



HAL
open science

Programmes intégrés versus programmes verticaux : évaluation d'un programme intégré prévention, santé, environnement à Madagascar

David Vallée

► **To cite this version:**

David Vallée. Programmes intégrés versus programmes verticaux : évaluation d'un programme intégré prévention, santé, environnement à Madagascar. Sciences pharmaceutiques. 2013. dumas-00804835

HAL Id: dumas-00804835

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00804835v1>

Submitted on 26 Mar 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**U.F.R DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN**

Année : 2012/2013

N°

**THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE**

VALLEE David

Né le 09 Novembre 1987 A ROUEN

Présentée et soutenue publiquement le

**PROGRAMME INTEGRES VERSUS PROGRAMMES
VERTICAUX : EVALUATION D'UN PROGRAMME
INTEGRE PREVENTION, SANTE, ENVIRONNEMENT A
MADAGASCAR**

	NOM	Prénom	Qualité
<u>Président du jury :</u>	VERITE	Philippe	Professeur des universités
<u>Membres du jury :</u>	FAVENNEC	Loïc	Professeur des universités
	BECQUET	Renaud	Docteur en Santé Publique et Epidémiologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J.BORDE - Ph. LAURET – H. PIGUET - C.THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN – J.ANDRIEU-GUITRANCOURT-
M.BENOZIO- J.BORDE- Ph.BRASSEUR- R. COLIN – E.COMOY
– J. DALION – DESHAYES – C. FESSARD – J.P FILLASTRE –
P.FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET – B. HILLEMAND – G.
HUMBERT – J.M. JOUANY – R. LAUMONIER – Ph. LAURET –
M. LE FUR – J.P. LEMERCIER – J.P LEMOINE – Mle MAGARD
– MM. B. MAITROT – M. MAISONNET – F.MATRAY –
P.MITROFANOFF – Mme A. M. ORECCHIONI – P. PASQUIS –
H.PIGUET – M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C.
SCHRUB – R.SOYER – B.TARDIF – TESTART – J.M THOMINE
– C. THUILLIEZ – P.TRON – C.WINCKLER – L.M. WOLF

I – MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Alain CRIBIER	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean – Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/ Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine-Interne-Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto- Gastro- Entérologie
M. Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique- Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie- Chirurgie Orthopédique et traumatologie
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato- vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

M. Alain LAVOINE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie- obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto Gastro Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie- Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. Du dévelop. Et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie- Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive

Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie-Virologie
M. Jeremy BELLIEEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie- Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire

M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS- DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VARIN	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences humaines- Techniques d'expression

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie Analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdelslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie Analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie Organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie Thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
---------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III-MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine Générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine Générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine Générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine Générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolles

CB – Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie Analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH

Biochimie et Biologie moléculaire
(Unité INSERM 905)

Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine OUVRARD-PASCAUD

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei FETISSOV

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su RUAN

Par délibération en date du 03 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier l'ensemble des professeurs et des maîtres de conférences de l'université de Pharmacie de Rouen qui ont assuré un enseignement de qualité tout au long de mon cursus. Leur disponibilité et leur écoute m'ont permis de me forger tout au long de ces années d'études une idée précise de ma carrière future. Je tiens plus précisément à remercier M. Vasse pour le très grand intérêt de sa formation et de son aide lors des différentes étapes de mon cursus. D'un point de vue personnel ce fut un très grand réconfort d'avoir un professeur tel que vous.

Je remercie M. Loïc Favennec et M. Philippe Vérité de m'avoir fait l'honneur d'être parmi mon jury de thèse. La qualité de vos enseignements et la grande expérience dans vos domaines respectifs m'ont encouragé à choisir la voie dans laquelle je me suis engagé.

Je souhaite ensuite remercier M. Robert Martin sans qui je n'aurais pu connaître le MCDI et Dr Joséa Ratsirarson, qui m'a offert l'opportunité de réaliser mon stage au sein du MCDI MADAGASCAR, et pour ses précieux conseils au sujet de l'évaluation de programme. Un grand merci à Dr Jerry Rakotozafy qui m'a guidé pendant ce stage. J'adresse également mes remerciements à Dr Oliva Andriamahefa, Dr Nelson Raherizah et Narcisse pour m'avoir tant apporté aussi bien sur le plan professionnel que personnel.

Je remercie également Renaud Becquet d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse en tant que responsable de mon stage de Master II ainsi que toute l'équipe enseignante et les intervenants professionnels du Master Santé publique internationale de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) d'avoir assuré la partie théorique de ma formation.

Je dédie cette thèse à mes parents et à mes frères et sœurs, qui m'ont permis de croire en l'ascenseur social et m'ont encouragé dans mes choix tout au long de mon éducation. Enfin, je remercie particulièrement Alexandre, Florian, Alexis, Baptistes, mes meilleurs amis qui m'ont toujours soutenu.

Sommaire

Abréviations et acronymes	3
Table des illustrations	4
Résumé court.....	5
Short summary	6
Résumé long	7
I. Introduction	13
A. Contexte	15
a. Madagascar	15
b. Région Atsimo Andrefana.....	16
c. Projet d'intégration « Population, Santé, Environnement »	19
d. Projet « Healthy Environment for Healthy Communities »	19
B. Justification.....	22
a. Evaluation d'un programme de santé publique.....	22
b. Evaluation finale du projet HEHC	23
C. Objectifs.....	23
II. Méthodologie.....	24
A. Déterminer le niveau de réalisation du projet et l'atteinte des objectifs	24
B. Apprécier la qualité de mise en œuvre par les ONG	28
C. Evaluation de l'appréciation par les bénéficiaires du programme HEHC	29
III. Organisation de la mission de terrain.....	30
IV. Résultats.....	34
A. Atteintes des objectifs	34
B. Qualité de la mise en œuvre par les ONG	40
C. Apprécier des bénéficiaires.....	45
V. Discussion.....	48
A. Validité de l'évaluation	48
a. Validité interne	48
b. Validité externe	50
B. Recommandations.....	52
a. Liées au projet HEHC.....	52
b. Liées à l'évaluation de programme de santé publique	53
C. L'approche intégrée : Une approche théorique dans le cadre du programme HEHC	55
VI. Conclusion.....	62
Références bibliographiques	64
Annexes	66

Abréviations et acronymes

CCC/IEC	Communication pour le changement de comportement / Information éducation communication
CDS	Comité de développement social
CLTS	Assainissement total piloté par les communautés
CSB	Centre de santé de base
EAH	Eau, assainissement et hygiène
FFOM	Force, faiblesse, opportunité, menace
HEHC	Healthy Environment for Healthy Communities
IDH	Indice de développement humain
MCDI	Medical Care Development International
ODF	Sans défécation à l'air libre
ONG	Organisation non gouvernementale
OS	Objectif spécifique
PA	Point d'approvisionnement
PF	Planning familial
PIB	Produit intérieur brut
PSI	Population Services International
SRO	Solution de réhydratation orale
TA	Technicien animateur
TSSM	Assainissement total et marketing pour l'assainissement
USAID	United States Agency for International Development
WL	World Learning
WWF	World Wildlife Fund

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1 : Principaux indicateurs démographiques de la région Atsimo Andrefana et de Madagascar	17
Tableau 2 : Indicateurs de l'état sanitaire et de l'accès à l'eau et l'assainissement	18
Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires du projet HEHC	20
Tableau 4 : Outils de recueil OS1	25
Tableau 5 : Indicateurs concernant le planning familial.....	35
Tableau 6 : Indicateurs concernant l'eau et l'hygiène.....	36
Tableau 7 : Indicateurs concernant l'assainissement.....	37
Tableau 8 : Indicateur concernant l'environnement.....	38
Tableau 9 : Indicateurs transversaux.....	39
Tableau 10 : FFOM de la planification des ONG	41
Tableau 11 : FFOM de l'organisation des ONG	42
Tableau 12 : FFOM du personnel des ONG	43
Tableau 13 : FFOM de la coordination des ONG.....	44
Tableau 14 : Synthèse des points importants retenus lors des focus groups.....	47

Figures

Figure I : Organigramme représentant les communes en charge des ONG exécutrices..	266
Figure II : Représentation schématique de l'organisation administrative de la commune : Lieux des entretiens réalisés	277
Figure III: Processus adopté pour l'analyse des données concernant l'activité du projet HEHC	49
Figure IV : Illustration schématisée de programmes verticaux traitant des thématiques de Planning Familial, d'amélioration de la qualité de l'eau et de l'assainissement et de l'environnement.....	57
Figure V : Illustration schématisée d'un programme totalement intégré sur les thématiques de Planning Familial, d'eau et assainissement et au sujet de l'environnement.....	59
Figure VI : Représentation schématisé de l'organisation du programme HEHC. La taille des différentes thématiques représentent l'importance que cette dernière a pris à l'intérieur du programme HEHC.....	61

Résumé court

La région Atsimo Andrefana, située au Sud-Ouest de Madagascar, connaît un accroissement naturel de 2,7% qui engendre une destruction massive du milieu naturel et de la biodiversité unique de cette région. De plus, les croyances locales et les faibles taux d’alphabétisation entravent la pratique des gestes d’hygiène et l’utilisation de latrines, nécessaires à la réduction des maladies diarrhéiques.

