ont été menées et ont permis d'encadrer tous les ACE niveau 2 fonctionnels. Durant ces supervisions, la compétence des AC a été renforcée pour répondre aux besoins de la communauté.

Axe stratégique 4 : Accroissement de la capacité des populations à haut risque à lutter contre les IST/VIH-sida

L'objectif principal est de disposer de structures locales ayant les capacités techniques et organisationnelles pour exécuter des activités de prévention des IST/VIH/sida et pour promouvoir l'accès des populations à haut risque dans les services de santé dans 09 sites.

A cet effet, le programme a continué au cours de l'année à appuyer techniquement et financièrement les associations de travailleurs de sexe et d'hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, partenaires en 2011 à mettre en œuvre des activités de prévention des IST/VIH/sida dans leur communauté. Les zones d'interventions ont été les villes de concentration de ces groupes : Antananarivo, Ihosy, Manakara, Antsirabe, Majunga, Tamatave, Fort Dauphin, Tuléar, Fianarantsoa.

En outre, le programme a capitalisé l'existence du Fonds Mondial 8 dans certaines localités, à savoir Antananarivo, Majunga, Tamatave, Tuléar, Fort Dauphin. Ainsi, les interventions dans ces sites ont porté principalement sur le renforcement des capacités techniques des associations.

a. Approches

- Octroi de mini subvention aux associations de travailleuses de sexe et d'hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) dans les localités où il n'existe pas de financement disponible pour ces groupes.

- Renforcement des capacités programmatiques, organisationnelles et institutionnelles des pairs éducateurs et des dirigeants des associations à travers des formations portant sur la mobilisation des ressources, le montage de projet, la prévention des IST/VIH/sida, la négociation de l'utilisation du préservatif. Ces thèmes seront dispensés en 27 sessions de formation.
- Intégration des droits humains dans la lutte contre les IST/VIH/sida.
- Valorisation de l'approche par les pairs.

b. Résultats

15 associations (9 associations de travailleuses de sexe et 6 associations de MSM) se trouvant dans 6 villes ont bénéficié de subvention. Leurs capacités organisationnelles programmatiques et institutionnelles ont été renforcées. Elles ont été formées sur la prévention des IST/VIH/sida, les techniques de négociation de l'utilisation du préservatif, les droits humains et la lutte contre la stigmatisation, la sexualité et le genre, la mobilisation des ressources, le montage de projet, et la gestion financière. Des outils de sensibilisations répondant au contexte de travailleuses de sexe et des MSM ont été produits par le projet.

Depuis FY 2011, 41 600 travailleuses de sexe et HSH ont été touchés par les activités de sensibilisation portant sur la prévention du VIH/sida et sur l'utilisation des services de santé effectuée par les éducateurs pairs formés par le projet. 554 672 préservatifs ont été distribués au cours des activités de sensibilisation. 7 117 travailleuses de sexe et HSH ont utilisé les services de HIV counseling et de dépistage des IST.

Durant cette année fiscale, 22 710 travailleuses de sexe et HSH sont sensibilisés sur les questions de droits humains, de prévention des IST/sida et d'utilisation des services de santé. 60 971 préservatifs ont été distribués. 1 879 travailleuses de sexe et HSH ont utilisé des services de santé (dépistage, soins IST).

Les réalisations qui ont permis d'obtenir ces résultats sont les suivantes :

- Appui technique et / ou financier aux 19 associations de MARPS:
 - 08 ont bénéficié en même temps de mini subvention et d'appui technique.

Talbeau 13 : Associations MARP bénéficiant de subventions et d'appui technique

Ville	Association
Antsirabe	PLAJEHVAK (HSH)
	FIVEMIA (TS)
Fort Dauphin	Fanantenana (TS)
	Tanora Manan-Jo (HSH)
Fianarantsoa	Mifanasoa (TS)
	Tanora Te Hivoatra (HSH)
	Vonona Mifanasoa II
	Tanjona Miray

TS = travailleuses de sexe

- 11 ont bénéficié uniquement des actions de renforcement des capacités car elles se trouvent dans les zones d'intervention du Fonds Mondial 8.

Tableau 14 : Associations MARP bénéficiant de renforcement des capacités

Ville	Association
Toamasina	Todika (TS)
	Iray Vatsy Iray Aina (HSH)
Antananarivo	Ezaka (HSH)
	AFSA (TS)
Toliara	Fanamby (TS)
	Fihamy (TS)
	Manavotena (HSH)
Manakara	Avotra (TS)
Ihosaloa	FIVEMAD (TS)
Majunga	FBM (TS)
	Ezaka Boeny (HSH)

- Formation des pairs éducateurs MARP afin qu'ils puissent mener leurs activités auprès du groupe cible :
 - 21 formations concernant la mobilisation des ressources, la prévention des IST/VIH/sida, la négociation de l'utilisation du préservatif, et le montage de projet ont été réalisées.
 - 380 pairs éducateurs sont formés et opérationnels



Santénet2/Patrick B. Formation des HSH à Toamasina

AXE STRATEGIQUE 5 : Implication des leaders religieux et des organisations confessionnelles dans la stimulation de la demande des services de santé par la population des KM salama

Il s'agit principalement de mobiliser les leaders religieux et les organisations confessionnelles à contribuer à l'amélioration de la santé de la communauté.

a. Approches

- Santénet2 appuie les entités membres de la Plateforme des Leaders Religieux et des Organisations Confessionnelles (PLeROC) à diffuser des messages de santé dans les KM salama pendant leurs activités de culte.
- Dans le souci de pérenniser les activités, Santénet2 appuie directement les leaders religieux locaux en leur dotant d'outils de travail, notamment des livrets d'animation et des fournitures de bureau.
- Les leaders religieux locaux sont mis en relation avec les CCDS à qui ils vont remettre leurs rapports d'activités. Les rapports relateront le nombre de personnes sensibilisées et les thèmes de sensibilisation.
- Au cours de leurs descentes mensuelles, les TA collectent les rapports des leaders religieux et, au besoin, procèdent à la vérification de la fiabilité des informations. Ces informations sont saisies ensuite dans l'Extranet par les TA.

b. Résultats

361 281 personnes sont sensibilisées et 20 livrets d'animation sont distribués aux entités membres de la PLeROC.

AXE STRATÉGIQUE 6: Mettre en place la stratégie WASH dans les KM salama

a. Approches

Le volet Eau, Hygiène et Assainissement (EHA ou WASH) fait partie du domaine d'intervention de Santénet2 au niveau des KM salama. La mise en œuvre de cette stratégie a pour but de renforcer les activités des autres domaines, en particulier, la lutte contre la maladie diarrhéique, mais aussi, l'appropriation de la communauté dans l'amélioration de sa propre santé en matière d'EHA. Santénet2 a renforcé la capacité des membres du CCDS afin qu'ils puissent être capables d'assurer ses rôles.

Pour répondre à ces buts, différentes activités ont été mises en œuvre par Santénet2:

- Le CLTS (Community Led Total Sanitation) consistant à inciter la communauté à utiliser des latrines tout en éliminant la défécation à l'aire libre.
- Le renforcement de capacité de la commune en matière de maîtrise d'ouvrage afin qu'elle puisse assurer sa propre gestion de l'EHA ;
- L'AC/CCDS Amis de WASH qui consiste à sensibiliser les AC /CCDS à être modèles par rapport aux comportements clés du WASH, à savoir l'utilisation de latrine, la possession et utilisation de dispositif de lavage de main avec du savon et enfin l'utilisation d'un dispositif de point d'eau propre.

Durant l'année 2012 les suivis des réalisations de ces activités ont été généralement pilotés par les membres de CCDS, assurant ainsi la continuité et l'appropriation par la communauté. Ils envoient régulièrement les rapports de suivi à Santénet2 à travers les techniciens des ONG (TA) de mise en œuvre.

b. Résultats

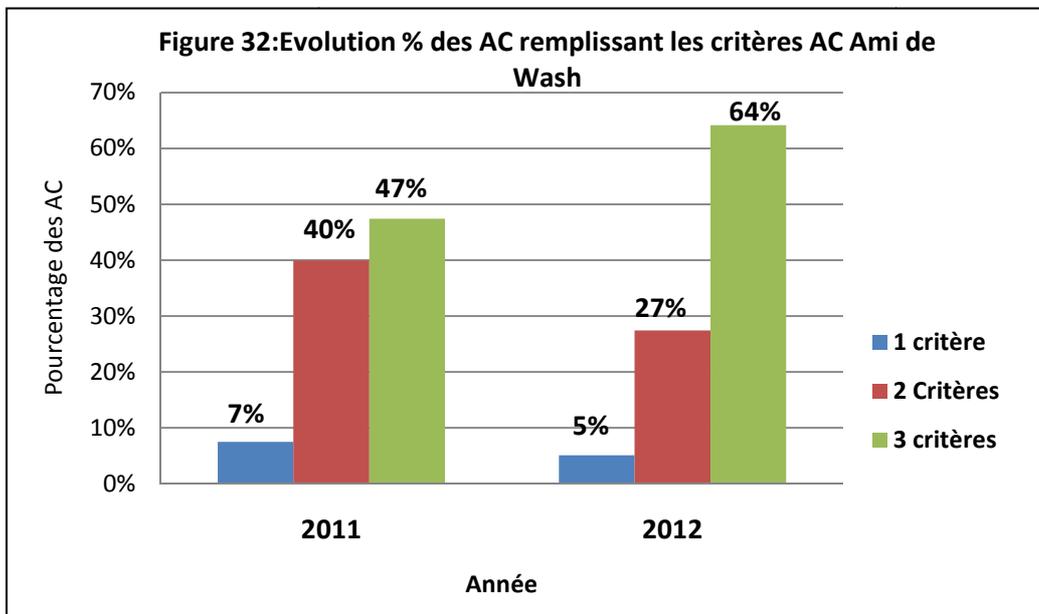
1- Coordination avec les partenaires WASH

Une coordination efficace avec les partenaires WASH de l'USAID a permis à Santénet2 de réaliser différentes activités.

Ainsi, les journées mondiales de l'eau, de lavage de main avec du savon, de latrine ont été célébrées grâce au partenariat de Santénet2 avec les différents programmes WASH de l'USAID. Différents ateliers de partage d'expériences ont été menés avec les partenaires, permettant à Santénet2 d'améliorer sa stratégie de mise en œuvre CLTS.

2- Activités AC/CCDS Amis de WASH

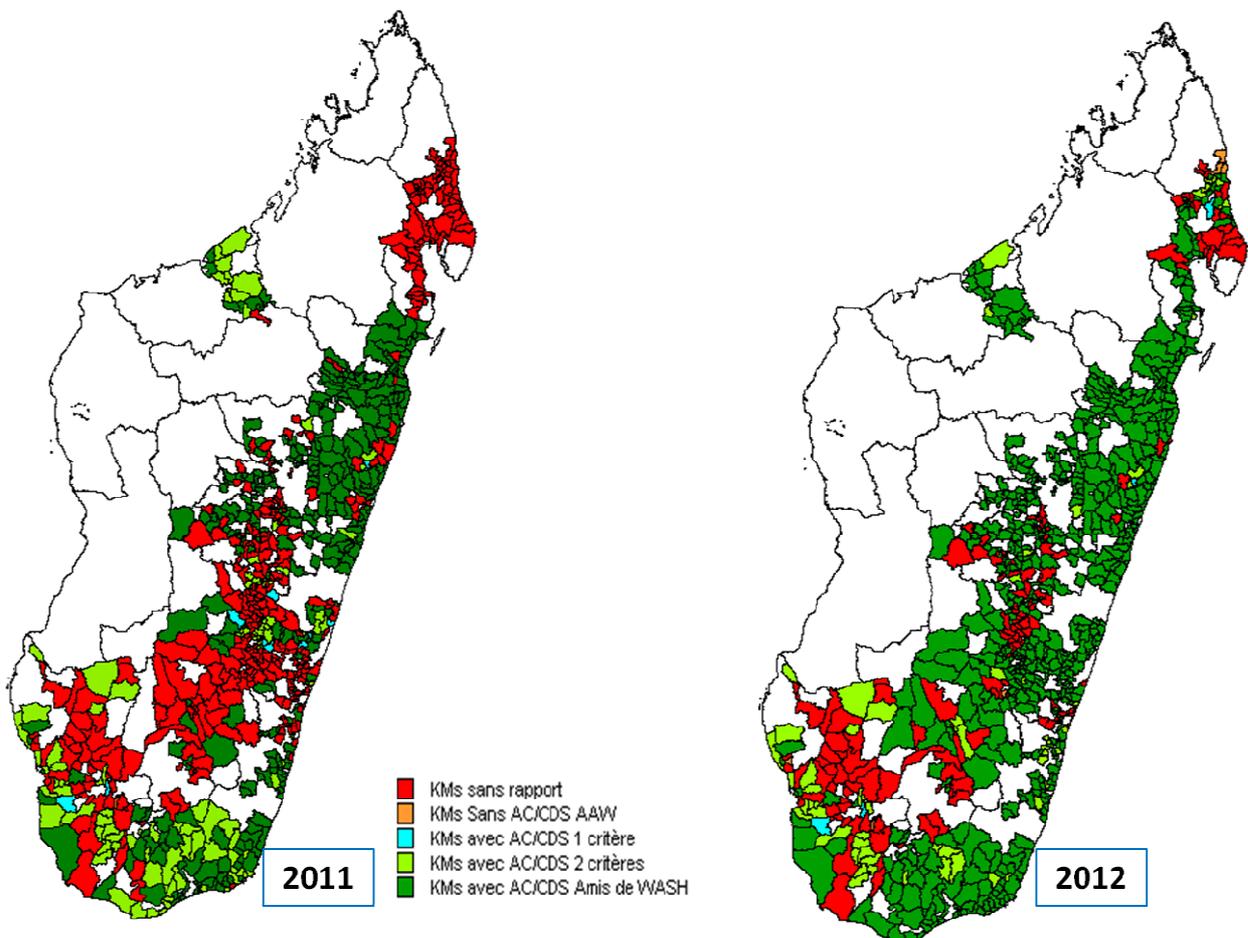
Cette activité a été menée pour inciter les AC et CDS à être modèles en matière de comportement relatif à l'Eau Hygiène et Assainissement. Trois critères doivent être remplis par ces acteurs communautaires pour qu'ils deviennent Amis de WASH : Utilisation de latrine, possession de dispositif de lavage de main avec du savon, possession de point d'eau propre. L'activité est totalement pilotée par les membres du CCDS des communes d'intervention de Santénet2.



Source : Santénet2, Base de données AAW (2011,2012)

Figure 33 : Evolution des communes sur les critères AC/CCDS Amis de WASH

2011 - 2012



Pour concrétiser la réalisation de cette activité, Santénet2 a mis à jour le guide de formation des CCDS en EHA. Par la suite, Santénet2 a pu former 115 TA, qui à leur tour ont formé 1 715 membres du CCDS sur leur rôle en matière de mise en œuvre et suivi des activités EHA.

Durant 2012, 3 243 AC et 1 143 membres du CCDS ont été certifiés Amis de WASH, dépassant largement l'objectif fixé. 2 578 AC/CDS ont pu remplir 2 critères et 520 AC remplissent un critère.

Cette activité a été une réussite grâce à la prise de responsabilité de la commune, des membres du CCDS/ AC et des TA. En effet, cette prise de responsabilité engendre d'autres bons résultats en matière d'EHA, plus particulièrement sur le CLTS et le nombre de personnes sensibilisées sur les messages EHA.

3- CLTS

Il s'agit d'une approche visant à responsabiliser la communauté à éliminer la défécation à l'air libre, et par conséquent construire et utiliser la latrine, sans aides extérieures. L'activité consiste à déclencher les villages afin que la communauté soit consciente de leur mauvaise habitude, la défécation à l'air libre, et décide de construire et utiliser des latrines.

Durant l'année fiscale 2012, Santénet2 a commencé à responsabiliser les membres du CCDS pour mettre en œuvre et suivre les réalisations en matière de CLTS.

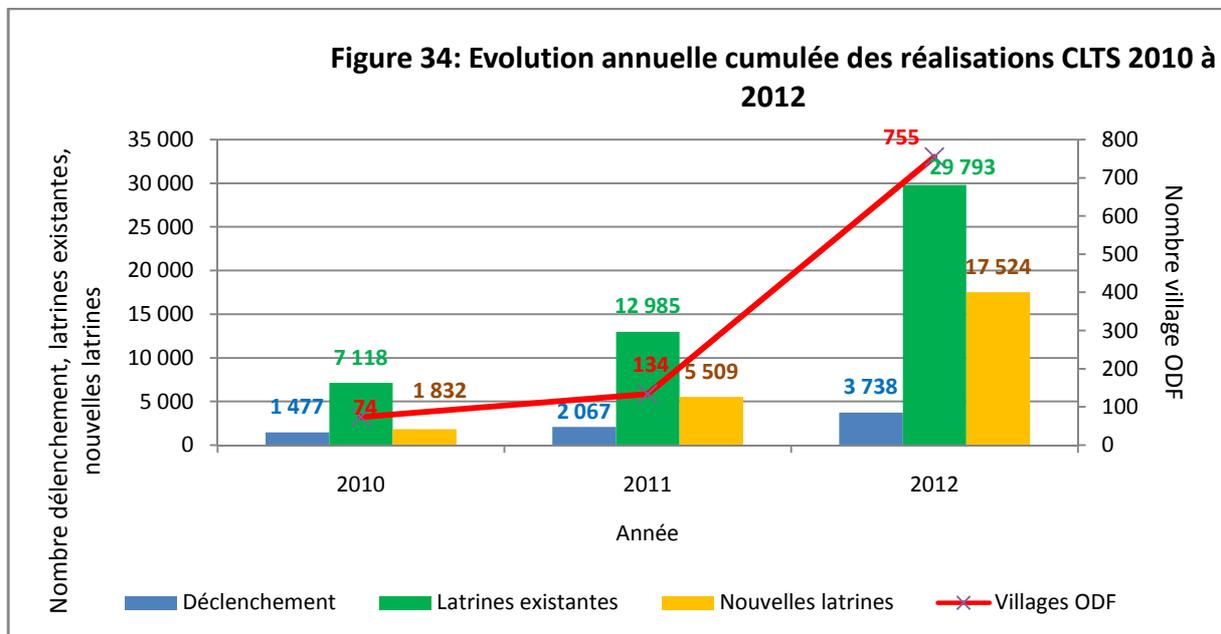
En effet, 2 048 nouveaux villages ont été déclenchés en CLTS. L'objectif (1 500) est légèrement dépassé car Santénet2 a renforcé l'activité CLTS. On a également constaté un fort engagement des CCDS dans la mise en œuvre de l'approche. 1 814 suivis CLTS ont été réalisés par les membres du CCDS alors que l'objectif étant 1 500.

14 800 nouvelles latrines ont été construites et 170 252 nouvelles personnes utilisent la latrine, 755 nouveaux villages sont dépourvus de défécation à l'air libre (ODF ou Open Defecation Free). Ce qui dépasse largement les objectifs fixés. Suite au renforcement de capacité des TA et des membres de CCDS, à la forte sensibilisation des AC/CCDS sur le thème EHA, au renforcement des activités AC/CCDS Amis de WASH, à la prise de responsabilité des leaders communautaires en vu d'appropriation, les activités de CLTS ont connu un succès auprès des membres de la communauté.



Célébration de l'ODF dans le village d'Ambohimanarina, commune de Fihaonana.

Figure 34: Evolution annuelle cumulée des réalisations CLTS 2010 à 2012



Source : Santénet2, Base de données CLTS (2010, 2011, 2012)

1 217 549 personnes ont été sensibilisées sur les messages WASH, dépassant largement l'objectif fixé. Ce résultat est dû à l'intensification des activités d'assainissement (CLTS), au renforcement des activités AC/CCDS Amis de WASH. En effet, le fait d'être certifiés AC/CCDS Amis de WASH motive ces acteurs communautaires à sensibiliser davantage la communauté sur les messages EHA.

4- Renforcement de capacité de la commune dans la maîtrise d'ouvrage en EHA

Avec l'appui de ses sous-contractants, Santénet2 a renforcé la capacité des 164 KM salama en maîtrise d'ouvrage en EHA à travers les membres de la structure en charge de l'EHA. Les appuis apportés aux communes sélectionnées comprennent 3 grands volets : le diagnostic des ressources en eau, la formation des membres de structure en charge de l'EHA de la commune et le suivi. Par la suite, en vue d'assurer une continuation au niveau communautaire, ce sont les membres du CCDS qui assurent le suivi des réalisations de la commune après l'appui des sous contractants.

A partir des 470 rapports de suivis réalisés par les membres du CCDS au niveau de 256 fokontany dans les 164 communes appuyées par Santénet2, des améliorations d'infrastructures existantes ou de nouvelles constructions ont été effectuées par la communauté, à savoir :

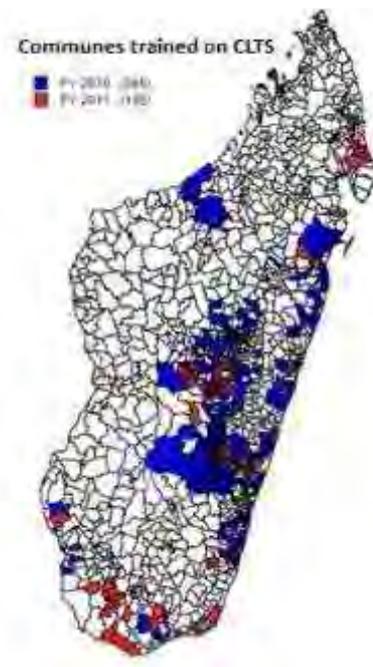
- chaque commune possède une structure qui gère l'eau ;
- chaque commune a élaboré un plan de développement en eau ;
- 1 153 points d'eau existants sont entretenus ou améliorés ;
- 256 puits ou autres infrastructures en eau ont été construits ;
- 232 latrines publiques sont fonctionnelles.

c. *Leçons apprises*

Par rapport à la mise en œuvre des activités EHA au sein des KM salama, Santenet2 a pu tirer les leçons permettant de contribuer à l'amélioration des résultats, l'appropriation et la pérennisation des actions entreprises :

- Renforcer la capacité des CCDS pour assurer le suivi des activités EHA ;
- Instituer la mise en place du système "AC Amis de WASH" et "CCDS Amis de Wash" pour servir de modèle à l'ensemble de la communauté ;
- Promouvoir les activités CLTS pour mieux avoir des impacts sur les maladies, notamment la diarrhée ;
- Appuyer les communes sur la gestion de la maîtrise d'ouvrages qui est une des principales stratégies de Wash à Madagascar, car cela permettrait aux communes de bien assumer leurs rôles et tirer tous les bénéfices de la gestion de l'eau et l'assainissement au niveau local.

En conclusion, la mise en œuvre des activités EHA au sein des KM salama a permis de transférer les responsabilités tant dans la mise en œuvre que dans le suivi. L'appropriation par la communauté a été démontrée et la pérennisation pourrait être envisagée dans cette approche.



Défis et Mesures Correctionnelles

Les défis pour les services à base communautaire se résument en une coordination des activités à tous les niveaux, à l'assurance de l'effectivité et de la continuité des services de proximité ainsi qu'à l'implication effective des CSB dans le suivi et la supervision des AC.

Pour relever ces défis, les actions suivantes sont proposées :

1. Continuer à appuyer les réunions de coordination périodiques avec les différentes plates-formes d'échanges, avec les différents task force et les différents comités des partenaires pour le SME/nutrition ; le SR/PF, le paludisme, le VIH/IST/Sida.

- Santenet2 partagera les acquis de KM salama en matière de SBC dans les réunions de coordination. Les réalisations, expériences vécues et acquis permettront aux différentes entités de renforcer la mise en œuvre des services à base communautaire.
- En effet la majorité des décisions prises stagne au niveau central, ne passe pas au niveau périphérique, ni exécuter au niveau de la base. Quelques points méritent d'être mentionner sur les deux niveaux de coordination:

Au niveau central

- Capitalisation des acquis sur la mise en œuvre des SBC des autres partenaires. (PCIMEc, PF, Depocom, distribution de FAF, ...)
- Optimiser les financements disponibles pour la mise en œuvre de la PNSC : suivi et supervision des AC, motivation des AC
- Utilisation d'un RMA intégré pour que les AC ne fassent pas trop de rapport (verticalisation des programmes)

Au niveau périphérique:

- Capitalisation des compétences au niveau des FKT, des communes Ex : intégration de tous les AC offrant le programme PCIMEc,
- Intégration et utiliser des données de tous les AC au niveau du CSB,
- Renforcer l'approvisionnement en intrants au niveau du CSB.

2. Assurer l'effectivité et la continuité des services à base communautaire intégré, de qualité :

- Réalisation de remises à niveau des AC en suivi et la promotion de la croissance, la surveillance nutritionnelle, PCIMEc et Dépo communautaire.
- Supervisions et encadrements continus des AC. Les superviseurs seront les premiers responsables.
- Adoption de l'outil de supervision répondant aux conformités en PF
- Suivi de l'effectivité des supervisions des AC en accordant beaucoup plus de temps aux pratiques des counseling en PF et en Suivi et promotion de la Croissance (SPC).
- Partage des résultats aux ONG de mise en œuvre et aux CCDS pour leur permettre une prise de décision adéquate et partager des mesures correctives pertinentes.
- Renforcement de l'engagement communautaire pour la mise en place des systèmes de d'évacuation sanitaire dans le cadre de l'UONc et suivi de la mise en place de SES ;

3. Appuyer les associations MARPS des cinq villes à avoir des sources de revenu autres que le travail du sexe

Coordination

1. Introduction

L'approche KM salama se caractérise par la mise en place de services de promotion, de prévention et de prise en charge à base communautaire pour responsabiliser la population dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant dans 800 KM salama.

16 ONG apportent leurs appuis sur le plan logistique et administratif dans la mise en place de ces services. 12 058 AC (source : base de données Santénet2 1^{er} octobre 2012) œuvrant dans 5 758 fokontany à plus de 5 km des centres de santé délivrent ces services incluant principalement la Santé de la Reproduction / Planning Familial, le paludisme, la nutrition, l'IST/VIH/Sida, la Santé de la Mère et de l'Enfant, l'eau, hygiène et assainissement. 805 points d'approvisionnement communautaires fournissent les AC en produits et médicaments. L'encadrement continu des AC pour renforcer leurs compétences implique d'autres acteurs, notamment les superviseurs, les 204 personnes de terrain dont 156 techniciens d'appui des ONG, les membres des 800 CCDS et Santénet2 (5 Bureaux régionaux et Unité de Coordination).

L'existence de cette multitude d'acteurs avec différents rôles mais complémentaires requiert une bonne coordination à tous les niveaux pour mieux structurer les interventions et être plus efficace dans la mise en œuvre de l'approche KM salama. En outre, l'atteinte des résultats nécessite une bonne performance des ONG de mise en œuvre. Ainsi, l'unité de coordination met une attention particulière sur l'accompagnement des ONG.

