



■ 4 ONG UNIVERSITAIRES BELGES AU SERVICE DE LA COOPERATION ■

RÉPONSE MANAGÉRIALE SUITE À L'ÉVALUATION EXTERNE FINALE OS SANTE-MADAGASCAR

Version finale LC MDG du 29/06/2022

TITRE DU PROJET : PROJET SANTE. PROGRAMME DGD 2017-2021, RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR

Table des matières

RÉPONSE MANAGÉRIALE SUITE À L'ÉVALUATION EXTERNE FINALE OS SANTE-MADAGASCAR	1
TITRE DU PROJET : PROJET SANTE. PROGRAMME DGD 2017-2021, RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR	1
A. Identité	2
B. Résumé de la réponse managériale	2
C. Rappel du contexte et de l'objectif général de l'évaluation	4
D. Les conclusions générales de l'évaluateur extraites du résumé exécutif du rapport	8
E. Suite à donner à l'évaluation.....	12
E.1. Décision sur la prise en compte et la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation.....	12
E.2 Modalités de diffusion de l'évaluation :	31
F. Qualité du processus et du rapport d'évaluation.....	32
F1 : Qualité du processus d'évaluation :	32
F2. Qualité du rapport d'évaluation :	32

A. Identité

Projet	Projet Santé- Programme DGD P5 2017 – 2021 Madagascar
Code IATI	BE-BCE_KBO-0422717486-PROG2017-2021-MDG-OS2-PS-2021
Objectifs concernés	OS2-Santé : La qualité des systèmes locaux de soins de santé est durablement améliorée, en particulier la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles
Date évaluation	Février 2022
Évaluateurs	Dr HANITRINIAINA Odile Antoinette
Date de la réponse	25/06/2022
Auteurs de la réponse	Arcancia CLAPPE, Haja RAMANANTSIALONINA, Joëlle TATA NIRINA

B. Résumé de la réponse managériale

Notre positionnement sur cette évaluation et sur ce que nous allons faire suite à cette évaluation.

L'évaluatrice a basé son analyse sur les réalisations liées aux résultats attendus et à l'objectif spécifiques contenus dans le cadre logique d'intervention du programme planifié ainsi que sur les approches stratégiques pour la mise en œuvre des activités avec les points forts et les points à améliorer dont :

- l'appui dans l'approvisionnement en médicaments aux formations sanitaires,
- la sensibilisation communautaire,
- l'approche pair-éducateur menée par l'AMADIA,
- l'articulation et la complémentarité dans la relation de travail entre les 3 parties [Louvain Coopération- AMADIA- Ministère de la Santé publique (MinSan) dans :
 - l'offre de service en matière de prise en charge et prévention du diabète,
 - la contribution de l'AMADIA dans la prise en compte du diabète par le secteur public dans la région Menabe et au niveau National,
 - la contribution du MinSan via l'EMAD dans la prise en charge et prévention du diabète selon la convention partenariat entre LC et l'EMAD,
- la contribution des congrégations religieuses (ECAR et Sœurs Hospitalières de la Miséricorde) dans le projet (s'il y en a),
- la contribution de la commune (maire) s'il y en a,

- la qualité des soins offerts aux patients,
- la qualité des données collectées liés au diabète,
- la distribution des responsabilités des intervenants actuels sur la prévention et la prise en charge du diabète au niveau local et dans le système national de santé,
- les effets des actions menées sur la santé des bénéficiaires (les personnes qui fréquentent les formations sanitaires, les diabétiques et hypertendus, les AC).

L'évaluateur a émis de nombreuses recommandations mais plusieurs reviennent souvent, et pas de distinction entre les recommandations stratégiques ou opérationnelles. L'évaluateur rapporte nombreuses solutions émises par les personnes interviewées, mais les recommandations et analyses objectives et approfondies de la part de l'évaluateur lui-même ne sont pas qualitativement suffisantes et difficilement réalisables (pertinence, faisabilité, coûts pour les usagers et leurs familles ...).

Parmi ces recommandations, celles qui seront prises en compte en totalité dans le programme santé 2022-2026 sont :

- 1. Soutenir et renforcer le système local de santé pour améliorer les soins de santé, continus, globaux et intégrés pour les habitants et élargir à la Région Menabe**
 - Poursuivre la dotation des formations sanitaires publiques dans les investissements en matériels et équipements médicaux, ainsi que la formation des personnels soignants dans le secteur public en soins de santé primaire pour une meilleure qualité et continuité des services de proximité
Cela est valable pour les centres hospitaliers privés mais prioritairement pour les soins et la prise en charge dans le cadre du paquet complémentaire d'activités quand cela n'est pas proposé par les établissements publics de la zone. Le financement des médicaments et consommables a montré sa limite notamment lorsque plusieurs projets/programme le font également avec des moyens financiers plus conséquents.
 - Poursuivre et renforcer les actions de promotion de la santé et de sensibilisation par les AC qui ont été développées grâce à la collaboration de travail avec les autres partenaires car apporte une réelle plus-value pour les CSB pour l'impact de la vaccination, la PF, le PCIMEC, la prévention du paludisme
 - Trouver des solutions ou mesures compensatoires pour que les personnes les plus vulnérables puissent accéder aux soins : collaboration/synergies avec les services de protection sociale (ministère de la Population, fonds d'équité, mutuelle de santé...)
- 2. Appuyer et renforcer la prise en charge du diabète (et de l'hypertension artérielle) ainsi que la prévention et la promotion de la santé afin qu'elles soient intégrées dans le paquet minimum d'activités et par les formations sanitaires publiques (CSB, CHD, CHRR)**
 - Renforcer le partenariat LC avec le MinSan en particulier avec la Direction de la lutte contre les maladies non transmissibles (DLMNT) pour développer une stratégie pour leur meilleure prise en compte au niveau national et dans les priorités des Directions régionales de la santé
 - Mettre en place l'offre de soin et la prise en charge du diabète (cas simples et cas compliqués) dans les formations sanitaires publiques : CSB, CHD, CHRR, en formant le personnel de santé, et équiper ces établissements, et développer les campagnes de dépistage
 - Améliorer, développer la complémentarité et le partenariat public privé dans la lutte contre le diabète et sa prise en charge/soin, notamment entre les « diabète centers » de l'AMADIA et l'offre des centres de santé publics

- Renforcer la prévention et la sensibilisation ainsi que la promotion de la santé pour prévenir les comportements à risque : éducation thérapeutique, pairs éducateurs, groupes de soutiens, gestion autonome du diabète
- 3. Poursuivre et améliorer le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles (gestion/cycle de projet) des partenaires locaux pour une meilleure autonomisation et durabilité des résultats atteints**
- Définir avec les partenaires locaux dès le départ un plan de renforcement des capacités à mettre en œuvre dès la première année du programme
 - Conditionner le financement des ressources humaines des partenaires locaux par un engagement de leur part de pérenniser les postes clés (postes techniques et opérationnels, gestionnaire administratif et financier), par exemple le programme le finance de manière dégressive pour inciter le partenaire local à chercher d'autres sources de financement.
 - Convenir avec le MinSan la priorisation du recrutement et/ou le maintien et la continuité des postes du personnel soignant sur les projets financés, et définir un référent/ interlocuteur opérationnel fixe pour le projet
- 4. La recherche action et capitalisation menée ont apporté des solutions et des exemples de bonnes pratiques à suivre**
- Approfondir et étendre la recherche-action participative sur la gestion autonome du diabète et prévoir un budget suffisant pour le faire, car c'est une recherche innovante à Madagascar.
 - Diffuser et capitaliser les résultats et bonnes pratiques issues des recherches action et des capitalisations.

C. Rappel du contexte et de l'objectif général de l'évaluation

Contexte de l'évaluation

Louvain Coopération au Développement (LC) est l'ONG de l'Université Catholique de Louvain (UC Louvain). Elle a son siège à Louvain-la-Neuve en Belgique avec pour Madagascar, une Direction nationale basée dans la Région Menabe, à Morondava.

Pour LC, le développement est un processus de transformation sociale permanent et dynamique qui donne aux populations les plus défavorisées la possibilité de construire une société plus juste où chacun se sent capable de réaliser son potentiel humain. La spécificité de LC est de contribuer à cette vision du développement en mobilisant les ressources humaines et scientifiques de la communauté universitaire. Au Sud, LC appuie des actions en santé, accès aux soins de santé et en sécurité alimentaire et économique, en Afrique centrale (RDC et Burundi), en Afrique de l'Ouest (Bénin et Togo), en Amérique Andine (Bolivie), en Afrique Australe (Madagascar) et en Asie (Cambodge). Au Nord, LC contribue aussi à des actions d'Education à la Citoyenneté Mondiale et Solidaire (ECMS).

En 2016, 4 ONG universitaires francophones belges dont Louvain Coopération, regroupées au sein du consortium UNI4COOP ont décidé d'unir leurs forces à travers un programme commun 2017-2021 introduit auprès de la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGD) du gouvernement belge en vue de l'obtention d'un subside pour le mettre en œuvre. Dans le cadre du programme de Madagascar, LC a mis en œuvre deux Objectifs Spécifiques, l'un portant sur la Sécurité alimentaire et économique (SAE), l'autre sur la Santé.

Le programme Santé a pour objectif spécifique « la qualité des systèmes locaux de soins de santé est durablement améliorée, en particulier la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ».

Il a démarré en janvier 2017, mais l'essentiel des activités opérationnelles mises en œuvre par les partenaires locaux n'a vraiment commencé qu'au 2^{ème} semestre 2017. Les rapports des activités des années 2017 à 2021 du projet ont été produits et soumis à la DGD. La zone d'intervention de ce projet se situe à l'ouest de Madagascar, dans la région Menabe principalement dans le district de Belo-sur-Tsiribihina, et étendu au district de Morondava et Mahabo pour les activités relatives au diabète.

LC s'est appuyé sur 3 partenaires locaux malgaches pour la mise en œuvre du programme :

- Le SDSP (Service de District de Santé Publique) de Belo-sur-Tsiribihina représenté par son équipe managériale de district (EMAD, basée à Belo-sur-Tsiribihina), et qui est réattaché à la Direction régionale de la santé publique de la Région Menabe dont le siège est à Morondava ;
- L'AMADIA (Association Malgache contre le Diabète), dont le siège est basé à Antananarivo, et les 3 antennes locales de la région Menabe sont situées à Morondava, Mahabo et Belo-sur-Tsiribihina.
- L'ECAR (Eglise Catholique Apostolique de Rome) dont la représentation régionale est basée à Morondava, avec la congrégation des Sœurs Hospitalières de la Miséricorde de Belo-sur-Tsiribihina et dont le siège est à Antananarivo

NB : Les activités mises en œuvre par ALEFA Menabe et FIVE étant à la marge, n'ont pas fait l'objet de l'évaluation.

Les activités mises en œuvre par ALEFA Menabe ont été rapportées dans le programme SAE car n'ont concerné que les actions de sensibilisation à l'hygiène et à l'environnement en milieu scolaires dans les écoles primaires publiques (EPP). Les activités de FIVE Menabe en matière d'éducation à la citoyenneté de plaidoyer et en gouvernance locale pour un meilleur accès aux services de base de santé, ont été mises en œuvre et rapportées dans le cadre du Projet d'appui aux organisations de la société civile-Phase 2 (PASC MEN 2) qui a reçu un important financement de l'UE de janvier 2019 à 31 mars 2022.