C’est dans ce contexte que MCDI a implémenté, dans 15 communes de la région, le projet HEHC intégrant différentes approches visant le contrôle de la démographie, l’accès à une eau saine, l’assainissement et l’hygiène ainsi que la protection de l’environnement dans un objectif commun d’améliorer de manière parallèle la santé de la population et l’environnement, deux thèmes intimement liés.

Il a été établi comme objectif d’évaluer le processus du projet au terme de celui-ci. La méthodologie d’étude a été développée de manière distincte selon trois objectifs spécifiques. Tout d’abord, la détermination de l’atteinte des objectifs s’est faite grâce au croisement des données des 14 indicateurs de suivi du projet avec les informations recueillies lors des entretiens avec les acteurs du projet. Concernant la qualité de la mise en œuvre des activités, une analyse ‘forces, faiblesses, opportunités, menaces’ a été conduite suite à la collecte des propos provenant des responsables des ONG lors d’un brainstorming. Enfin des focus groups ont été menés avec les bénéficiaires du projet afin de réunir leurs appréciations des activités et services proposés par le projet.

Le planning familial est apparu comme le thème du projet qui a le mieux fonctionné, en termes d’acceptation par les bénéficiaires et d’augmentation de la contraception. Il a été noté une amélioration des pratiques d’hygiène notamment concernant le lavage de main, mais la construction et l’utilisation de latrines restent difficile. Enfin, ayant pâti de la collaboration entre le MCDI et le WWF, les activités liées à la protection de l’environnement ont été quasi absente du projet.

L’évaluation a permis de mettre en avant les bonnes pratiques repérées lors de ce projet afin de les partager avec les différents acteurs œuvrant dans les mêmes thématiques.

A travers cette évaluation finale, c’est l’étude d’un programme horizontal qui a été réalisé.

Il semble pertinent de poursuivre les programmes horizontaux afin d’améliorer les résultats dans le domaine de l’assainissement et de la protection de l’environnement. Cependant il a été établi que l’intégration des activités n’était pas le bon moyen de répondre aux besoins dans les domaines du planning familial, de l’eau et l’assainissement et de l’environnement mais que l’apport principal du programme horizontal réside dans l’économie d’échelle qu’il engendre.

Short summary

Atsimo Andrefana region, located south-west of Madagascar, knows a natural increase of 2.7% which causes massive destruction of the natural environment and the unique biodiversity of this region. In addition, local beliefs and low literacy rates hinder hygiene practices and use of latrines, needed to reduce diarrheal diseases.

It is in this context that MCDI was implemented in 15 communes of the region, the project HEHC integrating different approaches to control population growth, water, sanitation and hygiene and environmental protection in a common goal to improve health of the population and the environment, two interrelated themes.

This study was given as objective to evaluate the process of the project at the end of it. The study methodology was developed specifically for each of the three objectives. Firstly, project achievements were identified by crossing data from 14 monitoring indicators of the project with the comments gathered during interviews with the actors implementing the project. Regarding the quality of activity implementation, a SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) analysis has been possible due to the collection of data from NGOs during brainstorming. Finally, focus groups were conducted with project beneficiaries as to assess their views on activities and services offered by the project.

Family planning has emerged as the theme of the project that worked best in terms of acceptance by the beneficiaries and increase use of contraception. There was an increase of hygiene practices including hand washing, but the construction and use of latrines remain difficult. Finally, having suffered from the collaboration between the MCDI and WWF, the activities related to environmental protection were virtually absent from the project.

The evaluation was an opportunity to highlight good practices necessary to the success of an integrated program at community level and it seems appropriate to continue efforts via this type of innovative project to improve results in the field of sanitation and environmental protection.

Résumé long

La région Atsimo Andrefana (RAA) située au Sud-Ouest de Madagascar, est la plus grande région du pays. Bordée par le Canal du Mozambique, cette région côtière est divisée en 9 districts, comptabilisant 101 communes. Les moins de quinze ans représentent 49% de la population et 80% de la population vit en milieu rural. Dans cette région, 53% de la population se situe dans le quintile économique le plus faible.

Le choix du MCDI d'implanter un projet intégrant le planning familial, l'eau, l'assainissement et l'environnement dans les communes adjacentes au parc national Mikea s'est fait à partir de plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'accroissement naturel de la région Atsimo Andrefana est de 2,7% avec un nombre d'enfants par femme autour de 6. Cette pression démographique conduit à une destruction massive du milieu naturel et à la baisse de la biodiversité, richesses dont dépend la majorité de la population.

Par ailleurs, les ethnies prépondérantes de cette zone, sont organisées en systèmes traditionnels, patriarcales et de culture pro-nataliste. La majorité de la population n'a que peu de connaissances sur les bénéfices du planning familial, de la santé reproductive ainsi qu'au sujet de l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Ceci s'explique entre autre par les faibles taux d'éducation, seulement 0,7% des hommes et 0,4% des femmes ont terminé leur secondaire. La seconde raison réside dans un désintérêt global au sujet du contrôle des naissances puisque les enfants représentent une future assise pour les parents lorsqu'ils deviennent âgés et sont également garant de la sécurité de la famille. Il est donc encore nécessaire dans l'esprit de beaucoup de communautés d'avoir un nombre très élevé d'enfants.

Concernant les structures sanitaires, seulement 54% de la population de la RAA vit à moins de 5km d'un CSB et les infrastructures routières et les moyens de transports sont inadéquats. Seulement 21% de la population rurale utilise les latrines, toujours considérées comme tabous. Ajouté à la faible éducation en matière d'hygiène, ceci contribue à la forte incidence de la diarrhée en particulier chez les <5ans.

C'est dans ce contexte que MCDI a mis en place un projet ayant pour objectifs d'améliorer, via les activités des agents communautaires, la disponibilité et l'accessibilité de la planification familiale et de l'eau, assainissement, et hygiène en termes d'informations et de services, dans les zones de haute biodiversité, permettant ainsi d'améliorer la santé publique tout en réduisant les effets négatifs engendrés par les populations sur l'environnement.

- **Objectif du stage**

Compte tenu la nécessité de rendre compte au bailleur de fond USAID des activités et résultats produits par le projet HEHC, ce stage a eu pour objectif principal de mener l'évaluation finale du projet qui a permis par ailleurs de contribuer à l'amélioration des connaissances sur ce type d'approche intégrée.

Le projet n'étant pas arrivé à son terme lors de la conduite de l'évaluation finale, il a été décidé de mener une évaluation de processus.

Les 3 objectifs spécifiques suivants ont été le fruit d'une réflexion sur la finalité de cette évaluation :

- Objectif 1 : Déterminer le niveau de réalisation du projet et l'atteinte des objectifs ;
- Objectif 2 : Apprécier la qualité de mise en œuvre par les 3 ONG ;
- Objectif 3 : Evaluer l'appréciation par les bénéficiaires de cette initiative HEHC.

- **Méthodologie**

Objectif 1 : La compilation des indicateurs de suivi, grâce aux tableaux de bord de chaque commune, a permis de déterminer l'atteinte des objectifs fixés. Les facteurs explicatifs de l'atteinte ou non ont été documentés grâce aux entretiens menés avec les différentes parties prenantes du projet. Pour ce faire, un échantillon de 6 communes a été choisi afin de mener la collecte de données.

Objectif 2 : Une séance de travail avec les responsables des trois ONG de mises en œuvre a permis de réaliser une analyse force, faiblesse, opportunité, menace, selon quatre composantes de management de projet : planification, organisation, personnel et coordination.

Objectif 3 : Des focus groups ont été réalisés sur un échantillon de bénéficiaires du projet, dans les communes préalablement sélectionnées et les entretiens ont porté sur la mise en place du projet dans la commune, la qualité de la mise en œuvre par les ONG et enfin sur les autres attentes des bénéficiaires.

- **Présentation des principaux résultats**

Objectif 1 : niveau de réalisation du projet et atteintes des objectifs.

- Le planning familial et la santé reproductive

Les objectifs concernant la sensibilisation au planning familial et l'utilisation de la contraception ont tous été dépassés. La grande majorité de la contraception se fait par méthode injectable (environ 70%). Cette manière de contraception apparaît plus simple pour les femmes car une injection apporte un effet contraceptif durant 3 mois.

- L'eau et l'hygiène

Les objectifs de sensibilisation ont été dépassés tandis que la distribution de moyen de potabilisation de l'eau (Sur'eau) s'est avérée décevante avec seulement 7% de l'objectif atteint. C'est au niveau de l'approvisionnement en produits Sur'eau qu'il y a eu des manquements certains. Malgré l'effort notable des centres de santé de base pour montrer l'exemple à la population, les agents communautaires ne sont pas toujours un exemple pour la communauté.