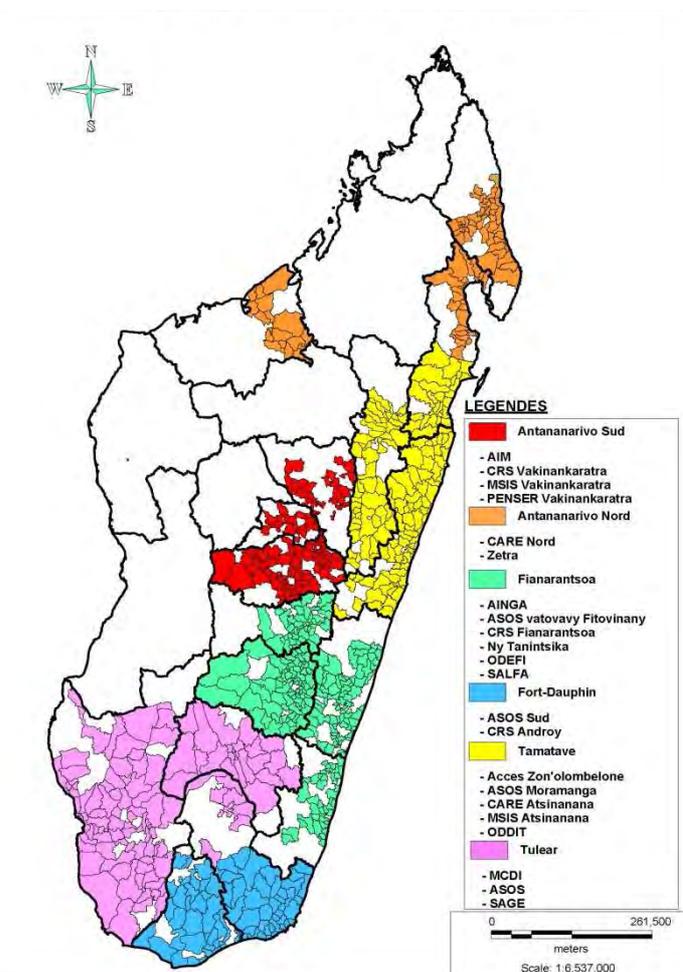
Cet accompagnement se traduit par des appuis des ONG dans la planification de leurs activités, des suivis réguliers de la réalisation de leurs activités, les formations de leur personnel, l'évaluation de leur performance, la tenue de réunions de coordination mensuelles et de l'Atelier de coordination nationale.

2. RESULTATS

Performance des ONG partenaires de mise en œuvre de KM salama

Durant l'année fiscale 2012, Santénet2 a continué à renforcer la capacité organisationnelle et institutionnelle des ONG de mise en œuvre afin de mener à bien l'approche KM salama. En effet, l'évolution de leurs performances s'est affirmée d'année en année.

Figure 36 : Cette carte nous montre le rattachement des différents ONG de mise en œuvre avec les 6 Bureaux régionaux de Santénet2.



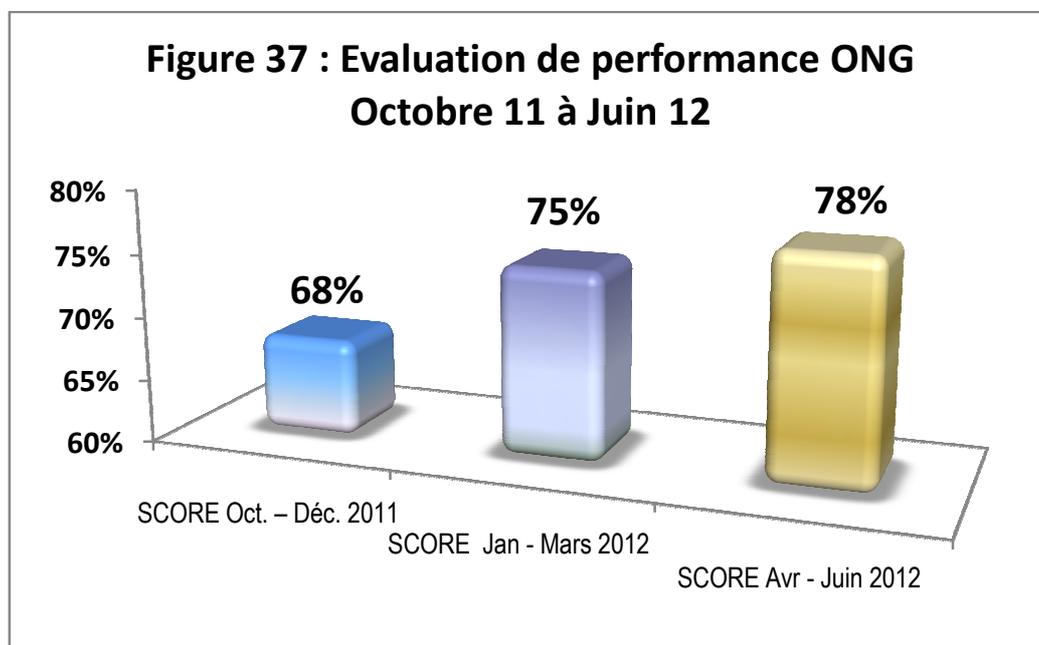
Une évaluation continue de la performance des partenaires de mise en œuvre, concernant la qualité des prestations offertes à la communauté, est menée tous les trimestres. Cette évaluation permet, d'une part, à Santénet2 de mieux cibler l'accompagnement des ONG et, d'autre part, aux ONG d'identifier leurs réussites et les points à renforcer afin d'améliorer davantage la qualité de leurs services.

Cette évaluation porte sur les cinq critères suivants :

- Gestion des ressources et système d'approvisionnement (distribution et réception des outils par les ONG, les CCDS et les AC)
- Performance organisationnelle (réalisation des activités planifiées, participation des AC et CCDS aux réunions, réalisation des supervisions)
- Rapportage et communication (complétude et promptitude des sms et extranet, tenue des réunions de coordination, participation du personnel des ONG aux réunions de coordination, la pertinence des thèmes discutés pendant la réunion, rapport de ces réunions)
- Engagement communautaire (engagement des CCDS et des communautés dans l'identification et réalisation des activités pour renforcer la disponibilité et l'accès aux services de santé)
- Qualité de services des AC (selon les résultats des supervisions qui mesurent entre autres la référence des enfants pesés en bande rouge, utilisation des Tests de Diagnostic Rapide, validité et fiabilité des données en planning familial)

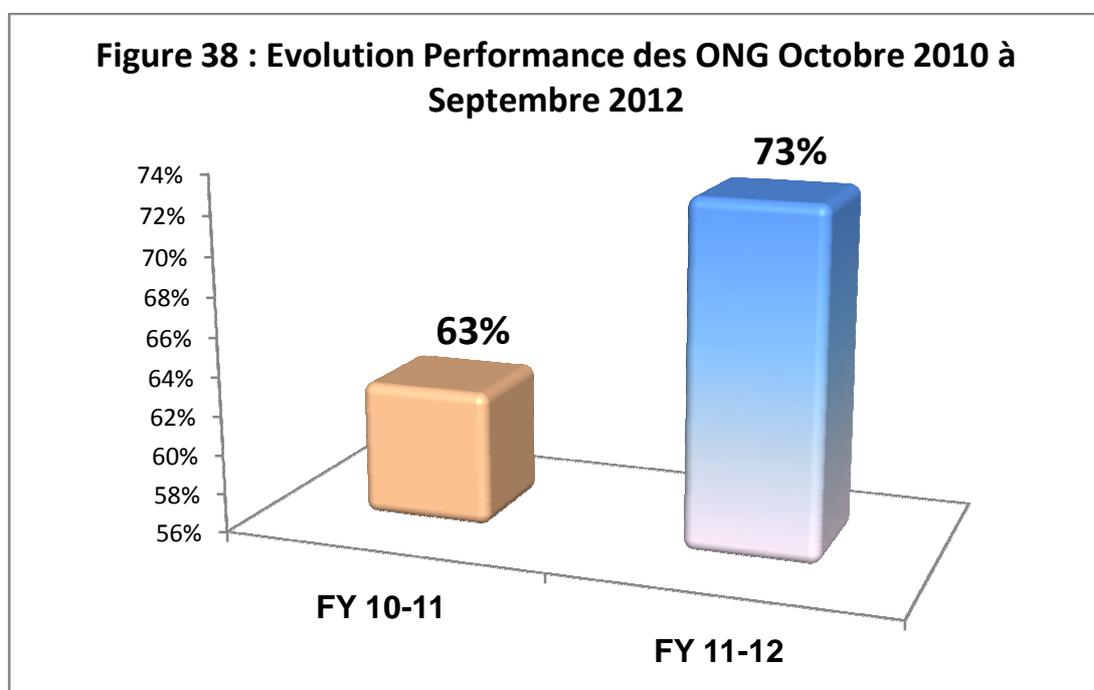
A l'issue de cette évaluation, les ONG établissent un plan d'action pour améliorer les domaines présentant des faiblesses. Le plan d'action fait l'objet d'un suivi par l'unité Coordination.

Les graphes ci-dessous nous montrent les résultats des évaluations des 3 premiers trimestres de l'année 2012 ainsi que l'évolution de cette performance durant les années 2011 et 2012 qui montrent également une amélioration continue de la performance de l'ensemble des ONG.



Source : Santénet2, Rapports financier ONG, tableaux de bord AR, Extranet, SMS, Rapports de réunion de coordination

Les principaux points à améliorer sont les délais de retour d'information dûs à l'étendu du projet ainsi que la complétude des rapports d'activités mensuels des AC.



Source : Santénet2, Rapports d'évaluation des ONG (Octo 2010-Sept2012)

3- REALISATIONS

La section suivante détaille les activités d'appui réalisées auprès des partenaires de mise en œuvre.

3.1 Renforcement de capacité des ONG partenaires de mise en œuvre

Deux sessions de formation des techniciens d'appui des ONG ont été réalisées sur les thèmes suivants:

- Octobre – Novembre 2011 : Formation sur les principes, la méthode et les outils de la Qualité Sociale et engagement communautaire, approche promue dans le cadre de KM salama
- Avril 2012 : Formation sur l'organisation des descentes mensuelles pour l'encadrement des AC, les procédures du circuit des informations, le suivi et les modalités de rapportage.

Au total, 204 techniciens des ONG dont 48 superviseurs et 156 TA, intervenant dans les 800 KM salama ont reçu ces formations selon les résultats de leur suivi.

Le principal rôle des superviseurs des ONG est d'encadrer les TA dans la réalisation de leurs tâches tandis que ces derniers oeuvrent dans l'appui des acteurs communautaires ainsi que le partage des informations entre la communauté et le projet.

Les compétences des techniciens d'appui des ONG sont parmi les facteurs d'une meilleure atteinte des résultats. C'est pourquoi le projet a toujours veillé à renforcer les capacités de l'équipe technique des ONG comprenant les TA et leurs superviseurs.

Par ailleurs, des réunions de coordination mensuelle avec les ONG sont tenues pour assurer la coordination des activités sur la base des réalisations du mois précédent et du plan des activités du mois suivant.

De plus, Santénet2 a participé aux réunions de coordination organisées par les autorités sanitaires locales afin de partager l'avancement de la mise en œuvre de KM salama ainsi que la coordination des actions futures.



© Santénet2: Formation en renforcement de capacités pour les TA du projet par visioconférence

3.2 Suivi de la réalisation à partir de la gestion de l'information

Le suivi des réalisations par rapport aux plans de travail annuel et trimestriels ont permis de constater une nette progression dans l'achèvement des activités pour toutes les ONG

L'appui dans la planification consiste à partager aux ONG toutes les informations requises, notamment les priorités des programmes techniques du projet. Il s'agit également de voir si les activités proposées sont raisonnables en termes de quantité ainsi que leur cohérence avec le budget prévisionnel.

3.2.1 Suivis des réalisations des partenaires

L'équipe de l'unité de coordination appuie les partenaires dans le processus de planification. Les ONG envoient leur plan de travail annuel ainsi que leur plan de travail trimestriel selon un calendrier pré établi. Ces livrables sont analysés et validés au niveau du projet.

- Premièrement, l'équipe suit chaque semaine les réalisations des partenaires à travers l'exploitation de leurs rapports d'activités hebdomadaires, la mise à jour du tableau de bord de chaque ONG et prépare une analyse mensuelle des résultats des activités effectuées par chaque ONG selon le planning de travail établi. Les dépenses engagées par les ONG dans la mise en œuvre des activités sont également suivies mensuellement. Au total 1.044 rapports hebdomadaires ont été reçus et analysés.
- Deuxièmement, les points significatifs du trimestre, l'état d'avancement des activités selon le PTA, le taux d'absorption financière sont ainsi examinés dans les rapports trimestriels des ONG. Au total 21 plans de travail annuels et 84 plans de travail trimestriels des ONG ont été évalués et validés.
- Enfin, des rétro informations mensuelles sont partagées aux ONG afin qu'elles puissent apporter des mesures pour mieux assurer les réalisations.

Les écarts par rapport aux projections sont étudiés pour prendre des dispositions avec les ONG en vue de redresser la situation. Cette initiative est prise afin d'assurer que les activités soient mises en œuvre selon le budget projeté. Des décisions sont alors prises à temps pour résoudre les problèmes constatés.

3.2.2 Fiches synoptiques de chaque KMs

Pour chacune des 800 communes, une fiche synoptique a été élaborée comme outil de suivi permettant aux ONG de faciliter et de renforcer la mise en œuvre de l'approche KM salama lors des supervisions des CCDS et AC.

Ces fiches portent sur la couverture des fokontany à plus de 5 km de CSB par les AC, le nombre de supervisions effectuées et le taux de participation des AC, l'évolution de la performance des AC au fil des supervisions, le rapportage des AC, les pesées effectuées par les AC enfant et la qualité des services à base communautaire

L'objectif de ces fiches est de présenter une photographie de chaque commune, en comparant son évolution dans le temps et par rapport à l'ensemble des 800 KM salama. Ces informations alimentent le suivi et l'action communautaire pour renforcer et élargir la portée de l'approche KM salama dans chaque commune.



© Santénet2: L'engagement communautaire se traduit par des initiatives ensemble dans la communauté. Dans les photos, les hommes débutent ensemble la construction de case communautaire pour les agents communautaires du fokontany



3.3 Coordination

3.3.1. Atelier de coordination nationale

Une réunion nationale rassemblant l'ensemble des ONG de mise en œuvre et des partenaires du projet a été organisée au mois d'avril dans le but de faire ensemble le bilan du projet et de définir les priorités pour l'année 2013. A savoir :

- Toutes les KM salama aient l'opportunité de décider de s'engager dans le processus de la qualité sociale.
- Tous les AC deviennent niveau 2 et atteignent tous la performance satisfaisante.

- Suivre les éventuelles ruptures de stock et tirer immédiatement la sonnette d'alarme.
- Continuer à relever le taux de complétude et à encadrer les AC pour des rapports plus complets et sans erreur.

Les partages et les échanges durant l'atelier a permis à chaque ONG d'identifier les bonnes pratiques pour la mise en œuvre des priorités dégagés lors de la réunion.

La fierté des ONG partenaires a été mise en exergue à travers tous les success stories partagés durant cet atelier.

3.3.2 Réunions de coordination mensuelles avec les partenaires de mise en œuvre

Des réunions sont tenues mensuellement avec les ONG pour assurer la coordination des activités sur la base des réalisations du mois précédent et du plan des activités du mois suivant.

Ces réunions mensuelles de coordination permettent de :

- Partager les informations utiles à la mise en œuvre des activités.
- Suivre la réalisation des activités.
- Définir ensemble les rectifications à apporter dans la mise en œuvre des activités.

Défis et mesures correctionnelles

- Dans le but d'améliorer continuellement la qualité des services communautaires offerts, un accent particulier est mis sur le suivi des réalisations des ONG.
- Afin de disposer de plans de travail concertés et assurer leur mise en œuvre d'une manière harmonieuse, appuyer les partenaires de mise en œuvre dans le processus de planification, partager les informations et harmoniser les interventions avec les ONG de mise en œuvre.
- Afin d'améliorer la fiabilité des données, nous continuerons à former les TA sur les modalités de vérification du remplissage des outils de gestion des AC.
- Pour capitaliser les acquis sur le renforcement des capacités techniques des ONG de mise en œuvre, une documentation des résultats et les leçons apprises sur l'encadrement technique des ONG de mise en œuvre sera réalisée.

ADMINISTRATION ET FINANCES

Personnel

Les changements dans la composition du personnel durant la période couverte par le rapport sont résumés dans les tableaux ci-après

Recrutements

Nom	Titre	Date d'embauche
Rakotomalalala Norotiana	Responsable SME/nutrition	1 ^{er} décembre 2011
Hanitriniaina Jocelyne Sylvia	Opérateur de saisie SIGS	3 janvier 2012
Raveloarison Jean Jacques	Magasinier (outils IEC)	9 janvier 2012
Benarivo Richard	Spécialiste informatique	9 février 2012
Clarence Razakamihaja	Responsable suivi de programem	15 février 2012
Dimitri Charles Mitsakis	Personnel d'appui au chargé des subventions	1 ^{er} juin 2012
Delord Ramiaramanana	Spécialiste technique Nord et Sud	1 ^{er} septembre 2012

Départs

Nom	Titre	Date
Lauriat Rembia	Responsable ménage (BR Toliara)	14 octobre 2011
Voahirana Ravelojaona	Responsable SME/nutrition	17 octobre 2011
Nicole Razanamparany	Directeur des Finances, Subventions, et Sous-contrats	1 ^{er} novembre 2011
Herilala Aurélien	Spécialiste informatique	1 ^{er} décembre 2011

Situation financière

Les coûts cumulatifs facturés ou engagés jusqu'au 30 septembre 2012 sont d'environ 31,1 millions USD. Comme dans les années précédentes, le taux de décaissement est à peu près conforme au budget établi en début de l'exercice fiscal 2012. Cependant, le niveau de dépense a été légèrement inférieur aux montants totaux engagés pour la période allant jusqu'au 30 septembre 2012. La différence a été reportée dans les coûts budgétisés pour l'exercice 2013.

Acquisitions

Aucune acquisition importante n'a été faite durant l'exercice 2012 si ce n'est le remplacement d'un serveur et de deux ordinateurs portables. Le projet a également fait les acquisitions habituelles en supports IEC et autres outils de travail des agents communautaires, dont 3 000 pèse-bébés.

Gestion des subventions

Le taux de décaissement est conforme au budget pour l'exercice 2012 pour les 18 subventions pluriannuelles accordées sous forme de remboursement de coûts à 18 organisations locales, soit environ 2,1 milliards ariary ou 1 million dollars sur 12 mois.

Huit petites subventions de programme à obligations fixes ont été accordées à des associations de population à risque élevé (MARF) pour la période allant de janvier 2012 à mars 2013 pour un montant de 6,25 millions ariary par subvention.

Assistance technique sur les finances et l'administration et renforcement de capacités pour les récipiendaires de subventions

Les récipiendaires ont bénéficié de feedback et de recommandations en continu à travers l'analyse mensuelle de leurs rapports financiers et la revue trimestrielle de leurs budgets en rapport avec leurs plans de travail mis à jour. Les rapports annuels précédents traitent de l'assistance technique qui leur a été apportée, notamment la mise en place de logiciel de comptabilité et les audits par Ernst&Young.

L'assistance technique a été intensifiée durant l'exercice fiscal 2012. Les récipiendaires se sont engagés dans l'examen de leurs politiques et procédures. Suite à cela, la plupart d'entre eux ont choisi de prendre part à l'analyse approfondie et l'élaboration de procédures et politiques détaillées pour leur organisation sur une période allant de 12 à 18 mois. Le but de cet exercice est de renforcer la capacité de gestion de leur organisation. Cette assistance technique suit l'approche ci-après :

- 1) L'ensemble des politiques et procédures a été divisé en trois sections pour rendre le volume de travail gérable.
- 2) Pour chaque section, Santénet2 organise un atelier de deux jours durant lesquels les participants examinent les meilleures pratiques et des exemples de politiques, procédures et formulaires. Les formateurs animent des discussions sur les défis, les obstacles et la personnalisation selon le contexte de chaque organisation.
- 3) Les recommandations issues du dernier audit effectué par Ernst&Young sont prises en compte. Chaque organisation les examine et voit quelle est leur incidence sur les politiques et procédures en cours de révision/élaboration.
- 4) Les participants examinent la liste de contrôle produite par Santénet2 sur les normes/ contenus minimaux de chaque sujet/ section du manuel. Cette liste de contrôle indique quels sont les points à couvrir dans chaque rubrique si l'on veut obtenir un manuel complet et de qualité.
- 5) Pendant 3 à 4 mois après l'atelier, chaque récipiendaire et son coach chez Santénet2 (un membre du personnel des finances/subventions du bureau d'Antananarivo ou des bureaux régionaux) préparent les versions préliminaires et finales de chaque chapitre/section.
- 6) Les récipiendaires et le projet reprennent ce cycle de travail pour les deux ateliers suivants.
- 7) Les manuels de politiques et de procédures devraient être achevés et imprimés en début 2013.

Le premier atelier s'est tenu en octobre 2011 et a permis d'examiner les sections suivantes :

- Table des matières/ sujets à inclure dans le manuel
- Description de l'organisation, y compris le rôle et les membres du Conseil d'administration et les obligations de déclaration/rapport à l'Etat malgache
- Personnel/ ressources humaines.

Ces sections ont été rédigées et revues. A titre d'exemple, le Directeur des ressources humaines de Santénet2 a examiné la section « Personnel » du manuel de chaque bénéficiaire et leur a donné un feedback constructif.

Le deuxième atelier s'est tenu en avril 2012 et a permis d'examiner les sections suivantes :

- Passation de marché
- Procédures pour les missions, y compris les per diem, les avances, la comptabilisation des activités de programme/formation et la gestion des véhicules/ carnets de bord
- Gestion des comptes bancaires
- Petite caisse
- Logiciel de comptabilité et plan comptable
- Diverses imputations comptables
- Clôture mensuelle et production de rapports financiers mensuels
- Rapprochement bancaire
- Comptabilité analytique et analyse budgétaire
- Gestion de stocks (fournitures de bureau et supports IEC)
- Gestion des immobilisations
- Grille de vérification pour le contrôle interne.

Bon nombre de ces sections ont été achevées à la mi-octobre et les sections restantes seront bientôt achevées.

Sous-contrats

Le taux de décaissement des sous-contractants est pratiquement conforme avec les coûts budgétisés jusqu'au 30 septembre 2012. Les plus gros sous-contrats sont ceux passés avec les contractants basés aux Etats-Unis, à savoir CARE, CRS et IntraHealth. MCID, une autre organisation américaine, gère également un sous-contrat axé sur les activités dans les districts du Sud. PSI, également une organisation américaine, apporte son appui dans la distribution de produits du marketing social.

DRV, le sous-contractant local, continue à apporter ses services dans la sensibilisation sur le genre et le suivi des diffusions radios.

Le sous-contrat de l'Institut Pasteur pour la surveillance du paludisme a été achevé et clôturé le 31 mars 2012. Le montant total des dépenses dans le cadre de ce sous-contrat est d'environ 570 000 USD.

Les sous-contrats relatifs à l'eau et à l'assainissement avec Sandandrano, Fikrifama et APMM ont pris fin durant l'exercice 2012 et ont totalisé environ 370 000 USD de dépenses.

ANNEXE 1 : Tableau de GAP

COMPOSANTE 1 : PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annuel results)	Objectifs 2013
Axe stratégique 1 : Mise à disposition des outils auprès des acteurs communautaires				
Intervention 1 : Produire des outils KM Salama				
Activité 1.1.1.1 Concevoir et mettre à jour les outils nécessaires à la mise en œuvre de KM salama	Mettre à jour 8 outils	11 outils mis à jour	<p>11 outils sur les 8 prévus dans le PTA ont été mis à jour pour les besoins du programme à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Détection précoce des femmes enceintes, JOB AID santé de la mère et des nouveaux nés, Registre mère, Registre Enfant Additif, Guide CLTS, Outil de supervision intégrée, Outil de suivi des TA.</i> - Par ailleurs, dans un souci de pérennité, la mise en œuvre des activités EHA a visé l'implication de la communauté en transférant le suivi des activités aux membres du CCDS. De ce fait, 4 fiches de suivi ont été mises à jour pour faciliter les tâches de ces acteurs communautaires. 	Activité achevée

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
	Concevoir 3 outils suivant les nouvelles exigences de la mise en œuvre des activités	6 outils conçus	<p>En plus des 3 outils à concevoir prévus dans le PTA FY12, 3 outils ont été développés pour les besoins de la mise en œuvre des activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour aider les AC dans l'utilisation pratique du TDR (Test de Diagnostic Rapide), un Job aid pour les ACE2 a été élaboré. - Pour l'amélioration et le renforcement de l'engagement et de la prestation des acteurs, SantéNet2 a organisé une revue spéciale qui a nécessité la conception du Manuel de revue destiné aux acteurs, - Pour la bonne gestion des mutuelles de santé, un outil a été développé : "Ordonnance facture" 	Activité achevée
Activité 1.1.1.2 Produire les Outils KM Salama	Estimer les besoins en outils	4 estimations des besoins trimestriels élaborés	Objectif atteint	Identifier les besoins en outils des acteurs communautaires, pour le semestre 1 et pour la période de transition, d'ici fin octobre 2012
	Produire les outils suivant les besoins estimés	100 % des besoins estimés ont été produits	Objectif atteint (voir détails des articles produits en annexe8)	Produire les outils suivant les besoins identifiés des acteurs communautaires, d'ici fin novembre 2012

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
Activité 1.1.1.3 Assurer la disponibilité des outils auprès des acteurs communautaires	Collecter les besoins des acteurs communautaires	832 demandes de réapprovisionnement en outils provenant des ONG collectés,	Objectif atteint	D'ici fin novembre 2012, collecter les besoins des acteurs communautaires
	Analyser les besoins émanant des partenaires de mise en œuvre	832 demandes d'outils analysées dont 100 % des besoins honorés	Objectif atteint	D'ici fin novembre 2012, analyser les besoins émanant des acteurs communautaires
	Acheminer les outils vers les bureaux des acteurs communautaires partenaires	386 818 articles envoyés aux partenaires de mise en œuvre et répondant aux demandes de réapprovisionnement	Objectif atteint Sur 832 demandes d'approvisionnement en outils, SantéNet2 a envoyé 832 colis contenant 386,818 articles.	D'ici 31 décembre 2012, acheminer les outils vers les bureaux des acteurs communautaires partenaires
	Suivre l'acheminement des outils KM salama par les partenaires de mise en œuvre auprès des acteurs communautaires	88% des colis envoyés ont fait l'objet de réception d'accusé de réception (AR) de la part des ONGs	Objectif non atteint Les ONGs établissent et envoient les AR dès la réception des outils. La situation des AR sont envoyés régulièrement pour fin de régularisation.	D'ici fin mars 2013, suivre l'acheminement des outils auprès des ONGs de mis en œuvre et les acteurs communautaires
	Documenter le système de distribution des outils à travers les réseaux d'acteurs communautaires	Un document synthétisant les procédures et les résultats sur le système de distribution a été élaboré	Un draft de documentation du système de distribution des outils a été élaboré.	D'ici fin mars 2013, documenter l'analyse du système de distribution des outils à travers les réseaux d'acteurs communautaires

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
Axe Stratégique 2 : Mise en œuvre d'une stratégie de communication de masse pour le changement de comportement				
<i>Intervention1 : Renforcer la collaboration avec les radios locales</i>				
Activité 1.2.1.1 Analyser et suivre la diffusion des spots radio	Collaborer avec 56 écouleurs mystères pour le suivi de la diffusion journalière des spots radios	52 contrats sur les 56 prévus, soit 93%, avec les écouleurs mystères établis	L'objectif a été fixe sur la base de 2 écouleurs mystères par radio d'où un total de 56 écouleurs mystères pour les 28 stations radios locales partenaires de Santenet2. Les résultats de l'année précédente ont montré une régularité de rapportage et un respect du contrat au niveau de 4 radios partenaires. Ainsi, pour cette année fiscale 2012, un seul écouleur mystère par radio effectue le suivi de la diffusion de ces 4 radios, Ce qui fait un total de 52 écouleurs mystères : 4 pour 4 stations et 48 pour les 24 radios restantes.	D'ici fin mars 2013, collaborer avec 52 écouleurs mystères pour le suivi de la diffusion journalière des spots radios
	Analyser les données sur les diffusions de spots sur 12 mois	10 rapports mensuels d'analyse de diffusions élaborés sur les 12 prévus, soit 83%	Au mois d'Octobre 2011, les contrats des radios ont été renouvelés et le planning de diffusion a été élaboré donc aucune diffusion de spots n'a été réalisée.	Du mois de novembre 2012 au mois de mars 2013, analyser les données sur les diffusions des spots

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
			Par contre, les rapports de diffusion ont accusés un retard. Le mois de Septembre 2012 a été consacré sur la collecte d'informations auprès de ces radios.	
Activité 1.2.1.2 Diffuser des spots de santé à travers les radios locales	Collaborer avec 28 radios partenaires pour la diffusion des spots	28 contrats de collaboration avec les radios partenaires établis, soit 100%	Objectif atteint	Du mois de novembre 2012 au mois de mars 2013, collaborer avec 28 radios locales
	Etablir 4 plans trimestriels de diffusion des spots	4 Plannings trimestriels de diffusions élaborés	Objectif atteint	D'ici fin mars 2012, établir 2 planning de diffusion
	Réaliser 13,440 diffusions des spots à travers les radios locales	18,457 diffusions de spots sur 13 440 prévues réalisées	Les écarts positifs observés sont dus au fait que pour certaines radios, les spots sont diffusés pour illustrer les émissions de santé. Par ailleurs, quelques stations radios ont octroyé des bonus à Santenet2 pour monter leur satisfaction de la collaboration.	Du mois de novembre 2012 au mois de mars 2013, diffuser 6720 spots à travers les radios locales
Activité 1.2.1.3 Produire des reportages et émissions radio/vidéo pour accompagner les activités de communication de proximité menée par les AC	Orienter 14 responsables de radios locales sur l'approche KM salama	16 responsables de radios locales orientés sur l'approche KM salama	2 animateurs de la radio AINGA située dans la région de Haute Matsiatra ont été formés en plus. A noter que dans cette région il y a plus de Mutuelle de santé mise en place par Santenet2.	