L'évaluation s'est faite sur une analyse croisée des enquêtes issues d'observations sur le terrain, des entretiens individuels et des focus group et complétées par la revue documentaire des rapports d'activités annuels des partenaires locaux et de LC et différents documents liés (documents du programme, du CSC, politiques sectorielle santé, ...).

Les enquêtes ont ciblé :

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

Objectif global de l'évaluation

L'objectif global de l'évaluation finale de ce projet est d'apprécier les performances réalisées en matière de prise en charge des soins de santé de la population bénéficiaire dans la région Menabe, par rapport à l'objectif spécifique en vue de capitaliser l'expérience, d'informer le bailleur de fonds (la DGD) l'atteinte des objectifs et résultats attendus et d'apporter des suggestions et recommandations permettant d'améliorer les interventions futures.

D'une manière plus spécifique, la présente évaluation finale a pour finalités de :

- Vérifier, sur la base de l'état d'avancement et des performances du projet, si les changements escomptés ont été atteints à l'échéance du projet, particulièrement en matière de prise en charge médicale des patients diabétiques ;
- Analyser les 5 critères CAD habituels suivants : pertinence, efficacité, efficience (utilisation rationnelle des ressources), impact et durabilité ;
- Analyser les approches (sensibilisation communautaire, appui en médicaments aux formations sanitaires, formation du personnel soignant, la stratégie des pairs-éducateurs de notre partenaire local AMADIA dans la prévention et la prise en charge du diabète...), identifier les bonnes pratiques à capitaliser et proposer des voies d'amélioration ;
- Analyser les relations entre le siège de l'AMADIA en capitale, ses antennes de locales dans le Menabe et les acteurs de la santé dont le ministère de la Santé publique/Direction de la lutte contre les maladies non transmissibles et sa représentation régionale (DRS Menabe) et les SDSP des 3 districts où il y a les antennes locales et les Diabetes center (Morondava, Mahabo et Belo-sur-Tsiribihina). L'analyse devra se focaliser sur l'articulation et la complémentarité entre l'offre publique et l'offre de l'AMADIA en matière de prise en charge, de la prévention et de sensibilisation du diabète, ainsi que la contribution de l'AMADIA dans la prise en compte du diabète par les services de santé publique dans le Menabe, le cas échéant au niveau national ;
- Faire des recommandations sur lesquelles nous pourrions nous appuyer pour préparer et asseoir le futur partenariat et collaboration entre LC-Ministère de la santé-AMADIA pour la mise en œuvre du futur programme santé.
- Evaluer la qualité des soins offerts aux patients de la zone d'intervention du projet ;
- Evaluer la qualité des données liées au diabète dans le système d'information sanitaire (SIS) et proposer des améliorations ;
- Sur base de la distribution actuelle des responsabilités des intervenants dans la prévention et la prise en charge du diabète dans le système national de santé, faire une analyse de la situation et proposer des améliorations ;
- Analyser les effets des interventions des autres acteurs sur la santé des bénéficiaires et proposer des améliorations ;
- A la fin de la mission, formuler des recommandations opérationnelles à partager avec l'équipe LC et les partenaires de mise en œuvre et des recommandations stratégiques à partager au cours d'un atelier de restitution avec les intervenants de la Santé dans la région Menabe. Les recommandations et les observations des participants à la séance de restitution des résultats de l'évaluation finale seront intégrées dans le rapport final de l'évaluation.
- Les thèmes transversaux (genre et environnement) feront l'objet d'une analyse de l'évaluateur qui donnera des éléments de réponse sur la prise en compte de l'aspect genre dans la mise en œuvre des actions et des services. En outre, il montrera la façon dont les actions du projet affectent l'environnement.

Rappel des grandes questions d'évaluation

Objectif spécifique : La qualité des systèmes locaux de soins de santé est durablement améliorée, en particulier la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	
Critères CAD	Questions d'évaluation et Commentaires
<p>Efficacité</p> <p>Dans quelle mesure les indicateurs de l'OS et des résultats attendus ont-ils été atteints ?</p> <p>Redevabilité</p>	<p>Est-ce que l'intervention a fonctionné ?</p> <p>Pour qui et dans quelles circonstances ?</p> <p>Comment et pourquoi cela a fonctionné ou pas ?</p> <p>Le système d'information a-t-il été renforcé permettant de cerner l'épidémiologie régionale du diabète et facilitant la prise de décision équitables et sexo-spécifiques ? Sinon, quelles étaient les contraintes et comment y remédier ?</p> <p><u>Approche proposée</u> : Il est demandé à l'évaluateur de corroborer ou non le niveau d'atteinte des résultats sur base des documents mis à sa disposition et d'une descente sur terrain pour s'enquérir de la situation.</p>
<p>Efficience</p> <p>Dans quelle mesure l'allocation des ressources est-elle perçue par LC et ses partenaires pour réaliser les activités du programme ?</p>	<p>Les moyens utilisés fournissent-ils le meilleur rapport « coût/bénéfice » pour atteindre les résultats prédéfinis.</p> <p>Par coûts, il est fait référence au budget approuvé par la DGD. Il s'agit d'analyser l'affectation des ressources avec des questions comme « et si nous devons le refaire » ? Utiliserions-nous la même stratégie d'allocation de ressources ?</p> <p>Est-ce que le choix de nos partenaires locaux et la répartition des rôles entre eux permettait une synergie et une mutualisation des ressources ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait autrement pour atteindre cette complémentarité ?</p> <p><u>Approche proposée</u> : Entrevues semiestructurées avec les partenaires participant au programme</p>
<p>Impact</p> <p>Quelle différence ce programme a-t-il apporté ?</p> <p>A quels changements a-t-il contribué ?</p> <p>Dans quelle mesure les stratégies d'intervention ont-elles contribué aux objectifs assignés ?</p>	<p>Il est demandé à l'évaluateur de corroborer ou non les changements apportés, les effets au niveau du modèle de prise en charge des maladies chroniques, l'efficacité des relations partenariales établies avec les partenaires de mise en œuvre, l'impact des savoirs produits, etc...</p> <p>Est-ce que la qualité de la prise en charge ciblée par le projet, à travers des soins intégrés et continus, a été atteinte ? Sinon, quelles sont les contraintes qui ont empêché cela ?</p> <p><u>Approche proposée</u> : Une méthode qualitative (discussion des groupes, interview avec les parties prenantes, etc.) permettra de cerner les effets sur les indicateurs cités.</p>
<p>Pertinence</p> <p>Nos stratégies, nos moyens d'actions étaient-ils adéquats ? Le sont-elles toujours ? Aurions-nous du, pu faire autrement ?</p>	<p>Quelle a été la pertinence perçue par les partenaires, les prestataires et par les autorités sanitaires des approches préconisées par ce projet ?</p> <p>L'action représentait-elle une priorité pour la Région ? L'approche pairs-éducateurs est-elle acceptée par la population locale ?</p> <p><u>Approche proposée</u> : Des entretiens avec les différentes parties prenantes pourront renseigner sur l'avis, le point de vue des partenaires et des groupes-cibles sur les différentes approches utilisées.</p>
<p>Durabilité</p>	<p>Dans quelle mesure les partenaires seront-ils capables de soutenir /poursuivre les activités au niveau des systèmes locaux de santé dans les zones d'intervention ?</p> <p>Il est demandé à l'évaluateur de confirmer ou non le niveau et la capacité des partenaires à continuer de soutenir le système.</p>

Objectif spécifique : La qualité des systèmes locaux de soins de santé est durablement améliorée, en particulier la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	
Critères CAD	Questions d'évaluation et Commentaires
Dans quelle mesure, et dans quelles circonstances les résultats atteints se maintiendront-ils ?	Le rôle du partenaire local lie a un cadre de partenariat public/privé avec les autorités sanitaires régionales permet-il un transfert de connaissance durable ? La région sanitaire s'approprie--elle les approches et résultats mis en œuvre ? <u>Approche proposée</u> : Des entretiens avec les partenaires et les visites sur terrain permettront de percevoir le niveau/capacité des partenaires à appuyer le système
Contribution aux CSC Dans quelle mesure ce programme a-t-il pu contribuer à la Cible Stratégique Santé du Cadre Stratégique Commun de Madagascar ?	Louvain Coopération est inscrite dans plusieurs approches de la cible stratégique Santé du CSC Madagascar. Dans quelle mesure, les systèmes de santé et l'accès aux soins de santé sont renforcés ? <ul style="list-style-type: none"> • Comment le programme a contribué à l'amélioration des infrastructures de santé ? Impacts sur la prise en charge des malades et de la prise en charge des diabétiques et des hypertendus ? • Comment les capacités humaines et institutionnelles des services de santé ont été renforcées ? • Comment l'offre de services de santé ont été développée pour une meilleure prise en charge des maladies, du diabète et de l'hypertension artérielle ? Est-ce que la prise en charge du diabète et de l'HTA a été bien intégrée parmi les soins de santé primaire ? • Comment les démarches de prévention et de sensibilisation au diabète et à l'HTA ont été appuyées ? Efficacité de l'approche pairs-éducateurs et la possibilité d'adapter le contenu de la formation pour les agents communautaires ? <u>Approche proposée</u> : Après une lecture approfondie du CSC Madagascar et plus particulièrement de la Cible stratégique Santé (voir ci-dessous), et grâce à l'aperçu sur ce programme Santé, obtenu à travers l'ensemble de l'évaluation, cela devrait donner les éléments à l'évaluateur pour juger de la contribution de LC à la réalisation de cette cible stratégique Santé du CSC Mada.

D. Les conclusions générales de l'évaluateur extraites du résumé exécutif du rapport

Conclusions générales d'appréciation de l'évaluateur sur les différents volets du projet

Le projet santé de Louvain Coopération a été mise en œuvre auprès de 4 partenaires locaux situés à Menabe. Pour les 4 partenaires le démarrage du projet a un peu été retardé car la structure de mise en œuvre de la plupart d'entre eux ont dû être appuyé par LC pour que les activités soient mieux organisées et guidées avec l'élaboration de plan de travail annuel (PTA) contenant la programmation des activités et le budget détaillé correspondant pour obtenir des résultats plus performants.

1. Sur les critères CAD

- **Efficacité** : Le programma a été relativement efficace. En tenant compte des réajustements des activités en 2020, les activités prévues ont été réalisées à 86,50% pour le Résultat 1, à 100 % pour le Résultat 2, à 80% pour le Résultat 3, et à 100 % pour le résultat 4, soit un taux moyen de réalisation de 91,60 %.

R1 : Pour l'IOV1 (sensibilisations communautaires): L'intervention a bien fonctionné pour les populations grâce aux actions de sensibilisation de proximité des Agents communautaires de santé en synergie avec le programme Mahefa Miaraka (USAID), avec un système d'information a-t-il été renforcé permettant de cerner l'épidémiologie régionale du diabète et facilitant la prise de décision équitables et sexo-spécifiques. Pour l'IOV 2 (interventions chirurgicales sous anesthésie à la polyclinique HSFA) : Cela a bien fonctionné, l'offre et la qualité des soins restent correctes et satisfaisantes pour les populations par rapport à l'ensemble des établissements hospitaliers du district.