- L'assainissement et la sensibilisation pour l'arrêt de la défécation à l'air libre

La sensibilisation a rencontré de grandes difficultés dans les deux districts du programme et les objectifs n'ont pas été atteints. Concernant l'accès à une latrine améliorée seulement 83 % de l'objectif a été atteint. Le nombre de villages qui ont été déclaré libre de la défécation à l'air libre est de 26, soit une atteinte de 74% de l'objectif. L'omniprésence des interdits coutumiers, le manque d'intérêt vis-à-vis de ce thème et le manque de moyens matériels rapporté par les bénéficiaires sont les principaux facteurs qui ont empêchés l'atteinte des objectifs.

- Protection de l'environnement

Le nombre de règlements sociaux, les DINA, signés par les communautés est largement dépassé. Cependant ces DINA ont concerné dans la grande majorité des cas l'assainissement et non pas la sauvegarde des aires protégées. En pratique les questions environnementales devaient être traitées par le collaborateur WWF. La réalisation des activités de sensibilisation sur le terrain a été quasiment inexistante en raison d'un partenariat insuffisant avec cette organisation.

Objectif 2 : Apprécier la qualité de mise en œuvre des ONG exécutrices.

Un renforcement général des capacités des ONG a été opéré notamment dans la gestion budgétaire et dans l'organisation. On note une professionnalisation de certains membres durant le programme. Cependant l'aspect coordination doit être renforcé par un suivi supplémentaire de la part de MCDI et des outils de gestion doivent être créés dans ce sens afin d'établir les devoirs et responsabilités de chacun. Un retour de l'information doit se faire au niveau communautaire, afin que les agents communautaires puissent se situer par rapport aux travaux des agents d'autres communes et qu'ils puissent également apprendre des réussites et échecs des autres.

Le second point concerne l'allocation des ressources en adéquation avec l'envergure du projet. Il est important pour l'ensemble du projet que les moyens mis en œuvre soient suffisants pour mettre en place avec qualité les activités du programme. L'efficacité du programme en dépend puisque le manque de ressource entraîne une démotivation des parties prenantes qui réalisent donc moins de travail avec une qualité moindre.

Objectif 3 : Appréciation du programme par les bénéficiaires

Elle a été évaluée par la réalisation de focus group avec les bénéficiaires durant l'enquête de terrain. La sensibilisation concernant les activités de planning familial a rencontré un franc succès tandis que les activités de sensibilisation sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement se sont révélées plutôt mitigées. Les nombreux interdits concernant l'accès aux latrines, le manque de matériels de construction et la conduite parfois non exemplaire des agents communautaires ont été des facteurs bloquants pour les communautés. Les bénéficiaires font ressortir des défaillances d'approvisionnement en produits ainsi qu'un manque de support de sensibilisation.

Les communautés soulèvent une méconnaissance des questions environnementales mais sont globalement satisfaits de l'approche intégrée qui améliore les connaissances de leurs agents communautaires. Leurs attentes principales sont une continuité du programme, un renforcement de l'approvisionnement et une motivation supplémentaire des agents communautaires

- **Discussion**

Ce type de programme intégrant différents aspects permet de montrer qu'une approche intégrée est bien accueillie par la population. Réaliser la sensibilisation sur des thèmes différents n'entrave pas la pleine compréhension des messages de la part des bénéficiaires. De plus, l'approche intégrée, même si les différentes activités ont parfois été menées indépendamment les unes des autres, a permis une économie d'échelle.

La région sud-ouest apparaît comme une des régions les plus difficiles à sensibiliser à propos des latrines et de l'arrêt de la défécation à l'air libre. Cependant des toilettes ont été construites par les communautés et sont utilisées par leurs propriétaires. Cela encourage l'utilisation de l'approche CLTS (assainissement total piloté par les communautés). L'identification de leader d'opinion au sein des communautés représente un véritable bonus dans la réussite d'une sensibilisation.

Par ailleurs, les difficultés économiques auxquelles fait face Madagascar ces dernières années font craindre des difficultés accrues dans l'approvisionnement en médicaments. Dans ce contexte, le développement d'une chaîne logistique parallèle à la chaîne étatique paraît pertinent et a contribué à l'absence de rupture de produits PF lors du programme.

Les communautés ont pris conscience de l'intérêt du planning familial. En effet, elles nous rapportent que le planning familial ne sert pas seulement à limiter les naissances mais aussi à les espacer pour améliorer la vie de la famille (augmentation des rations alimentaires par individu par exemple).

La pérennisation des activités du projet se fera via le bénévolat des agents communautaires. Cependant, il est possible que la motivation de ceux-ci ne se maintienne pas lorsque, dans les mêmes communes, d'autres agents communautaires sont rémunérés par les ONG auxquelles ils sont rattachés. Il est donc nécessaire d'uniformiser l'approche des ONG dans cette région.

- **Conclusion**

Dans cette région sud-ouest de Madagascar, le projet intégré HEHC est apparu d'autant plus adapté car c'est une région qui possède d'énormes ressources naturelles (ressources agricoles et minières, très grand potentiel touristique, biodiversité unique) mis en danger par une augmentation importante du nombre d'individus qui eux aussi pâtissent de problèmes sanitaires multifactoriels. La mise en place de programmes horizontaux apparaît comme une réponse adaptée dans un contexte à ressources limités.

Cependant la réelle intégration des activités apparaît problématique avec les thématiques abordées. Il faut néanmoins recommander l'approche horizontale par l'économie d'échelle qu'elle engendre. Elle permet également le rapprochement entre acteurs agissant dans des domaines différents. Même si l'intégration des activités est apparue comme un mauvais dans ce contexte, il reste néanmoins vrai que les thématiques environnementales, démographiques et sanitaires sont liées. Dès lors il paraît important qu'un partage de compétence se réalise entre les différentes agences de mises en œuvre.

Afin de connaître les effets réels que peuvent avoir ce type d'approche intégrée sur la santé humaine et l'environnement, il serait intéressant de mener une évaluation d'impacts dans le but de déterminer si les activités mises en place ont apporté les effets escomptés sur la santé publique.

I. Introduction

La verticalité ou l'intégration d'un programme repose sur la gestion en amont et en aval de ce dernier. Le terme « intégration » signifie que l'organisation financière, humaine ou programmatique tient compte de plusieurs thématiques. C'est le cas notamment dans le programme HEHC dont il a été réalisé l'évaluation en 2012. En effet ce programme regroupe des actions concernant le planning familial, l'eau et l'environnement. Plus qu'une sommation d'activités et de financements, il s'agit de pouvoir mettre en place une symbiose entre les différents thèmes, l'amélioration dans un des secteurs aboutissant à l'amélioration des autres.

Les termes « vertical » et « intégré » sont largement employés dans le cadre des prestations de services de santé et regroupent chacun d'eux une gamme de phénomènes. En pratique, la dichotomie entre ces deux termes n'est pas rigide et le degré de verticalité ou d'intégration varie entre les programmes à savoir :

- un programme financé, géré, presté et contrôlé verticalement
- un programme dont le financement, l'organisation et la gestion sont intégrés mais qui propose des prestations séparées
- une approche totalement intégrée proposant des services de soins de santé primaires complets.

La plupart des services de santé combinent des éléments verticaux et intégrés, mais l'équilibre entre les programmes, eu égard à ces éléments, peut varier considérablement. Pourtant, lorsque la conception du programme, son horizontalité ou sa verticalité sont débattus, il est important de veiller à ce qu'aucune ambiguïté ne vienne s'insinuer concernant l'élément du programme dont on parle :

- les modalités de gouvernance
- l'organisation,
- le financement
- les prestations de services.

Le débat quant à l'efficacité comparée des approches verticales par rapport aux approches plus systémiques n'est pas nouveau puisqu'il remonte aux années 60 avec, par la suite, diverses poussées d'intérêt liées à des événements ou problématiques particuliers, comme celle qui a fait suite à la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, à propos des soins de santé primaires ou bien encore le succès remporté par le programme d'éradication de la variole dans les années 80.

Plus récemment, le débat a été réactivé par suite de l'augmentation du financement réservé à des maladies et services spécifiques émanant de sources comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'accent mis par l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé et les soins primaires. Les arguments en faveur des programmes verticaux se fondent, principalement, sur le postulat que la concentration sur quelques interventions bien ciblées est une façon efficace de maximiser l'effet et le temps de réaction des ressources disponibles, plutôt que d'attendre des changements dans le système de santé qui permettront de proposer de meilleures prestations de services. Quant aux détracteurs en défaveur des programmes verticaux, ils ont tendance à postuler qu'ils sont dictés par des valeurs, n'ont souvent qu'une probabilité limitée de durabilité et entraînent des effets de débordement négatifs sur les systèmes de santé et les populations non ciblées.

En effet les programmes verticaux sont pour la plupart des projets qui visent à éliminer un problème sans en régler la cause qui peut être indirect. Pour illustrer cela, l'exemple de la lutte contre le SIDA et le VIH est judicieux. Les principaux programmes mis en œuvre visent à traiter les gens de la maladie, à prévenir le risque de nouvelles infections par l'éducation et l'information des populations à accompagner les populations malades. Néanmoins le problème sous-jacent dans beaucoup de pays à revenus faibles est la faiblesse du système de santé du pays. La conséquence majeure des programmes à organisation verticale est un retour en arrière sur les actions entreprises une fois le programme terminé et donc une non pérennité du travail entrepris. De plus ce type de programme peut être accompagné par un mouvement des meilleurs acteurs de santé vers les programmes verticaux recevant des fonds supplémentaires plutôt que vers les autres domaines de la santé. Ainsi, la lutte contre le SIDA et la tuberculose peut s'avérer être un frein supplémentaire au développement du système de santé d'un pays dès lors que ce problème de santé publique est traité verticalement car cette lutte déséquilibre de façon importante le système de santé.