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
	Produire des émissions sur KM salama à travers la production de 112 reportages	112 émissions produites, soit 100%	Objectif atteint	D'ici fin mars 2013, produire 24 reportages sur KM salama en collaboration avec les radios partenaires
	Diffuser les 112 reportages sur KM salama	183 diffusions des reportages produits réalisées par les radios locales, soit une réalisation de 163%	Objectif dépassé Comme les spots radios, les reportages sont rediffusés plusieurs fois pour illustrer des émissions de santé.	D'ici fin mars 2013, diffuser les 24 reportages produits à travers les radios locales partenaires.
Axe stratégique 3 : Mise en œuvre de la nouvelle stratégie sur les mutuelles de santé				
Intervention 1 : Mettre en place les mutuelles de santé au niveau des 4 districts				
Activité 1.3.1.1 Mettre en place les structures de gestion des mutuelles	Mettre en place les 68 comités d'initiatives au niveau commune (CIC) des 4 districts	77 CIC mis en place, soit 113%	En plus des 68 KMs, 9 autres communes non KMs dans les 4 districts se sont appropriées de l'approche mutuelle de santé. Ainsi, ces communes ont intégré le processus et ont mis en place des comités d'initiative.	
	Appuyer l'organisation de la mise en place des 68 bureaux exécutifs communaux (BEC)	5 BEC mis en place, soit 7%	Seules 5 communes dans le district d'Ambohimahasoana, ayant un nombre d'adhérents supérieur à 1 000 membres, ont procédé à l'élection des BEC : Ampitana, Ambalakinresy, Morafeno, Ankafina et Manandroy. Les membres du BEC sont des membres élus parmi les SIP	Toutes les communes auront élus les SIP et achevé la mise en place des BEC.

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
			(Représentants par Fokontany). Cette disposition a été prise, de commun accord avec le CID (Comité d'Initiative District) pour assurer une bonne représentativité des différentes localités et permettre d'avoir une légitimité des membres élus.	
	Appuyer l'organisation de la mise en place des 4 bureaux exécutifs au niveau district (BED)	Aucun BED n'a été installé	<p>Pour les 4 districts, le nombre d'adhérents ne suffit pas à prendre en charge le coût de fonctionnement d'un BED. En effet, le BED est une entité indépendante financée par les mutuelles de santé.</p> <p>La mise en place de celui-ci se fera progressivement en fonction de l'évolution de l'adhésion.</p>	Tous les 4 districts auront tenu les AG, élus les membres du CA et mis en place les BED
Activité 1.3.1.2 Renforcer la capacité des acteurs en mutuelle de santé	Mener une formation des formateurs en créant un pool de formateurs	1 pool de personnes ressources mis en place	1 pool de 46 personnes ressources issues des ONGs partenaires et des formateurs indépendants est mis en place et formé au mois de novembre 2011.	
	Former les 680 membres des comités d'initiative au niveau des 68 communes (CIC)	899 membres des CIC formés, soit 132%	Tous les membres du CIC, y compris ceux des 9 communes non KMs ont été formés. Si le nombre des membres du CIC est prévu à 10 personnes, par souci	

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
			de représentativité notamment au niveau fokontany, le nombre a varié de 10 à 15 personnes par CIC. C'est ainsi que le nombre de personnes formées a atteint 899.	
	Former les membres des 68 bureaux exécutifs communaux	Membres de 5 BEC formés : 7%	<p>Ce sont les membres des 5 BEC mis en place qui ont été formés au mois de juin 2012.</p> <p>Seules 5 communes ayant un nombre d'adhérents supérieur à 1 000 membres ont procédé à l'élection du BEC</p>	<p>Tous les membres du BEC des 68 KMs seront formés.</p> <p>En plus des BEC, tous les SIP auront également à bénéficier une formation, soit 2 034 membres.</p>
	Former les 24 membres du Conseil d'Administration (CA) des mutuelles de santé des 4 districts	Aucun CA n'est formé	<p>L'ensemble des BEC d'un district constitue l'Assemblée Générale (AG) de la mutuelle de santé qui devrait élire le CA parmi ses membres.</p> <p>Comme aucun district n'a pu mettre en place tous les BEC dans sa circonscription, aucune AG permettant l'élection du CA n'a été organisée, La formation des CA sera organisée en fonction de sa mise en place.</p>	Tous les 24 membres du CA des 4 districts seront formés

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
	Former l'équipe des 4 bureaux exécutifs district (BED)	Aucun BED n'est formé	La formation des BED est organisée en fonction de sa mise en place.	Les membres du BED mis en place seront formés
	Former les superviseurs des 4 districts sur les procédures de collaboration	4 séances de formation des superviseurs réalisées au niveau des 4 districts	<p>La formation superviseurs s'est déroulée aux mois de Mai pour Ambohimahasoia, juillet pour Vatomandry et août pour Ambositra et Ambalavao.</p> <p>En plus des superviseurs, leur adjoint a été également formé. Ces derniers vont assurer la prise en charge des adhérents aux Mutuelles de santé.</p>	
Activité 1.3.1.3 Réaliser le suivi de mise en œuvre des mutuelles de santé dans les 4 districts sélectionnés	Effectuer 16 supervisions des mutuelles de santé	16 supervisions des mutuelles réalisées, soit 100%	<p>La supervision des mutuelles a pour objectif d'évaluer si les acteurs sur terrain réalisent les activités selon les plans d'action. Les activités y afférentes comprennent les réunions avec les comités, les entretiens avec les personnes ressources, les visites des communes.</p>	24 supervisions des mutuelles de santé réalisées, soit une mission par mois par district pendant 6 mois.
	Mettre à jour régulièrement le tableau de suivi	1 tableau de suivi conçu et mis à jour : 100%	Le tableau élaboré permet d'effectuer un suivi sur l'adhésion de la population aux mutuelles de sante, les prises en charge effectuées par les mutuelles et la situation financière de ces mutuelles.	Le tableau de bord sera développé et mis à jour pour le suivi non seulement de l'évolution d'adhérents mais également des prises en charges par pathologie des membres.

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
Activité 1.3.1.4 Sensibiliser les communautés pour l'adhésion à la mutuelle de santé	Appuyer les 4 districts aux actions de sensibilisation des communautés	4 districts appuyés en matière de sensibilisation sur la mutuelle de santé	<p>Les 4 districts ont été appuyés d'une manière continue dans les activités de sensibilisation à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la diffusion de spots radios, reportages et des interventions directes réalisées par les membres du CID au niveau des radios locales ; - les séances de sensibilisation au niveau des communes et fokontany menées par les membres du CIC ainsi que des superviseurs locaux. 	Tous les 4 districts continueront à être appuyés notamment pour la sensibilisation au niveau fokontany ainsi que la recherche de partenariat.
	Concevoir et développer 2 outils de communication	2 outils conçus et utilisés pour la sensibilisation des membres de la communauté	Il s'agit de l'affiche et de la carte d'invitation en mutuelles de santé.	
	Augmenter le nombre d'adhérents aux mutuelles de santé à 300,000 membres, soit 50% de la population	23 141 adhérents, soit 8%	<p>Le taux d'adhésion est très faible pour les 4 districts.</p> <p>En effet, les mutuelles de santé sont en 1ère année de mise en place qui est surtout marquée par la sensibilisation et la mise en place des structures. Le planning de mise en place pour chaque district n'est pas le même. Vatomandry et Ambohimahasoa sont les plus avancés.</p> <p>La population est encore dans le</p>	Au moins 15% de la population des 4 districts, soit 150 000 individus adhèrent aux Mutuelles de santé.

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual annual results)	Objectifs 2013
			<p>doute de la réussite ou non du projet à cause de problèmes vécus (mauvaise gestion, fraude ...) durant le fonctionnement des anciennes mutuelles de santé. De plus, il est difficile pour elle de s'adapter à une nouvelle approche, le changement dans la structure de gestion au niveau district est considéré comme favorable à un détournement de fonds.</p> <p>Généralement, la plupart de gens attendent le début réel de la prise en charge pour décider de l'adhésion.</p> <p>Pour Vatomandry en particulier, le passage des cyclones aux mois de Janvier-février a occasionné un appauvrissement momentané de la population, alors que la mutuelle de santé était en phase d'adhésion et de collecte de cotisation.</p> <p>Enfin, la grève du personnel et la fermeture des centres de santé pendant presque 4 mois a entraîné un ralentissement voire arrêt d'adhésion pour tous les districts.</p>	

COMPOSANTE 2 : RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE COMMUNAUTAIRE

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual semester results)	Objectif pour FY 13
Axe stratégique 1 : Engagement communautaire vers l'amélioration de la qualité des services de santé				
Intervention 1 : Renforcer l'engagement communautaire à la résolution des besoins de santé.				
<i>2.1.1.1 Etendre la qualité de services de santé dans 800 communes</i>	1 000 membres des CCDS formés en approche qualité sociale.	1 586 facilitateurs formés de l'approche en qualité sociale (issus des membres CCDS)	L'écart est dû à l'intégration de la mise œuvre de la qualité sociale à chaque revue organisée au niveau des communes. 796 communes ont pu effectuer des auto-évaluations, 630 communes ont réalisé les réunions d'évaluation communautaire au niveau des fokontany avec près de 350 000 participants avec plus de 50% de femmes. La communauté définit l'organisation des réunions d'évaluation. Les réunions d'évaluation de 170 communes sont en cours de réalisation. Les rapports ne sont pas encore disponibles au niveau du Bureau Central du projet.	Suivre la mise en œuvre de la qualité sociale mise en place.
<i>Activité 2.1.1.2 Suivre le niveau de performance de la qualité des services à base communautaire dans les 800 KM salama par l'application de l'Index Qualité</i>	2 applications de l'index qualité dans les 800 KM salama.	2 applications de l'outil Index qualité ont été réalisées, 800 KM salama disposent des plans d'action communautaire	Le bilan de performance de la qualité des services à base communautaire dans les 800 Km salama a été effectué. 1 plan d'action communautaire par KM salama comprenant des activités d'amélioration de la qualité a été élaboré.	Suivre le niveau de performance de la qualité des services à base communautaire dans les 800 KM salama.

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual semester results)	Objectif pour FY 13
<i>Activité 2.1.1.3 : Documenter les activités d'amélioration de la qualité et l'évolution de la performance de la qualité des services de santé à base communautaire dans les 800 KM salama.</i>	Disséminer les résultats aux partenaires techniques et financiers	4 évaluations de performance de chaque ONG 2 bilans de performance des services de santé par KMs	Les retro-informations ont servi aux ONG d'ajuster leur plan de travail trimestriel. Les résultats ont été discutés au niveau des KMs durant les revues.	Documenter la qualité sociale et l'utilisation de l'outil Index Qualité

Axe Stratégique 2. Encadrement continu des AC

Intervention 1: Maintenir la qualité de service offert par les AC

<i>Activité 2.2.1.1 Renforcer la qualité de suivi et supervision des agents communautaires</i>	Mener 3 200 visites de supervisions à force d'un groupe de supervision tous les trois mois dans les 800 communes KM salama	3 187 visites de supervisions réalisées.	Durant le second semestre, les supervisions dans quelques communes de la région d'Anosy et d'Androy ont été reportées pour le mois d'Octobre 2012 pour cause d'insécurité. Les résultats des supervisions ont servi aux superviseurs d'identifier des actions pour améliorer la qualité de services des AC.	Maintenir la qualité des services offerts par les AC.
	Analyser les résultats des visites de supervisions par AC, par commune, par ONG afin d'apprécier l'évolution de la performance des AC	2 résultats d'analyses de performances des AC disponibles.	Objectif atteint	Analyser les résultats de supervisions des AC, par KM salama afin d'apprécier l'évolution de la performance des AC

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual semester results)	Objectif pour FY 13
<i>Activité 2.2.1.1 Former les Agents Communautaires pour fournir des services de qualité</i>	Mener 685 sessions de formations de qualité	476 sessions de formations réalisées.	Initialement, le projet a planifié 485 sessions de formations de prise en charge de la femme enceinte et 200 sessions de formations des AC niveau 1 et niveau 2. L'intégration du thème sur la prise en charge des femmes enceintes dans toutes les sessions de formation niveau 1 et niveau 2 ont entraîné une diminution du nombre de sessions réalisées. Ainsi 304 sessions de prise en charge de femmes enceintes et du nouveau né et 172 sessions de formations niveau 1 & niveau 2, ont été organisées cette année. Au total, 6 152 AC sont formés.	Rattraper la formation de remplacement des AC non fonctionnels

Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités d'analyse et de prise de décision des parties prenantes de KM salama

Intervention 1 : Assurer la collecte régulière des données pour alimenter le SIG-C et l'utilisation systématique des informations pour le suivi du projet.

<i>Activité 2.3.1.1 Maintenir le taux de performance globale du SIG-c à 70% ou plus.</i>	Partager les informations concernant la situation du rapportage Extranet et SMS ainsi que les données des RMA AC reçues aux dirigeants des ONGs au cours des réunions de coordination mensuelle.	<ul style="list-style-type: none"> • 12 situations d'analyse mensuelle de la complétude, promptitude des rapports et fiabilité des données effectuée. 	Une analyse mensuelle de la complétude, promptitude des rapports et fiabilité des données est effectuée pour chaque ONG. Les résultats de l'analyse sont partagés mensuellement aux partenaires de mise en œuvre pour qu'ils puissent suivre la situation de leur rapportage et prendre des actions nécessaires pour assurer la complétude des rapports des AC. Les informations venant de ces RMA sont utilisées par les ONGs et le	Maintenir le taux de performance globale du SIG-C supérieur à 70 %
--	--	--	--	--

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual semester results)	Objectif pour FY 13
			projet a des fins de prise de decisions appropriées.	
	Organiser des réunions avec les TA des ONG visant à améliorer la qualité, la fiabilité et l'utilisation des données dans les bureaux régionaux RTI/Santénet2	• 06 réunions avec les ONG au niveau des bureaux régionaux tenues	05 réunions avec les ONG au niveau des bureaux régionaux ont été tenues. Seul le bureau régional et les ONG (CRS et ASOS SUD) de Fort Dauphin n'ont pas pu recevoir la visite du HMIS Manager cette année.	Assurer le suivi mensuel de la complétude et de la promptitude des arrivées des rapports dans le SIG-c

Axe Stratégique 4 : Disponibilité continue des produits de santé au niveau des AC

Intervention 1 : Suivre la fonctionnalité des points d'approvisionnement au niveau de la commune

<i>Activités 2.4.1.1 : Distribuer les job aids aux AC</i>	• Concevoir des Job Aids	Les Jobaids partagés auprès de tous les points d'approvisionnement	- 2 Jobaids pour les AC ont été conçus avec la collaboration de PSI (1 Jobaid sur le VIASUR et 1 autre sur tous les produits de Marketing Social) ont été distribués soit durant la formation en Pneumostop, soit au moment de leur reapprovisionnement auprès des PA.	Activité achevée
		Distribuer les Jobaids auprès des AC		
<i>Activité 2.4.2.1 : Mesurer la disponibilité continue des produits de santé au niveau des AC.</i>	• Saisir et analyser les factures/bons de livraison collectée au niveau des PA.	Fiches vertes saisies et analysées.	La mesure de la disponibilité des produits de santé au niveau des PA et AC ont été réalisé par le suivi du respect de la période de distribution au niveau de PA : - 100% des PA ont réalisé leur commande. 714 d'entre eux sont approvisionnés directement par PSI tandis que	Suivre et analyser l'évolution de la disponibilité des produits de santé dans les 800 KM salama.

Axe Stratégique / Intervention / Activité	Objectifs annuels	Réalisation annuelle	Analyse des écarts (expected vs. Actual semester results)	Objectif pour FY 13
			<p>l’approvisionnement de 86 PA sont assurés par des PA relais.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L’analyse des données actuelles a montré l’importance de la contribution de l’approche KMsalama dans la vente communautaire et l’efficacité de service à base communautaire. - Les résultats de suivi sont partagés mensuellement à tous les concernés pour qu’ils prennent de décision de la situation. - 84% des AC s’approvisionnent auprès des PA tandis que 25% ont utilisé les 2 circuits d’approvisionnement en même temps. 	

Composante 3 : Résultats Stratégiques

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Axe stratégique 1 : Offrir des services intégrés et de qualité pour l'amélioration de la santé mère-enfant				
Intervention 1 : Coordonner et communiquer les activités communautaires de SME - Nutrition avec les partenaires de développement				
3.1.1.1 Participer aux réunions de coordination	4 réunions tenues	<p>6 réunions de coordination ont été tenues.</p> <p>Les réunions de coordination ont pour but d'établir une synergie d'action entre les partenaires et d'harmoniser les approches et les outils utilisés sur le terrain.</p> <p>Santénet2 a participé à 6 réunions de coordination dans le cadre de la promotion de la SME. Ces réunions sont tenues avec MCHIP, SALOHI, ONN, UNICEF et DSEMR, les membres du Task Force Nutrition, MinSanP.</p> <p>Les réalisations de santé à base communautaire dans le cadre de l'approche KM salama a été présentée durant ces réunions.</p>	<p>La participation du projet à 2 réunions extra a été nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sur le PNAN II pour le plan de suivi évaluation du secteur nutrition (ONN) -avec MinSanP sur le partage des pratiques et des perspectives de l'intégration des services à base communautaire dans le système publique. 	<p>Organiser une réunion de coordination au niveau central.</p>

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Intervention2 : Etendre les services communautaires intégrés de qualité SME - Nutrition à travers un encadrement continu				
3.1.2.1 Promouvoir le dépistage précoce de la grossesse et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés dans les KM salama	Curriculum de formation mis à jour et utilisé durant les formations des AC	Curriculum de formation mis à jour et utilisé durant les formations des AC	Afin que les AC puissent effectuer une prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né selon les normes, les volets UON-c, FAF, TPI et pratique sur utilisation de la fiche de dépistage précoce de la femme enceinte ont été renforcés dans ce curriculum de formation.	Réaliser le suivi des UON communautaire. Documenter les résultats
	4 000 AC formés dotés d'outils de dépistage précoce de la grossesse et de prise en charge de la femme enceinte multipliés	3 808 ACE et ACM formés et dotés de (1) Fiche de dépistage précoce de la grossesse et prise en charge de la femme enceinte et de (2) job aids pour la santé mère et nouveau-né	Objectif atteint à 95%. Les 5% des AC étaient absents lors des formations, ils seront formés par les superviseurs locaux. Cette formation renforce la capacité des AC sur la recherche précoce des femmes enceintes et la référence au CSB pour le paquet complet de CPN incluant la prise de sulfadoxine pyriméthamine/TPI, la gestion du FAF communautaire, les reconnaissances des signes de danger, la mobilisation communautaire pour la mise place du système d'évacuation sanitaire.	
3.1.2.2 Former les ACE et	230 formations réalisées	76 séances de formations réalisées	Ces formations sont réalisées en collaboration avec UNICEF et ONN.	Remise à niveau des ACE sur le SPC et prise en charge au

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
ACM en Communication Inter-Personnelle, ANJE, NDF et cycle de vie			<p>-Les sessions de formation dans les communes ont été regroupées pour une meilleure gestion des formations : coût-efficacité, sessions de formation enrichissantes, plus d'échanges car les participants sont plus nombreux. Cependant les normes sur le ratio facilitateur-participants, (1 facilitateur pour 8 participants) sont toujours respectées.</p> <p>-Une priorisation des formations des AC dans les districts d'Atsimo Andrefana a été faite laissant la planification des formations des AC dans les KM salama de Boeny et Atsinanana pour une prochaine planification</p>	niveau communautaire dans 76 KM salama des 7 districts touchés par le passage du cyclone Giovanna : ces remises à niveau seront réalisées en partenariat avec UNICEF et SALOHI.
	3 500 ACE et CM formés en communication inter-personnelle, ANJE, Ndf et cycle de vie	2 413 ACE et ACM des KM salama formés en communication inter-personnelle, ANJE, Ndf et cycle de vie en collaboration avec UNICEF, ONN et Santénet2 au niveau de 4 régions, 6 districts et 105 communes dans le sud	<p>- Compte tenu d'une priorisation des activités au niveau des partenaires, les formations pour Atsinana et Boeny ont été différées</p> <p>-Pour renforcer davantage les compétences des AC en CIP ANJE/Ndf une prévision pour le suivi formatif conjoint des formations réalisées dans le sud est prévue pour le deuxième trimestre 2013.</p>	

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
3.1.2.3 Suivre et superviser les ACE et ACM des 800 KM salama	Grille de supervision mise à jour	Les outils de suivi et de supervision mis à jour étaient l’outil de descente des TA et l’outil d’auto-évaluation des CCDS.	L’outil de descente des TA est un outil qui permet les supervisions sur le remplissage des RMA, le rapportage des activités et des approvisionnements pour la disponibilité des produits et la qualité sociale. L’outil d’auto-évaluation des CCDS est un outil qui permet de promouvoir l’amélioration de la qualité des soins offerts par les AC.	
	AC dans les 800 KM salama supervisés	3 187 visites de supervision ont été effectuées pour superviser les 6 466 ACE fonctionnels.	La performance des AC sont améliorés par rapport à l’année fiscale 2011	Les ACE des 800 KM salama supervisés

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Axe stratégique 2 : Consolidation des services communautaires de Santé de la Reproduction/Planning Familial				
Intervention 1 : Coordonner et communiquer les activités communautaires de SR/PF avec les partenaires de développement				
3.2.1.1 Participer à la réunion de coordination nationale organisée par le comité des partenaires SR/PF	Participation à une réunion de coordination nationale	Santénet2 a participé à la réunion de coordination nationale organisée par le comité des partenaires en SR/PF. En plus de cette réunion de coordination nationale, des réunions de coordination technique trimestrielles des partenaires de USAID (MAHEFA - MSM et PSI) ont été tenues.	La réunion organisée avec par le comité des partenaires en SR/PF a permis d'avoir une meilleure harmonisation, synergie et complémentarité des différentes interventions menées par la différente entité. Les réalisations, les bonnes pratiques, les défis et les perspectives sont partagés. Les réunions de coordination des partenaires d'USAID ont permis de partager le mapping avec les différents paquets de services offerts dans les zones d'intervention de chaque partenaire a été partagé.	Participer à la réunion de coordination nationale en SR/PF organisée par le comité de partenaire SR/PF centrale en décembre 2012. Organiser une réunion de coordination avec MSI en novembre 2012. Participer à la réunion de coordination technique avec partenaires PF/USAID au 2 ^{ème} trimestre 2012.