R2: Pour l'IOV1 (adhésion des diabétiques aux groupes de soutiens des Pairs-éducateurs) et l'IOV 2 (séances d'éducation thérapeutiques): L'intervention a bien fonctionné à partir de 2020 pour les populations grâce aux actions de sensibilisation/prévention de proximité et les campagnes de dépistage de masse menées par les antennes locales de l'AMADAI et la qualité des formations dispensée à son personnel soignant. Les séances d'éducation thérapeutiques ont été un véritable succès.

R3 : Les renforcements de capacités institutionnelles ont passablement bien fonctionné faute de volonté des partenaires locaux à prendre les dispositions pour et suivre les recommandations de LC. Ils ont montré des efforts qu'à partir de 2020, mais timidement.

R4: cela a correctement fonctionné, mais le fruit des capitalisation et des recherches-actions méritent d'être partagés et diffusés.

- **Efficienc** : Malgré les ajustements et la révision à la baisse du budget initial pour les 5ans en 2020 et l'insuffisance des ressources allouées par l'Etat, l'efficienc du programme est plutôt bonne grâce aux synergies et complémentarités mobilisées : Programmes santé financés par USAID (Mahefa Miaraka, ACCESS, IMPACT, Fondation mondiale du diabète, UCL ...).

Il faut noter la révision à la baisse des budgets alloués aux partenaires locaux est dû à leur sous-exécution récurrente de 2017 à 2019 inclus, et leur difficulté à faire des programmations réalistes et dans les délais impartis.

- **Pertinenc** : La perception des usagers, des malades et des prestataires de soin/personnel soignant de la pertinenc des approches préconisées par le programme santé est plutôt bonne. Ils voient la complémentarité de l'offre de soin et apprécient leur qualité malgré qu'ils ne couvrent pas totalement leurs besoins et reste chers (pour la polyclinique)
- **Impact** : Même s'il reste globalement difficile à mesurer, les bénéficiaires et les groupes cibles ont une perception plutôt bonne des impacts des activités relatives à la prise en charge du diabète, des relations entre les partenaires de mise en œuvre, des savoirs produits. Parmi les plus remarquables :
 - Les résultats des 3 CSB appuyés par le programme montrent des progrès et des résultats nettement supérieurs à la moyenne des 14 CSB du district : couverture en consultation externe a augmenté de 20% depuis 2017, la qualité des soins dont en maternité est bien appréciée, et la fréquentation des 3 CSB a augmenté grâce à un meilleur équipement en matériels de soins/consultation et amélioration des infrastructures sanitaires (blocs sanitaire, blocs à ordures, ...)
 - Plus de 80% des diabétiques qui suivent les séances d'éducation thérapeutiques ont adopté un comportement positif pour réduire les risques liées à leur maladie. Le nombre de cas de complication du diabète qui a nécessité une évacuation dans la capitale est passé d'une moyenne de 4 à 5 an par an en 2018 à 1 cas en 2021.

- Une différence d'attitude et de relationnel vis-à-vis de patients entre le personnel de santé qui ont suivi les formations autour de la qualité et de l'intégration des soins (Approche 5S, humanisation des soins) et ceux qui ne l'ont pas suivi
- **Durabilité** : Concernant la capacité des partenaires locaux à soutenir /poursuivre les activités au niveau des systèmes locaux de santé de la Zone d'intervention du programme au niveau :
 - financier : elle n'est pas garantie à la fin du programme pour aucun des activités ni pour les partenaires locaux. Ces derniers dépendent quasi-exclusivement des financements extérieurs à leur organisme et sont peu motivés à réfléchir à la façon d'augmenter leur autonomie financière dans la durée.
 - sociale : globalement les conditions sont réunies pour l'appropriation locale des acquis en terme de prévention, d'existence des soins, mais il n'est pas certain qu'elles le resteront après la fin du programme (agents communautaires, sensibilisateurs-dépisteur, personnel de santé de l'AMADIA dans les Antennes locales et les Diabète centers...) car le coût pour bénéficier des soins et des contrôles/suivis réguliers restent encore très élevés pour une population qui gagne moins que le salaire minimum qui est inférieur à 50 € mensuels, les coûts sont d'autant plus élevés pour la prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète. L'approche communautaire reste encore pertinente et efficace à condition que les agents communautaires et tous les bénévoles soient un minimum indemnisés lors de leurs déplacements pour assurer les activités, qu'ils soient suffisamment formés et équipés.
 - technique : Le rôle des partenaires locaux (EMAD, HSFA, AMADIA) lié à un cadre de partenariat public/privé avec les autorités sanitaires régionales ne permet pas encore un transfert de connaissance dans la durée. La région sanitaire ne peut pas encore s'approprier les approches et résultats mis en œuvre car a encore du mal à définir sa stratégie opérationnelle et l'application régionale de la déclinaison des politiques nationales de la santé. Les partenaires (SDSP/EMAD de Belo/Tsiribihina, ECAR/SHM, AMADIA) ne disposent pas encore suffisamment des capacités nécessaires qui leur permettrait de contrôler eux-mêmes les projets et poursuivre les résultats (transfert de connaissance/renforcement de capacités/durabilité technique).
Le personnel des partenaires locaux n'est pas stabilisé et entraîne un gaspillage de temps, d'efforts et financier pour les formations qui doivent être régulièrement reprises quand il y a un changement de personnel, or le financement des formations reste insuffisant, il est difficile de trouver des formateurs qualifiés et compétents localement.
 - en fonction du contexte : la durabilité des actions et des résultats est fortement conditionnés et dépendants du contexte climatique/météorologique, sécuritaire, la corruption et de la politique. La saison des pluies accentue les difficultés à accéder aux centres de soins et l'approvisionnement en intrants de santé. La corruption est encore palpable à différents niveaux. Les épisodes d'insécurité se multiplient régulièrement en fonction de l'actualité politique et de l'inflation.

2. Adéquation du projet à l'approche genre et la réduction des inégalités

- l'Accès aux services des CSB pour les femmes est amélioré : grâce à des services/équipement qui améliorent leur confort durant les consultations ou leur hospitalisation (blocs sanitaires séparés hommes/femmes, kits de salubrité, dotation en matériels médicaux facilitant le suivi prénatal et post natal...)

- Accès centres de santé par les personnes handicapées : mise en place d'une rampe d'accès et d'un fauteuil pour les personnes handicapées à l'entrée du centre de santé de Mahabo et à la polyclinique SFA.
- Les animations et la diffusion des messages clé de prévention et de sensibilisation sont adaptés aux groupes selon qu'ils soient majoritairement composé d'hommes ou de femmes

3. Prise en compte de l'aspect environnemental et de l'assainissement

- Assainissement et de protection de l'environnement au niveau des CSB et de la polyclinique HSFA

4. Effets visibles constatés à la fin du programme : si le début de projet commençait en 2017, ce n'est qu'à partir de 2020 que les résultats des activités commençait à être plus visibles :

- **Les soins de santé sont améliorés, continus, globaux et intégrés pour les habitants du district de Belo sur Tsiribihina :**

- La formation médicale des prestataires de soin/ personnel soignant dont sur le paquet minimum d'activités, la supervision et le suivi de la qualité des soins, la sensibilisation à l'interaction entre l'environnement et la santé ; la sensibilisation à la gestion administrative et opérationnelle des activités pour un meilleurs fonctionnement de l'établissement et de ses services ;
- Des structures communautaires de base pour la sensibilisation sur les maladies simples et leur prise en charge (campagnes de vaccination, planification familiale, lutte contre le paludisme, ...)
- Dotation en matériels/équipements, médicaments et consommables
- La mise en place d'un réseau régional d'OSC observateurs pour les services sociaux de base en santé et éducation (projet PASC MEN 2)

Mais il faut :

- Stabiliser le personnel soignant et les agents communautaires pour assurer la continuité, la qualité et la durabilité des soins et de la prévention (formation, rémunération, équipements, environnement de travail, avantages/indemnités...)
- Approfondir les formations techniques et médicales et renforcer le suivi et l'accompagnement post-formation de façon continue
- Améliorer l'approvisionnement en intrants de santé et la gestion de leur stocks (formation du personnel, diversification des fournisseurs, ...)
- Améliorer la gestion et l'organisation des établissements de soins en ayant un plan de développement stratégique, un modèle économique adapté et en formant du personnel dédié
- Faciliter et améliorer l'accès aux soins notamment pour les personnes les plus vulnérables : déplacements/transport, tarifs, information/communication/accueil des patients...

- **Le diabète est pris en charge du diabète, des actions de prévention et de promotion de la santé pour réduire les risques liés au diabète sont menées**

- Il y a effectivement un renforcement du système local de soins en matière de sensibilisation, prévention et prise en charge du diabète et l'hypertension artérielle grâce : aux formations des personnels soignants des CSB, CHD, CHRR ainsi que celui de l'AMADIA au niveau des diabètes center, aux campagnes de dépistage de masse.

- Une (re)dynamisation des associations locales de personnes diabétiques grâce à la restructuration et la réorganisation des antennes locales de l'AMADIA, la gestion et le fonctionnement des diabetes centers (DC) et la révision et amélioration des approches et accompagnement de proximité de l'AMADIA. Les diabétiques et leurs familles sont davantage impliqués dans la vie associative et s'approprient leur rôle et tâches.
- Le réseau des pairs-éducateurs n'existe pas encore mais il y a incontestablement des effets visibles de leur actions (éducation thérapeutique, sensibilisation, ...) sur la prise de conscience et leur changement de comportement positif.

Mais la continuité, l'approfondissement des formations des personnels soignants de centre de santé publics ou des DC de l'AMADIA ainsi que leur accompagnement post-formation n'est pas garantie et nécessite une réelle coordination/complémentarité entre l'Etat et les acteurs privés comme l'AMADIA. La stabilisation et la motivation du personnel et des bénévoles reste un enjeu et défi très importants car nécessite au départ et à court terme des ressources humaines et financières très importants qui se comble à moyen et long terme.

Le modèle organisationnel et économique activités et des partenaires locaux reste également fragile et nécessite une analyse approfondie en vue de leur autonomie dans la durée.

- **Les capacités institutionnelles et opérationnelles (gestion/cycle de projet) des partenaires locaux ont progressé**

- Les capacités institutionnelles des partenaires locaux restent faibles malgré des efforts palpables en 2020 pour l'AMADIA et la polyclinique. Elle reste fragile et reflète le manque de volonté interne des partenaires locaux de prendre les mesures nécessaires pour améliorer cela.
- Un effort particulier doit être fait en matière de gestion de projets et la recherche /diversification des partenariats techniques et financiers, pour sortir d'un positionnement attentiste et passif.
- Pour la polyclinique Saint-François d'Assise qui est largement sous fréquenté, le maintien de l'offre des soins en qualité et en diversité va dépendre de la volonté d'ECAR et des SHM de mobiliser les ressources et prendre les dispositions nécessaires pour mettre en œuvre le plan de développement de l'établissement mais aussi de réviser son modèle organisationnel et économique.