Dans le même temps il est judicieux de se demander si l'action simultanée sur des thématiques différentes peut entraîner un effet de synergie qui induirait de meilleurs résultats globaux sur la santé des populations. Il est également important de garder à l'esprit que les programmes intégrés outre le fait qu'ils permettent d'élargir le champ d'action sont des moyens utilisés par les différents acteurs pour la réalisation d'économies d'échelles.

L'évaluation du programme HEHC à Madagascar qui a été entreprise a permis de retirer quelques informations essentielles sur l'intérêt des programmes intégrés et notamment l'intégration de domaines très différents tel que le planning familial, la lutte pour une eau et un assainissement de qualité et la protection de l'environnement.

Il s'agit d'une évaluation de processus qui ne concerne pas l'impact du programme sur la santé humaine et sur l'environnement dans la région dans laquelle s'est déroulé le programme. Une comparaison a été conduite entre les avantages et inconvénients de l'approche intégrée et les programmes verticaux sur les mêmes thématiques.

A. Contexte

a. Madagascar

Présentation générale du pays

A cheval sur le Tropique du Capricorne, Madagascar est une île du sud-ouest de l'Océan Indien, d'une superficie de 596 790 km². Sa capitale est Antananarive.

Sa population est estimée à 20,2 millions d'habitants en 2010 [1], dont 20% en milieu urbain et 80% en milieu rural. La population malgache est composée de 50,3% femmes et 49,7% hommes et la densité moyenne est de 21 habitants par km². La répartition de la population par âge montre que la population est jeune puisque plus de 20% sont âgés de 5 ans ou moins et 45% ont 15 ans ou moins. Un ménage compte en moyenne 4,8 individus ; les ménages ruraux sont légèrement plus grands (4,9 individus) contrairement aux ménages urbains (4,5 individus). L'espérance de vie à la naissance est estimée à 56 ans [2].

Environnement politique et macroéconomique

Ancienne colonie française, Madagascar a déclaré son indépendance en 1960. Trois Républiques se sont succédées, puis en 2009, de violentes émeutes ont éclaté et ont entraîné un coup d'Etat qui a placé à la tête du pays l'actuel « Président de la Transition », Andry Rajoelina.

Sur le plan administratif, Madagascar compte 22 régions, 115 districts et 1597 communes constituées de 13 000 villages, appelés fokontany [3].

Sur le plan socio-économique, l'Indice de développement humain (IDH) de Madagascar est de 0,480 ce qui classe le pays parmi les pays à faible développement humain, au 151^{ème} rang sur 187 pays évalués en 2011[4].

Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est estimé à US \$912 en 2009. A noter que l'instabilité politique a affecté et affaibli tous les secteurs de l'économie malgache ainsi que la situation sociale. En 2010, 77% des ménages vivaient sous le seuil de pauvreté représentant 82% des enfants.

Profil sanitaire

Madagascar reste caractérisé par une prévalence élevée des maladies transmissibles et une mortalité maternelle élevée, de 498 sur 100 000 naissances vivantes.

Concernant la survie de l'enfant, bien qu'une certaine amélioration ait été constatée au cours des 15 dernières années, le niveau de mortalité demeure encore préoccupant avec un taux élevé de mortalité néonatale (48 pour mille) [5].

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux :

- 1) Le niveau central constitué par les organes de décision politique et stratégique ;
- 2) Le niveau intermédiaire régional chargé de l'appui technique aux districts sanitaires ;
- 3) Le niveau périphérique, base de la pyramide sanitaire composé de 111 districts sanitaires constituant le niveau opérationnel du système.

Le niveau communautaire, qui fait partie intégrante du niveau périphérique, assure la promotion de la santé et représente le premier contact du patient avec le système de santé à travers les centres de santé de base (CSB).

La couverture sanitaire reste cependant limitée, puisque moins de 65% de la population sont situés à une distance inférieure à 5 km d'une formation sanitaire. Le taux d'utilisation des services de santé de base n'est seulement de 50% [3].

b. Région Atsimo Andrefana

La région Atsimo Andrefana située au Sud-Ouest de Madagascar, est la plus grande région du pays. Bordée par le Canal du Mozambique, cette région côtière est divisée en 9 districts, comptabilisant 101 communes. Le climat est tropical subaride avec près de 60% de savane. En 2010, la population de la région est estimée à 1,3 millions d'habitants soit 6,4% de la population nationale. Les moins de quinze ans représentent 44% de la population et 81% de la population vit en milieu rural. Dans cette région, 53% de la population se situe dans le quintile économique le plus faible, plaçant cette région parmi les plus pauvres du pays [5].

Démographie

Afin de mieux illustrer les données régionales, un tableau comparatif a été dressé (tableau 1). Les chiffres élevés du nombre idéal d'enfants reflètent la tradition pro nataliste des ethnies principales de la région.

A noter que la connaissance sur l'importance et les bénéfices des méthodes modernes de contraception et de l'hygiène est liée au niveau d'instruction [6,7]. En effet, dans la région seulement 0,8% des femmes et 0,3% des hommes ont complété leur secondaire [5].

Tableau 1 : Principaux indicateurs démographiques de la région Atsimo Andrefana et de Madagascar

Indicateurs	Région Atsimo Andrefana	Madagascar
Nombre idéal d'enfants		
- pour les femmes	6,4	4,7
- pour les hommes	8,0	5,1
Indice synthétique de fécondité	6,2	4,8
Prévalence contraceptive (méthode moderne)	20%	29%

Données tirées de l'Enquete Démographie et Santé 2008-2009

Santé

Il existe une forte mortalité chez les moins de 5 ans et une accessibilité très faible des ménages aux latrines améliorées (tableau 2). Par ailleurs, seulement 46% de la population vit à moins de 5 km d'un CSB tandis que les infrastructures routières sont rares et très délabrées. Ce faible accès aux services de santé est une des raisons expliquant la plus grande précarité de l'état de santé de la population dans cette région comparé à la situation nationale.

Tableau 2 : Indicateurs de l'état sanitaire et de l'accès à l'eau et l'assainissement

Indicateurs	Région Atsimo Andrefana	Madagascar
Mortalité infantile	47/1000	48/1000
Mortalité infanto juvénile	76/1000	72/1000
Prévalence de la diarrhée chez les moins de 5 ans	7,6%	8,3%
Accès à une source d'eau améliorée	63%	45%
Accès à des latrines améliorées	10%	40%

Source : EPM 2010 et EDS 2008-2009

Environnement

La région Atsimo Andrefana contient le parc national Mikea, considéré comme un « point chaud » de biodiversité. En effet, cette zone unique de forêt sèche, à 99% endémique [8], est une zone de grande biodiversité particulièrement menacée par l'activité humaine, telle que la production de charbon et la culture sur brûlis qui engendrent une forte déforestation [9]. De plus, l'importance culturelle et sociale de l'élevage de zébu a entraîné le surpâturage ce qui rend difficile la régénération des forêts. L'augmentation rapide de la démographie entraîne une pression grandissante sur la forêt dont dépendent les communautés environnantes [10,11]. Enfin l'augmentation des sécheresses saisonnières contribue à la désertification de la région, entraînant la perte des réserves d'eau.

En résumé, les communautés vivant à proximité de la forêt Mikea font partie des plus démunies et représentent en même temps la principale menace qui plane sur cet espace naturel. Elles souffrent d'une mauvaise santé car elles ont peu accès aux services de santé de base et manquent d'approvisionnement en eau saine et d'infrastructures d'assainissement adéquates.

c. Projet d'intégration « Population, Santé, Environnement »

La déclaration de Rio de 1992 sur le développement et l'environnement a identifié le lien étroit entre population et environnement comme un élément crucial à prendre en compte pour assurer un développement durable [12]. L'existence de ce lien a été réaffirmée lors du sommet du Caire de 1994. En effet, la protection de l'environnement est un pré requis essentiel et une composante du bien-être et de la santé humaine [13].

C'est dans ce cadre qu'un nombre de plus en plus importants de programmes intégrés PSE ont vu le jour ce qui a permis, depuis le début du 21^{ème} siècle, de développer les connaissances autour de la relation complexe entre les hommes, leur santé et leur environnement naturel. L'hypothèse principal pour l'intégration d'activités de planification familiale, santé et protection de l'environnement est que les synergies dégagées par ce type de projet rendent les interventions plus efficaces et durables, comparées à des projets verticaux ayant misés leur efforts dans un secteur particulier [14]. Deux études, l'une au Philippines [15] et l'autre à Madagascar [16], ont montré l'efficience de ces programmes par rapport aux programmes verticaux et ont permis aux projets plus récents de s'inspirer des leçons apprises de ces programmes pionniers.