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
	Document sur les résultats des activités SR/PF au niveau des KM salama distribué aux partenaires	Partager les réalisations de KM salama par des présentations et distributions de brochures KM salama et documents illustrant les approches et les réalisations de Santénet2.		
3.2.1.2 Participer à l'atelier de quantification des besoins en produits de SR/PF	Participation à l'atelier de quantification en intrants de santé	Santénet2 a participé à la réunion de validation du manuel de quantification des besoins en intrant de santé organisée par le comité des partenaires SR/PF en octobre 2011 à Moramanga et à l'atelier de quantification des besoins en intrants de santé en décembre 2011 à Ampefy.	La réunion avec les partenaires de mise en œuvre a permis de partager les consommations des contraceptifs au niveau communautaire pour l'estimation des besoins au niveau communautaire.	
Intervention 2 : Améliorer l'offre de services SR/PF au niveau communautaire à travers un encadrement continu des ACM dans les KM salama				
3.2.2.1 Renforcer la capacité des AC Mère sur les thèmes intégrés de SR/PF (counseling PF, référence en MLD, offre de méthodes COP et MAMA, remplissage des outils du SIG-c)	Concevoir la fiche intégrée en SR/PF	Pour une amélioration continue de la performance des AC, un outil intégré SR/PF a été conçu et distribué aux ACM.	Le renforcement de compétence des ACM sur les thèmes intégrés en SR/PF a été mené au cours des encadrements continus	

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
	Multiplier les fiches intégrées en SR/PF			
	Doter les AC mères en fiche intégrée en SR/PF lors de l'encadrement continu des ACM.			
3.2.2.2 Assurer l'encadrement continu des ACM des 800 KM salama	Grille de supervision mise à jour	Les outils de suivi et de supervision mis à jour étaient l'outil de descente des TA et l'outil d'auto-évaluation des CCDS.	L'outil de descente des TA est un outil qui permet les supervisions sur le remplissage des RMA, le rapportage des activités et des approvisionnements pour la disponibilité des produits et la qualité sociale. L'outil d'auto-évaluation des CCDS, est un outil qui permet de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins offerts par les AC.	Les ACM des 800 KM salama supervisés
	Les AC des 800 KM salama supervisés	3 187 visites de supervision ont été effectuées pour superviser les 5 592 ACM fonctionnels.	La performance des AC sont améliorés par rapport à l'année fiscale 2011	

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Intervention 3 : Consolider la santé de la reproduction des adolescents (SRA) dans les KM salama				
3.2.3.1 Organiser des rencontres intra-régionales des jeunes leaders pour partager les meilleures pratiques et pour discuter des défis rencontrés dans la mise en œuvre des activités	7 rencontres organisées	6 rencontres / fora à l' endroit des leaders des jeunes tenues.	<p>Les fora des leaders des jeunes de Tana et Antsirabe ont été combinés pour mieux favoriser les échanges d'expériences en matière de leadership en SRA et acquérir le maximum des bonnes pratiques. Ceci n'a pas affecté le bon déroulement des activités des fora.</p> <p>Les témoignages et les discussions tendent vers l'affirmation que les jeunes constituent des relais efficaces et canaux appropriés pour la promotion de SRA, entre autres la prévention de IST/VIH-Sida, la prévention des grossesses précoces, avortement et toxicomanie.</p>	<p>Documenter les pratiques d'excellence des leaders des jeunes et distribuer le document SRA en mars 2013.</p> <p>Organiser des activités de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des reportages des activités de SRA par les stations de radio locales • des réunions de jeunes dans KM salama
3.2.3.2 Assurer le lien entre les TA, les CCDS et les jeunes leaders	Canevas de rapport disponibles au niveau des leaders des jeunes	Les leaders des jeunes ont été dotés de canevas de rapport.	Le circuit de rapportage se fait comme suit : Leader des jeunes → CSB → TA → Santénet2 améliorant la complétude des rapports.	Analyser les données / informations concernant les activités des leaders des jeunes.

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
	Rapport des jeunes saisis dans l'Extranet par les TA	535 Rapports des Leaders des Jeunes parvenus et saisis dans l'extranet	Les données rapportées dans ces rapports ont montre que 1 101 activités de sensibilisations ont été effectuées, 23 341 jeunes ont été sensibilisés sur les thèmes de la promotion de la SRA durant ces activités.	
	Participation des jeunes leaders dans les revues organisées par les superviseurs locaux	232 leaders des jeunes de 130 communes ont participé aux réunions et revues organisées par les CCDS, incluant les superviseurs locaux, témoignant une responsabilisation, une appropriation et un engagement dans l'évaluation de leur besoin et les intégrer dans le plan communal cadre de la qualité sociale.		
Axe Stratégique 3 : Lutte contre le paludisme au niveau communautaire				
Intervention 1 : Coordonner et communiquer les activités communautaires paludisme aux partenaires de développement				
3.3.1.1 Participer aux réunions de coordination technique dans le cadre de la lutte contre le paludisme	10 réunions dans le cadre de RBM	12 réunions tenues qui ont abouti à l'adoption des 2 circuits d'approvisionnement communautaire (niveau CSB et niveau point d'approvisionnement) par les autres partenaires. MAHEFA introduit cette initiative dans leur zone d'intervention actuellement.	L'organisation de réunions extra ont été nécessaires pour apporter des réponses rapides et efficaces devant les cas de rupture importante des intrants.	Participer a 6 réunions mensuelles des partenaires RBM.

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
	4 réunions avec PMI	4 réunions tenues.	Durant ces réunions, Santénet2 a partagé les consommations moyennes mensuelles des KM salama pour l'estimation des besoins en intrants. Aussi les réunions de coordination ont pu aboutir à une dotation de nouvelle fiche de prise en charge aux ACE2 avec SALAMA, disponibilité de lettre ministérielle sur l'approvisionnement de tous les AC auprès des CSB et l'harmonisation des RMA des AC.	Participer à 2 réunions trimestrielles PMI.
	6 réunions de coordination avec le PNLP et partenaires de NSA effectuées	6 réunions trimestrielles tenues	A l'issu de ces réunions, les pools de formateurs mis en place par Santénet2 ont été mobilisés pour mener les formations des AC sous le financement de NSA. Le plaidoyer sur l'utilisation du RMA intégré par tous les partenaires dans le cadre de la PCIME-c continue auprès de PNLP.	Participer à 2 réunions de coordination PCIME-c.
	Documents mentionnant les réalisations du projet distribués	Durant les réunions de coordination, les pratiques, les expériences et les leçons apprises dans la mise en œuvre des activités dans les KM salama ont été partagées.		

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Intervention 2 : Renforcer les compétences des ACM et ACE en sensibilisation et en suivi de l'utilisation des MID et de la prise de TPI des femmes enceintes				
3.3.2.1 Former les ACM et ACE en sensibilisation et en suivi de l'utilisation des MID et de la prise de TPI des femmes enceintes dans le cadre de la prévention du paludisme	Curriculum de formation mis à jour	Mise à jour du curriculum de formation chapitre TPI et sur l'utilisation de la fiche dépistage de la grossesse renforcée	Objectif atteint	
	4 000 AC formés et dotés d'outils de dépistage précoce de la grossesse et de prise en charge de la femme enceinte	3 808 ACE et ACM formés et dotés de (1) fiche de dépistage précoce de la grossesse et prise en charge de la femme enceinte et de (2) job aids pour la santé mère et nouveau-né	Objectif atteint à 95 %. Les 5 % des AC étaient absents lors des formations ; ils seront formés par les superviseurs locaux. Cette formation renforce la capacité des AC sur la recherche précoce des femmes enceintes et la référence au CSB pour le paquet complet de CPN, incluant la prise de sulfadoxine pyriméthamine/TPI, la gestion du FAF communautaire, les reconnaissances des signes de danger, la mobilisation communautaire pour la mise place du système d'évacuation sanitaire.	

Activité	Objectif 2012	Réalisations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Intervention 3 : Améliorer l'offre de service en PCIME-c à travers l'encadrement continu des ACE2				
3.3.3.1 Suivre et superviser les ACE2 des 800 KM salama pour l'offre de service de qualité en PCIME-c	Outils de supervision mis à jour et distribués aux superviseurs	Les outils de suivi et de supervision mis à jour étaient l'outil de descente des TA et l'outil d'auto-évaluation des CCDS.	L'outil de descente des TA est un outil qui permet les supervisions sur le remplissage des RMA, le rapportage des activités et des approvisionnements pour la disponibilité des produits et la qualité sociale. L'outil d'auto-évaluation des CCDS, est un outil qui permet de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins offerts par les AC.	Former des ACE2 en PCIMEc pour rattrapage
	160 fiches techniques de suivi sur l'utilisation des TDR distribuées aux TA	165 TA ont reçu la fiche technique.	Pour que les TA puissent mieux encadrer les AC sur l'utilisation du RDT et l'offre de services aux normes, ils ont été dotés de fiche technique.	
	Les AC des 800 KM salama sont supervisés	3 187 visites de supervision ont été effectuées pour superviser les 5 647 ACE 2 fonctionnels.	La performance des AC sont améliorés par rapport à l'année fiscale 2011	
Intervention 4 : Assurer le suivi de l'exécution des activités de surveillance épidémiologique par IPM				
3.3.4.1 Vérifier la conformité des livrables de l'IPM par rapport aux	<i>Epiveilles</i> mensuelles disponibles.	12 bulletins <i>Epiveilles</i> disponibles	Santénet2 a collaboré avec l'IPM dans la mise en place de 15 sites sentinelles de surveillance épidémiologique. L'IPM est tenu d'envoyer mensuellement le bulletin <i>Epiveille</i> . Ces bulletins contiennent	Activité achevée

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
conventions établies			entre autres des informations sur les maladies incluses dans la PCIME. Ces informations ont permis au projet de voir les tendances de ces maladies.	
Intervention 5 : Mener une enquête sur la fonctionnalité et la performance des AC				
3.3.5.1 Mener une évaluation de l'efficacité, de la pérennité et de la qualité de l'offre de services fournis par les AC dans les KM salama	Evaluation effectuée dans les sites	L'évaluation a été menée au mois d'août 2012.	Le draft du rapport est disponible. Le rapport final serait partagé aux partenaires a la fin du mois de Novembre 2012.	Disséminer les recommandations et appliquer les recommandations pour améliorer les approches.
Axe stratégique 4 : Accroissement de la capacité des populations à haut risque à lutter contre les IST/VIH/Sida				
Intervention 1 : Promouvoir les activités de prévention des IST/VIH/sida auprès des MARPs				
3.4.1.1 Renforcer les capacités des associations de MARP à mettre en œuvre des activités de prévention des IST/VIH/sida	19 associations de MARP appuyées techniquement	19 associations de MARP ont bénéficié d'un appui technique dont 11 associations se trouvant dans les zones d'intervention du Fonds Mondial 8.	Les appuis techniques consistent principalement à des formations visant à renforcer les capacités programmatiques et institutionnelles des éducateurs pairs et des dirigeants des associations. Les formations ont été réalisées suivant les curricula élaborés par le projet.	

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
	8 associations subventionnées (Antsirabe 2, Fianarantsoa 4, Fort Dauphin 2)	8 associations MARP ont bénéficié de mini subvention.	L'octroi de subvention a concerné les associations qui se trouvent dans des localités où le Fonds Mondial n'intervient pas. L'octroi a suivi les procédures de gestion de subvention du projet.	
	380 animateurs formés, incluant les nouveaux animateurs des associations d'Ihosy, de Manakara et de Majunga.	380 pairs éducateurs sont formés et opérationnels	La capacité des éducateurs MARP a été renforcé afin qu'ils puissent sensibiliser leurs pairs.	
	27 formations réalisées	21 formations concernant la mobilisation des ressources, la prévention des IST/VIH/sida, la négociation de l'utilisation du préservatif, et le montage de projet ont été réalisées.	Capitalisant les interventions du Fonds Mondial, des formations prévues n'ont plus été tenues dans certaines localités. Il s'agit des formations portant sur la prévention des IST/VIH/sida et sur les techniques de négociation de l'utilisation du préservatif.	
	9 500 outils IEC distribués	652 outils IEC ont été distribués.	Les associations disposaient encore d'outils. Ainsi, il n'y a pas eu de nouvelle production mais on a distribué les outils en stock.	
	21 000 personnes sensibilisées	22 710 personnes sont sensibilisées par les éducateurs MARP	Les éducateurs pairs collaborent avec les leaders des TS et des MSM dans leurs quartiers et lieux de travail. Ainsi, ils ont pu sensibiliser même ceux qui opèrent dans la clandestinité.	

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Axe stratégique 5 : Implication des leaders religieux et des organisations confessionnelles dans la stimulation de la demande des services de santé par la population des KM salama				
Intervention 1 : Mobiliser les membres de PLeROC à contribuer à l'amélioration de la santé communautaire				
Activité 3.5.1.1 Appuyer les leaders religieux à sensibiliser la population des 580 KM salama sur les thèmes de santé dans les lieux de culte	290 000 personnes sensibilisées	361 281 personnes sont sensibilisées par les entités membres du PLeROC	La diffusion de messages de santé dans les lieux de culte est devenue une pratique courante pour certaines entités religieuses. Les thèmes de sensibilisation portent principalement sur la planification familiale, la consultation prénatale, la vaccination contre le tétanos et la nutrition des femmes enceintes et allaitantes, la prévention du paludisme, la prise de fer acide folique, la nutrition des enfants, la prévention des IST/VIH/sida, l'eau potable, la diarrhée, l'IRA.	Activité achevée
Activité 3.5.1.2 Suivre les activités de PLeROC	Disponibilité des rapports mensuels des leaders religieux des 580 KM salama	Rapports disponibles et analysés		
	Résultats d'analyse disponibles et partagés à l'interne sur une base trimestrielle	Les résultats de l'analyse sont utilisés par le projet à des fins de gestion de programme.		

Activité	Objectif 2012	Réalisations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Axe stratégique 6 : Mettre en place la stratégie WASH dans les KM salama				
Intervention 1 : Promouvoir le changement de comportement collectif en assainissement et utilisation de latrines				
Activité 1.4.1.1 Etendre le déclenchement CLTS dans les communes formées	Remettre à niveau en CLTS les 115 techniciens d'appui (TA) des ONG de mise en œuvre concernées	115 TA remis à niveau sur l'approche CLTS	Objectif atteint	
	Remettre à niveau les 2837 membres de CCDS préalablement formés	1 715 membres de CCDS remis à niveau sur le processus CLTS, soit 60%	Les rapports émanant des TA accusent des retards. Le taux de rapportage est de 54%	
	Mettre à jour et multiplier le guide CLTS	Guide CLTS mis à jour	Objectif atteint	
	Mener des déclenchements CLTS dans 1500 villages	2 048 villages déclenchés en CLTS	Santénet2 a intensifié les activités CLTS, plus particulièrement les déclenchements et les suivis. D'autant plus que les CCDS ont pris leur responsabilité dans la mise en œuvre de l'approche.	
Activité 1.4.1.2 Suivre et analyser les résultats des activités CLTS	Suivre 1500 villages déclenchés en CLTS	1 814 villages suivis	Le suivi des activités CLTS a été confié aux membres des CCDS. Ces derniers rapportent les activités d'une manière périodique (mensuel, tous les 2 mois ou	Collecter et analyser les rapports de suivi provenant des CCDS sur les activités

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
			trimestriel) selon leur disponibilité. Ce système de suivi est orienté vers le transfert de compétences et responsabilités aux CCDS en vue de la l'appropriation et la pérennisation de l'approche.	CLTS
	Inciter la construction de 3,000 nouvelles latrines avec les propres efforts de la communauté	14 800 latrines construites par les membres de la communauté avec leurs propres moyens	L'intensification des activités CLTS, la prise de responsabilité des leaders communautaires en vue de la pérennisation, le renforcement des activités AC/CCDS Amis de WASH et la sensibilisation intensive des AC ont poussé les ménages à construire des latrines.	
	Inciter l'utilisation de latrine par au moins 15,000 personnes	170 252 nouvelles personnes utilisant des latrines	Le dépassement de l'objectif est dû à : - l'intensification des activités CLTS ; - l'implication importante des leaders communautaires (CCDS) dans le déclenchement et suivi des activités CLTS en vue de la pérennisation ; - l'intégration des activités CLTS dans le paquet de sensibilisation - le renforcement des activités AC/CCDS Amis de WASH	
	Documenter les activités CLTS	Un document sur les activités CLTS élaboré	Objectif atteint	

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
<i>Intervention 2 : Promouvoir l'accès de la population à l'eau potable</i>				
Activité 1.4.2.1 Suivre les réalisations des communes formées en gestion de l'eau	Analyser les données de suivis réalisés par les partenaires sous contractants	Résultats des suivis réalisés par les 3 sous-contractants analysés	<p>A partir de l'analyse des activités de suivi, il est constaté que les communes ayant fait l'objet d'appui en matière de maîtrise d'ouvrages :</p> <ul style="list-style-type: none"> · véhiculent les messages WASH · possèdent leurs systèmes d'approvisionnement en eau potable · adoptent un système de protection des infrastructures EHA · ont mis en place un système de Redevance pour tous les points d'eaux communaux · adoptent une sanction en cas d'effraction sur les infrastructures EHA · ont mis en place un système permettant l'entretien, la maintenance et la construction d'infrastructures en EHA · ont mis en œuvre le projet AEP dans le Diagnostic Communautaire établi · procèdent au renforcement du mécanisme de gestion des ressources financières et redevances en eau <p>Ces constats mettent en exergue les avantages des appuis qui ont débouché à l'appropriation par la communauté de la gouvernance locale des infrastructures ainsi leurs rôles en matière d'EHA.</p>	

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
	Renforcer les suivis EHA par les CCDS	164 CCDS des communes appuyées en maîtrise d'ouvrages ont réalisé le suivi des activités EHA, soit 100%	<p>A partir des 470 rapports de suivis réalisés par les membres du CCDS au niveau de 256 fokontany dans les 164 communes appuyées par Santénet2, des améliorations d'infrastructures existantes ou de nouvelles constructions ont été effectuées par la communauté, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> · chaque commune possède une structure qui gère l'eau ; · chaque commune a élaboré un plan de développement en eau ; · 1,153 points d'eau existants sont entretenus ou améliorés ; · 256 puits ou autres infrastructures en eau ont été construits ; · 232 latrines publiques sont fonctionnelles. <p>Le suivi des activités a été confié aux membres du CCDS, après un renforcement de leur capacité, en vue d'assurer une continuation au niveau communautaire</p>	

Intervention 3 : Promouvoir le changement de comportement individuel et des ménages

Activité 1.4.3.1 Etendre l'activité « AC Ami de WASH »	Certifier 2 400 AC remplissant les critères "AC Amis de Wash"	3 243 nouveaux AC certifiés Amis de WASH	Comme les AC doivent servir de modèle pour la communauté, Santénet2 a adopté un système de certification "AC Ami de Wash" qui est conditionnée par 3 critères. L'AC doit :	Collecter et analyser les rapports de suivi provenant des CCDS sur les activités AC/CCDS Amis de
---	---	--	--	--

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
			utiliser la latrine ; disposer d'un dispositif de lavage de main ; avoir un dispositif de stockage d'eau propre. Cette tâche de suivi a été confiée aux membres du CCDS, qui devraient aussi, à leur tour, servir de modèle afin d'assurer la pérennisation. 1 143 membres de CCDS ont été certifiés durant cette année fiscale 2012	Wash
Activité 1.4.3.2 Sensibiliser la communauté sur les messages WASH	Atteindre 400,000 personnes en matière de sensibilisation de la communauté sur les messages WASH	1 217 549 personnes sensibilisées sur les messages WASH	Le dépassement de l'objectif est dû à : - l'intensification des activités en Assainissement - l'adoption de la certification AC/CCDS Amis de WASH qui a motivé ces acteurs dans la sensibilisation en EHA - la mise en œuvre de l'approche CLTS qui a renforcé les sensibilisations en EHA	
<i>Intervention 4 : Coordonner et communiquer les activités communautaires d'Eau, Hygiène et Assainissement avec les partenaires de développement</i>				
Activité 1.4.4.1 Célébrer les journées mondiales relatives à l'Eau, Hygiène et Assainissement	Participer aux trois journées mondiales en matière de WASH	Participation aux 3 journées mondiales en matière de WASH	Objectif atteint	

Activité	Objectif 2012	Réalizations (Oct. 2011 – Sept. 2012)	Analyse des écarts	Objectifs 2013
Activité 1.4.4.2 Participer aux réunions de coordination avec les plateformes WASH	Participer aux deux réunions annuelles de la plateforme Diorano WASH	Participation à 2 réunions de Diorano WASH	Objectif atteint	
	Participer aux réunions du réseau CLTS	Participation à 4 réunions du réseau CLTS	Objectif atteint	

4- COORDINATION

Activité		Objectif 2012	Realisations FY 12	Analyse d'écart
Axe stratégique1 : Coordination des interventions dans les KM salama				
Intervention 1 : Coordonner les activités des partenaires de mise en œuvre				
4.1.1.1	Appuyer les partenaires de mise en œuvre dans le processus de planification	21	21	Objectif atteint
		84	84	Objectif atteint
4.1.1.2	Tenir des réunions mensuelles de coordination avec les partenaires de mise en œuvre	176	231	Les réunions sont tenues mensuellement avec les ONG pour assurer la coordination des activités sur la base des réalisations du mois précédent et du plan des activités du mois suivant. Des ONG ont tenu des réunion de coordination par zone alors que cela n'a pas été prévu
		176	231	

Activité		Objectif 2012	Realisations FY 12	Analyse d'écart
4.1.1.3	Participer aux réunions de coordination organisée par les acteurs locaux	32	3	La prévision a été basée sur le fait qu'il y aurait 2 réunions organisées par les acteurs locaux dans chacune des 16 régions. Santenet2 a assisté à toutes les réunions organisées par les partenaires au niveau régionaux. Cependant, seules les partenaires des régions Atsinanana, Ihorombe et Atsimo Andrefana ont tenu respectivement des réunions de coordination
4.1.1.4	Organiser une réunion de coordination nationale avec les partenaires de mise en œuvre	1	1	Objectif atteint
		1	1	Objectif atteint
4.1.1.5	Participer aux célébrations des Journées mondiales	4	4	Objectif atteint
			4	

Activité		Objectif 2012	Realisations FY 12	Analyse d'écart
Intervention 2 : Suivre les activités planifiées				
4.1.2.1	Collecter et analyser régulièrement toutes les informations	1,092	1,044	Afin de suivre l'avancement des activités par rapport au plan de travail annuel, les ONGs sont tenues d'envoyer leurs réalisations et prévisions sur une base hebdomadaire et trimestrielle. Les 21 ONG ont envoyé leur rapport hebdomadaire et trimestriel. L'ecart sur le rapportage hebdomadaire est du soit au congé des partenaires ou le retard de retour des informations. L'analyse de ces rapports ont pour but d'assurer que les ONG mettent en œuvre les activités dans les délais impartis et selon les normes
		84	84	Objectif atteint
4.1.2.2	Tenir à jour des tableaux de bord permettant de suivre l'avancement des activités des ONG	21	21	Objectif atteint

Activité	Objectif 2012	Realisations FY 12	Analyse d'écart	
Intervention 3 : Mettre en œuvre l'approche KM salama dans 03 communes				
4.1.3.1	Suivre mensuellement les activités dans les 3 communes (Ambanitsena, Anjeva, Ambohitrony)	12	12	Objectif atteint
		12	12	Objectif atteint
4.1.3.2	Organiser les revues semestrielles	2	2	Objectif atteint

Annexe 2 : Suivi et Evaluation

Le suivi et l'évaluation à travers la collecte et l'exploitation d'informations concernant l'avancement du programme et son impact au niveau de la population constituent une composante fondamentale de la gestion de Santénet2. L'analyse des indicateurs de suivi et évaluation permet de comprendre la performance du processus de mise en œuvre du programme, de déterminer si les activités sont menées conformément aux plans initiaux et de connaître si les objectifs fixés sont atteints. Sans un cadre de suivi et évaluation, il sera difficile d'appréhender les aboutissements des efforts fournis.

Santénet2 a élaboré le Plan de Suivi de la Performance dans le but de :

- fournir des informations pour suivre et évaluer le plan d'actions annuel,
- évaluer les progrès réalisés par rapport aux activités planifiées,
- évaluer les impacts au niveau de la population bénéficiaire.

Il décrit l'approche à utiliser pour suivre l'avancement vers l'objectif stratégique global de Santénet2 et ses trois composantes clés qui sont :

- le renforcement des systèmes communautaires,
- le renforcement du système de santé et
- l'atteinte des résultats stratégiques.

Ce Plan de Suivi de la Performance est utilisé par les membres de l'équipe comme outil essentiel pour planifier, gérer et documenter la façon dont les données de performance sont collectées et utilisées.

Dans le cadre de ses activités, Santénet2 utilise 22 indicateurs dont 18 indicateurs concernant les 5 domaines clés de santé (Santé de la reproduction/Planning Familial [SR/PF], Santé de la mère et de l'enfant [SME]/Nutrition, la Lutte contre le Paludisme, Eau-Hygiène-Assainissement [EHA] et la Lutte contre les IST/VIH-Sida) dont 9 sont des indicateurs PPR de USAID, et 4 indicateurs transversaux. Les résultats obtenus de ces indicateurs sont rapportés tous les six mois à USAID/Madagascar.

Eu égard à la crise politique qui prévaut à Madagascar et des restrictions subséquentes du Gouvernement Américain sur la collaboration avec le Gouvernement Malgache, un ajustement des activités de Santénet2 a été effectué avec la suspension de l'assistance au secteur public (gouvernement et système de santé public) et ajustement des activités vers les communautés. Il s'ensuit que les indicateurs relatifs à l'assistance directe au secteur public et au fonctionnement du système public ont été soit reformulés en termes d'intervention au niveau communautaire, soit purement et simplement suspendus. Tout indicateur nécessitant des informations émanant des centres de santé de base (CSB) ne sera pas rapporté tant que les sanctions ne sont pas levées.

Pour cette période, les indicateurs de suivi et de performance du projet peuvent être classés en deux catégories de performance:

La première catégorie inclut les indicateurs qui ont atteint ou dépassé les objectifs. Il y a dix-sept (17) indicateurs dans cette catégorie :

- Les services PF au niveau communautaire : (1) couple année protection et (2) utilisateurs réguliers (UR)

- La référence des femmes enceintes vers les formations sanitaires pour effectuer la consultation pré natale (CPN)
- Les services à base communautaire sur le suivi et la promotion de la croissance
- Le renforcement des acteurs communautaires en matière de santé de la mère et du nouveau-né
- La formation des agents communautaires (AC) sur l'utilisation du TDR
- Les activités de sensibilisations en matière de (1) nutrition, (2) EHA, (3) la lutte contre les IST/VIH-sida
- La prise en charge des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans
- L'utilisation des latrines
- La formation des éducateurs pairs des populations les plus à risque (MARP)
- La sensibilisation des travailleuses du sexe (TS) et des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) par les éducateurs MARP
- La fonctionnalité des AC
- La performance du Système d'Information pour la Gestion des activités de santé (SIG)-communautaire
- Le nombre de communes dont les Commissions Communales de Développement de la Santé (CCDS) ont planifié et mis en œuvre des activités d'amélioration de la qualité
- Le nombre de prestataires de santé mettant en œuvre une approche d'amélioration de la qualité.

Le solide socle conceptuel de Santénet2 ainsi que la mise en œuvre rigoureuse et standardisée des activités du Plan de Travail Annuel (PTA) 2012 ont permis le renforcement institutionnel des acquis, en l'occurrence la pérennité. La bonne performance de ces indicateurs peut être expliquée par une participation active des communautés à la démarche KM salama, la compétence des acteurs (AC, superviseur, formateur), l'efficacité des services de santé communautaire pour répondre aux besoins réels des populations les plus démunis, le processus d'amélioration continue de la qualité à travers la supervision externe et le suivi communautaire ainsi que le partenariat fort établi avec les 16 organisations de mise en œuvre.

La deuxième catégorie inclut les indicateurs qui sont en cours d'achèvement comparés aux objectifs. Il y a cinq (5) indicateurs liés au pourcentage d'AC ayant expérimenté une rupture de stock durant la période, au nombre de cas de vaccination référés vers les centres de santé par les AC, à la prise en charge des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) par les AC, à la prise en charge des cas de diarrhée et aux financements communautaires.

Ci-jointes les explications à cela :

- *Concernant la rupture de stock au niveau des AC :*

Des ruptures de stock ont été constatées au niveau des points d'approvisionnement (points d'approvisionnement communautaires et CSB) dues à :

Des ruptures au niveau national,

Non réapprovisionnement des points d'approvisionnement,

Approvisionnement des points d'approvisionnement en quantité insuffisante.