- **La recherche action et capitalisation menée ont apporté des solutions et des exemples de bonnes pratiques à suivre**

- La recherche action participative sur la gestion autonome du diabète a rencontré un vif succès et a donné des résultats encourageants à reproduire et diffuser.
- Peu de synergies et complémentarités avec d'autres acteurs/projets : santé-environnement, santé-nutrition, santé-activités sportives, ...

E. Suite à donner à l'évaluation

Modification forte des activités par la suite ? ; mise au point de nouveaux partenariats ?

E.1. Décision sur la prise en compte et la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation

Recommandations stratégiques

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
S1	Former les sœurs sur l'humanisation des soins et sur le 5S. Améliorer l'accueil des malades car ils sont « roi » et parce qu'ils paient les services	<p>Prise en compte totale</p> <p>Déjà programmée mais indisponibilité du personnel de la polyclinique pendant les 2 sessions de formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former le personnel de la polyclinique en approche 5S - Faire le suivi de la formation 5S et l'application au niveau des divers services
S2	Les malades suggèrent de réduire le prix de la consultation à 2000 ariary ou 1000 ariary car au CSB, la consultation est de 0 ariary	<p>LC : partielle</p> <p>C'est une décision interne de la polyclinique, de ses gérantes (Sœurs hospitalières de la miséricorde) et de l'ECAR quoique des suggestions peuvent être avancées sur la base d'une étude/ modélisation économique de la structure</p>	<p>Mesure déjà prise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - LC a eu une convention avec le Chef d'établissement du CHRR de Morondava qui a établi un diagnostic organisationnel et une orientation stratégique de la polyclinique et des suggestions en termes de tarification liés aux services offerts sont proposées <p>A moyen terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientation stratégique de la polyclinique à mettre en œuvre avec ECAR et les sœurs hospitalières de la miséricorde
S3	Le gestionnaire de l'HSFA doit déléguer les tâches afin que les services soient bien suivis et de qualité	<p>Prise en compte totale</p> <p>Nous avons demandé que la directrice de la polyclinique fasse uniquement la gestion et de mettre des référents/responsables de services au niveau de la chirurgie et médecine. Un référent/responsable du service de chirurgie a été nommé à fin 2019 mais est vite reparti car malade selon les sœurs. Elle n'a pas été remplacée depuis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nomination de responsable des intrants et d'un major du service de chirurgie
S4	Une personne doit être responsable de la gestion des approvisionnements : tenue du cahier de stock, cahier de suivi des matériels et équipement reçus en dotation, fait la quantification des besoins et des commandes de médicaments et consommable, assure le suivi de la livraison des produits commandés, assure le suivi de l'entretien des matériels	<p>Prise en compte totale</p> <p>Cela doit être la fonctionnalité normale dans une polyclinique, afin de faciliter le suivi des malades et l'organisation interne des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former les médecins et les paramédicaux sur le remplissage des registres fournis par l'Etat - Faire un suivi formatif sur l'utilisation de ces registres

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
S5	Former le gestionnaire de l'hôpital en gestion institutionnelle et organisationnelle	<p>Prise en compte totale</p> <p>Mais le grand turn-over au niveau de la direction a rendu la formation difficile</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir le plan de formation du personnel en charge de la gestion de l'établissement - Former le gestionnaire de l'hôpital en gestion institutionnelle et organisation - Appuyer le gestionnaire sur la restructuration de la polyclinique
S6	Améliorer les conditions de travail et confort pour l'hébergement des chirurgiens et anesthésistes pour assurer leur stabilité d'emploi : achat de climatiseur dans la salle d'opération, achat de ventilateur, télé dans leur chambre	<p>Prise en compte partielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce n'est pas du ressort de LC ni l'objectif du programme santé de définir les avantages et conditions matérielles du personnel, mais au partenaire local et à l'organisme concerné lui-même selon ses moyens et la réglementation en vigueur ; - Le budget de LC pour ce dernier P5 a seulement été la quote-part sur le salaire du chirurgien et de l'anesthésiste. - La polyclinique avait eu à plusieurs reprises la possibilité d'intégrer à son plan de travail annuel (PTA) l'achat de matériels et équipements prioritaires pour le maintien et la qualité de l'offre de soin des services et prioriser cela. Le climatiseur au niveau de la salle d'opération en faisait partie. - La polyclinique doit définir sa stratégie pour développer des partenariats techniques et financiers pour diversifier ses ressources (financières, matérielles, humaines,) afin de mieux répondre à ses besoins et d'assurer les soins et services de qualité : Cf. recommandation S10. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elle doit également communiquer de façon plus transparente ses difficultés et ses besoins d'appui auprès de leurs supérieurs hiérarchique (ECAR et la congrégation des Sœurs hospitalières de la Miséricorde), et demander une meilleure coordination entre eux pour la recherche de solution et l'appui à la polyclinique. - Pendant le PTA, réserver un budget pour la réparation/achat d'un climatiseur pour la salle d'opération
S7	Afin d'augmenter le nombre de malades opérés par jour en chirurgie : acheter un nouveau groupe électrogène/ ou panneau solaire pour la chirurgie	<p>Rejeté</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les batteries des panneaux solaires ont été changés en 2020 et le groupe électrogène actuel est suffisant pour le nombre de malades opérés et cela n'a pas d'incidence sur le nombre de malades consultant et le nombre d'opérations effectuées car il n'y a jamais eu de cas de 	

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
		<p>malades refusées pour cause de déficit du groupe électrogène.</p> <p>- Prévoir seulement une amélioration avec un panneau solaire et/ou un nouveau groupe électrogène dans les années à venir pour faciliter le travail et l'autonomie de la polyclinique</p>	
S8	Malgré la plainte des malades sur le prix élevé des services, faire payer une caution à tous les malades qui entrent en chirurgie	<p>Prise en compte totale</p> <p>Le problème de recouvrement des prix est le problème majeur de la polyclinique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une recherche de jumelage : donation ou un système de recouvrement de prix pour alléger le fardeau de l'hôpital - Mêmes recommandations que S6.
S9	Mettre des catégories dans le prix des chambres selon le niveau social des malades	Oui en affichant clairement les différents tarifs	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une recherche de jumelage : donation ou un système de recouvrement de prix pour alléger le fardeau de l'hôpital - Mêmes recommandations que S6.
S10	Chercher des appuis financiers avec les donateurs (LC, autres associations religieuses) qui va aider à combler le gap dans le recouvrement des coûts et autres coûts de fonctionnement	<p>Prise en compte totale</p> <p>C'est un bon moyen de ne pas être dépendant d'un seul bailleurs et d'aller vers l'autonomie de la polyclinique.</p> <p>L'ECAR peut aussi se charger de cet aspect de collaboration (chercher des donateurs et autres) cf. argumentaire S6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La polyclinique devrait aussi se rapprocher de l'EMAD de Belo et de la Direction régionale de la Santé pour identifier et convenir des appuis prioritaires urgents à apporter à la polyclinique sur tout pour ce qui concerne la prise en charge du paquet complémentaires d'activités. Car étant homologué par l'Etat et le seul établissement sanitaire du district a fournir ses services, il devrait pouvoir bénéficier d'un soutien du Ministère de la santé, le cas échéant bénéficier d'une collaboration spécifique. - Faire une recherche de jumelage : donation ou un système de recouvrement de prix pour alléger le fardeau de l'hôpital
S11	Effectuer des levées de fond à partir de la création d'association et d'évènement organisé annuellement	<p>Prise en compte partielle :</p> <p>- Une partie des fonds récoltés par les églises auprès de leurs fidèle sert déjà à financer les frais de fonctionnement des centres hospitaliers et services fournis par les congrégations religieuses, mais ce n'est vraiment pas suffisant car les populations sont déjà très pauvres et n'arrivent pas à subvenir à leurs besoins primaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une recherche de jumelage : donation ou un système de recouvrement de prix pour alléger le fardeau de l'hôpital

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - La population desservie pourrait aussi participer à l'amélioration de la polyclinique qui leur sert pendant des quêtes au niveau des églises, des organisations d'évènements ou autres endroits/choses adéquats 	
S12	<p>Pour la suite des activités communautaires, planifier les activités que les CSB doivent effectuer dans le nouveau projet financé par DGD/ LC.</p> <p>Chercher d'autres partenaires qui travaillent avec les AC dans les mêmes sites et partager les coûts des activités pour alléger les dépenses</p>	<p>Prise en compte totale</p> <p>Déjà fait par LC (par exemple, la convention avec Mahefa Miraka)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer le plaidoyer au niveau de la DRS/MinSan et des différents PTF (partenaires techniques et financiers) pour la prise en charge des AC pour leurs réunions mensuelles au niveau de chaque CSB de rattachement (frais de déplacement, per diem ou per noctem)
S13	<p>Planifier les activités :</p> <p>Dans la planification, inclure la motivation des AC, leur formation et remise à niveau en sensibilisation sur la fréquentation des CSB pour les soins de santé primaire, formation sur le rapportage des activités</p>	<p>Prise en compte totale</p> <p>Déjà fait par LC mais seulement, harmonisation des motivations pour tous les bailleurs/PTF qui travaillent dans la zone (au niveau central puis au niveau régional), réunion de coordination trimestrielle avec tous les PTF organisé par la DRSP et/ou le MI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer le plaidoyer au niveau de la DRS/MinSan et des différents PTF (partenaires techniques et financiers) pour la prise en charge des AC pour leurs réunions mensuelles au niveau de chaque CSB de rattachement (frais de déplacement, per diem ou per noctem)
S14	<p>Assurer la fonctionnalité dans la qualité des DC en matière de gestion et de prise en charge des diabétiques. Cela exige la considération de certaines nouvelles fonctions au niveau des DC si cela n'est pas encore en place :</p> <p>En plus du paramédical, du médecin non permanent qui sont déjà fonctionnel, il faut penser aux tâches comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caissière en poste permanent non bénévole - Responsable de rapportage mensuel des activités du DC (peut être effectué par le paramed ou par le médecin permanent) 	<p>Prise en compte partielle :</p> <p>C'est l'organisation interne et stratégique de l'AMADIA qui est concernée ici ainsi que son modèle économique car bien qu'étant sous forme associative à but non lucrative, l'AMADIA gère également des cliniques du diabète et/ou des diabetes center dans la Capitale et dans différentes régions du Pays. Tant que les administrateurs de l'AMADIA ne veulent pas se doter d'un véritable plan de développement stratégique et définir son modèle économique correspondant, le recrutement du personnel suffisant en nombre et en qualification ainsi que l'acquisition de matériels et équipements resteront un frein considérables pour le bon fonctionnement des DC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les orientations stratégiques, le plan de développement et plan d'actions correspondant budgété - Recruter un(e) caissier(e) - Recruter un médecin permanent -- Simuler un budget annuel pour ces recrutements avant de les effectuer -