L'approche intégrée apporte une valeur ajoutée par rapport aux programmes verticaux [17] en incluant l'amélioration de la santé et le bien être des communautés, en attirant l'attention des communautés sur la protection et la conservation de la biodiversité et en apportant un appui aux communautés dans le domaine du contrôle des naissances. Ces différents thèmes étant fortement corrélés, il est possible d'imaginer que l'amélioration d'un de ces thèmes entraîne l'amélioration des autres secteurs. Par ailleurs, l'approche intégrée permet d'abaisser les coûts opérationnels par la réalisation d'une économie d'échelle.

d. Projet « Healthy Environment for Healthy Communities »

Le projet HEHC est un projet d'intégration Population, Santé, Environnement. Il a été mené sur une durée de 15 mois (avril 2011 – juin 2012) et a couvert 15 communes rurales situées autour de la forêt Mikea dans la région Atsimo Andrefana : dix communes du district de Toliara II ont été sélectionnées ainsi que cinq du district de Morombe. Le projet HEHC a ciblé son action sur les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de 5 ans et les hommes entre 15 et 59 ans (tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires du projet HEHC

District	Nombre de communes	Population totale	Femmes en âge de procréer 15-49	Enfants < 5ans	Hommes 15-59 ans	Nombre de bénéficiaires
Toliara 2	10	128 483	30 065	23 127	36 746	89,938
Morombe	5	103 154	24 757	18 568	29 502	72,827
Total	15	231 637	54 822	41 695	66 248	162,765

But et objectifs du projet HEHC

Le but du projet HEHC a été de contribuer à :

- l'amélioration de l'état de santé des femmes en âge de procréer grâce aux services et produits de PF ;
- l'amélioration de l'état de la population concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène ;
- l'amélioration de l'environnement, en se concentrant sur la réduction de la déforestation et la préservation des aires protégées.

L'objectif¹ général de HEHC a été d' « améliorer la disponibilité et l'accès aux informations et services de planification familiale (PF) et d'eau, assainissement et hygiène (EAH) dans la région Atsimo Andrefana, au Sud-Ouest de Madagascar ». Les objectifs spécifiques (OS) du projet ont été les suivants :

OS 1 : Augmenter la demande de services de qualité en PF et EAH.

OS 2 : Accroître la disponibilité des services et des produits PF et EAH.

OS 3 : Documenter et partager les leçons apprises sur la mise en œuvre des approches réussies des activités intégrées à Madagascar.

Les activités du projet HEHC se sont articulées autour de 4 composantes.

¹ Les objectifs décrits dans cette partie appartiennent au MCDI, apparaissent en détails dans l'ANNEXE I et sont indépendants des objectifs de l'évaluation du programme décrits prochainement.

1. Mise en place d'une stratégie CCC/IEC par les agents communautaires et l'intégration efficace des messages clés

La stratégie du MCDI en termes de changement de comportement s'est focalisée sur l'amélioration des connaissances, de l'intérêt et de l'utilisation des services et produits PF et EAH. Les séances de sensibilisation ont été conduites par les agents communautaires, qui se sont appuyés sur des outils de communication développés à cet effet par le MCDI.

2. Mise en œuvre de l'approche Commune Championne intégrée

L'approche Commune Championne vise à mobiliser tous les acteurs communautaires afin d'accomplir des buts et objectifs communs, définis par la communauté. Les objectifs et indicateurs de santé et environnement sont établis suite à un processus participatif et requièrent, afin d'être atteints, un effort significatif mais raisonnable de la part de la communauté.

3. Mise en œuvre de l'Assainissement Total et du Marketing pour l'Assainissement (TSSM)

Le TSSM est une stratégie innovante qui combine l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (CLTS) et le Marketing pour l'Assainissement (SM). Le CLTS est une approche qui utilise des méthodes participatives pour attirer l'attention sur le problème de la défécation à l'air libre et déclencher un effort collectif pour que les communautés arrivent à éliminer celle-ci, sans aucune subvention.

En complément, le marketing de l'assainissement vise à augmenter la demande et faciliter l'approvisionnement en structures d'assainissement amélioré afin de permettre aux communautés de s'équiper en latrines.

4. Mise en place d'un programme de services de distribution à base communautaire

Dans les villages situés à plus de 5 km d'un CSB, des agents communautaires ont été formés à fournir aux villageois des produits de santé tels que des méthodes modernes de contraception (oral, injectable...) et des kits de traitement de la diarrhée (soluté de réhydratation orale, zinc). Afin d'assurer la potabilisation de l'eau, les agents communautaires ont aussi été équipés de bouteilles de Sur'eau (solution chlorée). Un point d'approvisionnement par commune a été identifié afin que les agents puissent se ravitailler en produits.

Cadre institutionnel et fonctionnement

L'ONG Medical Care Development International (MCDI) est l'organisation responsable du projet HEHC devant son bailleur de fond USAID. MCDI a établi un partenariat avec WWF afin que l'organisation de protection de l'environnement puisse apporter son expertise à travers la formation des différents acteurs de terrain. Concernant la mise en œuvre des activités du projet, le MCDI a travaillé en collaboration avec trois ONG locales : MIAINGA, VEMIMA et ZATOVO. Ce sont les ONG locales qui ont identifiées un technicien animateur par commune, eux-mêmes en charge de suivre les activités de terrain mises en œuvre par les agents communautaires.

B. Justification

a. Evaluation d'un programme de santé publique

D'après l'ANAES, l'évaluation est un processus d'analyse quantitative et/ou qualitative qui consiste à apprécier soit le déroulement d'un programme², soit à mesurer leurs effets (c'est-à-dire, les effets spécifiques et les conséquences ou l'impact) [19]. Il est un moyen de tirer des leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités et promouvoir une planification plus efficace pour les actions ultérieures [20].

L'évaluation peut se dérouler à différent stade d'un programme :

- avant (analyse préliminaire), déterminante pour l'organisation et la cohérence ;
- pendant (évaluation en cours), vise à suivre les avancées, à des fins de corrections ;
- après (évaluation finale), s'intéresse à la synthèse des résultats. Par les données collectées et interprétées, elle mesure les effets directs et indirects sur la population cible ou les conditions de réalisation de l'action (activités, moyens...).

Il existe plusieurs niveaux d'objectifs opérationnels d'évaluation :

- évaluation de processus, en conformité au cahier des charges ;
- évaluation de résultats de santé ;
- évaluation d'impact.

Deux principaux modes de réalisation de l'évaluation existent : interne, c'est-à-dire réalisée par des intervenants qui ont été partie prenante du programme ou, au contraire, externe.

² Par soucis de faciliter la lecture, le terme « programme » sera utilisé pour désigner à la fois des actions, interventions, projets et programmes de santé publique. En effet, la démarche d'évaluation est la même, quelque soit le degré de complexité d'une intervention [18].

L'avantage principal de l'évaluation externe est de favoriser un regard neutre et impartial, qualité souvent indispensable compte tenu des enjeux financiers, stratégiques et opérationnels [21].

b. Evaluation finale du projet HEHC

Comme tout programme de santé publique, MCDI a le devoir de rendre compte à son partenaire financier USAID des activités et résultats produits par le projet HEHC. C'est dans ce contexte que se déroule l'évaluation finale du projet qui a permis également de contribuer à l'amélioration des connaissances sur l'approche intégrée.

HEHC était le premier projet intégrée santé-environnement mis en œuvre par l'ONG. Ainsi l'ONG a décidé de mener une évaluation de processus dans un premier temps, afin de déterminer les bonnes pratiques et les difficultés dans l'implémentation de chaque activité. Le projet HEHC s'étant conduit sur une période de un an, il n'a pas été question d'évaluer les impacts, d'autant plus que le projet n'était pas totalement terminé lors de la conduite de l'évaluation finale. L'évaluation des impacts pourra être proposée dans un deuxième temps, afin de connaître les retombées au niveau sanitaire et environnemental de ce projet intégré.

C. Objectifs

L'objectif général de notre étude a été de mener l'évaluation finale du projet HEHC afin de tirer les leçons apprises, de formuler des recommandations susceptibles de guider les futures interventions et d'améliorer les connaissances dans le domaine des projets d'intégration PHE.

La lecture des termes de référence a permis de dégager les objectifs spécifiques suivants :

1. Analyser la réalisation des activités et l'atteinte des objectifs ;
2. Apprécier la qualité de la mise en œuvre des activités par les ONG locales ;
3. Déterminer les appréciations et attentes des bénéficiaires ;
4. Synthétiser les leçons apprises et établir des recommandations.

II. Méthodologie

A. Déterminer le niveau de réalisation du projet et l'atteinte des objectifs

Afin de répondre à l'objectif spécifique 1, une évaluation normative de processus a été choisie.

- **Source des données**

Données quantitatives

En début de projet, 14 indicateurs principaux ont été retenues pour le suivi et l'évaluation des activités réalisées. Les données relatives à ces 14 indicateurs ont été relevées par les ONG exécutrices durant toute la durée du programme et rapportées dans les rapports trimestriels des ONG.

A ces indicateurs ont été rajoutés des indicateurs secondaires permettant par la suite d'évaluer d'autres critères qui ont influés directement ou indirectement sur le degré de réalisation du projet. Le relevé de ces données s'est réalisé lors de la collecte de terrain réalisée par les évaluateurs.