Ceci a une répercussion sur la disponibilité des produits au niveau des AC.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des lieux d’approvisionnement des AC en produits de santé :

Lieux d’approvisionnement des AC	ACT	Depoprovera
Point d’approvisionnement	59 %	27 %
CSB	26 %	61 %
CSB, point d’approvisionnement et pharmacie en même temps	15 %	12 %

Source : Santenet2, Rapport d’enquête sur la validité et la fiabilité des données sur les services à base communautaire au niveau des KM salama, août 2012.

- *Concernant les cas de vaccination référés vers les CSB par les AC :*

Les AC réfèrent les mères et les responsables d’enfants vers les CSB mais ne peuvent pas rapporter régulièrement le nombre d’enfants référés car les CSB n’ont pas établi les fiches de contre référence ou ces personnes ne rapportent pas ces fiches de contre référence à l’AC.

Les AC saisissent toutes les opportunités pour sensibiliser les mères ou responsables d’enfants à emmener les enfants pour se faire vacciner au CSB. Ils peuvent ne pas avoir avec eux les fiches de référence et les registres pour enregistrer les données à ce moment. Ceci entraîne un sous reportage des données.

Pour relever ces défis, le projet va renforcer les messages à faire passer aux TA concernant le rapportage de ces références durant les réunions de coordination mensuelle avec les TA. Egalement, les communautés où travaillent les AC sont distantes des CSB. Ces derniers réalisent des stratégies avancées de vaccination (équipe mobile) en général deux fois par an, durant la semaine mère et enfant, soit en avril et octobre de chaque année. Les mères saisissent ces opportunités pour faire vacciner leurs enfants.

- *Concernant la prise en charge des cas de diarrhée et de pneumonie :*

Des études récentes indiquent que le taux d’incidence du paludisme, de la diarrhée et de l’IRA a connu une baisse durant les 2 dernières décennies (3 % au cours de l’EDS 2008/09, et 1 % pour EPM 2010) et connaissent une fluctuation selon la saison. Les données indiquent que les baisses de la prise en charge communautaire suivent les baisses des cas de maladies; comme conclusion, nous pouvons dire que la prise en charge communautaire continue de répondre aux besoins de la population selon les tendances de traitement au niveau des CSB.

- *Concernant l’adhésion de la population aux mutuelles de santé :*

Une simple analyse des données d’adhésion a démontré que le nombre d’adhésion a fortement augmenté dès le début du lancement du projet pour 2 districts : Ambohimahasoa et Vatomandry. Celui de Vatomandry a été par contre bloqué par le passage des cyclones aux mois de Janvier-Février. Cette catastrophe naturelle a occasionné un appauvrissement de l’ensemble de la population alors que les mutuelles de santé étaient en phase de collecte d’adhésion et de cotisation. Parallèlement à cela, la grève du personnel et la fermeture des centres de santé pendant presque 4 mois (de juin à septembre 2012) a entraîné un ralentissement, voire l’arrêt, d’adhésion pour Ambohimahasoa et Ambositra.

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
INDICATEURS AVEC OBJECTIFS ATTEINTS					
1	Couple Année Protection (CAP)	118 936	108 961	92 %	Objectif atteint Le nombre d'utilisateurs PF rapportés à travers le système de collecte rapide SMS démontre que 122 131 utilisateurs réguliers PF ont été servis par les AC dans les communes KM salama.
2	Nombre d'Utilisateur Régulier (UR) en méthode de contraception moderne des AC	104 900	122 131	116 %	<p>Les résultats démontrent que les services offerts par les AC ont créé des comportements sains pour assurer une bonne santé. 64 % des UR ont utilisé l'injectable comme méthode contraceptive et 30 % les pilules. Par rapport à l'année fiscale 2011 le nombre de clients utilisant les pilules ont augmenté.</p> <p>Parmi ces UR, 81 % sont des Nouveaux Utilisateurs dont 39 % utilisent l'injectable et 35 % les pilules.</p> <p>Les résultats montrent aussi l'effectivité des activités de sensibilisation effectuées par les AC, les membres du PLeROC et les radios locaux. Durant la période, les AC ont sensibilisé 453 532 personnes en matière de SR/PF (soit une moyenne de 37 700 personnes par mois).</p>
6	Nombre de femmes enceintes référées vers les formations sanitaires par les agents communautaires pour	18 500	23 923	129 %	Les ACE et ACM offrent des services pour les femmes enceintes et les nouveaux nés. Les services incluent le dépistage des femmes enceintes durant les 3 ou 4 premiers mois, en faisant une sensibilisation sur l'importance de la CPN et en vérifiant que les

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
	effectuer les consultations prénatales SAR				10 éléments pour la prévention et les paquets de soins soient disponibles. Les AC sont formés pour identifier les signes de danger auprès des femmes enceintes et des nouveaux nés et offrent des services de counseling et référence aux patients si nécessaires. Depuis 2010, 11 034 AC sont formés pour organiser cette activité (92 % des AC fonctionnels). Le projet organise une formation de recyclage pour les TA des ONG en faisant un rappel sur le rapportage des références durant les réunions de coordination mensuelles.
8	Nombre de suivis pour malnutrition effectués par les AC	1 245 657	1 333 016	107 %	Objectif atteint Durant la période les AC ont effectué 1 333 016 pesées (soit en moyenne plus de 111 000 pesées par mois). Parmi ces pesées, 34 712 enfants sont détectés malnutris (soit 3 %). 80 % de ces enfants malnutris ont été référés vers les CSB.
10	Nombre de personnes formées en Santé de la mère et du nouveau-né	4 000	3 808	95 %	Objectif atteint
11	Nombre de mère ou de responsables d'enfants exposés aux messages EC/CCC concernant la nutrition	1 020 000	936 926	92 %	Durant la période, les AC ont sensibilisé 936 926 personnes en matière de nutrition soit en moyenne plus de 78 000 personnes par mois.

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
12	Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre traités avec de l'ACT dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	71 000	90 156	127 %	<p>Durant cette période, les AC ont pris en charge 90 156 cas de fièvre (soit une moyenne de 7 500 cas par mois). 63 % de ces cas ont eu un TDR positif.</p> <p>Ces résultats démontrent que les services offerts par les AC ont entraîné des comportements sains pour assurer une bonne santé. Cela démontre aussi une efficacité de la stratégie de communication pour le changement de comportement mis en œuvre par Santénet2 incluant les AC, les membres PLeROC et les stations de radios locales.</p> <p>Après le passage des 2 cyclones (Giovanna et Irina), une recrudescence des cas de fièvre a été constatée dans 15 districts d'intervention du projet. En plus, une épidémie a été déclarée dans les régions de Vatovavy Fitovinany, la région du Sud Est et la région d'Androy.</p>
13	Nombre d'ACE niveau 2 formés sur l'utilisation des TDR	414	388	94 %	<p>Objectif atteint</p> <p>Ces AC ont été formés pour compléter la formation des 5 647 ACE2 fonctionnels</p>
14	Nombre de personnes touchées par le programme Eau, Hygiène et Assainissement	400 000	1 217 549	304 %	<p>Cela démontre aussi une efficacité de la stratégie de communication pour le changement de comportement mis en œuvre par Santénet2 incluant les AC, les membres PLeROC et les stations de radios locales.</p> <p>De plus, la mise en œuvre de l'activité Amis de WASH (AC et CCDS) et de l'approche CLTS dans les KM salama ont motivé les différents acteurs à intensifier les sensibilisations en matière d'EHA. Durant l'année fiscale 2012, plus d'un million de</p>

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
					personnes ont été touchées par les messages de promotion de la santé des AC, soit une moyenne mensuelle de 100 000 personnes touchées.
15	Nombre de personnes dans les zones d'intervention de SantéNet2 utilisant des latrines	79 500	170 252	214 %	L'explication sur le dépassement des objectifs de cet indicateur provient d'au moins 3 causes. Tout d'abord, l'engagement renouvelé de dirigeants communautaires dans la promotion généralisée et le suivi des activités CLTS dans les communes KM salama cibles a conduit à une hausse du nombre pour cet indicateur. Deuxièmement, avec l'expérience acquise par les activités de projet précédent, les AC sont plus efficaces dans la promotion de comportements favorables à une meilleure santé. Au cours de l'exercice 2012, plus d'un million de personnes ont reçu des messages de promotion de la santé par les AC, avec une moyenne mensuelle de 23 personnes atteintes par chaque AC. Troisièmement, les AC amis de WASH sont devenus des modèles au sein de leurs communautés. Il y a 5 081 AC Amis de WASH certifiés dans les communes KM salama ainsi que 1 143 leaders communautaires Amis de WASH. Pour devenir Amis de WASH, les AC et les CCDS doivent remplir trois critères: l'utilisation des latrines, la possession de dispositif pour le lavage des mains avec du savon et la disposition d'un endroit pour le stockage d'eau.
16	Nombre de personnes touchées par la sensibilisation communautaire qui fait	682 953	637 865	93 %	Objectif atteint Les activités de sensibilisations en matière d'IST/VIH-sida sont effectuées par les AC, les membres du PLerOC, et les leaders de jeunes.

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
	la promotion de la prévention des IST/VIH/Sida par des changements de comportement autres que l'abstinence et/ou la fidélité (A, B et C)				Durant cette période, les AC ont sensibilisés 239 415 personnes, les membres du PLEROC 361 281 fidèles et les leaders de jeunes 37 169 jeunes.
17	Nombre d'éducateurs pairs MARP formés	380	380	100 %	Objectif atteint
18	Nombre de MARPS touchées par les activités des éducateurs pairs	21 000	22 710	108 %	Objectif atteint Les 380 éducateurs MARP ont sensibilisé 22 170 HSH et TS soit 1 893 personnes par mois et en moyenne 60 personnes par pairs éducateur.
19	Nombre d'agents communautaires fonctionnels (formés, équipés et supervisés)	12 058	12 ,058	100 %	Objectif atteint 3 187 visites de supervisions ont été menées cette année. A noter que le nombre de visites de supervisions effectuées au cours du second semestre a légèrement diminué car les supervisions dans quelques communes de la région d'Androy et d'Anosy n'ont pas pu être réalisées à cause de l'insécurité.
20	Performance du Système d'Information et de Gestion au niveau	>70 %	79 %		Objectif atteint 80 923 RMA AC sont enregistrés dans Extranet et 78 774 RMA

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
	Communautaire (SIG-c)				reçus par SMS. Le taux de complétude des RMA AC est de 76 %, la promptitude est de 83 % et la fiabilité est de 84 %. La performance du SIG communautaire a connu une amélioration par rapport à l'année dernière qui a été de 55 %.
21	Nombre de communes dans les zones d'intervention du projet disposant d'un comité de développement social qui a identifié, planifié et mis en œuvre des actions d'amélioration de la qualité de façon participative.	800	796	99.5%	Objectif atteint 796 communes ont pu élaborer et mettre en œuvre des actions pour améliorer la qualité de services après les évaluations. Il reste quatre communes à mettre en œuvre en octobre 2012 à la demande de la communauté.
22	Nombre de prestataires de services mettant en œuvre un processus d'amélioration de la qualité	11 000	11 060	101 %	Objectif atteint Partant de la stratégie du projet pour disposer des services de santé de qualité à base communautaire, un cadre favorable à la demande et à l'offre de services de santé de qualité a été conçu après inventaire des outils existants d'amélioration de qualité. Ce cadre a été intégré dans le processus KM salama. Il consiste à appuyer la communauté à exprimer ses besoins. A partir des besoins exprimés, sont menées des activités d'amélioration de la qualité des services de santé.

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
INDICATEURS EN COURS D'ACHEVEMENT COMPARES AUX OBJECTIFS					
3	Pourcentage d'ACs prestataires de service rapporté une rupture de stock en produit Dépocom et ACT	5%	Depoprovera: 33% ACT: 45%		<p>Objectif non atteint</p> <p>Des ruptures de stock ont été constatées au niveau des points d'approvisionnement (Points d'approvisionnement communautaires et Centres de Sante) dues à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des ruptures au niveau national, - Non réapprovisionnement des points d'approvisionnement - Approvisionnement des points d'approvisionnement en quantité insuffisante. <p>La durée moyenne de l'épisode est de 1,5 mois pour le Depoprovera et 2 mois pour les ACT</p>
4	Nombre d'enfants âgés de moins de 12 mois référés par les agents communautaires vers les formations sanitaires pour vaccination	26 000	17 820	69%	<ul style="list-style-type: none"> - Durant la période les AC ont rapportés 17 820 enfants référés pour vaccination. - Il y a un problème au niveau du rapportage des cas de référence par les AC (enregistrement dans les fiches, usage des cartes de référence): <ul style="list-style-type: none"> - Les AC réfèrent les mères et les enfants auprès des CSB mais ne pouvaient pas rapporter d'habitude sur le nombre d'enfants référés car les CSB ne leur donnent pas des fiches de références ou les mères ne retournent pas les fiches. - Les AC saisissent toutes les opportunités pour sensibiliser les mères ou responsables d'enfants à emmener les enfants pour se faire vacciner au CSB. Ils peuvent ne pas avoir avec eux les fiches de référence et les registres pour enregistrer les données à ce moment. Ceci entraîne un sous reportage des données. - Egalement, les communautés où travaillent les AC sont distant des CSB. Ces derniers réalisent des stratégies avancées de

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
					<p>vaccination (équipe mobile) en général deux fois par an, durant la semaine mère et enfant, soit en Avril et Octobre de chaque année. Les mères saisissent ces opportunités pour faire vacciner leurs enfants.</p> <p>Pour relever les défis concernant les problèmes de référence des AC, le projet organise une formation de recyclage pour les TA des ONG en les rappelant tout au long des réunions de coordination mensuelles sur le rapportage des références des AC.</p>
5	Nombre de cas de diarrhée traités par les agents communautaires chez les enfants de moins de 5 ans	112 275	49 009	44%	<p>L'explication de cet écart d'indicateurs vient de deux raisons. Les objectifs fixés pour la diarrhée durant les années fiscales 2012 et 2013 ont été basés sur un taux d'incident de 9% (extrait de l'EDS 2004). Plus d'enquêtes récentes indiquent une baisse stable d'incidents rapportés sur des enfants ayant la diarrhée durant les 2 semaines de période avant l'enquête. (8% selon l'EDS 2008/09, et 3% selon la dernière EPM2010). Avec les données de l'EDS 2008/09, la morbidité cible Santénet2 serait de 60.000 pour la diarrhée, considérant les enfants dans les régions d'intervention des AC. Durant la période, les AC ont pris en charge 49 009 cas de diarrhée (soit une moyenne de 4 000 cas par mois). Une deuxième partie de l'explication réside sur le fait que Santénet2 est un programme de santé à multiples facettes. Réalisation dans d'autres domaines de notre programme, telles que la promotion des changements de comportement dans la population qui sont propices à une meilleure santé tout en fournissant un accès aux services de santé communautaire pour les enfants malades, sont très susceptibles d'avoir un impact négatif sur notre réalisation pour cet indicateur (mais dans un sens positif), dans le sens où il ya moins d'enfants malades, par conséquent, nos AC n'ont pas atteint leurs objectifs en termes de</p>

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
					<p>cas pris en charge. Les deux dernières enquêtes mentionnées ci-dessus et notre approche holistique à la santé communautaire indiquent que même si les AC prennent en charge les enfants malades dans leurs communautés, il ya moins d'enfants malades à atteindre que prévu.</p> <p>En plus, la principale cause de rupture de stock au niveau des AC filière enfant en produits de prise en charge pour le mois de janvier à juin 2012, est liée à une rupture de stock ou absence de responsable au niveau des points d'approvisionnement que ce soit CSB ou Marketing social (25% pour Cotrim/Pneumostop et 31% pour SRO zinc/Viasur). Ceci est dû à la fermeture des CSB en grève de février à Aout 2012, alors que ces produits sont peu disponible au niveau des PA.</p>
7	Nombre de cas de pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans traités avec des antibiotiques par les agents communautaires	90 735	53 104	59%	<p>L'explication de cet écart d'indicateurs vient de deux raisons. Les objectifs fixés pour la pneumonie durant les années fiscales 2012 et 2013 ont été basés sur un taux d'incident de 9% (extrait de l'EDS 2004). Plus d'enquêtes récentes indiquent une baisse stable d'incidents rapports sur des enfants ayant la diarrhée durant les 2 semaines de période avant l'enquête. (8% selon l'EDS 2008/09, et 3% selon la dernière EPM2010). Avec les données de l'EDS 2008/09, la morbidité cible Santénet2 serait de 60.000 pour la pneumonie, considérant les enfants dans les régions d'intervention des AC. Durant la période, les AC ont pris en charge 53 104 cas de diarrhée (soit une moyenne de 4 400 cas par mois). Une deuxième partie de l'explication réside sur le fait que Santénet2 est un programme de santé à multiples facettes. Réalisation dans d'autres domaines de notre programme, telles que la promotion des changements de comportement dans la population qui sont propices à une meilleure santé tout en</p>

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
					<p>fournissant un accès aux services de santé communautaire pour les enfants malades, sont très susceptibles d'avoir un impact négatif sur notre réalisation pour cet indicateur (mais dans un sens positif), dans le sens où il ya moins d'enfants malades, par conséquent, nos AC n'ont pas atteint leurs objectifs en termes de cas pris en charge. Les deux dernières enquêtes mentionnées ci-dessus et notre approche holistique à la santé communautaire indiquent que même si les AC prennent en charge les enfants malades dans leurs communautés, il ya moins d'enfants malades à atteindre que prévu.</p> <p>En plus, la principale cause de rupture de stock au niveau des AC filière enfant en produits de prise en charge pour le mois de janvier à juin 2012, est liée à une rupture de stock ou absence de responsable au niveau des points d'approvisionnement que ce soit CSB ou Marketing social (25% pour Cotrim/Pneumostop et 31% pour SRO zinc/Viasur). Ceci est dû à la fermeture des CSB en grève de février à Aout 2012, alors que ces produits sont peu disponible au niveau des PA.</p>
9	Nombre de personnes couvertes par les financements de santé	300 000	23 141	8%	<p>Objectif non atteint</p> <p>Pour le rapportage du taux d'inscription de la mutuelle de santé, nous avons calculé un point d'équilibre de 300,000 inscrits pour la pérennisation financière.</p> <p>L'explication de l'écart de réalisation pour cet indicateur découle de plusieurs causes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement, les mutuelles de santé sont en 1ère année de mise en place qui est surtout marquée par la sensibilisation et la mise en place des structures. Le planning de mise en place pour chaque district n'est pas le même. 2 districts sur les 7 sont les plus avancés. - Deuxièmement, la population est encore dans le doute quant à la réussite ou non du projet à cause de problèmes vécus

N°	Indicateurs	Objectifs FY 2012	Réalizations FY 12 (Octobre 2011 - Septembre 2012)	% de réalisations	Analyses d'écart/Observations
					<p>(mauvaise gestion, fraude ...) durant le fonctionnement des anciennes mutuelles de santé. De plus, il est difficile pour elle de s'adapter à une nouvelle approche, le changement dans la structure de gestion au niveau district est considéré comme favorable à un détournement de fonds.</p> <p>- Ensuite, la plupart de gens attendent le début réel de la prise en charge pour décider de l'adhésion.</p> <p>Le passage des cyclones ainsi que la fermeture des centres de santé durant les grèves du personnel ont rendu difficile voire freiné l'adhésion et la collecte de cotisation.</p> <p>Malgré ces différents problèmes, les mutuelles de santé sont fonctionnelles et le nombre d'adhérents continue à augmenter. A l'exemple d'Ambalavao et de Vatomandry, une augmentation de 48% et de 25% a été constatée depuis le démarrage des activités. Afin de renforcer ces résultats, le projet a pris plusieurs mesures pour promouvoir l'intérêt de la population et leur confiance aux mutuelles de santé.</p>

Annex 3: Rapport d'atténuation des impacts environnementaux et de suivi environnemental

Activité	Mesures d'atténuation	Indicateurs de suivi	Suivi et fréquence de rapport	Entité responsable.	Résultats FY 12 (Octobre 2011 – Septembre 2012)
<i>Gestion et élimination des déchets médicaux dangereux issus de l'administration de Depoprovera et de l'utilisation des TDR (seringues/objets tranchants ou souilles, gants, ampoules de médicaments, flacons, gazes, sachets)</i>	<p>La gestion des déchets médicaux sera réalisée en conformité avec la Politique Nationale de Gestion des Déchets Médicaux de Madagascar et les Directives Environnementales de l'OMS pour les Activités à Petite Echelle en Afrique, Chapitres 8 et 15.</p> <p>Les AC seront formés et équipés pour une bonne gestion des déchets et la sécurité des injections. Les formations couvriront l'évaluation des risques, la sécurité des injections, la gestion des déchets médicaux et la sensibilisation des AC. Chaque AC niveau 2 recevra des boîtes de sécurité à l'issue de sa formation (2 boîtes pour les AC mère et 1</p>	<p>Durant ces 3 premières années, RTI/USAID/Santénet2 a formé 5 269 AC enfant niveau 2 sur les prestations en PCIME-communautaire et 4 774 AC mère niveau 2 sur les prestations en Depoprovera communautaire.</p> <p>Durant l'année fiscale 2012, les activités consisteront à superviser 5 269 ACE2 et 5233 ACM2.</p> <p>3 200 visites de supervision touchant 75 % des AC formés seront menées au niveau des communes pour évaluer le respect des normes environnementales par les AC pour l'élimination de leurs déchets médicaux (seringues, aiguilles, les</p>	<p>Les rapports de revue mensuelle et de supervision offriront la base d'informations pour évaluer l'efficacité des mesures d'atténuation.</p> <p>Les rapports semestriels et annuels du projet Les rapports semi-annuels mentionneront les mesures d'atténuation mis en place.</p>	Santénet2 et les partenaires de mise en œuvre.	<p>5 647 ACE 2 et 5 361 ACM2 ont été supervisés au cours de 3 187 visites de supervisions.</p> <p>Les rapports de supervision ont indiqué que 98% des AC niveau 2 ont au moins une boîte de sécurité, l'utilise et est conforme avec les procédures standards de la sécurité des injections.</p> <p>328 CSB sur les 1 217 des 800 KM salama disposent d'un dispositif pour la gestion des déchets (i.e. un incinérateur pour les déchets médicaux). Les CSB restants utilisent, selon la recommandation de la politique nationale de la gestion de déchets, d'un trou ou fossé pour brûler les</p>

Activité	Mesures d'atténuation	Indicateurs de suivi	Suivi et fréquence de rapport	Entité responsable.	Résultats FY 12 (Octobre 2011 – Septembre 2012)
	<p>boîte pour les AC enfant) et recevra des instructions sur l'élimination des boîtes de sécurité et sur son réapprovisionnement.</p> <p>Les AC emmènent leurs boîtes aux CSB quand celles-ci sont remplies 2/3 et se réapprovisionnent soit au niveau du CSB soit au niveau du Point d'Approvisionnement.</p> <p>Les AC suivront les procédures du « Manuel de référence pour les Responsable de programme de vaccination sur la question de la sécurité des injections et de l'élimination des déchets », en particulier pour l'utilisation des boîtes de sécurité. Les formations couvriront la gestion et la manipulation appropriée des produits de santé.</p>	<p>gants, les flacons de médicaments, les bouteilles, les gazes, les sachets).</p> <p>En outre, le respect des procédures d'élimination des déchets par les AC et la disponibilité de boîtes de sécurité seront vérifiés, en particulier l'élimination des boîtes de sécurité.</p>			déchets médicaux.

Annexe 4 : Success Stories

Success story: PCIME-c et engagement communautaire : La communauté paie l'agent communautaire pour ses services

La communauté d'Enakasa, commune rurale de Ranomafàna est convaincue par les services à base communautaire offerts par l'agent communautaire enfant, Kazy Zafisoa.

Kazy est très motivée par son travail. Elle est toujours disponible pour les consultations des enfants moins de cinq ans dans le *fokontany* et alloue presque ses heures de la journée pour rendre service à la communauté.

A part les consultations, elle prend en charge les maladies des enfants d'Enakasa. La communauté se rue vers cet agent communautaire en vue de la confiance qu'elle lui témoigne. Elle traite vraiment les maladies des enfants.



Durant les mois d'avril et juin 2012, elle a pris en charge 92 enfants atteints du paludisme, 9 cas de diarrhée et 18 cas d'enfants ayant souffert de la pneumonie. En plus, elle a détecté 78 enfants en bande rouge (des enfants souffrant de malnutrition).

© Santénet2/ ASOS Sud: Kazy Zafisoa recevant un enfant malade dans son site de travail «Toby Mahavotsy » fabriqué par la communauté à Enakasa

L'engagement de Kazy Zafisoa satisfait la communauté qui a décidé de la payer à raison de 35 000 ariary par mois. Cette somme est pour compenser les honoraires de consultation de l'agent qui travaille presque tous les jours dans le site nouvellement construit par la communauté elle-même.

La décision de payer l'agent communautaire n'est pas fortuite. Vu que tous les 12 058 agents communautaires formés par Santénet2 sont des bénévoles élus par la communauté.

Pour le *fokontany* d'Enakasa, la décision a été prise à l'issue d'une réunion communautaire organisée par le chef du *fokontany* d'Enakasa. Cette décision a été présentée et validée au cours de la revue de la qualité sociale au mois d'août 2012 dernier pendant laquelle les communautés expriment leurs besoins en santé.

Mosa Manara, chef du *fokontany* d'Enakasa est fier de l'avoir. « Nous sommes convaincus que Kazy Zafisoa nous est utile pour la promotion de la santé des enfants. Le prochain objectif de la communauté est aussi de payer l'agent communautaire mère », explique-t-il.

Chaque ménage se cotise à raison de 200 ariary par mois. La somme est versée auprès du chef du *fokontany*. Avec cette somme, la communauté ne paie plus les consultations journalières auprès de l'agent communautaire.

Kazy Zafisoa est heureuse de cette reconnaissance populaire. Avec son gain mensuel, elle peut subvenir aux besoins de sa famille mais aussi renforcer son stock de médicaments pour assurer les traitements des cas de maladie. « Le geste que fait preuve la communauté m'encourage encore mais cela ne veut pas dire que je vais arrêter quand elle ne peut plus me payer car j'aime ce que je fais », témoigne Kazy Zafisoa.

Avec cette initiative communautaire, les habitants d'Enakasa comptent beaucoup sur les services de l'agent communautaire. Auparavant, ils doivent parcourir plus d'une heure pour trouver le centre de santé de base le plus proche.

Le *fokontany* d'Enakasa est parmi les 11 *fokontany* de la commune rurale de Ranomafàna, 90 km de Tolagnaro. Elle compte 13 967 habitants répartis dans 2 972 ménages. Cette commune dispose de 6 agents communautaires enfants et 5 agents communautaires mère.

Success story: Nutrition : La séance de pesée, une ruée populaire dans la commune rurale d'Andina

Le *fokontany* d'Ampasina dans la commune rurale d'Andina, ville productrice d'oranges dans la région Amoron'i Mania, sur les hauts-plateaux betsileo dispose d'une organisation communautaire remarquable.