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
S15	Recruter un médecin permanent par DC	Prise en compte partielle sous réserve de l'argumentaire pour le S14. Mais les DC doivent être autonomes et non dépendre de partenaires	- Négocier avec le MinSan pour intégrer dans le planning des médecins des formations sanitaires publiques(CSB, CHD, CHRR) formés par l'AMADIA des plages de consultations dans les DC et vice versa.
S16	Recruter un caissier permanent (ou former le trésorier) pour assurer l'enregistrement des recettes journalières des DC. Cette personne doit être salarier mais non bénévole	Prise en compte partielle C'est une suggestion insuffisante car AMADIA est une association à but non lucratif donc, le salaire pourrait être dérisoire si les DC ne sont pas autonomes. La rémunération du caissier et du personnel de l'AMADIA à titre salarié ou bénévole est définie par l'AMADIA en fonction de ses moyens qui dépendent aussi du volume d'activités/services générés par les DC	- Former le trésorier
S17	Il faut bien calculer la période de livraison pour que les commandes ne soient pas livrées durant le période de pluies. Effectuer les commandes trimestriellement pour éviter la surcharge de travail au responsable d'approvisionnement de AMADIA Central. AMADIA central doit diversifier les fournisseurs pour comparer la qualité de service et le prix des médicaments et consommables	Prise en compte totale AMADIA central a déjà ses fournisseurs. Le rythme de commande est à ajuster selon un calendrier discuté entre les DC et AMADIA central.	- Faire une prospection d'autres fournisseurs - Faire un atelier de mise en place du système de gestion de stocks au niveau des BEL et DC (commande, stocks, ...)
S18	Accélérer la fonctionnalité des DC car au moins, même si le DC n'a pas de médecin d'antenne permanent, le personnel paramédical qui est un personnel permanent doit toujours être formé en prise en charge des cas simples du diabète et recevoir les malades au DC afin que le service puisse tourner et ainsi générer de l'argent pour les frais de consultation, test de glycémie, soins infirmiers. Mais l'idéale est de recruter un médecin permanent	Prise en compte partielle Il est utile de rendre les DC complètement fonctionnels et autonomes, mais vous ne préconisez pas comment faire cela ! Il ne faut pas oublier que la prise en charge et la prévention du diabète tels que préconisé dans le paquet minimum « d'activités diabète » sont loin d'être appliqués au niveau des formations sanitaires publiques. Il y a réel un énorme travail de mutualisation et de capitalisation à faire suite aux leçons apprises de ce programme santé concernant le diagnostic/dépistage du	- Négocier avec le MinSan une réelle complémentarité de fonctionnement et de services entre l'offre de soins et de prise en charge du diabète au niveau des établissements sanitaires public et de les DC. Profiter du renouvellement de la Convention MinSan-DLMNT et l'AMADIA en 2023 (?) pour en définir et fixer les modalités et conditions de mise en œuvre.

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
	pour chaque DC. L'autre médecin peut être non permanent	diabète et la prise en charge/soins des cas simples par les formations sanitaires publiques (CSB, CHD et CHRR). Les DC sont des structures mis en place de l'AMADIA pour pallier cette problématique faute de services proposés par les établissements publics. Les différents programmes/projets santé ne doivent pas accentuer ce dysfonctionnement mais au contraire à soutenir l'offre publique pour y faire face, quitte à le faire en partenariat/collaboration opérationnelle et technique avec l'AMADIA et autres acteurs/prestataires privés.	
S19	Analyser la rentabilité du service fourni par l'achat d'un matériel avant de s'engager à acheter un quelconque appareil	Prise en compte totale	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une étude rétrospective sur les malades consultants/hospitalisés et comparer par rapport aux autres offres déjà présents - Faire une simulation des prix et des calculs pour voir la rentabilité pour un an
S20	Recherche d'appui avec LC dans le prochain financement sur les dépenses nécessaires à la sensibilisation	Prise en compte partielle AMADIA a déjà d'autres partenaires pour le faire dont la Fondation mondiale du diabète, Autonomisation des BEL	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les Bureaux Exécutifs locaux BEL (techniquement et financièrement) pour leur autonomisation - Faire un brainstorming avec tous les responsables pour les activités à faire jusqu'à ce que les DC soient auto-suffisants
S21	Pour les EP, il faut les encourager en leur donnant indemnités « solompaladia ». Pour résoudre les problèmes de préférence des diabétiques visités, il faut les permuter chaque mois pour diversifier les sites de sensibilisation	Prise en compte partielle cf. argumentaires S6 et S14.	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les BEL (techniquement et financièrement) pour leur autonomisation - Faire un brainstorming avec tous les responsables pour les activités à faire pour que les DC soient auto-suffisants
S22	Faire véhiculer le message qu'il n'y a plus de service gratuit au niveau des DC et AMADIA mais le prix des services est moins élevé par rapport aux autres institutions : -Le contrôle du diabète est payant= 2000 ar	Prise en compte totale Prise en compte partielle Pour l'autonomisation des DC, mais cela exclu les patients qui ne sont pas à proximité d'un DC et qui n'ont pas les moyens de payer cela.	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les BEL(techniquement et financièrement) pour leur autonomisation - Faire un brainstorming avec tous les responsables pour les activités à faire pour que les DC soient auto-suffisants

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
S23	Recherche d'aide chez AMADIA Central pour la formation des nouveaux personnels des DC. Assurer la formation en gestion des intrants du personnel des DC	Prise en compte totale	- Assurer une formation initiale / continue des personnels des DC à chaque descente du central
S24	Pour le médecin d'antenne de DC Mahabo : Recruter des EP (3 EP/ Commune). Appuyer les EP par des formations, recruter des EP étrangers pour sensibiliser les diabétiques étrangers	Prise en compte partielle Nombre d'EP selon les besoins et à conditions que leur prise en charge (indemnités, frais de déplacement, formations, ...) soient bien intégrés et pris en compte dans la stratégie de développement de l'AMADIA ou du partenaire local qui fait appel aux PE.	
S25	Suggestion de type de motivation pour les EP : - Frais de déplacement, indemnité de réunion - Une petite indemnité pour chaque activité réalisée car chaque activité dure une journée entière. - Priorité quand ils font des consultations chez le médecin d'antenne (ne fait pas la queue) et crédit sur les frais de consultation au HSFA - Recyclage et nouvelle formation - Matériels de travail	Prise en compte partielle Les motivations à type pécuniaires ne sont pas viables à long terme s'ils ne sont pas intégrés dans le modèle économique du partenaire local ou le cas échéant du projet/ La priorisation au niveau des médecins relève d'une organisations internes pour chaque DC et autres partenaires (HSFA par exemple)	- Appuyer les réunions mensuelles des EP avec les médecins d'antenne (frais de déplacement, per diem et/ou pernoctem si nécessaire) - Appuyer les mobilisations de masses effectuées par les EP - Former/ remise à niveau continue des EP
S26	Les solutions proposées doivent apporter des allègements au volume de travail du personnel de gestion	Prise en compte totale	
S27	Chercher un remplaçant du chirurgien temporairement pour le remplacer durant ses périodes de congés. (Négociation avec les chirurgiens de CHRR de Morondava)	Prise en compte partielle Négociation avec le chef d'établissement du CHRR de Morondava qui n'y est pas hostile.	- Négocier avec le Chef d'établissement du CHRR de Morondava pour le remplacement du chirurgien lors de ses congés (conditions, ...)

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
S28	L'HSFA peut donner aux personnes qui ne peuvent pas payer les frais d'hospitalisation la possibilité de facilité de paiement. L'HSFA Héberge les gens qui n'ont pas payer et ils ne peuvent rentrer chez eux que quand tous les frais d'hospitalisation sont payés. L'HSFA prend une caution de 300 000 ariary à l'entrée pour les cas de chirurgie. L'HSFA fait payer un surplus ou bien rembourse les frais à la sortie selon la situation des dépenses du patient	<p>Prise en compte totale</p> <p>Facilité de paiement déjà accordée aux personnes démunies mais il y a toujours problème de recouvrement des coûts.</p> <p>Chercher d'autres solutions pour alléger ce problème de coûts (système de démunis comme pour le gouvernement à partir des coûts de médicaments, jumelage, ...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer l'orientation stratégique de la polyclinique - Effectuer une recherche de jumelage : donation ou un système de recouvrement de prix pour alléger le fardeau de l'hôpital
S29	Le problème de non-recouvrement des coûts doit être appuyer par LC à partir d'un pourcentage de financement par année qui doit être justifier par HSFA sur le rapport des dépenses financiers et le calcul du GAP financier chaque année. L'appui financier ne doit pas être une somme d'argent fixe car les dépenses sont variables chaque année. Ainsi un % du gap financier pourra être proposé par LC	<p>Rejeté</p> <p>Cela ne résout pas le problème, et n'est pas pérenne. Le programme santé et LC n'ont pas vocation à faire cela, car c'est du ressort de l'Etat, des organisme de prestation sociale et des usagers.</p> <p>Non déterminé dans le budget P5 2017 – 2021 de LC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La polyclinique devrait voir avec sa hiérarchie comment mettre en place les préconisation faites pour réduire cette problématique. - Prendre contact avec les organismes/servies de prestation sociale
S30	Devant le manque de personnel formé, les personnes restant au poste doivent demander l'appui techniquement aux autres chef CSB, demander au Médecin Inspecteur (MI) de remplacer la personne qui était partie. Le dispensateur non formé doit demander de l'aide au chef CSB (partage du savoir-faire)	<p>Prise en compte totale</p> <p>Supervision formative trimestrielle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programmer des supervisions formatives conjointe entre LC l'Equipe managériale de la Région (EMAR) et les partenaires techniques e financiers pour le transfert des savoirs et le suivi des activités
S31	L'EMAD doit recruter un personnel paramédical formé pour le CSB à Antsakoamaliny car la population a déjà	<p>Prise en compte partielle</p> <p>C'est au MI de gérer le personnel de sa zone de responsabilité.</p>	

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
	envoyé une lettre de plaintes sur l'incompétence de la sage-femme bénévole qui remplace le chef CSB malade	Le rôle de LC reste prioritairement dans la médiation et la facilitation et le relais des demandes des bénéficiaires-au MI	
S32	Les chefs CSB doit assurer une répartition des tâches du CSB de façon équitable. Le chef CSB doit toujours recevoir des malades. Il doit partager les activités de chaque programme	Rejeté Le gouvernement a déjà sa propre répartition de tâche. Rôle de soutien uniquement pour LC	
S33	Le chef CSB Aboalimena sortant doit transférer sa connaissance en gestion du personnel paraméd intérim qui le remplace en attendant l'arrivée de son remplaçant et en attendant la formation officielle de l'EMAD	Prise en compte totale Fait pendant les passations et les supervisions des EMAD	<ul style="list-style-type: none"> - Programmer des supervisions formatives conjointe entre LC et les partenaires pour le transfert des savoirs et le suivi des activités
S34	Mieux organiser les tâches aux CSB en faisant une Couplage des activités ex : vaccination + Consultation/médicaments Stratégie avancée de plusieurs programmes combinés : PF, vaccination, CPN, consultation	Prise en compte totale <ul style="list-style-type: none"> - Déjà pratiqué au niveau des CSB pendant les stratégies mobiles et avancées 	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les stratégies mobiles et avancés des CSB (technique et financier)
S35	Les problèmes de rupture de stock pour les médicaments urgents sont résolus par l'achat par le chef CSB de médicaments au niveau des dépositaires de médicament. L'EMAD doit chercher d'autres fournisseurs si SALAMA n'arrive pas à honorer les commandes. Cette décision doit commencer à être prise en considération au niveau du DRS	Rejeté Le système gouvernemental ne peut pas changer de fournisseur car tous les médicaments essentiels utilisés proviennent de SALAMA et les médicaments des Programmes (paludisme, PF, tuberculoses, ...) proviennent des bailleurs (au niveau central et c'est eux qui dispatchent au niveau de chaque direction régionale) Ce que nous pourront faire, c'est de faciliter l'acheminement de ces médicaments au niveau des CSB, mais même cela est déjà pris en charge par PSI-IMPACT	<ul style="list-style-type: none"> - Former les responsables PhaGeCom en gestion des intrants de santé
S36	Bien calculer la période de l'envoi de commande des médicaments pour que la	Prise en compte totale Pour le système SALAMA et le système gouvernemental, c'est trimestriel	<ul style="list-style-type: none"> - Former les responsables PhaGeCom en gestion des intrants de santé