Données qualitatives

Une collecte de terrain a été réalisée dans les communes cibles. Les données ont été relevées auprès des chefs CSB, des techniciens animateurs et des agents communautaires, lors d'entretiens individuels menés.

Ces données ont été complétées par un recueil d'information dans la documentation de suivi des ONG exécutrices et de MCDI :

- Rapports trimestriels du MCDI et des ONG ;
- Rapports de suivi financiers des ONG ;
- Rapports d'activités des ONG.

- **Outils de collecte**

Les outils (questionnaires et grilles d'entretien) ont été élaborés selon les termes de référence, les informations obtenues par la documentation et les précisions obtenues lors du briefing. Ils ont été développés selon les personnes/entités à interroger et résumés dans le tableau 4 (cf. annexe II). Les outils ont été présentés et validés par le MCDI avant leur utilisation.

Tableau 4 : Outils de recueil OS1

Nom de l'outil	Destinataire
Questionnaire n°1	ONG exécutrice
Questionnaire n°2	MCDI
Questionnaire n°3	WWF
Questionnaire n°4	PSI
Questionnaire n°5	Club Vintsy
Questionnaire n°6	Chef CSB
Questionnaire n°7	Technicien animateur
Questionnaire n°8	Agent communautaire

- **Méthodologie de collecte sur le terrain**

Un échantillonnage a été nécessaire pour l'enquête se réalisant sur le terrain.

- Sélection des communes

Par contrainte de temps, la sélection des communes à visiter a été faite de façon non aléatoire par le choix de deux communes par ONG exécutrices.

La sélection s'est faite sur le niveau d'atteinte des indicateurs de suivi-évaluation. Pour cela, un scoring a été établi par indicateur. Une note de 10 a été attribuée pour l'atteinte complète d'un indicateur, avec une graduation décroissante selon le degré d'atteinte. La somme des points obtenus par la commune a déterminé le classement. La sélection s'est portée sur les communes ayant obtenu le meilleur et le moins bon score.

- Sélection des fokontany

L'enquête auprès des CSB, techniciens animateurs et agents communautaires a été réalisée après un échantillonnage préalable des fokontany (villages) des communes sélectionnées auparavant. Une sélection de 2 fokontany a été faite, incluant obligatoirement le chef-lieu de la commune (lieu où se situait le CSB). Le second a été tiré au sort parmi l'ensemble des fokontany situé à une distance entre 5 à 10 km du chef-lieu de la commune (au minimum 5 km pour rencontrer des agents communautaires et au maximum 10 km par contrainte de temps et d'accessibilité).

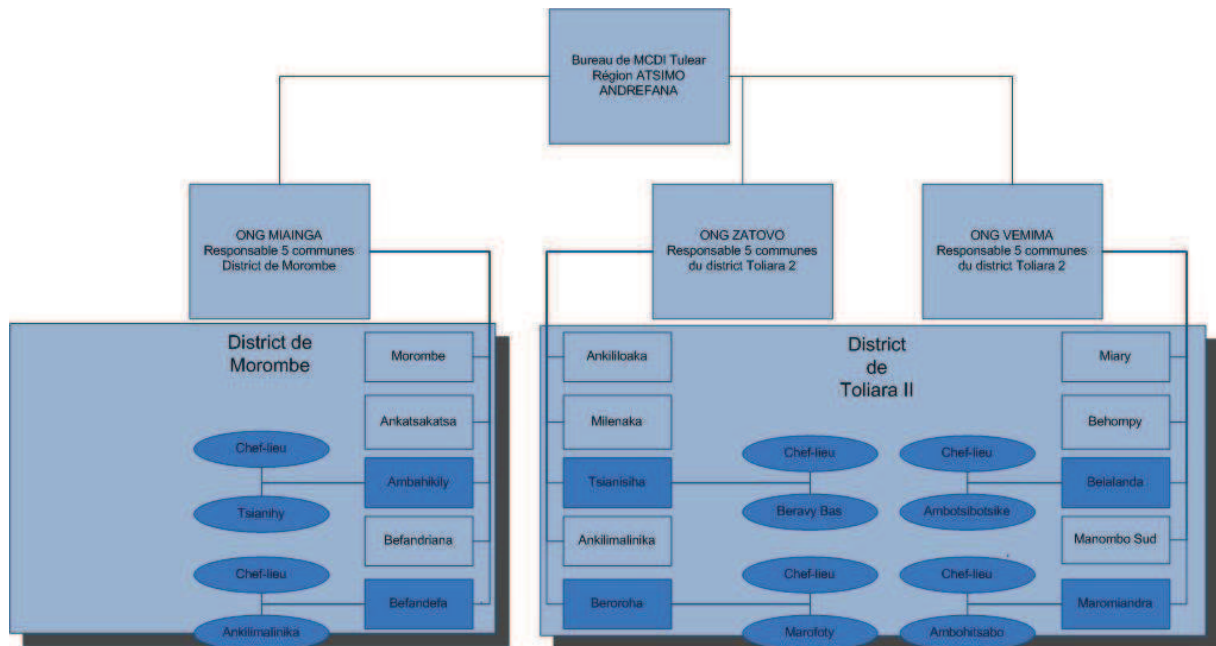


Figure I : Organigramme représentant les communes en charge des ONG exécutrices
En bleu foncé sont représentées les communes et les fokontany choisis aléatoirement.

- Sélection des CSB

La sélection des CSB n'a pas été aléatoire. Les CSB des chefs-lieux des communes ont été sélectionnés dans le cas où la commune était dotée de plusieurs CSB.

La figure présentée ci-dessous permet de comprendre l'organisation de la commune et de situer les lieux où la collecte d'information a eu lieu.

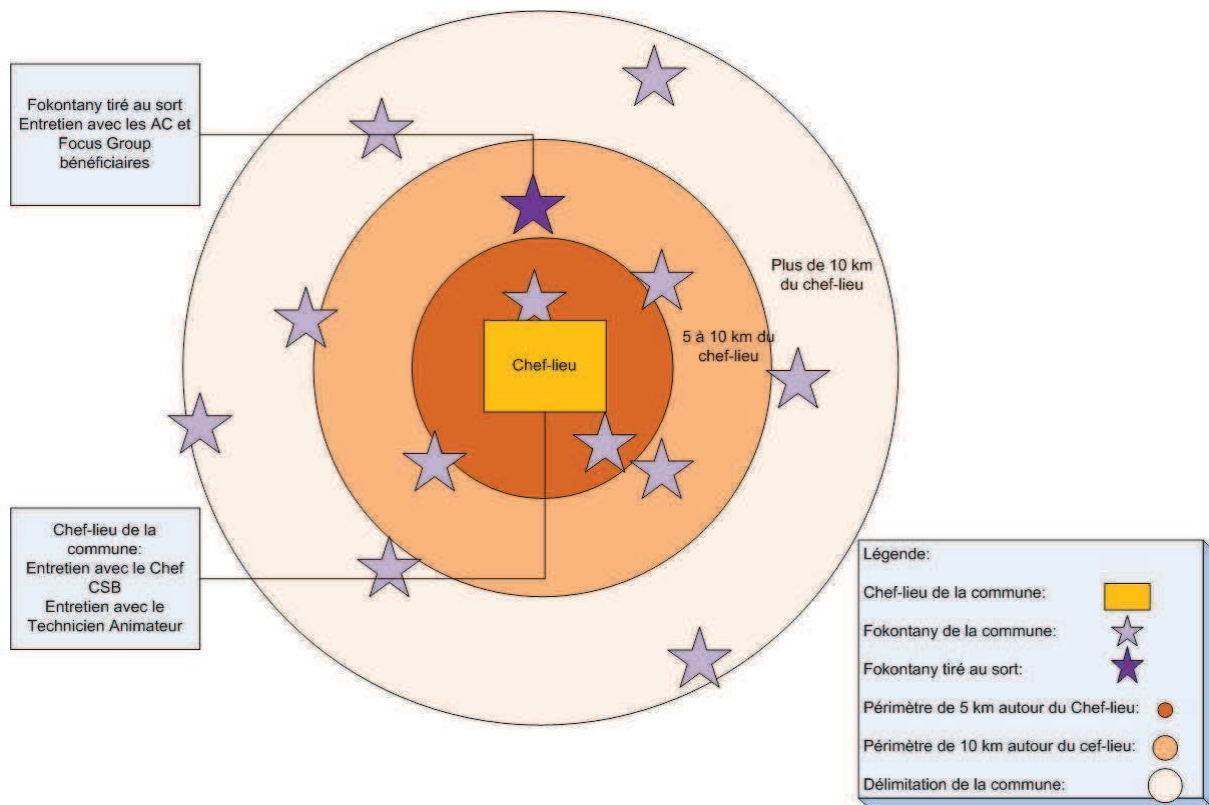


Figure II : Représentation schématique de l'organisation administrative de la commune : Lieux des entretiens réalisés

- Formation des équipes d'enquête

Deux enquêteurs malgaches ont été recrutés et formés pour la collecte de terrain. Deux équipes d'enquêteurs ont été formées, chacune constituée d'un évaluateur français et d'un enquêteur malgache. Le consultant a supervisé et participé aux différents entretiens avec ces équipes.