© Ny Tanintsika/Ifaliana: Les deux AC d'Ampasina utilisent la balance lors de la séance de pesée.

Avec la dotation de balances par le projet Santénet2, mis en œuvre par RTI International, les deux agents communautaires ont trouvé un moyen d'assurer la séance de pesée mensuelle pour tout le *fokontany*.

Depuis, les activités de nutrition sont bien coordonnées avec les deux autres agents communautaires formés par le programme Salohi d'ADRA, un autre projet sur la nutrition financé par l'USAID à

Madagascar.

Les deux agents communautaires formés dans le projet Santénet2 à Ampasina se donnent la main pour assurer la séance de pesée mensuelle tous les premiers lundis du mois. La séance se déroule dans la grande cour d'Aimé Andriamiandrisoa. C'est au tour de Marie Razafimamonjy, agent communautaire mère qui coordonne la séance.

Si toutes les mères d'Ampasina viennent à ce rendez-vous mensuel pour emmener leurs enfants de moins de cinq ans, les autres mères des *fokontany* voisines Ankadilanana et Anjamaivo viennent aussi. Ces deux *fokontany* ne disposent pas d'agent communautaire.

Avant la séance, une sensibilisation se fait au niveau du *fokontany*. A chaque occasion, le rendez-vous draine du monde.

Après la séance de pesée, tous les enfants détectés dans la bande rouge durant la séance sont tout de suite pris en charge par les agents communautaires du programme Salohi ADRA. Ils sont accueillis dans le foyer d'apprentissage et de récupération nutritionnelle. Les mères reçoivent les conseils sur la santé, la nutrition et la sécurité alimentaire.

En douze mois, cette organisation a pu bénéficier de 805 enfants moins de cinq ans pesés. Tous les enfants d'Ampasina (475 têtes) ont été pesés. 330 autres viennent des autres *fokontany*. 15 enfants ont été détectés en bande rouge et référés auprès du foyer de récupération de Salohi.

Ravaoarimanana Marie Louise, 25 ans, mère de la petite Saholiarisoa Florence est satisfaite : « *La séance de pesée m'a beaucoup aidée comme je m'occupe toute seule de mon bébé. Cela me facilite de la peser au niveau du fokontany plutôt qu'au CSB [centre de santé de base], qui est à 06 km de chez moi* », témoigne-t-elle.

Le chef du CSB d'Andina, Dr Randriantsialonina Harison reconnaît aussi le bon travail de ces agents communautaires d'Ampasina. « *Ce sont des AC [agents communautaires] modèles dans la commune d'Andina. Nous sommes fiers de les avoir. Les séances de pesées organisées dans le fokontany d'Ampasina est une référence pour tous les AC. Depuis son organisation, nous avons moins de monde pendant les pesées ici au niveau du CSB mais les résultats sont rapportés par les AC.* »



© Ny Tanintsika/Ifaliana : La séance de pesée à Andina tous les premiers lundis du mois draine du monde à Ampasina.

Success story : Encadrement des agents communautaires : Portrait d'un agent communautaire major

Edwige Razanantsoa fait partie des 18 agents bénévoles de santé pour la commune rurale de Mahaditra, district de Vohibato. Elle travaille depuis sa formation sur les offres contraceptives au niveau communautaire en octobre 2009.

Cette formation a été octroyée par Santénet2 dans le cadre de l'approche Kaominina Mendrika (KM) salama mise en œuvre par RTI International et financée par USAID Madagascar.

Elle est parmi les plus de 5 100 agents communautaires formés pour accompagner les femmes dans les communautés très enclavées, sises à plus de 5 km du centre de santé de base (CSB), pour choisir les méthodes contraceptives.



© Santénet2/ODEFI : Edwige Razanantsoa (en encadré) avec les AC d'Ankaromalaza, une commune n'ayant pas de CSB près de Mahaditra

Edwige Razanantsoa habite dans le *fokontany* d'Ambalamarina I, à 4 heures de marche du CSB. Elle sert

près de 80 femmes en contraceptives injectable et orale. Un chiffre assez élevé par rapport à la moyenne générale d'un agent communautaire mère avec 27 clientes suivies sur une base mensuelle.

Avec cette performance remarquable, Edwige est devenue depuis quelque temps une modèle et une référence pour les autres agents communautaires dans toute la commune de Mahaditra et même de la commune avoisinante d'Ankaromalaza (9 agents communautaires). Elle est désignée pour être la capitaine d'équipe, coach des 27 agents communautaires mère et enfant.

Sa performance et sa méthode de travail, elle ne le garde pas mais elle la partage avec ses pairs. Tous les agents la respectent et prennent à cœur les conseils qu'elle prodigue tout au long de leur activité.

Sa performance est valorisée aussi par le chef de CSB de la commune. Elle travaille de temps en temps au niveau du CSB comme bénévole.

Selon Dieu Donné Randriamiharisoa, Technicien accompagnateur de l'organisation non gouvernementale ODEFI, partenaire de mise en œuvre de Santénet2 dans la région Haute Matsiatra, Edwige Razanantsoa est une femme dévouée avec son travail. « *Tous les rapports d'activité mensuels des 29 agents communautaires des deux communes de Mahaditra et d'Ankaromalaza passent par elle. Elle les révise, les corrige avant de me les donner. Une organisation que j'apprécie énormément car elle corrige les erreurs et essaie toujours d'aider les autres* », souligne Dieu Donné.

Santénet2 encourage toujours l'encadrement des agents communautaires, une étape très importante pour assurer la qualité des offres de services à base communautaires octroyées par les agents communautaires. Ce que fait Edwige Razanantsoa est un bonus pour le projet pour assurer la pérennisation des activités déjà mises en place.

Success story: Planification familiale : Julienne Razanamasy au service des femmes de son fokontany

La commune de Vohitsaoka (11 839 habitants, 3 090 femmes en âge de procréer) devient une commune phare dans la planification des naissances.

Cette pratique y est devenue très courante grâce à la disponibilité des services dans la commune depuis quelques mois introduite par l'approche Kaominina Mendrika (KM) salama du projet Santénet2, mis en œuvre par RTI International.

Si la disponibilité des services y est pour quelque chose, l'engagement de l'agent communautaire y est pour beaucoup aussi.

Elle s'appelle Julienne Razanamasy. Cette femme aux cheveux grisés fait tout pour que les femmes dans son fokontany Soasieranana voire dans les autres fokontany aient accès aux méthodes contraceptives qu'elles veulent.

Pour se faire, Julienne parcourt des kilomètres malgré son âge pour sensibiliser les femmes avides d'avoir des informations nécessaires sur les méthodes contraceptives existantes. « Donner un choix libre et éclairé aux clients, c'est important », selon Julienne Razanamasy. C'est pourquoi, elle déplore de toutes ses forces pour desservir tous les intéressés.

En quelques mois après sa formation en agent communautaire, elle est connue de toutes les femmes âgées plus de 25 ans du fokontany Soasieranana qui sont toutes venues la voir.

Le nombre de clientes qu'elle voit augmente presque de mois en mois. Si en janvier 2012, elle comptait 355 clientes, ce chiffre augmente de 419 clientes en juillet 2012. Cela veut dire que toutes les clientes de Julienne Razanamasy reviennent tous les mois pour le rendez-vous mensuel.

« La disponibilité de Julienne me soulage beaucoup. C'est elle qui s'occupe de tous les rendez-vous mensuels et les nouvelles clientes venues pour la consultation en planification familiale. En plus, elle ne ménage pas ses efforts pour parcourir les 4 heures de marche pour emmener ses rapports d'activités mensuels auprès du CSB [centre de santé de base] », témoigne Dr Raharimalala Volatiana Isabelle, chef de CSB de la commune de Vohitsaoka et superviseur des agents communautaires.

Le médecin affirme qu'elle est armée de courage et adore servir les femmes. C'est pourquoi, elle arrive à desservir plus de 400 femmes en méthodes contraceptives.

Dans les 800 communes rurales où travaille le projet Santénet2 pour mettre en œuvre les services à base communautaires, tous les agents communautaires travaillent en bénévolat. Certains, comme Julienne Razanamasy, démontrent un engagement et une volonté hors du commun en faveur de la communauté.

Grâce à cette volonté, le taux de couverture en méthode contraceptive augmente chez les femmes en âge de procréer dans les milieux ruraux.



© Santénet2/ODEFI Julienne Razanamasy est toujours heureuse de servir ses clientes

Success story: Santé de la mère :La commune rurale de Vohilengo mieux équipée pour l'évacuation sanitaire

Vohilengo, commune rurale dans le district de Fenerive-Est arrive à survivre malgré son enclavement. En effet, les *fokontany* sont tous inaccessibles en voiture faute de voie praticable. L'accès aux soins demeure très difficile pour la population (30 768 habitants). Grâce à la mobilisation des leaders communautaires dont le comité communal de développement social (CCDS) et les agents communautaires, la commune s'est réveillée de son isolement géographique en prenant au sérieux sa santé.

La communauté s'est engagée à faciliter le transport des malades au centre de santé de base (CSB) avec l'existence d'un fauteuil traditionnel conçu avec des bambous ou le « filanjàna ». Chaque *fokontany* en a conçu un pour subvenir aux besoins en cas d'urgence. Une initiative prise avec la mobilisation de toute la population consciente de l'importance des soins de santé.



© Santénet2/ODDIT. Conception de fauteuil pour évacuation sanitaire à Vohilengo

L'organisation se fait au niveau de chaque *fokontany*. Dans les cas qui nécessitent une évacuation sanitaire, les hommes et les femmes du village se mobilisent pour assurer les premiers gestes de secours et le transport du malade en question.

Symphorose Botou, technicienne accompagnateur d'ODDIT¹ raconte qu'elle a surpris les hommes dans le *fokontany* de Fandalazina en train de confectionner les nattes pour le filanjàna pour assurer l'évacuation sanitaire d'un homme malade auprès du CSB de la commune, accessible à 1h30mn de marche du *fokontany*.

« Il a fallu une quinzaine de minutes pour monter le filanjàna avec une volonté inégalable. L'homme a pu être emmené à temps auprès du CSB, transporté par 4 hommes du village », témoigne Symphorose.

La mise en place des systèmes d'évacuation sanitaire fait suite au programme de formation du projet Santénet2 sur les urgences obstétriques et néonataux pour répondre aux besoins spécifiques des mères et des enfants. Ce programme forme les agents communautaires et les villageois à reconnaître les signes de danger auprès des femmes enceintes et des nouveau-nés, afin de mettre en place un système d'évacuation sanitaire vers un centre de santé plus équipé.



© Santénet2/ODDIT: Transport de malades du fokontany vers le CSB

¹ ODDIT est l'ONG de mise en œuvre du projet Santénet2 dans la région d'Analanjirifo.

94 communes où travaille Santénet2 ont mis en place des systèmes d'évacuation sanitaire. Toutes les décisions y afférant sont prises durant les réunions communautaires où les habitants du *fokontany* répondent présents.

Dans la plupart des cas, la communauté fait recours à des moyens locaux comme les filanjàna, les charrettes, les pirogues mais dans d'autres communes plus accessibles, les véhicules sont mobilisés. A ceux-là s'ajoutent les caisses de solidarité pour assurer la prise en charge de l'évacuation, consistant à payer les charges pour les évacuateurs ou pour les frais médicaux des malades. Presque 75 % de la population malgache vivent dans les milieux ruraux, souvent pauvres et isolés. Mais avec la mise en place des systèmes d'évacuation au niveau communautaire, beaucoup de villageois ont accès aux services de santé.

Success story: Approvisionnement : La commune rurale d'Ivandrika forte de ses services de santé à base communautaire

Arison, l'agent communautaire au service des mères se démarque dans la commune rurale d'Ivandrika, district de Farafaranga. Outre ses activités quotidiennes pour servir les femmes avides de la planification familiale, Arison a été désigné aussi pour gérer le point d'approvisionnement de la commune et celui du centre de santé de base (CSB).

Etant formé comme agent communautaire mère depuis le début du projet Santénet2, ce natif du *fokontany* d'Ivandrika dans le chef lieu de la commune, père de famille, est l'homme qu'il faut pour sa communauté.

La communauté (4 519 habitants) lui témoigne une confiance totale car il sait ce qu'il fait. C'est pourquoi, les leaders communautaires l'ont choisi pour gérer le dépôt de médicaments de la commune où les agents communautaires approvisionnent en médicaments.

Mais en même temps, il travaille au sein du CSB en tant que dispensateur, une activité qu'il accomplit avec un très haut niveau de professionnalisme. Même Onesiphore, le chef du CSB est convaincu du sérieux qu'Arison fait preuve et lui accorde toute sa confiance pour être son bras droit.

Arison dispose d'un agenda très chargé durant toute la semaine. Mais il sait bien le gérer. C'est ce qui fait sa force aussi.

Depuis l'offre de service d'Arison dans la commune d'Ivandrika, les mères sont plus encouragées avec les méthodes contraceptives qui sont toujours disponibles. Il suit une centaine de clients pour les méthodes contraceptives. Grâce à Arison et sa bonne capacité de planification, aucune rupture de médicaments n'a jamais survenue dans cette commune, que ce soit au niveau du point d'approvisionnement pour les agents communautaires ou au niveau du CSB.

Tous les médicaments nécessaires pour traiter les maladies affectant les enfants de moins de cinq ans et ceux nécessaires pour la santé des femmes y sont toujours disponibles.

Rudolph Thomas, directeur de l'USAID à Madagascar a été très impressionné par les offres et les activités d'Arison lors de son passage à Ivandrika en mars 2012. La pérennisation des services à base communautaire a besoin de personne de bonne volonté et très engagée comme lui.



© Santénet2/Herilaza. Le directeur de l'USAID, Rudolph Thomas (à dr) appréciait les efforts menés par Arison, l'ACenfant et PA d'Ivandrika lors de sa visite dans la commune en mars 2011

SUCCESS STORY : Eau, Hygiène et Assainissement

La commune d'Ampasy Nahampoana, pionnier dans l'amélioration de l'hygiène

La vie de la population de la commune rurale d'Ampasy Nahampoana (2 253 habitants, 470 ménages, 3 *fokontany*), sise à 10 km de Taolagnaro ville, a connu un changement considérable depuis novembre 2011.

Auparavant, la population ne se souciait pas trop de son hygiène. Pour preuve, la commune ne disposait pas de douche publique et n'utilisait pas de latrines. Celles-ci se trouvent seulement au sein du centre de

santé de base (CSB) et de l'école publique primaire.

Avec l'introduction de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC), une approche introduite par Santénet2 pour aider la population à combattre la défécation à l'air libre et à améliorer son hygiène, le changement a été total.

Durant cette formation, les responsables au sein de la commune et les membres du comité communal de développement social (CCDS) ont été renforcés pour la demande de partenariat auprès des organismes de développement dont Qit Madagascar Minerals (QMM comme Ampasy Nahampoana se trouve dans la zone d'intervention de QMM

Avec ce partenariat privé, la commune a bénéficié de l'appui de QMM. Depuis octobre 2011, 90 latrines et douche communes avec 16 bornes fontaines ont été construits à Ampasy Nahampoana. (A raison de 01 latrine/douche pour 4 à 5 ménages et 01 borne fontaine pour 30 ménages).

L'apport de la communauté est d'assurer le transport des matériaux de construction comme les briques, le ciment, les sables et les tôles. Le financement de tous les travaux a été octroyé par QMM. Les membres CCDS assurent aussi la gestion de ces nouvelles infrastructures.

Ces nouvelles infrastructures ont eu des impacts positifs au niveau de la communauté même. La santé ainsi que la pratique de la population s'est nettement améliorée avec une diminution du taux de diarrhée.



© Santénet2/ASOS. La population à pied d'œuvre



© Santénet2/ASOS. Modèle de borne fontaine fonctionnel



© Santénet2/ASOS. Modèle de douche nouvellement construite



© Santénet2/ASOS. Modèle de latrine nouvellement construite

Success story: Approche genre : La place des femmes revalorisée dans la commune rurale de Savana

La commune rurale de Savana (près de 6 000 habitants) dans le district de Vohipeno, dans la côte sud-est de Madagascar a depuis longtemps conservé les traditions Antemoro. Les femmes sont désavantagées et n'ont jamais eu de place dans la vie active de la communauté. Elles doivent s'occuper des tâches ménagères, servir leurs maris et entretenir leurs enfants.

Même durant les grandes festivités, les rôles des femmes sont toujours limités à veiller sur les enfants tandis que les hommes passent leur temps à boire, à danser et à faire la fête.

La situation a beaucoup évolué depuis l'introduction de l'approche Kaominina Mendrika



© DRV/ Une communauté dans la commune rurale de Savana où la valeur de la femme est de plus en plus reconnue

(KM) salama à Savana, avec la mise en place du programme intégré de santé communautaire incluant le volet genre dans l'offre de service de santé et l'engagement communautaire.

Étant une commune très enclavée, Savana fait partie des 800 communes d'intervention du projet Santénet2 pour la mise en place des services à base communautaire. Des agents communautaires y sont fonctionnels et mènent des activités de sensibilisation, de prévention et de traitement pour la santé de la mère et de l'enfant.

L'organisation non gouvernementale (ONG) partenaire Dinika sy Rindra ho an'ny Vehivavy (DRV) y intervient à travers des activités de sensibilisation des leaders communautaires des quatre *fokontany* pour que les hommes et les femmes disposent des mêmes chances en matière de santé, de contribuer au développement sanitaire, et ainsi de bénéficier des actions du dit ONG partenaire.

De plus, une radio locale, Akama, partenaire du projet Santénet2 y diffuse quotidiennement des messages de sensibilisation sur la prise de responsabilité des hommes et des femmes dans la promotion de la santé. Des émissions influencent beaucoup sur l'attitude de la population, notamment celle des hommes.

Le grand changement a été observé lors de la dernière édition de circoncision massive en décembre 2011. Les femmes ont pu participer elles aussi aux quelques jours de festivité, et les hommes se sont eux aussi occupés des enfants.

Mais le plus grand impact a été, selon Berson Gobelle, responsable au sein de DRV dans le district de Vohipeno, le changement de comportement des hommes vis-à-vis de la place des femmes. De plus en plus de femmes osent exprimer leurs opinions durant les réunions communautaires à Savana.

De plus, les hommes s'impliquent davantage sur la santé de leur famille. Ils se portent volontaires pour emmener les femmes ou les enfants au sein du centre de santé de base. « Une situation qui ne s'est jamais observée auparavant », témoigne Berson Gobelle.

Aujourd'hui, les habitants de la commune de Savana prennent au sérieux leur santé. La vie de la population a beaucoup changé, et les femmes accouchent à la maternité du centre de santé de base avec la facilitation des agents communautaires. A travers de bonnes pratiques pour la sensibilisation au genre en matière de santé, la commune atteint la sensibilisation au genre dans la vie.

Annexe 5 : Stratégie de communication

Pour l'année fiscale 2012, le plan de communication du projet a été vraiment axé sur le renforcement de la visibilité du projet.

Tous les moyens ont été utilisés pour se faire dont le réseau social, les contacts avec les médias.

A cela s'ajoute la participation de Santénet2 dans des événements grandioses et la production de diverses brochures et bulletins sur les activités programmatiques du projet.

Les réalisations dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de communication touchent deux volets :

➤ La communication interne :

-Standardisation des outils de présentation du projet : L'équipe du projet dispose actuellement d'un outil standard pour la présentation. Dans ce cadre, les employés ont reçu une formation continue en présentation PowerPoint et une formation sur l'utilisation de ces outils.

-Outre les réunions habituelles organisées avec tout le staff, le projet organise plus fréquemment la visioconférence pour communiquer avec les bureaux régionaux et les techniciens des ONG, afin d'assurer un suivi renforcé des activités menées dans le cadre du KM salama.

➤ La communication externe :

- **Le projet a son réseau social** : La grande innovation durant l'année fiscale a été le lancement de la page Facebook de Santénet2. Un autre outil de communication permettant de faire connaître le projet dans le niveau international tout en ciblant d'autres personnes dont les internautes. La page facebook du projet dispose actuellement 76 membres nationaux et étrangers. La page est aussi liée avec celle de l'ambassade des Etats-Unis à Madagascar, USAID Madagascar, Unicef Madagascar et RTI International. Ci-joint le lien de la page facebook :



<http://www.facebook.com/santénet2>

-Une autre réalisation à souligner est la production de deux films documentaires. Le premier film sur les offres à base communautaire et l'approche KM salama a été diffusé sur la chaîne nationale. Le deuxième film produit avec un consultant a été axé sur la qualité sociale. Produit en DVD, il a été distribué aux techniciens des partenaires de mise en œuvre outil de renforcement des capacités des techniciens des ONGs dans ce thème essentiel pour l'appropriation des services à base communautaire par la communauté. Ce film a été partagé aux partenaires de développement ayant collaboré avec le projet en guise de partage des leçons apprises.

- **Bulletin Ezaka Mendrika** : La nouvelle stratégie de distribution a touché plus de cibles. Durant l'année fiscale 2012, 4 éditions de bulletin Ezaka Mendrika ont été produites en novembre 2011 sur l'eau, hygiène et assainissement, en mars 2012 sur l'édition spéciale à l'occasion de la Journée mondiale de la femme. La 8^{ème} édition a été produite en juin 2012 sur les offres intégrées pour les enfants de moins de 5 ans dans les KM salama, suivi de la 9^{ème} édition prévue sortir au courant du mois d'octobre sur les efforts pour la construction de cases de santé. Ces bulletins produits en langue malgache et anglaise documentent les bonnes pratiques et partagent l'état d'avancement des activités par composante aux acteurs communautaires (AC et CDS) et à l'USAID.



© Santénet2/ Affichage du bulletin Ezaka devant la case de santé Ampisokina un

- **Collecte de Success stories** : Six (6) bonnes pratiques des programmes stratégiques constitués par la SME, SR/PF, paludisme, IST/VIH, EHA du projet ont pu être documentées et insérées dans le rapport semestriel 2012 soumis à l'USAID. D'autres success stories ont été publiés dans le nouveau site web de l'USAID. Une dizaine de success stories ont été partagés lors de l'atelier de coordination nationale du projet en avril 2012.

-Communication périodique avec l'USAID:

➤ Réunions périodiques : RTI/Santénet2 a participé à 9 réunions périodiques avec l'USAID. Des réunions permettant à l'équipe de projet de discuter des points spécifiques et en détails avec l'USAID par rapport à l'avancement des activités sur terrains. Neuf (9) PV de réunions avec l'USAID ont été rédigés et classés dans le dossier interne de Santénet2.

➤ Monthly bullet : Douze (12) monthly bullets ont été partagés à l'USAID durant l'année fiscale 2012. Ces bullets donnent un aperçu général et mensuel des activités planifiées pour le prochain mois par diverses composantes et programmes. Ces documents sont soumis à l'USAID à la troisième semaine de chaque mois.

➤ Réunions périodiques : L'équipe du projet continue à participer à des réunions périodiques avec l'USAID et les autres partenaires. Le projet dispose dans sa banque d'archives tous les PV de réunions auxquels tous les staffs du projet participent.

Ce partage a été fait à travers divers outils de communication : les correspondances, les bulletins d'information, les notes d'information et PV de réunions conjointes.



© Santénet2/Le directeur de l'USAID remettant la balance à un AC d'Anjeva-Gare

- **Couverture médiatique et visite de terrains:** Sept grands événements organisés ou dirigés par le projet Santénet2 ont été couverts par la presse locale. Ceux-ci pour montrer les réalisations et les impacts des activités du projet. La journée mondiale du lavage des mains avec du savon en novembre 2011 et celle des latrines en mars 2012, l'atelier de formation de manuel de procédures des Grantees en novembre 2011, la participation du projet dans la célébration de la Journée Mondiale du sida le 1^{er} décembre 2011 en vue d'une partage des bonnes pratiques avec les activités de lutte contre le VIH/Sida auprès des groupes à risque, et la visite du directeur de l'USAID à Mahajanga en janvier 2012 pour voir de visu.

La cérémonie de distribution officielle des balances aux agents communautaires le 24 mai 2012 à Anjeva Gare a été marquée par la présence du directeur de l'USAID, Rudolph Thomas ravie de la cérémonie.

De son côté, la visite de Barbara Kennedy, l'ancienne vice-présidente de Global Health Group/ RTI International dans les KMs de Moramanga a été bien illustrée aussi.



© Santénet2/ Barbara Kennedy entretenant avec un AC dans la commune KMs d'Andasibe

Annexe 6: L'équilibre genre dans la mise en œuvre de l'approche KMsalama

1. CONTEXTE

L'expérience de la vie de la femme malgache moyenne contribue de manière significative à l'égalité des disparités en matière de santé. Réduire ces disparités est impérative dans tous les plans pour améliorer les normes de santé à Madagascar.

La sous-alimentation chez les femmes est un facteur important contribuant au faible poids de naissance et la mortalité infantile à Madagascar. Les pratiques culturelles favorisant les hommes à prendre des décisions au sein des ménages en matière de consommation alimentaire contribuent à l'état nutritionnel des femmes pauvres. SantéNet2 essaie toujours de répondre adéquatement à ces déficits liés au genre. Nos activités de renforcement des capacités, ainsi que les changements de comportement et de communication incluent une bonne compréhension de l'impact du genre sur la santé des femmes à des services sur mesure pour améliorer l'accès des femmes aux services de soins de santé et l'information. L'espacement des naissances, la réduction de la fécondité et des grossesses non désirées sont peut-être les plus importants facteurs à long terme contribuant à la santé des femmes et la survie de l'enfant. Par ailleurs, nous avons également mené des activités visant à impliquer les hommes dans les décisions sur la PF, la SR et des soins.

Au cours de la dernière année fiscale, SantéNet2 continuera à investir dans les acteurs communautaires et locaux pour créer un environnement propice pour les femmes au-delà de la prestation de services de santé. Le pouvoir des femmes et des filles a augmenté durant les réunions de prise de décision au niveau communautaire. Dans le cadre des interventions de qualité sociale, des efforts ont été menés afin d'accroître la capacité des femmes pour avoir des vrais choix sur leur vie reproductive et économique. Nous avons intégré l'aspect genre dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du projet.

D'autres stratégies clés que nous utilisons sont:

Collecte et analyse des données fondées sur le genre. Nous avons intégré la dimension genre dans notre système SIG-c depuis le début du projet. Les données relatives à la formation et la supervision des AC, les services offerts par les AC, les dirigeants communautaires ont été collectées par genre, afin de diagnostiquer et de recommander des améliorations pour améliorer les réponses face au genre.

Intégration des voix des femmes dans les dialogues communautaires. La qualité sociale a permis la participation effective des femmes dans l'évaluation des besoins de santé communautaire. L'initiative assure que les femmes aient leur mot à dire dans l'évaluation des besoins. Elles peuvent proposer des solutions et assurent que les acteurs communautaires suivent leur mise en œuvre. L'initiative vise également des activités axant dans la promotion de l'égalité du genre.

2. RESULTATS D'INTEGRATION DU GENRE DANS LE PROJET SANTENET2

Les succès de l'intégration du genre dans le projet USAID/SantéNet2 résident dans l'opportunité des femmes à l'accès aux postes de responsabilité et à participer aux réunions communautaires.