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
	livraison ne se fasse pas durant les saisons pluvieuses		
S37	Collaborer avec les autorités locales pour les programmes qui nécessitent une mobilisation communautaire (sensibilisation de masse et de groupe au CSB, vaccination, action de masse comme débroussaillages du village, canalisation, construction de latrine, plantation d'arbre...)	<p>Prise en compte totale</p> <p>Il faut toujours faire participer et mobiliser la communauté sur les questions concernant leurs santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les sensibilisations de masse (mobilisations communautaires)
S39	Le chef CSB doit résoudre les problèmes de collaboration avec les AC par une réunion avec les autorités locales et la communauté	<p>Prise en compte totale</p> <p>En tant que chef hiérarchique, c'est le rôle du chef CSB. Mais au niveau administratif, c'est aussi le rôle du chef fokontany et du maire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les chefs CSB dans leurs efforts pour harmoniser le travail au niveau de sa zone d'intervention
S40	Elaborer des plannings d'activités avec les AC et afficher les calendriers de vaccination, de PF, de CPN. Les activités des AC sont très utiles pour tous les ONG qui ont comme stratégie de travailler avec eux. Un partage des coûts sur leur motivation, leurs équipements, leurs outils de travail, les outils IEC qu'ils ont besoins est un moyen de rendre efficient les interventions effectuées par les AC. Ainsi, en termes de redevabilité, chaque partenaire qui a contribué aux partages des dépenses obtiendront les résultats des activités	<p>Prise en compte totale</p> <p>Une réunion mensuelle doit se tenir tous les mois au niveau de chaque CSB de rattachement des AC. C'est l'occasion pour le chef CSB qui est leur chef hiérarchique et les AC de discuter, de planifier et pour les AC de remettre leur RMA au chef CSB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les réunions mensuelles des AC au niveau de chaque CSB de rattachement (frais de déplacement, per diem ou per noctem)
S41	En 2022, solliciter le financement de LC dans la planification de formation pour les	<p>Prise en compte partielle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les BEL (techniquement et financièrement) pour leur autonomisation

N°	Recommandations stratégiques de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
	paramédicaux des DC en gestion des intrants, les nouveaux membres du BEL sur la formation en gestion de l'association, la remise à niveau des médecins d'antenne des 3 DC	C'est l'AMADIA qui est en charge de cela et si besoin, LC peut l'accompagner pour définir une approche/stratégie pour le faire à condition que l'AMADIA le souhaite vraiment et se manifeste en ce sens, ce qui n'est pas le cas. LC cherchera prioritairement des financements pour permettre au MinSan de prendre en compte et de rendre effectif et opérationnel la prise en charge du diabète au 3 niveaux : CSB, CHD et CHRR	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un brainstorming avec tous les responsables de l'AMADIA dans un premier temps pour les activités pour que les DC soient auto-suffisants et établir ce qu'ils doivent faire pour rassembler les fonds nécessaires pour financer leurs activités dont les formations.
S42	AMADIA cherche toujours des appuis auprès des personnes qui peuvent sponsoriser l'activité des EP qui est très louable : Appui de LC pour intégrer des personnes qui peuvent sponsoriser les activités dans le conseil d'administration de AMADIA	Prise en compte partielle pour les mêmes raisons/argumentaires indiqués pour S41.	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les BEL (techniquement et financièrement) pour leur autonomisation - Faire un brainstorming avec tous les responsables de l'AMADIA dans un premier temps pour les activités pour que les DC soient auto-suffisants et établir ce qu'ils doivent faire pour trouver des sponsors et rassembler les fonds nécessaires pour financer leurs activités
S43	L'appui de LC dans le salaire d'un médecin permanent par DC est nécessaire pour faire augmenter le nombre de consultation au DC. Ainsi, après quelques années, le nombre de consultations augmentera et pourra couvrir le salaire d'un médecin d'antenne permanent pour chaque DC	Prise en compte partielle à condition que l'AMADIA ait négocié aux préalable les conditions et modalités de partenariat entre les formations sanitaires publiques et les DC pour la prise en charge du diabète et les activités de prévention et de sensibilisation. Ca sera un financement dégressif avec un contribution obligatoire de l'AMADIA voire de l'Etat. Autonomisation du DC	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les Bel (techniquement et financièrement) pour leur autonomisation - Faire un brainstorming avec tous les responsables pour les activités pour que les DC soient auto-suffisants
S44	Chercher des partenaires financiers pour assurer l'entretien des matériels et des bâtiments construits financés par le programme santé	Prise en compte partielle à condition que le SDSP-EMAD ait réellement envie de le faire et le démontre concrètement et qu'il mobilise également la DRS Menabe	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer le SDSP pour rechercher des fonds pour la réhabilitation des CSB et autres matériels dotés (participation communautaires, fonds privés, ...)
S45	Chercher des partenaires pour réhabiliter les bâtiments des CSB d'Aboalimena et Antsakoamaliny qui sont déjà vétustes	Oui à condition que le SDSP-EMAD ait réellement envie de le faire et le démontre concrètement et qu'il mobilise également la DRS Menabe	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer le SDSP à mobiliser la DRS et les autres PTF pour rechercher des fonds pour la réhabilitation des CSB et autres matériels dotés

Recommandations opérationnelles

N°	Recommandations opérationnelles de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
O1	Sensibilisation à la radio feon'i Menabe sur le diabète et son traitement par les médecins référents de l'HSFA (Dr Rakoto, Dr Victoria)	<p>Prise en compte partielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les publicités, quelles qu'elles soient, concernant le domaine médical sont illégales à Madagascar. - Ce qu'on peut faire, c'est faire une émission médicale pendant laquelle on parle des services qui sont offerts au niveau de la polyclinique - AMADIA, HSFA et l'EMAD doivent définir et développer leur stratégie pour diffuser les messages de prévention et de sensibilisation et doivent s'appuyer sur l'existant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Emission d'éducation thérapeutique au niveau des radios locales une fois par semaine. Alternance des 2 médecins d'antennes pour conduire les émissions. - Adaptation des supports et outils de sensibilisation existants aux bénéficiaires cibles (langues, contenu, contenant, ...)
O2	Amélioration du plateau technique : laboratoire, échographie	<p>Prise en compte partielle à condition que cela soit accompagné des formations et accompagnement continue avec un évaluation/bilan réguliers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déjà fait : - Nouvel appareil d'échographie pour la polyclinique avec formation d'utilisation du doppler fœtal, il reste la formation concernant l'utilisation de l'appareil et l'interprétation des échographies pour faire le bon diagnostic et les bonnes prescriptions médicales. - Nouveaux matériels pour le laboratoire (réfrigérateur solaire pour les réactifs, ...)
O3	Mettre l'achat d'appareil de radiographie dans le PTA 2022 pour LC	<p>Prise en compte partielle à condition que cela soit accompagné des formations et accompagnement continue avec une évaluation/bilan réguliers.</p> <p>Il faut d'abord faire un état des lieux des besoins (nombres de cas qui auront besoins de se faire radiographier pendant une année dans le district de Belo avant de prendre une décision si c'est pertinent ou non d'acheter un appareil de radiographie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une étude rétrospective sur les malades consultants/hospitalisés avec un besoin de faire une radiographie dans le district de Belo-sur-Tsiribihina (CHD et HSFA) - Faire une simulation des prix et des calculs pour voir l'autonomie (électricité, salle, manipulateur, ...) pour un an
O4	A la réception, placer un numéro vert qui permet de s'informer sur les services disponibles à l'HSFA	<p>Prise en compte partielle car pas certain que cela soit faisable à moindre coût et c'est un service qu'il faudrait dans ce cas étendre à toutes les districts et formations sanitaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Voir avec la DRS/EMAD la faisabilité - Voir avec Telma/Orange/Air Tel pour l'attribution d'un numéro d'urgence au niveau de la polyclinique et demander un devis

N°	Recommandations opérationnelles de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
		<p>Décision interne de la polyclinique</p> <p>Mission de conseil tout simplement pour LC</p>	
O5	Rendre disponible une liste de contact des chauffeurs de bajaj et taxi pour les malades. Ex : fournir une liste de numéro de téléphone de chauffeurs de bajaj et taxi pour que les malades qui ont besoin de moyen de déplacement à la sortie de l'HSFA puissent appeler les chauffeurs	<p>Prise en compte partielle</p> <p>Organisation interne et communautaire propre à chaque acteur et partenaire local</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Afficher au niveau du dispensaire le nom et les numéro des « bajaj » qui travaillent dans la commune de Belo-sur-Tsiribihina
O6	Une personne doit être responsable de la gestion des services (disponibilité des outils de collecte de données (registre à la consultation externe, laboratoire, maternité, chirurgie). Il fait le rapportage des activités de tous les services par mois.	<p>Prise en compte totale</p> <p>Déjà suggéré par LC en 2018 mais difficilement appliqué du fait du manque de personnel mais surtout défaut d'organisation et de fonctionnement de l'établissement, mais aussi d'expérience voire de compétences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nomination de responsable des intrants et d'un major du service de chirurgie
O7	Les médecins et les paramédicaux qui reçoivent des malades doivent remplir les registres pour tous les malades vues en consultation (dispensaire, laboratoire, maternité, chirurgie). (Chaque service qui est rémunérateur d'argent doit avoir un registre des malades qui ont utilisé ce service. Ex : échographie, test albumine sucre, injection IM...).	<p>Prise en compte totale</p> <p>Cela fait référence à la gestion au fonctionnement des activités et</p> <p>Cela doit être la fonctionnalité normale dans une polyclinique et tous centre de santé et de soins, afin de faciliter le suivi des malades et l'organisation interne des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former les médecins et les paramédicaux sur le remplissage des registres fournis par l'Etat - Faire un suivi formatif sur l'utilisation de ces registres
O8	Afficher le prix des services à la réception	<p>Prise en compte totale</p> <p>Cela est déjà dans formation des 5S</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer la formation 5S après la formation - Imprimer les affiches pour le prix des services et des médicaments au niveau du mur extérieur de la pharmacie
O9	Former le gestionnaire de stock en gestion des intrants	<p>Prise en compte totale</p> <p>Mais le grand turn-over au niveau de la direction a rendu la formation difficile</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former le responsable en gestion de stock - Faire le suivi mensuel des stocks (fiches de stocks, commandes, ...)
O10	Acheter une ambulance pour évacuer les malades qui ont besoin de radiographie vers le CHRR de Morondava	<p>Prise en compte partielle</p> <p>-Faire un état des lieux des besoins au niveau du district de Belo (demandes de l'offre, moyens des bénéficiaires, ...) et chercher des financement correspondants</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une étude rétrospective sur les malades consultants/hospitalisés avec un besoin d'évacuation sanitaire dans le district de Belo-sur-Tsiribihina (CHD et HSFA) et comparer par rapport aux autres locations de voiture