- Période de collecte

L'évaluation a débuté le 23 avril 2012 et s'est terminée le 6 juillet 2012. La collecte des données sur le terrain s'est déroulée du 12 au 21 mai 2012.

Une enquête complémentaire a été menée par l'équipe de supervision de MCDI du 19 au 22 juin 2012.

- **Analyse des données**

L'analyse a reposé principalement sur le croisement des données quantitatives émanant des indicateurs, ces derniers montrant le degré d'atteinte du projet, avec les données qualitatives récupérées auprès des acteurs du programme.

B. Apprécier la qualité de mise en œuvre par les ONG

L'évaluation de la qualité de mise en œuvre du projet HEHC par les ONG a suivi une étude FFOM : force, faiblesse, opportunité, menace. Suivant cette approche, l'équipe d'évaluation a apprécié différentes composantes du management de projet par les ONG exécutrices :

- la planification ;
- l'organisation ;
- le personnel ;
- la coordination.

Les discussions menées avec les ONG ont été guidées par les 4 questions sous-mentionnées :

- Dans quelle mesure la planification peut-elle influencer sur la capacité de l'ONG à atteindre ses objectifs dans le cadre du projet HEHC ?
- Dans quelle mesure la structure de l'ONG facilite-t-elle ou freine-t-elle l'accomplissement de la mission et l'atteinte des objectifs?
- L'ONG dispose-t-elle de ses ressources humaines en fonction des besoins de sa performance?
- Quels sont les acteurs externes qui influent sur le fonctionnement de l'ONG?

- **Recueil des données auprès des ONG**

Des entretiens semi-dirigés ont été programmés avec les trois ONG de mise en œuvre du projet. Puis un entretien collectif avec la totalité des responsables des ONG a été assuré plus tardivement. Pour faciliter cet échange, le responsable suivi-évaluation du MCDI a été l'animateur lors de cette séance.

- **Analyse des données**

Les données brutes ont été rassemblées par thème abordé afin de répondre aux quatre décrites précédemment. Chaque commentaire a été classé selon sa nature représentant soit une force, une faiblesse, une opportunité ou une menace. La grille d'analyse FFOM utilisée pour le brainstorming a été complétée par des informations supplémentaires recueillies lors des précédents entretiens.

C. Evaluation de l'appréciation par les bénéficiaires du programme HEHC

Afin de répondre à cet objectif, une série de focus groups a été réalisée avec les bénéficiaires du projet HEHC. Au sein de chacune des six communes précédemment sélectionnées, au maximum deux focus groups ont été réalisés :

- Un dans le chef-lieu de commune, si celui-ci comportait un agent communautaire HEHC ;
- Un dans le fokontany tiré au sort

La population cible se constituait des femmes et hommes bénéficiaires du projet HEHC. La population source correspondait aux femmes et hommes bénéficiaires du projet HEHC désignés par les chefs CSB ou chefs de fokontany.

Pour des raisons pratiques, chaque focus group était composé de six bénéficiaires:

- quatre femmes âgées entre 15 et 49 ans ;
- deux hommes dont le chef du village.

Ces personnes ont été interrogées sur la mise en place du projet dans la commune, sur la qualité de la mise en œuvre par les ONG ainsi que sur les autres attentes des bénéficiaires, suivant une grille d'entretien (ANNEXE II).

Au total, un maximum de 12 focus groups était attendu correspondant à 72 bénéficiaires du projet HEHC.

Les données ont ensuite été répertoriées dans un tableau selon les trois thématiques abordées lors du focus group, dans le but de mettre en évidence les points forts, les points faibles du projet ainsi que les attentes des bénéficiaires. Puis une triangulation des propos des bénéficiaires s'est faite avec les résultats du projet HEHC.

III. Organisation de la mission de terrain

- Briefing au bureau national du MCDI (Antananarive)

La séance de travail avec le coordonateur national du MCDI, Dr Josea Ratsirarson, a permis de comprendre les attentes du MCDI vis-à-vis de cette évaluation finale. Les grandes étapes attendues ainsi que les dates butoirs ont été présentées. C'est au cours de ce briefing que nous avons rencontré la chef du projet HEHC, Dr Oliva Andriamahefa.

- Préparation de la collecte des données (Tuléar)

Lors de l'arrivée au bureau MCDI de Tuléar, une présentation des activités mises en œuvre lors du projet HEHC a été conduite par Dr Andriamahefa. Cela a permis d'actualiser nos connaissances sur l'état de réalisation des activités. Par ailleurs l'occasion a été donnée d'assister à un spectacle de sensibilisation, où il a pu être visualisé concrètement le déroulement de cette activité sur le terrain.



Photo 1 : Présence de tous au sketch villageois dans le Fokontany de Bekwake



Photo 2 : Lors du sketch villageois, le technicien animateur, accompagné des agents communautaires, reproduit une scène de vie quotidienne et explique l'intérêt et les méthodes de potabilisation de l'eau.

Par la suite, le consultant national recruté pour mener l'évaluation finale a été rencontré, Dr Raymond Daniel, directeur régional de la santé. Il a été défini ensemble la méthodologie et les étapes majeures à suivre lors de l'évaluation.

Enfin, les outils de collecte ont été élaborés à partir des questions évaluatives contenues dans les termes de référence.

- Collecte des données

La première partie des données a été collectée à Tuléar. Des entretiens ont été menés avec chaque ONG de mises en œuvre ainsi qu'avec l'équipe du projet HEHC au bureau de MCDI. Ce fut l'occasion de récupérer les documents rédigés lors du projet (tableaux de bord notamment).

Afin d'étudier la qualité de la mise en œuvre des ONG, une réunion de travail a été organisée avec les 3 ONG ainsi que le MCDI.



Photo 3 : Séance de travail animée par le responsable suivi-evaluation du MCDI, Dr Jerry Rakotozafy.



Photo 4 : Les responsables des ONG de mise en œuvre ont participé à la séance de travail au bureau de MCDI Tuléar.

La deuxième partie des données a été collectée dans les communes sélectionnées selon la méthodologie d'échantillonnage. A ce niveau, différents acteurs ont été rencontrés : les chefs de CSB, les techniciens animateurs, les agents communautaires ainsi que des bénéficiaires directs du projet.



Photo 5 : Visite au CSB II de Beroroha-Marofoty.



Photo 6 : Témoignage d'un bénéficiaire du projet qui a décidé de construire ses propres latrines.



Photo 7 : Lesdites toilettes sur un terrain nettoyé de toute défécation.

- Analyse et rédaction

Au retour de la collecte de terrain, les données obtenues ont été retranscrites en français et organisées afin de faciliter l'analyse. Ces données ont ensuite été croisées avec les autres sources de données (rapports trimestriels, tableaux de bords) par l'intermédiaire d'une grille d'analyse. La rédaction du rapport a été réalisée sous la direction du consultant national et du responsable suivi-évaluation du MCDI.

- Restitution à USAID

La présentation à USAID de l'évaluation finale du projet a clôturé le travail de l'équipe d'évaluation. Ce fut l'occasion de partager avec d'autres ONG les bonnes pratiques et les leçons apprises identifiées lors du déroulement de ce programme.

IV. **Résultats**

A. Atteintes des objectifs

Les indicateurs attestant de l'atteinte des objectifs sont résumés ci-dessous selon les différents thèmes du projet.

- **Planning familial et santé reproductive**

Trois principaux indicateurs ont été retenus concernant la planification familiale (tableau 5). Les objectifs en termes de population ayant reçu des conseils sur la PF ont largement été atteints, notamment concernant les femmes. De plus, il y a eu une multiplication par 4 du nombre d'utilisateurs réguliers en méthode moderne de PF par rapport à l'objectif fixé.

Tableau 5 : Indicateurs concernant le planning familial

Indicateurs	Objectif		Atteinte de l'objectif
	Fixé	Réalisé	
OS 1 : Augmenter la demande de services de qualité en PF et EAH			
Nombre de femmes ayant reçu des conseils sur la planification familiale	22050	50509	229%
Nombre d'hommes ayant reçu des conseils sur la planification familiale	22050	24925	113%
OS 2 : Accroître la disponibilité des services et des produits PF et EAH			
Nombre d'utilisateurs réguliers en méthode de planification familiale moderne	489	2089	427%

Concernant les utilisateurs réguliers, l'objectif a été fixé à 5% d'augmentation annuelle, chiffre supérieur à celui fixé au niveau national (2%).

Pour satisfaire les besoins en contraception, il est nécessaire d'assurer de manière continue la disponibilité des produits de PF. Considérée comme une priorité de santé publique, l'Etat malgache a priorisé la fourniture des CSB en différents moyens contraceptifs. Ainsi aucune rupture de stock n'a été observée à ce niveau. De plus, les agents communautaires avaient la possibilité de s'approvisionner en produits PF au niveau des points d'approvisionnement. Cette double chaîne logistique a été un facteur clé dans la réussite de cet objectif.