- **Un meilleur accès des femmes aux postes de responsabilité**

Tableau 14 : Profil des intervenants au projet USAID/Santénet2, 2009 - 2012

Intervenants	Homme	Femme
Au niveau d'appui direct		
Techniciens accompagnateurs et superviseurs de zone	69%	31%
Formateurs indépendants	56%	44%
Au niveau KMs		
CCDS	82%	18%
Messagers de genre	19%	81%
Points d'approvisionnement	59%	41%
Leaders de jeunes	51%	49%
Agents communautaires	43%	57%
Auditeurs mystères ²	13%	87%

Sources : Liste des techniciens ONG et des formateurs indépendants, fiches de présence, extranet, liste des auditeurs mystères.

▪ **Une opportunité des femmes à participer aux réunions communautaires**

Dans 3 487 Fokontany, plus de 300 000 participants sont impliqués dans des réunions d'évaluation communautaire sur les services de santé et sur la prise de responsabilité de l'homme et de la femme en matière de santé : soit un nombre moyen de 395 personnes par commune. Au total, 159 000 femmes ont pu exprimer leurs besoins. Le taux de participation de femmes a varié de 44% à 66%, soit un taux moyen de 53%. Dans l'application de Community Score Card³ (CSC), le nombre moyen de participation aux réunions d'évaluation communautaire est de 78 personnes par commune. Le taux de participation des hommes est de 65%, et 35% pour les femmes.

Ainsi, l'équilibre de la participation de la femme est complètement inversé avec l'application de la qualité sociale dans les KMs. Ensuite, il existe cinq fois plus de participants dans les réunions d'évaluation communautaire qu'avec l'application du CSC.

² Auditeurs mystères = personnes chargées du suivi anonyme de la diffusion de spots-radio dans KMs

³ CSC = projet pilote de la banque mondiale dans la région d'Anosy en Octobre- Décembre 2008

Annexe 7 : Liste des outils distribués

Code	Outil	Quantité
CDS/03	CCDS mandray andraikitra	12674
CDS/04	JOB AID CDS/UON	12674
CLTS/01	Brochure FTTF	120
CLTS/02	Fanaraha-maso FTTF TA	350
CLTS/03	Fanaraha-maso FTTF ifotony	1500
CLTS/05	Résultat déclenchement CLTS	1500
DPC/01	Torolalana ho an'ireo mpanofana ny mpanentana ara-pahasalamana eo anivon'ny fiaraha-monina	9
DPC/03	Torolalana ho an'ireo mpiofana ho mpanentana ara-pahasalamana eo anivon'ny fiaraha-monina	900
DPC/04	Fanafody atsindrona ho FFP	906
DPC/06	Fisin'ny mpanaraka FFP DEPOCOM	2545
DPC/07	MANOME	1570
DPC/08	Check list DEPOCOM	1268
DPC/09	Canevas de collecte des informations	1184
DPC/11	Calendrier	7058
DPC/12	Evaluation de la formation	1826
DPC/13	Fiche de validation de stage pratique	1319
DPC/14	JOB AID DEPOCOM	1280
DPC/15	Fiche pre/post test	2433
HYG/01	Affiche "Hetsika ara-pahasalamana Rano, Fanadiovana, Fidiovana" - Lavapiringa	2000
HYG/02	Affiche "Hetsika ara-pahasalamana Rano, Fanadiovana, Fidiovana" - Rano voadio	2000
HYG/03	Affiche "Hetsika ara-pahasalamana Rano, Fanadiovana, Fidiovana" - Savony, Rano, Zaza salama	1000
HYG/04	Carte Conseil SODIS	2000
HYG/06	Carte conseil "Fanariana ny maloto"	2000
HYG/07	Carte conseil "Fanasana tanana amin'ny savony"	1000
Code	Outil	Quantité
HYG/08	Carte d'invitation "hisotro rano madio"	5757
HYG/09	Carte d'invitation "hampiasa lavapiringa azo sasana sy voadio"	4848
HYG/10	Carte d'invitation "hanasa tanana amin'ny savony"	3576
HYG/11	Fanaraha-maso ny asa vita momba ny rano ataon'ny "Structure en charge"	1900
HYG/12	Fisy fanarahana ny Mpanentana sakaizan'ny WASH	2691
HYG/13	Certificat ami de wash	5351
DPC/EQ/01	Seringue simple	1316
DPC/EQ/02	Alcool	1245
DPC/EQ/03	Coton	1248
DPC/EQ/04	Serviette GM	1158
DPC/EQ/05	Brosse à ongle	1822
SR/NUT/EQ/01	Sac à dos	523
SR/NUT/EQ/02	Blouse	15

Code	Outil	Quantité
SR/NUT/EQ/03	Imperméable	115
SR/PF/EQ/01	Van de méthode	14
PCM/EQ/01	Calot bleue marine	587
PCM/EQ/02	Serviette nid d'abeille	545
PCM/EQ/03	Savon	1850
PCM/EQ/04	Cuvette	598
PCM/EQ/05	Gobelet 250 ml	1133
PCM/EQ/06	Gobelet 1 litre	509
PCM/EQ/07	Cuillère à café	564
PCM/EQ/08	Cuillère à soupe	671
PCM/EQ/09	Seau 12 litres	255
Code	Outil	Quantité
PCM/EQ/10	Timer	751
NUT/EQ/01	Périmètre Brachial	326
PCM/EQ/11	Balance	2920
DPC/EQ/06	Boîte de sécurité	767
MRP/01	Brochure TDS	508
MRP/02	Dépliant MSM	144
MUT/01	Livret de cotisation	974
MUT/02	Reçu de versement des cotisations	974
MUT/03	Fiche d'adhésion	1859
MUT/04	Affiche MS	2477
MUT/05	Carte d'invitation MS	50605
MUT/09	Journal de caisse	90
MUT/10	Carnet de reçu de recette et de dépenses	180
MUT/11	Carte d'adhésion	22500
MUT/12	Ordonnance facture	1402
MUT/13	Facture du mois des centres de santé	228
NUT/01	Torolalana ho an'ireo mpanentana ara-pahasalamana any anivon'ny fiaraha-monina ho an'ny zaza	256
NUT/02	Fiofanana mpanentana eo anivon'ny fiaraha-monina ho an'ny zaza	1
NUT/03	Tabilao fambara hita	256
NUT/04	Fiche pre/post test	827
SIG/01	Rejistra fanentanana	5530
SIG/02	Fiche de référence	1729
SIG/03	Rejistra famatsiana	6760
SIG/04	Tatitra isam-bolana	12407
SIG/05	Fiche individuelle des AC	540
SIG/06	Registre mère	2783
SIG/07	Registre enfant	2207
SIG/11	Outil d'auto évaluation du superviseur	313
SIG/12	Grille de supervision AC enfant niveau I	708
SIG/13	Grille de supervision AC enfant niveau II	346
SIG/14	Grille de supervision AC mère niveau I	448
SIG/15	Grille de supervision AC mère Niveau II	541

Code	Outil	Quantité
SIG/16	Rapport de supervision AC enfant niveau I	572
SIG/17	Rapport de supervision AC enfant niveau II	328
SIG/18	Rapport de supervision AC mère niveau I	845
SIG/19	Facture/Bon de livraison	149
SIG/20	Bon de commande PAC	152
SIG/21	Fiche de stock PAC	242
SIG/22	Registre zaza additif	5608
SIG/23	Outils de descente TA	4738
SIG/24	Compilation outil de descente TA	4738
PCM/01	Torolalana ho an'ny mpiofana	715
PCM/03	Agenda de formation des formateurs PCIMEC	3
PCM/04	Fanomanana famenoana registra fanafody sy vola	796
PCM/05	Fisy teknika fandraisana an-tanana ny pneumonia	782
PCM/07	Suivi individuel des AC apprenants	309
PCM/08	Fisy fandraisana an-tanana	32420
PCM/12	Guide pour le suivi groupe des AC	316
PCM/13	Curriculum utilisation TDR	696
PCM/14	Fiche Job aid TDR	597
PCM/15	JOB AIDS ACE2	2016
PLR/01	Brochure PLEROC	24
SR/PF/01	Torolalana ho an'ireo AC mère ny amin'ny fananahana ara-pahasalamana	173
SR/PF/03	Checklist grossesse	376
SR/PF/04	Autocollant	190
SR/PF/05	Fiche pré/post test	532
SR/PF/06	Fiche de pré-rapport mensuel PF	306
SR/PF/07	Fisin'ny mpanaraka FFP	942
SR/PF/08	Aoka izay ny fahantrana	260
SR/PF/09	Fantaro ireo fomba azonao isafidianana amin'ny FFP	510
SR/PF/10	Echeancier rouge	656
SR/PF/11	Echeancier bleu	320
SR/PF/12	JOB AIDS PF	354
SRA/01	Torolalana ho an'ny tanora	1394
SRA/02	Tatitry ny asa fanentanana tanora	256
SRA/03	Outils de suivi SRA	110
TRS/01	Carnet de santé	32415
TRS/02	Certificat des AC	2500
TRS/03	Fiche technique intégrée	545
TRS/04	Fisy tadidy fahasalaman'ny reny sy ny zaza menavava	5295
TRS/05	Fisy famantarana ny vehivavy mitondra vohoka	5342
TRS/07	Carnet de supervision	619
TRS/08	Guide SL/FI	1294
TRS/09	Guide TA	155
TRS/10	Manuel AC	12441
TRS/11	Manuel CDS	13625
TRS/12	Fiche d'évaluation communautaire/Tatitra fanadihadiana fokontany	15850

Code	Outil	Quantité
TRS/13	Fiche de compilation des réunions d'évaluation communautaire/Fisy famintinana ny fanadihadiana fokonolona	1628
TRS/14	Grille d'auto-évaluation CDS/Tomban'ezaka CDS	1628
TRS/15	Plans d'action communautaire/drafitr'asa	1628
UON.COM/04	Plan de session F9	352
UON.COM/06	Pre-post test F9	7312

Annexe 8 : Liste des outils produits

Code	Outils	Quantité
CDS/03	JOB AID CCDS mandray andraikitra	14200
CDS/04	JOB AID UON/CDS	14200
CLTS/05	Résultat déclenchement CLTS	3220
DPC/03	Torolalana ho an'ireo mpiofana ho mpanentana ara-pahasalamana eo anivon'ny fiaraha-monina	1050
DPC/06	Fisin'ny mpanaraka FFP	1500
DPC/08	Check list DEPOCOM	1100
DPC/09	Canevas de collecte des informations pour les AC	200
DPC/11	Calendrier	5300
DPC/12	Evaluation de la formation	350
DPC/14	JOB AID DEPOCOM	1100
DPC/EQ/01	Seringue simple	1200
DPC/EQ/02	Alcool	1470
DPC/EQ/03	Coton	1300
DPC/EQ/04	Serviette GM	1430
DPC/EQ/05	Brosse à ongle	1830
HYG/11	Fanaraha-maso ny asa vita momba ny rano ataon'ny "Structure en charge"	1850
HYG/12	Fisy fanarahana ny Mpanentana sakaizan'ny WASH	2630
PCM/01	Torolalana ho an'ny mpiofana	500
PCM/04	Fanomanana famenoana rejistra fanafody sy vola	170
PCM/05	Fisy teknika fandraisana an-tanana ny pneumonia	10
PCM/13	Curriculum utilisation TDR	450
PCM/14	Fiche Job aid TDR	170
PCM/15	JOB AID ACE 2	3850
PCM/EQ/01	Calot bleue marine	470
PCM/EQ/02	Serviette nid d'abeille	460
PCM/EQ/03	Savon	2110
PCM/EQ/04	Cuvette	460
PCM/EQ/05	Gobelet 250 ml	460
PCM/EQ/06	Gobelet 1 litre	480
PCM/EQ/07	Cuillère à café	520
PCM/EQ/08	Cuillère à soupe	550
PCM/EQ/09	Seau 12 litres	160
PCM/EQ/11	Balance	3000
SIG/01	Rejistra fanentanana	6500
SIG/02	Fiche de reference	1500

Code	Outils	Quantité
SIG/03	Rejistra famatsiana	7000
SIG/04	Tatitra isam-bolana	10000
SIG/06	Registre mère	1800
SIG/07	Registre enfant	5850
SIG/11	Grille de supervision AC enfant niveau I	500
SIG/12	Grille de supervision AC enfant niveau II	650
SIG/13	Grille de supervision AC mère niveau I	500
SIG/14	Grille de supervision AC mère Niveau II	100
SIG/15	Rapport de supervision AC enfant niveau I	650
SIG/16	Rapport de supervision AC enfant niveau II	1000
SIG/17	Rapport de supervision AC mère niveau I	750
SIG/18	Rapport de supervision AC mère niveau 2	1000
SIG/22	Registre Enfant additif	5700
SIG/23	Outils de descente TA	4800
SIG/24	Compilation Outils de descente TA	4800
SR/PF/03	Checklist grossesse	100
SR/PF/09	Fantaro ireo fomba azonao isafidianana amin'ny FFP	2600
SR/PF/10	Echeancier rouge	420
SR/PF/11	Echeancier bleu	235
SR/PF/12	JOB AIDS PF	200
SR/PF/EQ/01	Van de méthode	100
TRS/01	Carnet de santé	80000
TRS/02	Certificat des AC	2400
TRS/03	Fiche technique intégrée	300
TRS/04	Fisy tadidy fahasalaman'ny reny sy ny zaza menavava	5500
TRS/05	Fisy famantarana ny vehivavy mitondra vohoka	8000
TRS/06	Renforcer les liens entre AC et CSB	1200
TRS/08	Guide SL/FI	1285
TRS/09	Guide TA	158
TRS/10	Manuel AC	12158
TRS/11	Manuel CCDS	12856
TRS/12	Fiche d'évaluation communautaire	16200
TRS/13	Fiche de compilation des réunions d'évaluation communautaire	1600
TRS/14	Tomban'ezaka CDS	1600
TRS/15	Plan d'action communautaire	1600
UON.COM/04	Plan de session F9	361
UON.COM/06	Pré-post test F9	6600

Code	Outils	Quantité
MUT/03	Fiche d'adhésion	2000
MUT/11	Carte d'adhésion	25000
MUT/01	Livret de cotisation	1000
MUT/02	Recu de versement de cotisation	1000
MUT/10	Reçu de recette et de dépenses	800
MUT/04	Affiche mutuelle de santé	2500
MUT/05	Carte d'invitation mutuelle de santé	50000
MUT/09	Journal de caisse	800
MUT/12	Ordonnance facture	1000
MUT/13	Facture du mois	250
HYG/13	Certificat AC ami de Wash	4800

Annexe 9 : Diffusions des spots par thème et par radio

CODE	THEME
1	ACT
2	Allaitement Maternel Exclusif
3	Consultation PréNatale
4	Fer Acide Folique
5	Genre et Planification
6	Infection Respiratoire Aigue
7	KMsalama
8	Latrine
9	Nutrition
10	Santé de la Reproduction des Adolescents
11	Vaccin
12	Mutuelle de santé
13	Qualité Sociale
14	Promotion AC
15	Diarrhée/Latrine
16	Paquet CPN

Radio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL
RNA	24	12	12	12	12	12	13	24	24	36	12	0	19	46	56	72	386
Radio Lazan'ny Ladoany	102	70	23	20	61	24	24	94	27	51	20	0	19	48	75	135	793
Radio 2000	48	48	24	14	17	12	12	12	12	12	12	0	12	12	60	24	331
RDB	36	36	12	12	12	12	12	36	12	60	24	0	24	0	48	66	402
JRDB	46	14	4	16	16	26	20	19	20	20	19	0	35	33	35	73	396
RNM VTM	74	40	12	12	0	24	24	72	12	36	0	295	12	40	118	36	807
Radio Maromaniry	60	36	18	12	12	12	12	48	12	36	24	0	24	49	75	73	503
Radio Akon'Analanjorofo	195	36	12	12	12	22	12	171	12	112	12	0	333	352	309	429	2031
Radio Akon'ny Nosivolo	52	36	8	12	12	12	12	36	12	36	16	0	12	38	56	74	424
Radio Feon'ny Mangoro	56	36	12	12	12	12	12	37	12	37	24	0	24	48	60	77	471
Radio Feon'ny Toamasina	59	36	12	12	12	13	16	37	12	49	20	6	24	48	64	103	523
LAFA	122	72	24	24	24	33	24	24	24	74	24	0	72	98	55	48	742
CACTUS	93	12	12	12	29	24	24	24	24	53	24	0	24	53	99	60	567
JOSVAH	103	12	12	12	17	24	24	44	25	67	26	0	67	94	88	69	684
KALETA	60	36	12	12	24	12	12	12	12	36	24	0	48	48	72	60	480
MANDROSO	84	12	12	0	12	0	0	12	12	36	24	0	28	50	98	62	442
Radio Pangalane	64	42	8	12	24	12	12	48	12	48	24	20	24	47	98	67	562
Radio Feon'ny Mania	54	36	12	56	44	31	80	94	69	56	12	198	70	92	80	98	1082
Radio AINGA	0	0	0	0	0	0	0	48	0	48	0	490	0	0	143	48	777
Radio Akon'ny Tsienimparihy	56	16	13	113	19	12	12	105	72	66	69	238	81	71	240	190	1373
RAKAMA	109	85	25	24	24	30	74	73	79	81	24	0	46	25	66	236	1001
Mampita	78	90	11	24	16	12	10	94	23	127	66	5	36	67	172	92	923
Radio Sakatovo	60	24	12	12	24	12	12	36	12	48	24	0	24	76	90	48	514
Radio Tea Longo	48	24	12	12	25	14	14	38	12	53	24	0	24	72	72	48	492
Radio Soatalily	36	153	9	28	15	0	1	77	12	61	24	0	50	59	102	41	668
Feon'ny Linta	38	27	28	0	16	14	24	23	14	49	53	0	1	57	19	18	381
Radio AVEC	24	9	0	0	0	5	5	15	5	10	5	0	4	20	5	5	112
Radio Sakaraha	52	24	24	12	24	12	0	40	12	50	24	0	36	74	98	60	542
TOTAL	1833	1074	375	499	515	428	497	1393	586	1448	654	1252	1173	1717	2553	2412	18409

ANNEXE 10 : PAQUETS DE SERVICES OFFERTS PAR LES MUTUELLES DE SANTE

	CSB	Hôpital du district
Vatomandry	<ul style="list-style-type: none"> 5- Les consultations externes 6- Hospitalisation de plus de 24 heures 7- Les soins et accidents involontaires 8- Les petites chirurgies 9- Evacuation sanitaire, uniquement sous référence médicale du CSB 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Hospitalisation au service médecine et pédiatrie: Paludisme grave, Diarrhée et déshydratation, Toxi infection alimentaire collective (TIA) et ICAM, sauf suicidaire et éthylique, Maladie chronique et Cardiopathie (pour le premier traitement d'un nouveau cas seulement), Affection digestive, IRA, RAA 2- Gynéco-obstétrical : OC, GEU, Affection génito urinaire, Grossesse et maladie 3- OPHTA-STOMATO : Accident, Opération cataracte 4- CHIRURGIE : Traumatisme , Hernie, Spléno , Appendicite, Goitre, Prostate, Lithiase biliaire, Abscesses chirurgicales 5- LABO – RADIO –ECHO
Ambohimahasoa	<ul style="list-style-type: none"> 1- Tout traitement <ul style="list-style-type: none"> - Les consultations externes généralistes - La fourniture de médicaments 2- Hospitalisation locale au sein du CSB 3- Les soins <ul style="list-style-type: none"> - Les soins infirmiers préventifs et curatifs (soins de routine) - Les accidents de routine 4- L'accouchement : Eutocique, Dystocique, évacuation 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Hospitalisation pour tout type de maladie : 2- Urgence : médicale et chirurgicale, pour les premiers soins uniquement 3- HTA/AVC 4- Accouchement dystocique 5- Traumatisme 6- CPN
Ambalavao	<ul style="list-style-type: none"> 1- Les consultations externes généralistes Les médicaments sont limités aux médicaments génériques existants Les maladies chroniques sont prises en charge pour les MEG existants seulement 2- L'accouchement <ul style="list-style-type: none"> o Eutocique (MEG) o Dystocique 3- Tous les soins (MEG et consommables existants) 4- Mise en observation (MEG et consommables existants) 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Consultation Externe de référence 2- Hospitalisation pour les maladies suivantes : Poly traumatisme, Hémorragie digestive, Gastro entérite, Broncho pneumopathie, Intoxication, HTA / AVC, Paludisme grave, Convulsion, autres pathologies 3- Accouchement : eutocique, dystocique, avortement spontané uniquement 4- Urgence : médicale et chirurgicale : pour les premiers soins, actes et médicaments 5- Santé bucco-dentaire 6- Evacuation sanitaire vers CHU : frais de transport , soins pré transferts
Ambositra	<ul style="list-style-type: none"> 1- Les consultations externes : Y compris premiers traitements des maladies chroniques pour le premier cas (Traitement d'une durée de 5 jours au maximum) 	<ul style="list-style-type: none"> 1- HOSPITALISATION AU SERVICE MEDECINE pour toutes maladies Pour les maladies chroniques : prise en charge d'un cas par an

	<ul style="list-style-type: none"> 2- Mise en observation moins de 72h 3- Les soins et accidents involontaires 4- Accouchement 5- Consultation Pré natale (CPN) 6- Evacuation sanitaire au CHRR, uniquement sous référence médicale du CSB 	<ul style="list-style-type: none"> Pour les nouveaux cas : prise en charge par hospitalisation 2- CHIRURGIE pour toutes maladies 3- OPHTALMOLOGIE : toute maladie sauf lunetterie
--	---	--

ANNEXE 11: Mutuelle de santé : Exemple d'indicateurs de suivi-district de Vatondry

(CSB) Maladies	Nombre de nouveaux cas							
	0 - 28j	29j - 11m	1 - 4 ans	5 - 14 ans	15 - 24 ans	25 ans et plus	Total	Référés
Diarrhées (Di) sans déshydratation	1	505	620	188	180	231	1 725	4
Dysentérie (Dy) sans déshydratation		60	138	179	256	404	1 037	
(Di) et (Dy) avec déshydratation		22	19	7	3	13	64	2
Toux ou rhume	53	1 236	1 850	1 206	839	1 498	6 682	6
Pneumonie	3	144	185	73	45	86	536	
Pneumonie grave	2	22	28	1	1	10	64	8
Autres IRA	7	237	518	425	388	817	2 392	3
Paludisme simple		230	1 799	2 688	840	868	6 425	80
Toux suspecte de tuberculose				2	17	98	117	59
Coqueluche							0	
Eruptions morbiliformes (vaccinés en VAR)				4			4	
Eruptions morbiliformes (non vaccinés ou inconnus)	1				1		2	
Tétanos							0	

Ecoulement génital				16	401	401	818	
Ulcération génitale				7	146	208	361	1
Suspicion de l'infection à VIH					1		1	
Méningite							0	
Parasitoses intestinales		153	849	547	300	374	2 223	1
Suspicion de cysticerose							0	
Suspicion de rage humaine							0	
Affections cardio-vasculaires			2	11	25	76	114	11
Affections cutanées	28	212	434	265	202	384	1 525	7
Affections bucco-dentaires	2	41	66	123	169	218	619	
Affections de l'oeil et de ses annexes	25	75	82	74	78	176	510	11
Affections digestives	5	79	231	353	537	1 085	2 290	28
Affections ostéo-articulaires		2	3	55	238	821	1 119	15
Affections mentales et troubles psychiques			4	5	14	22	45	2
Affections neurologiques		2	14	14	25	49	104	14
Asthme		8	60	76	61	159	364	1
Hypertension artérielle					28	527	555	5
Affections de l'oreille		10	29	60	48	76	223	1

Malnutrition	1	19	69	14	5	5	113	13
Spasmophilie			3		6	9	18	
Suspicion de diabète					1		1	
Suspicion de drépanocytose							0	
Traumatismes	1	13	70	190	271	394	939	27
Autres pathologies	17	187	553	687	1 092	2 071	4 607	145
TOTAL	146	3 257	7 626	7 270	6 218	11 080	35 597	444

(CHD) Maladies	Nombre de nouveaux cas								Référés
	0 - 28 j	29 j - 11 m	1 - 4 ans	5 - 14 ans	15 - 24 ans	25 ans et plus	Total	%	
Diarrhée avec déshydratation sévère d'origine bactérienne		6	7		5	13	31	2,3	
Dysentérie avec déshydratation sévère		1	3				4	0,3	
Fièvre typhoïde								0,0	
Pneumonie grave			1	1			2	0,2	
Paludisme simple		1	1	7			9	0,7	
Paludisme grave et compliqué		3	44	71	35	43	196	14,8	2
Rougeole compliquée								0,0	
Tétanos								0,0	
Coqueluche								0,0	

Malnutrition grave		2	6	2			10	0,8	
Tuberculose						1	1	0,1	
Accidents								0,0	
Traumatismes				1		1	2	0,2	1
Intoxications			5	5	5	7	22	1,7	
Diabète								0,0	
Spasmophilie								0,0	
Autres maladies métaboliques et endocriniennes					1	4	5	0,4	
Maladies neuro-psychiques		4	3	4	5	2	18	1,4	3
Affections ORL-O		1			4	11	16	1,2	
Maladies de la peau		6	2	2	2	6	18	1,4	
Appareil locomoteur non traumatique			1	1	1	10	13	1,0	
Affections rénales et génito-urinaires			3		5	10	18	1,4	
Asthme et allergies respiratoires					4	6	10	0,8	
Autres affections de l'appareil respiratoire	1	18	33	31	31	99	213	16,1	18
Hypertension artérielle					1	45	46	3,5	1

Accident vasculaire cérébral								0,0	
Autres affections cardio-vasculaires					1	4	5	0,4	
Ulcère gastro-duodéal					8	26	34	2,6	
Autres affections digestives	2	11	32	22	8	76	151	11,4	2
Ecoulement génital								0,0	
Ulcération génitale								0,0	
Suspicion de l'infection à VIH								0,0	
Méningite								0,0	
Suspicion de cysticercose								0,0	
Suspicion de rage humaine				1			1	0,1	
Drépanocytose								0,0	
Autres pathologies médicales	5	18	41	71	92	275	502	37,8	12
TOTAL	8	71	182	219	208	639	1 327	100,0	39

Annexe 12 : Rapport d'activités réalisées durant la période de recrudescence paludéenne dans le district de Bekily et Ambovombe

Rapporteur : Dr Haja Andriantsoa (superviseur de zone du district de Bekily)

I- Historique :

Une menace de recrudescence paludéenne anormale a été décelée vers la fin du mois d'avril 2012 dans le district de Bekily après avoir observé des cas de fièvre RDT positifs en exponentiel dans la commune d'Antsely. Puis des nombreux cas de fièvre de RDT + ont été notés après une descente des chefs CSB au niveau de Fokontany dans la commune de Bekitro, Beteza et Beraketa. Pour le district d'Ambovombe, les cas de recrudescence de paludisme sont notés dans certains Fokontany des communes d'Antanimora sud, d'Andalatanosy et d'Ampamata.