N°	Recommandations opérationnelles de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
		-Est-ce réaliste et réalisable sachant que les centres hospitaliers de districts et au niveau régional n'ont pas suffisamment de véhicules, pour répondre à eurs besoins de services et qu'ils n'ont pas les moyens de prendre en charges les coûts de fonctionnement d'entretien de ces véhicules ?	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une simulation des prix et des calculs pour voir l'autonomie (carburant, chauffeur, trajet, formation des ambulanciers, ...) pour un an - Étudier la faisabilité de mutualiser ce service avec le CHD en partageant les coûts.
O11	Fournir des équipements de travail (sac, gilet, casquette, imperméable, tee-shirt), les outils IEC, les outils de gestion (registre d'activités, canevas de rapportage), outil de sonorisation	<p>Prise en compte partielle</p> <p>Il y a déjà des PTF qui donnent des équipements de travail aux AC (financement USAID), généralement ces dotations de matériels sont uniformes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les mobilisations communautaires (sensibilisations, autres campagnes du MinSanP)
O12	Les calendriers de travail doivent être fait durant les périodes où les gens ne vont pas aux champs, uniformiser les dotations de matériel pour les 3 CSB (CSB2 Belo ST, CSB2 Aboalimena, Antsakoamaliny)	<p>Prise en compte totale</p> <p>Une réunion mensuelle doit se tenir tous les mois au niveau de chaque CSB de rattachement des AC. C'est l'occasion pour le chef CSB qui est leur chef hiérarchique et les AC de discuter, de planifier et pour les AC de remettre leur RMA au chef CSB.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les réunions mensuelles des AC au niveau de chaque CSB de rattachement (frais de déplacement, per diem ou per noctem)
O13	Fournir à chacun des 3 CSB en matériel de sonorisation	<p>Rejeté</p> <p>Les CSB reçoivent régulièrement du matériel et des équipements pour les activités de sensibilisation et de prévention, mais en général ce matériel est mal géré et mal entretenu et n'est pas durable (vol, endommagement, défaut d'entretien...)</p> <p>Pas dans le budget de P5 et doit être discuté avec les autres PTF de la zone</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les mobilisations communautaires (sensibilisations, autres campagnes du MinSanP)
O14	Au CSB Aboalimena, il faut motiver la population d'aller au CSB en leur donnant un moustiquaire MID si les femmes arrivent à faire 4 CPN. L'organisation de la sensibilisation est déjà effectuée selon les besoins de la population avec les AC car le CSB a besoin d'eux	<p>Refusée</p> <p>Le MID est un programme ministériel et prévoit déjà ce cas de figure</p> <p>Les sensibilisations faites par les AC sont déjà déterminées chaque mois pendant la réunion mensuelle avec le Chef CSB mais cela n'empêche pas les rajouts/changements de thèmes selon les besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les mobilisations communautaires (sensibilisations, autres campagnes du MinSanP)
O15		Prise en compte totale	

N°	Recommandations opérationnelles de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
	Au CSB Antsakoamaliny, il faut bien organiser les séances de sensibilisation par des réunions avec les AC car c'est utile et les prestataires des CSB n'arrivent pas à réaliser les sensibilisations de groupe au niveau des CSB seuls. Il faut élaborer un calendrier d'activités avec les AC	Normalement, une réunion mensuelle doit se tenir tous les mois organisé par le CSB de rattachement des AC. C'est l'occasion pour le chef CSB qui est leur chef hiérarchique et les AC de discuter, de planifier et pour les AC de remettre leur RMA au chef CSB.	- Appuyer les mobilisations communautaires (sensibilisations, autres campagnes du MinSanP)
O16	Organiser la collecte des données sur les activités de sensibilisation des AC avec les autres partenaires qui collabore avec LC dans la réalisation des activités communautaires en matière de santé	Prise en compte totale Une réunion mensuelle doit se tenir tous les mois au niveau de chaque CSB de rattachement des AC. C'est l'occasion pour le chef CSB qui est leur chef hiérarchique et les AC de discuter, de planifier et pour les AC de remettre leur RMA au chef CSB.	- Appuyer les réunions mensuelles des AC au niveau de chaque CSB de rattachement (frais de déplacement, per diem ou per noctem)
O17	Les AC sont redevables à tous les partenaires qui ont contribué à financer leurs activités. Ils doivent déposer leurs rapports d'activités au niveau du CSB. Chaque partenaire récupèrera les rapports d'activités au niveau des EMAD	Prise en compte totale Une réunion mensuelle doit se tenir tous les mois au niveau de chaque CSB de rattachement des AC. C'est l'occasion pour le chef CSB qui est leur chef hiérarchique et les AC de discuter, de planifier et pour les AC de remettre leur RMA au chef CSB.	- Appuyer les réunions mensuelles des AC au niveau de chaque CSB de rattachement (frais de déplacement, per diem ou per noctem)
O18	Dans tous les DC, il faut mettre des registres à tous les services qui génère de l'argent (consultation, soin infirmier, test glycémie, cotisation annuelle) Ce registre doit contenir toutes les variables nécessaires à collecter reflétant les indicateurs à mesurer pour chaque activité chaque mois. Le registre et le canevas de rapport doit être élaborer ensemble (atelier d'une ou 2 jours avec le RAL, paramédical)	Prise en compte totale AMADIA doit réfléchir à cela dans sa stratégie de développement. Fonctionnalité normale d'un centre de santé.	- Élaborer un registre commun pour tous les DC où on prend en compte tous les indicateurs nécessaires pour chaque bailleurs - Former les médecins et les paramédicaux sur le remplissage des registres
O19	Les registres de consultation des médecins d'antenne non permanents doivent être remplis obligatoirement si le client est diabétique membre de l'AMADIA qui sont consultés en dehors du DC, sinon il ne reçoit pas de salaire	Prise en compte totale Fonctionnalité normale d'un centre de santé	- Former les médecins et les paramédicaux sur le remplissage des registres
O20	Etablir le circuit des données au niveau des DC avec les délais d'envoi des rapports exigés pour chaque responsable. Personnel Paramédical-RAL-AMADIA Central-LC.	Prise en compte totale	- Faire un atelier de mise en place du circuit de données et se mettre d'accord sur les deadlines pour chaque niveau de validation de données

N°	Recommandations opérationnelles de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
	<p>Pour le circuit des activités de sensibilisation :</p> <p>EP-SD-Animatrice-RAL-AMADIA central-LC</p>	<p>Déjà fait et régulièrement rappelé aux partenaires locaux : Un circuit de données avec deadline à chaque niveau doit être mis en place à l'avance pour éviter les retards</p>	
O21	<p>Acheter un ordinateur et imprimante avec connexion internet pour les 3 DC pour faciliter l'envoi des rapports d'activités et envoyer les commandes de médicaments</p>	<p>Prise en compte partielle</p> <p>Selon les besoins et le budget</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux des besoins pour chaque DC - Prendre en compte ces besoins lors de l'élaboration du PTA
O22	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le DC Morondava : fournir des dépliants, assurer la réalisation de sensibilisation avant de planifier des dépistages. Afin d'éviter les frais de déplacement, recruter un sensibilisateur ou EP par fokontany ou bien 1 sensibilisateur ou EP pour 2 fokontany côte à côte. - Pour le DC Mahabo : Chercher l'appui d'autres PTF pour la sensibilisation. Cibler les personnes travaillant dans les bureaux administratifs et les écoles. Continuer d'effectuer l'ETP 1 fois/ mois, les sensibilisations par le déplacement dans les lieux qui est aux alentours du domicile des EP, déplacement en voiture 1 fois/3 mois 	<p>Prise en compte partielle</p> <p>AMADIA doit réfléchir à la faisabilité de cela et l'intégrer dans sa programmations d'activités et budgétaire car les DC sont des structures gérées directement par AMADIA.</p> <p>Autonomisation des BEL et selon le budget déterminé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les Bel (techniquement et financièrement) pour leur autonomisation - Faire un brainstorming avec tous les responsables pour les activités à faire jusqu'à ce que les DC soient auto-suffisants
O23	<p>Pour le médecin d'antenne de DC Morondava : Les EP doivent être évalués, ou faire une autoévaluation. Elaborer un plan de sensibilisation avec les EP et organisé par l'animatrice</p>	<p>Prise en compte partielle</p> <p>Organisation interne entre le médecin d'antenne et les EP</p> <p>Les plans de sensibilisation devront être faites pendant les éducations thérapeutiques menées par le médecin d'antenne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une évaluation des acquis pendant les éducations thérapeutiques mensuelles - Faire un planning de sensibilisation mensuel
O24	<p>Effectuer les réunions mensuelles avec le respect des gestes barrières (espacement de 1m, gel hydro alcoolique, masque)</p>	<p>Prise en compte totale</p> <p>Séance d'éducation thérapeutique menée par le médecin d'antenne mensuellement et discussion avec les EP sur les rapports de sensibilisation et planification</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les réunions mensuelles des EP avec les médecins d'antenne (frais de déplacement, per diem et/ou pernoctem si nécessaire)
O25		<p>Prise en compte totale</p>	

N°	Recommandations opérationnelles de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
	Les fiches de stock des médicaments et consommables doivent être mise à jour pour faciliter la quantification des besoins chaque trimestre	Fonctionnalité normale d'un centre de santé	- Former le responsable de stocks en gestion de stocks
O26	Créer un document de suivi annuel de l'état des matériels en dotation. Il sera nécessaire pour LC et tous autres partenaires qui offrent des matériels et facilite le suivi de l'entretien de ses matériels	Prise en compte totale	- Élaboration d'un matériel de suivi des activités et des matériels dotés
O27	Mettre des outils de collecte de données dans tous les services qui reçoivent des malades. (Registre répondants au besoin du projet LC mais adapté au registre existant) élaborer un canevas de rapportage des activités sous la supervision du coordinateur de projet santé de LC	Prise en compte partielle Normalement, les registres existants fournis par le gouvernement pour tous les centres hospitaliers/de santé ont déjà les renseignements qui doivent être collectés. S'il y a d'autres renseignements à collecter, ne pas mettre dans un autre registre mais adapter dans le même registre les données à collecter.	- Élaborer un canevas de rapportage unique pour tous les partenaires de LC - Former ces partenaires pour le remplissage des outils élaborés - Former les partenaires sur le rapportage (technique et financier)
O28	L'EMAD doit faire un inventaire du personnel responsable de la gestion de stock des CSB qui ne sont pas formés en gestion des intrants	Prise en compte totale Déjà fait au niveau de chaque district par le Programme PSI-IMPACT	- Effectuer un sondage sur les personnels non encore formés et les formations déjà reçues par chaque personnel du district de santé de Belo
O29	Planifier la formation en gestion des intrants des responsables de stock du CSB et le dispensateur du phagecom	Prise en compte totale Déjà fait pendant le P5 mais pour les chefs CSB car les responsables PhaGeCom changent souvent Pour les années à venir, déjà dans le PTA de PSI-IMPACT	- Former les responsables PhaGeCom en gestion des intrants de santé
O30	Planifier le suivi très rapproché de la gestion des intrants au niveau des CSB et du Phagecom	Prise en compte totale Pour les années à venir, déjà dans le PTA de PSI-IMPACT	- Former les responsables PhaGeCom en gestion des intrants de santé
O31		Prise en compte totale	