II-Intervention de l'équipe KMSalama, Palu GF7

Face à cette situation d'urgence, une descente du responsable KMSalama du district de Bekily a été organisée le 8 mai 2012 dans le district de Bekily avec l'appui du programme PALU GF7. Ceci en vue de coordonner la stratégie de riposte avec le système de santé au niveau de district. Après la réalisation d'une réunion de coordination, datée du 9 mai 2012, de tous les partenaires Santé dans le district de Bekily, à savoir l'équipe de la direction régionale de la Santé Androy, équipe du SSD Bekily, Représentant UNICEF, Médecin Sans Frontière Bekily et l'équipe KMSalama et palu GF7 dans le district de Bekily. Il est conclu que l'équipe KMSalama et Palu GF7 formée par un médecin superviseur de zone, 3 TA de l'ONG partenaire KMSalama ASOS Sud (Clotilde, Nenette, Nehemia) vont participer à la stratégie de riposte selon l'organisation de l'équipe en fonction du zone suspecté épidémique. Notre rôle était d'assurer la remontée d'information au niveau du Bureau de santé de district (BSD) de Bekily sur la situation épidémiologique, de mobiliser des agents communautaires pour renforcer le CSB dans la réalisation du dépistage massif au niveau des Fokontany et aussi d'appuyer les équipes mobiles faisant le dépistage massif des cas paludéens au niveau des Fokontany qu'au niveau du centre de Santé de Base.

Le déroulement de l'intervention est récapitulé comme suit :

Date	Axes	Responsables	Activités réalisés.
9 Mai 2012	Bekily	Tous les partenaires VOLET santé	Réunion de coordination pour définir la stratégie de riposte et gestion des intrants et des ressources humaines
		TA Clotilde avec CSB, MSF, Unicef	-Surveillance épidémiologique et communication

10 mai au 20 mai 2012	Beraketa		-Dépistage massif et prise en charge des cas palu au niveau du CSB
	Bekitro	Dr Haja KMSalama avec CSB, MSF, UNICEF.	-Mobilisation des Agents communautaires (ACE2) pour renforcer les équipes mobiles dans la réalisation des Dépistage massif des cas paludéen.
	Beteza, Antsakoamaro	TA Nenette, Nehemia avec CSB, MSF, UNICEF	

IV- points Saillants :

Les agents communautaires dans les zones touchés par cette recrudescence paludéenne ont participé activement aux activités de dépistage actifs des cas de paludisme chez les enfants moins de 5 ans mais ils ont aussi collaborés aussi avec l'équipe sanitaire mobile dans la prise en charge des grands enfants et des adultes qui ont assuré la préinscription des médicaments pour ce tranches d'âges.

Selon l'équipe de SSD de Bekily, l'appui par les agents communautaires n'est pas négligeable pour assurer la maîtrise de la situation et leur performance et démontrer dans la pratique de la TDR durant cette période de recrudescence paludéenne.



AC E FKT: Ankilimiary et Betakapaky CR Bekitro.

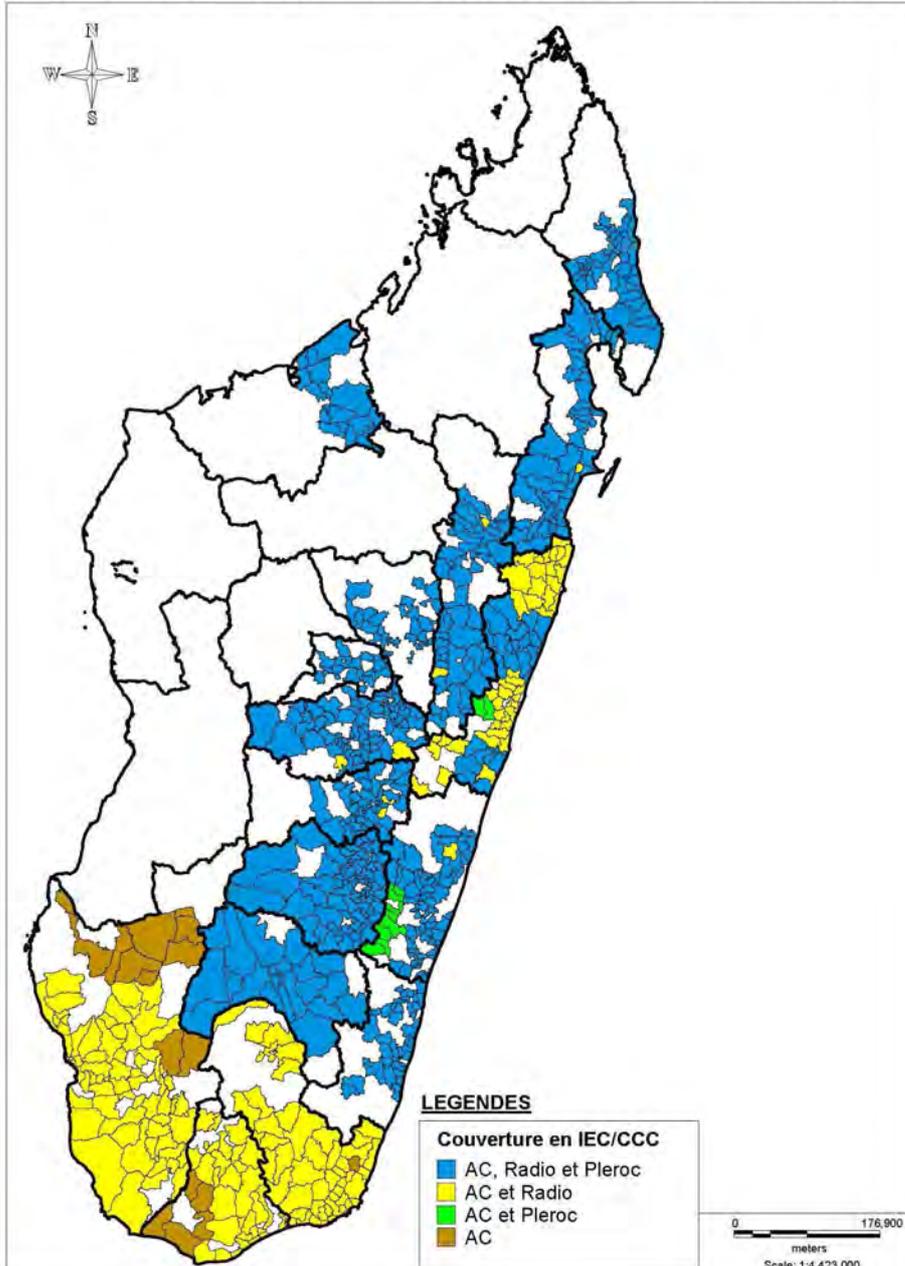
Dépistage actif de paludisme à Betakapaky.

Photo :Haia ASOS Mai 2012

Annexe 13 : Cartes situant les résultats du projet

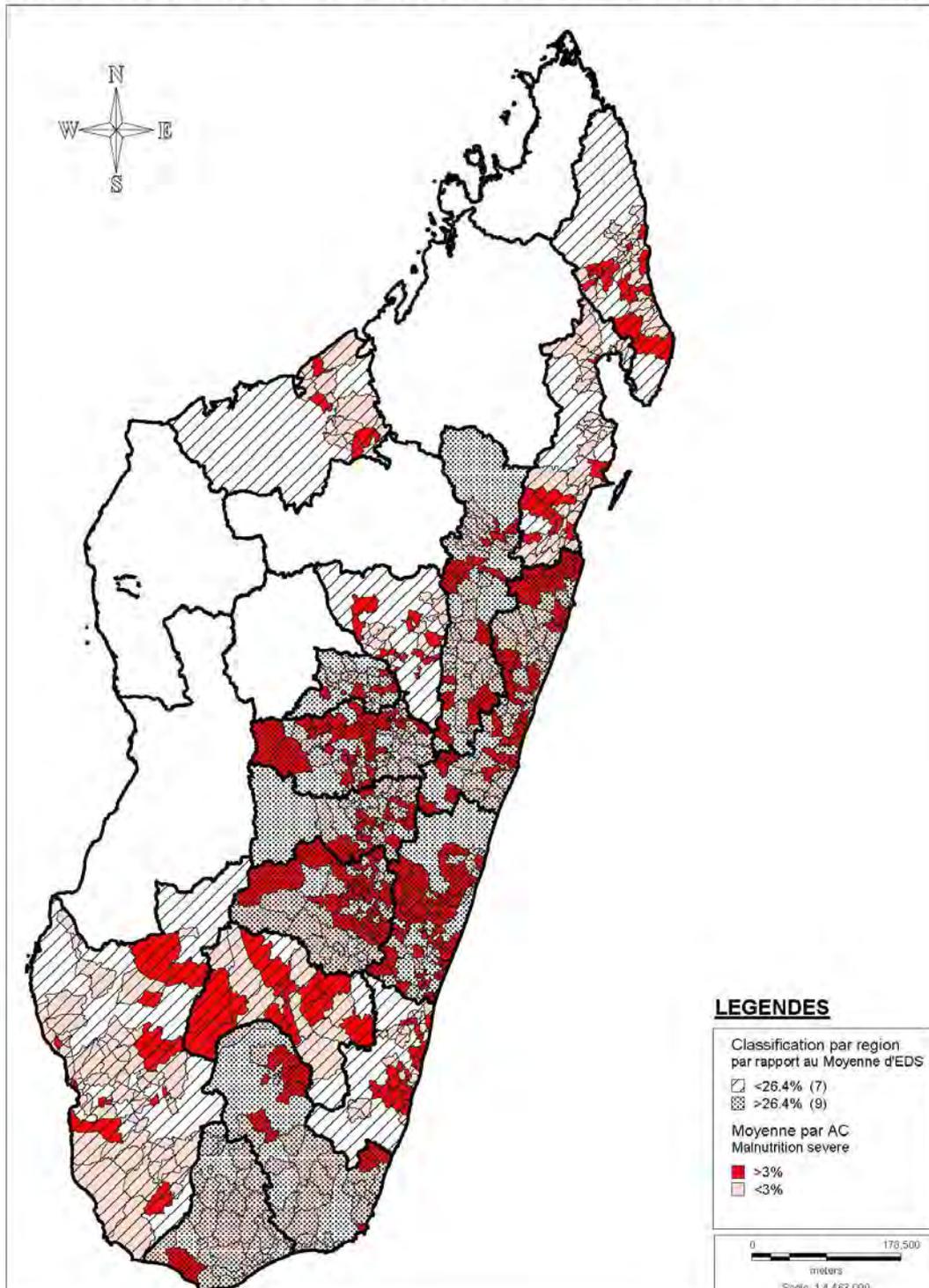
Carte 1 : Couverture en IEC/CCC dans les 800 communes KMs

VECTEUR UTILISE POUR LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT



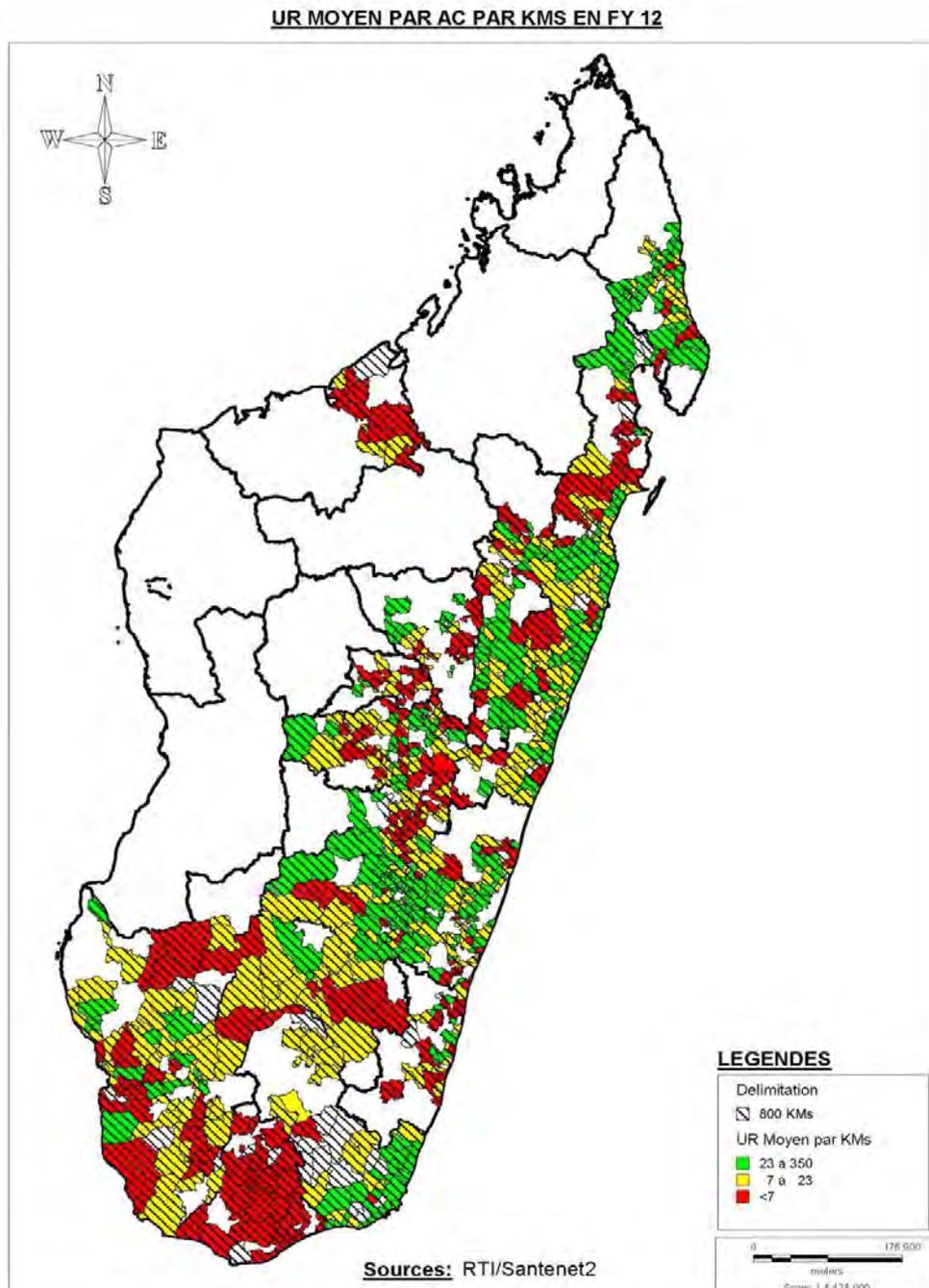
Carte 2 : Comparaison du taux de malnutrition EDS 2009 et celui détecté par les AC en 2012

COMPARAISON TAUX DE MALNUTRITION EDS 2009 ET CELUI DETECTE PAR AC EN 2012



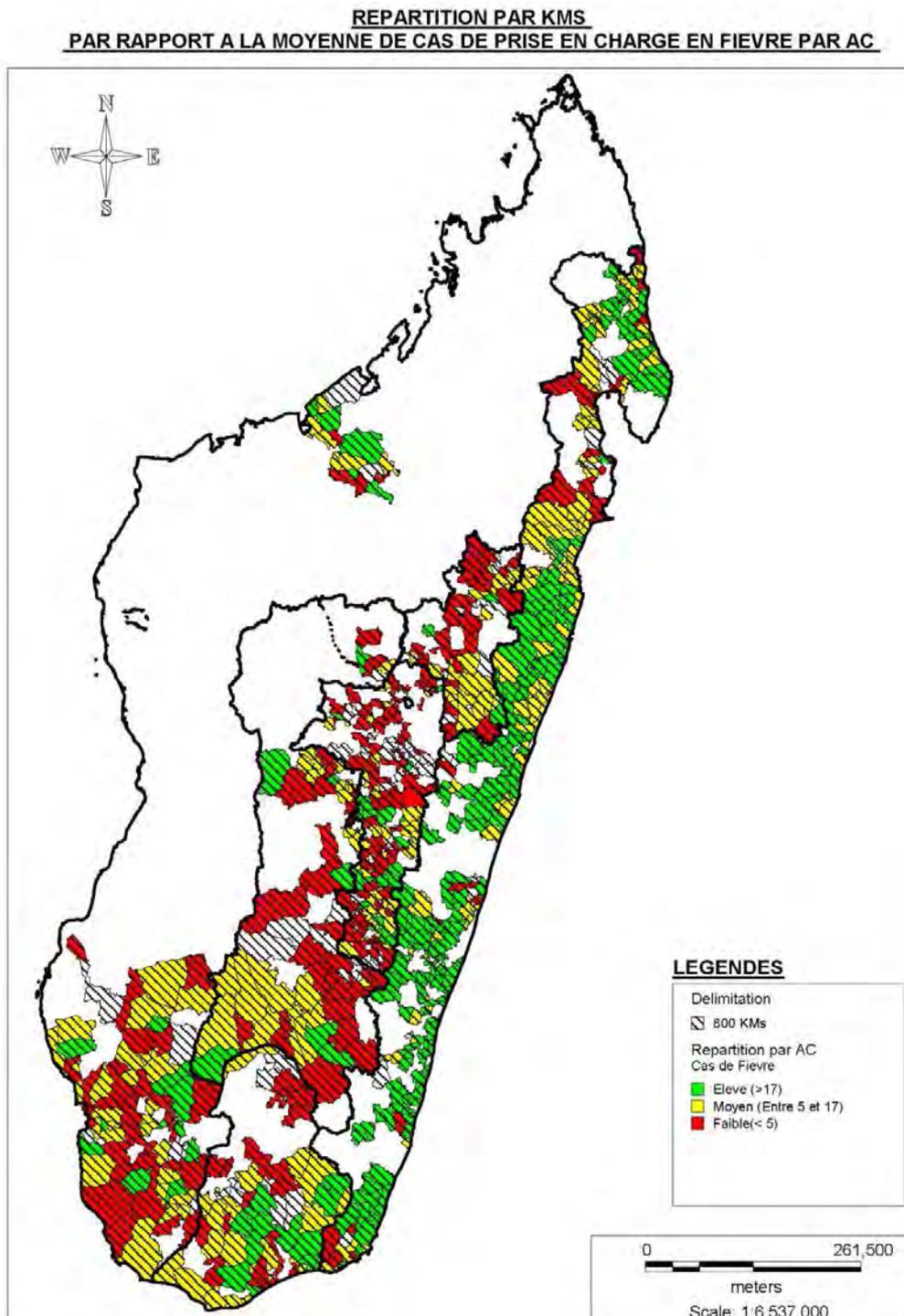
Carte 3: Planification familiale

Cette carte représente la répartition du nombre de cas d' Utilisateur Régulier en planification familiale bénéficiant des services des AC dans les 800 KMsalama.



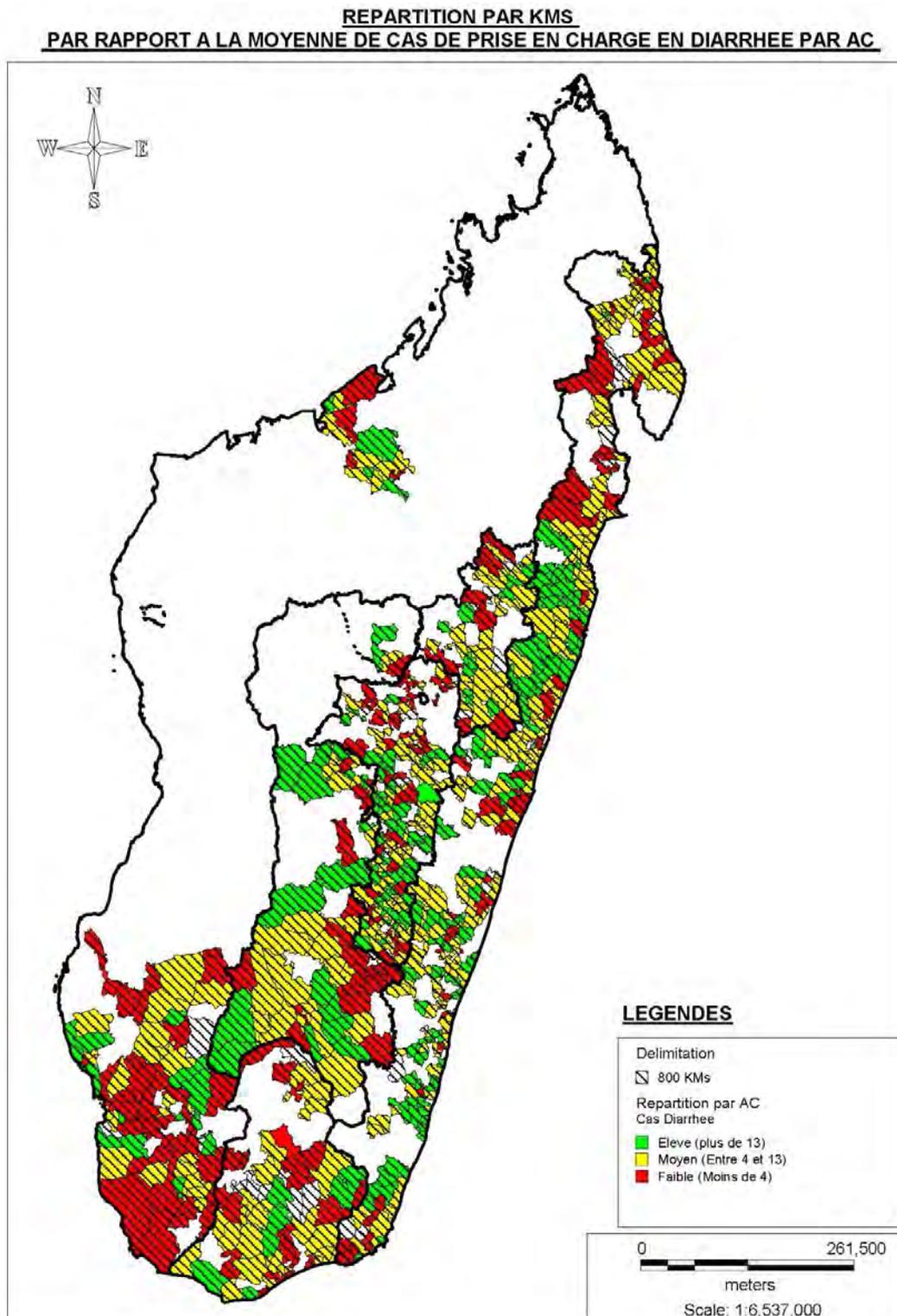
Carte 4 : Prise en charge de la fièvre dans les KMs

Cette carte représente la répartition la moyenne de la prise en charge des cas de fièvre par AC dans mes 800 KM salama. En effet dans la zone EST, le cas de fièvre reste la première cause de consultation auprès des AC. Elle varie de 17 à 421 cas.



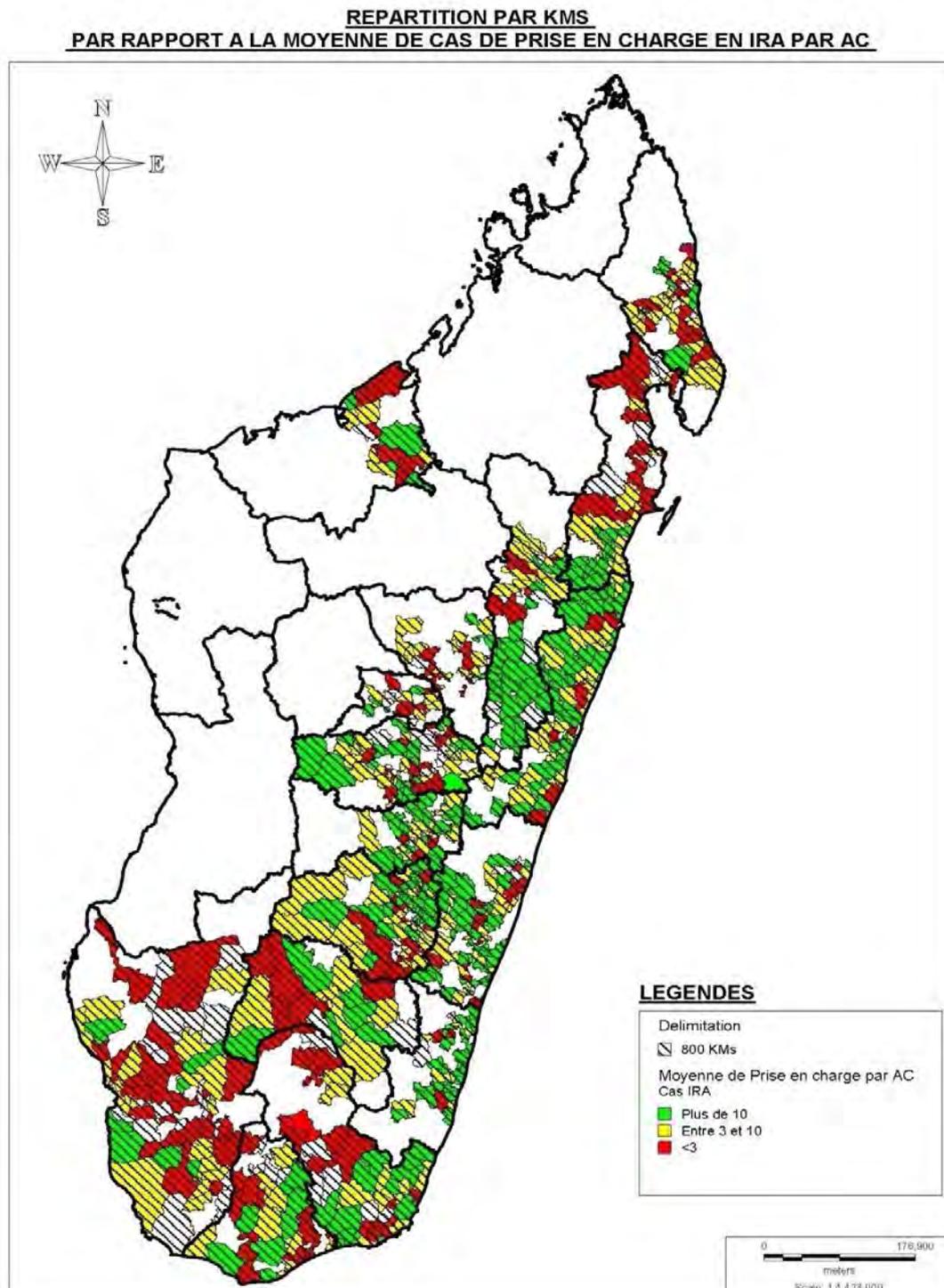
Carte 5 : Prise en charge communautaire de la diarrhée dans les KMs

Cette représente la répartition de la moyenne de la prise en charge des cas par AC durant l'année fiscale 2012



Carte 6 : Prise en charge communautaire de l'IRA dans les KMs :

Cette carte représente la répartition la moyenne de la prise en charge des cas en IRA par AC dans les 800 KM salama.



Carte 7 : Approvisionnement

Les Points d'Approvisionnements assurent la dotation en ACT de tous les AC/PCIMEC de leur commune respective. En effet la moyenne de la dotation en ACT/AC varie suivant les faciès opérationnels. La quantité d'ACT distribuées auprès des AC est similaire au taux de morbidité du paludisme selon le faciès opérationnel.