N°	Recommandations opérationnelles de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
	Créer au niveau de l'EMAD un canevas de collecte de données complémentaire du RMA pour le rapportage des activités de LC. C'est le coordinateur du projet santé de LC qui a la tâche d'élaborer ce canevas appuyé par l'équipe de l'EMAD, Le responsable du projet LC doit partager ce canevas à tous les chef CSB. Les chefs CSB doivent donner le canevas rempli au responsable de monitoring et évaluation de l'EMAD. Ce dernier envoie le scan des rapports RMA avec le canevas de rapport complémentaire au coordinateur du projet santé de LC (Dr Joelle)	Les données communautaires peuvent être collectées au niveau des CSB mais doivent être diffusées et transmises au niveau du SDSP. C'est à ce niveau que tous les partenaires peuvent collecter les données officiels	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les réunions mensuelles des AC au niveau de chaque CSB de rattachement (frais de déplacement, per diem ou per noctem)
O32	Fournir des guides et manuels de procédure pour les tâches sur la gestion technique et financières des CSB à tous les chef CSB	<p>Prise en compte partielle</p> <p>Ces guides existent déjà au niveau du MinSanP. Ce qu'on peut faire, c'est les dupliquer et les partager au niveau des DRSP/SDSP/CSB s'ils ne les ont pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demander au niveau du ministère central les guides et manuels disponibles - Dupliquer ces guides et manuels en nombre suffisants - Partager les guides et manuels au niveau de chaque site d'intervention (atelier ? simple partage ? pendant les revues trimestrielles ?)
O33	Former et superviser le personnel du CSB sur le remplissage des rapports d'activités de LC	<p>Prise en compte partielle</p> <p>Normalement, le canevas de rapportage des CSB ne peuvent être changés que par le ministère central. Mais c'est toujours utile de former les EMAD et CSB sur le mode de remplissage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former les partenaires sur le remplissage des canevas de rapportage de LC
O34	Les chefs CSB ont le devoir de donner au responsable de suivi évaluation de l'EMAD leur rapport RMA et le rapport complémentaire de LC une fois par mois. Le rôle du coordinateur de projet de LC est de compiler les rapports d'activités envoyé par les 3 chefs CSB par l'intermédiaire de l'équipe M&E de l'EMAD	<p>Prise en compte totale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les réunions mensuelles des AC au niveau de chaque CSB de rattachement (frais de déplacement, per diem ou per noctem)
O35	Planifier la formation du pool de formateur de l'EMAD en prise en charge du diabète ainsi que les prestataires des CSB actuellement fonctionnel. Cette formation sera conduite par l'équipe de l'AMADIA Central de Tana	<p>Prise en compte partielle</p> <p>Cette activité peut se faire même sans l'appui de LC pendant les revues trimestrielles des SDSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demander une plage horaire pendant les revues trimestrielles des CSB et les médecins d'antenne forment les participants

N°	Recommandations opérationnelles de l'évaluateur	Argumentation de la prise en compte totale, partielle ou du rejet de la recommandation	Planification indicative et modalités de mise en œuvre des recommandations
O36	Mettre dans un document de suivi des matériels la liste de tous les matériels reçus en dotation avec leur date d'obtention. Faire le suivi des matériels avec la date de réparation si cela a été effectué	Prise en compte totale	- Élaboration d'un matériel de suivi des activités et des matériels dotés

E.2 Modalités de diffusion de l'évaluation :

Bailleur : DGD

Grand public : Région Menabe, District de Morondava, District de Belo-sur-Tsiribihina

UNI4COOP et ses membres

LOUVAIN Coopération, en interne : équipe, CA

LOUVAIN Coopération et ses partenaires : DRS, EMAD, ECAR, HSFA, AMADIA, FIVE MENABE

Autres acteurs : Programme ACCESS-USAID, Programme IMPACT-USAID, Programme MIAROVA- Banque Mondiale

F. Qualité du processus et du rapport d'évaluation

F1 : Qualité du processus d'évaluation :

Le processus de l'évaluation a été respecté. Après la notification d'attribution de la consultance sur l'évaluation finale externe programme Santé DGD 2017-2021 le 23/12/2021, il y eut une réunion de cadrage. Ensuite les outils de collecte des données ont été élaborés, corrigés par l'équipe du programme santé et validés par la Directrice Nationale du programme- Louvain coopération en fin janvier. Les questionnaires validés, la formation des enquêteurs et des superviseurs a été effectuée durant 4 jours à partir du 07/02/2022 et la mission de collecte de données a été effectuée à partir du 12/02/2022. Quatorze (14) enquêteurs et 2 superviseurs ont été recrutés pour assurer la collecte des données sur terrain. Après une semaine de terrain, les enquêteurs sont retournés à Antananarivo pour la saisie des données collectées mais l'évaluateur a fait un débriefing avec le responsable domaine santé avant son départ. Ensuite, l'évaluateur a envoyé le rapport provisoire et une réunion post-remise de rapport a été effectué le 27 avril 2022. Une discussion a été faite avant la remise du rapport final de l'évaluation externe du P5 2017 – 2021.

Le décalage du calendrier d'exécution par rapport à la prévision a été observé en raison principalement du temps nécessaire pour la validation des questionnaires, pour considérer les remarques/commentaires de LC et permettre à l'évaluateur de fournir le rapport d'évaluation final corrigé.

Il s'explique également par un mouvement de personnel important au niveau des partenaires locaux et de LC avec souvent une absence de passation entre le personnel sortant et le personnel entrant. Cela a donc nécessité un gros travail de recoupement des informations collectées pour avoir des bases d'analyse fiables et objectivement vérifiables.

F2. Qualité du rapport d'évaluation :

L'évaluateur a répondu aux grandes questions de l'évaluation et a émis des recommandations et des remarques sur la réalisation et résultats des activités menées durant le P5 2017 – 2021.

L'évaluateur rapporte nombreuses solutions émises par les enquêtés mais les recommandations et analyses profondes de la part de l'évaluateur lui-même ne sont pas qualitativement suffisantes, et il n'a pas distingué ce qui relève des recommandations stratégiques de celles qui sont de l'ordre opérationnel.

Difficultés rencontrées pour l'évaluation du programme santé 2017-2022 et les limites des résultats/conclusions de l'évaluation :

- Expérience et profil de l'évaluateur par rapport à la mission demandée

Bien qu'expérimentée pour mener et analyser les enquêtes de terrain et une bonne connaissance des enjeux et problématiques en santé communautaire et dans le domaine de la santé, l'évaluateur a montré d'importantes lacunes dans sa connaissance du système de santé malgache et des politiques nationales en santé publique et leurs applications localement (Région, districts, communes).

Elle donc eu beaucoup de mal à comprendre :

- Les logiques d'intervention du programme santé porté par LC, son approche stratégique et opérationnelle et les interactions entre les différents acteurs de mise en œuvre.
- Les logiques d'intervention des autres projets/programmes qui participent au renforcement des systèmes locaux des soins de santé, ainsi que l'articulation, la complémentarité et les liens qu'il y avait entre eux ainsi qu'avec le programme santé porté par LC.

NB : Malgré la prolongation du délai de réception des candidatures, il n'y a eu que deux offres en réponse à l'avis de consultance pour effectuer l'évaluation finale externe du programme santé

- Changement et mouvements du personnel au sein des partenaires locaux et de LC

Il y a eu un turn-over important au sein de LC et de ses partenaires locaux et de LC tout au long du programme et en particulier la dernière année. Cela est dû à des difficultés de recrutement et au contexte local d'intervention (enclavement, insécurité récurrente, climat aride, services à la populations et infrastructures insuffisants ou défectueux quand ils existent...)

Les mesures de restrictions sanitaires pour lutter contre la Covid 19 de 2020 à 2021 ont réduits/limités nombreuses activités communautaires ou collectives, et fortement diminué la fréquentation des centres de santé (par peur d'être contaminés). Cela a contraint les recrutements/affectations de personnel et isolé davantage le personnel de santé et impacté leur motivation à exercer leur travail.

- Informations manquantes ou éparpillées fin 2020 et pour 2021 qu'il a fallu reconstituer pour être fiables et objectivement vérifiables

Il a été difficile pour l'évaluateur de rassembler les informations issues des enquêtes car :

- Plusieurs personnes enquêtées ont occupé leur poste depuis peu et n'ont pas l'historique du projet/activités faute de passation de service avec leur prédécesseur, ou sont absente au moment du rendez-vous fixé et n'ont pas prévenu à temps l'évaluateur et son équipe.
- Certaines personnes interviewées qui mettent en œuvre directement les activités ne sont pas ou mal informés par leur hiérarchie du lien entre les activités qu'elles effectuent et le programme santé : elles ne sont pas suffisamment impliquées dans le processus, et comprennent mal leur rôle et responsabilité dans l'atteinte des résultats et des objectifs du programme santé.
- Il y a des informations incomplètes dans les rapports d'activités de l'année 2021 qui ont nécessité beaucoup de temps pour les compléter afin d'avoir des valeurs des IOV fiables et cohérents la situation constatée. Les versions finales des rapports annuels 2021 des partenaires locaux ont été remis très tardivement à LC (avril 2022) puis diffusés à l'évaluateur pour compléter son analyse globale du programme à l'issue de ces 5 années de mise en œuvre.

Ainsi, pour compléter les informations manquantes lors des enquêtes/entrevues, il a fallu rassembler et analyser les nombreuses données brutes disponibles mais éparpillées entre les différents services ou différentes personnes. Ensuite il a fallu les croiser avec les informations et données indiquées dans les rapports annuels précédents des partenaires locaux et de LC.

- Accès aux sites d'intervention difficile et insécurité locale très élevée notamment aux alentours de Belo-sur-Tsiribihina

La mission d'évaluation s'est déroulée à la saison des pluies où les routes/pistes sont mauvaises et peu praticables.

L'insécurité était très élevée à Aboalimena déjà très enclavé, avec notamment des attaques nocturnes durant le séjour des enquêteurs, perturbant le déroulement de leurs enquêtes et séjour, d'autant plus que le réseau téléphonique rend difficile la communication téléphonique (pour appeler les secours des autorités de sécurité...).