L'étude de terrain a montré que le contraceptif le plus utilisé est le Dépoprovera à hauteur de 70%. Ce moyen de contraception assure une protection contraceptive durant trois mois et ne nécessite pas d'observance régulière.

- **Eau et hygiène**

Cinq indicateurs ont été retenus pour suivre les activités concernant l'eau et l'hygiène (tableau 6).

Le nombre fixé de personne à sensibiliser a largement été atteint. Cependant, les indicateurs concernant la disponibilité des services et produits d'eau et d'assainissement n'ont pas atteint les objectifs escomptés. En effet, le nombre de bouteilles Sur'eau distribué s'est révélé insuffisant.

Tableau 6 : Indicateurs concernant l'eau et l'hygiène

Indicateurs	Objectif		Atteinte de l'objectif
	Fixé	Réalisé	
OS 1 : Augmenter la demande de services de qualité en PF et EAH			
Nombre de femmes sensibilisées sur l'utilisation de Sur'Eau durant la période	22050	40621	184%
Nombre d'hommes sensibilisés sur l'utilisation de Sur'Eau durant la période	22050	29590	134%
Nombre de femmes sensibilisées sur le moment critique de lavage de main avec du savon	11010	35221	320%
Nombre d'hommes sensibilisés sur le moment critique de lavage de main avec du savon	11010	31149	283%
OS 2 : Accroître la disponibilité des services et des produits PF et EAH			
Nombre de bouteilles de Sur'Eau distribuées pour la population cible du projet	4500	306	7%

Les bouteilles Sur'Eau sont théoriquement acheminées vers les communautés par le biais du point d'approvisionnement et non pas via les CSB. La non atteinte de l'objectif fixé est liée à des ruptures de stock fréquentes au niveau du point d'approvisionnement, et à l'absentéisme des gestionnaires dans certains centres de distributions.

Dans un effort de promotion de l'hygiène, certains CSB visités étaient dotés de latrines améliorées ainsi que d'un système tippy-tap pour le lavage des mains. Toutefois, l'enquête de terrain a montré que l'agent communautaire responsable de la sensibilisation n'était pas toujours un exemple pour sa communauté engendrant un discrédit auprès des personnes sensibilisées.

- **L'assainissement**

Trois indicateurs ont été choisis pour suivre les activités d'assainissement (tableau 7).

L'accès à un fournisseur de marketing pour l'assainissement est très en deçà des objectifs fixés. Ces activités n'ont pas été réalisées car elles ont été considérées comme trop ambitieuses compte tenu de la durée du projet.

Concernant l'accès à une latrine améliorée et le nombre de village sans défécation à l'air libre, les objectifs n'ont pas été atteints. Certains facteurs ont entravé les déclenchements CLTS tels que les us et coutumes (qui imposent parfois de lourdes amendes communautaires s'il y a utilisation de latrines), ou le « Tsangaloke » (frais liés au droit de faire réunir) qui n'a pas été budgétisé pour les activités du Club Vintsy, responsable des déclenchements communautaires. Ce dernier obstacle a pu être contourné lorsqu'un cadeau était offert à certains membres de la communauté.

Tableau 7 : Indicateurs concernant l'assainissement

Indicateurs	Objectif		Atteinte de l'objectif
	Fixé	Réalisé	
OS 2 : Accroître la disponibilité des services et des produits PF et EAH			
Nombre de village sans défécation à l'air libre	35	26	74%
Nombre de personnes qui ont accès pour la première fois à une latrine améliorée	9000	7462	83%
Nombre de ménages qui ont accès à un fournisseur de marketing pour l'assainissement	3800	166	4%

A noter qu'il existe des limites aux indicateurs utilisés pour le suivi des activités d'assainissement.

- Nombre de village sans défécation à l'air libre (SDAL)

La déclaration d'un village SDAL requiert un certain nombre de condition :

- les anciennes aires de défécations sont nettoyées et ce durablement (observation en fin de projet lors de la certification SDAL) ;
- il n'y a pas de création de nouvelles aires de défécation à l'air libre ;
- tous les ménages dans le village utilisent la latrine ;
- tous les ménages dans le village lavent leurs mains au savon (présence de dispositif de lavage de main et de savon à proximité de la latrine).

La mesure de l'indicateur SDAL a été réalisée par le technicien animateur qui a vérifié les anciennes aires de défécations. Toutefois, il n'y a pas eu de visites supplémentaires de terrain pour déterminer si de nouvelles aires avaient été créées.

De plus la démarche CLTS implique une auto-évaluation de la communauté hameaux par hameaux. Ainsi le nombre de villages SDAL est surement caractéristique d'un hameau et non pas d'un fokontany entier, d'où les chiffres élevés.

- Nombre de personne ayant accès pour la première fois à une latrine améliorée

Environ 7500 personnes ont eu accès à une latrine améliorée pour 67 toilettes construites lors du projet. Cela équivaut à 111 personnes environ par latrine soit environ 22 ménages. Ce nombre étant important, il est possible que l'accès à des latrines construites avant ou en parallèle du projet n'a pas été pris en compte. De plus, la définition de « latrines améliorées » n'a pas été prise systématiquement en compte par les techniciens animateurs qui ont assurés le comptage.

- **Environnement**

Un indicateur a été retenu pour suivre les activités mises en œuvre concernant la protection de l'environnement (tableau 8).

Le nombre de DINA (convention sociale) approuvé et appliqué a largement dépassé l'objectif fixé. En moyenne, quatre dina ont été signées par commune.

Tableau 8 : Indicateur concernant l'environnement

Indicateur	Objectif		Atteinte de l'objectif
	Fixé	Réalisé	
OS 1 : Augmenter la demande de services de qualité en PF et EAH			
Nombre de conventions sociales sur l'environnement ; approuvées et appliquées	15	67	447%

A noter que les conventions DINA signées ont permis de limiter les aires de défécation à l'air libre mais n'ont pas entraîné la création de village SDAL. En effet, très peu de procès-verbaux d'infractions ont été enregistrés : 63 durant la totalité de l'année avec 48 rassemblés durant le mois de septembre par une des trois ONG.

L'analyse de l'activité sur le terrain et au niveau des différentes ONG a mis en lumière une réalisation insuffisante des activités concernant la protection de la forêt et des aires protégées. La collaboration avec WWF a été trop faible. Le changement de coordonnateur à la tête du programme chez WWF et le manque d'implication dû à la courte durée du programme sont les raisons principales de la faible réalisation de ces activités.

- **Indicateurs transversaux**

Deux indicateurs transversaux ont été fixés lors du suivi des activités (tableau 9).

Tableau 9 : Indicateurs transversaux

Indicateurs	Objectif		Atteinte de l'objectif
	Fixé	Réalisé	
OS 1 : Augmenter la demande de services de qualité en PF et EAH			
Nombre d'outils CCC/IEC développés	5	0	0%
OS3 : Documenter et partager les leçons apprises sur la mise en œuvre des approches réussies d'activités intégrées à Madagascar			
Nombre de success stories partagées avec USAID	2	2	100%

La finalisation tardive de la stratégie de communication (mars 2012) n'a pas permis le développement d'outils de sensibilisation permettant l'assimilation des messages intégrés PSE. En effet, l'enquête de terrain a montré que les agents communautaires n'ont pas été dotés en outils de communication par le projet HEHC. Néanmoins, les agents ayant participé auparavant à d'autres programmes ou actions ministérielles étaient équipés de supports qu'ils ont pu réutiliser sur le terrain. De plus ils s'appuyaient sur des produits tels que le Sur'Eau ou encore les différents moyens de contraception pour faciliter les séances de sensibilisation.

Concernant l'objectif spécifique 3, le nombre fixé de success stories à partager avec USAID a été atteint. Cependant les documents n'étaient pas disponibles à la lecture lors du passage des évaluateurs.

Box 1. Résumé de l'atteinte des objectifs

Planification familiale

Le projet HEHC a réussi à sensibiliser un grand nombre de femmes et d'hommes, générant ainsi l'acceptation et l'utilisation des différents moyens de contraception mis à disposition des communautés. A noter que ce thème fait partie des priorités de l'Etat, les activités de sensibilisations hors projet HEHC sont courantes au niveau communautaire. Malgré la volonté politique, il persiste des facteurs bloquant l'utilisation plus accrue des méthodes de PF tels que la culture pro-nataliste dans les zones d'intervention ainsi qu'une certaine méfiance vis-à-vis des effets secondaires des méthodes contraceptives.

Eau et hygiène

Les messages de potabilisation de l'eau et de lavage de main ont largement été diffusés au sein des bénéficiaires. Ces thèmes de sensibilisation de masse ont amené à une réelle prise de conscience de ces facteurs dans l'amélioration de la santé de la population. Cependant certains éléments n'ont pas encouragé la communauté à changer de comportements notamment une rupture chronique en Sur'eau dans de nombreuses communes.

Assainissement

L'assainissement au sein du projet reste problématique : la défécation à l'air libre est un phénomène courant et lorsqu'il existe une volonté de la part des communautés de dépasser les tabous et de construire leurs propres latrines, elles n'ont pas accès à des outils, ni à des matériaux de construction.

Environnement

Bien que des DINA aient été signées, celles-ci ne concernent pas la protection de l'environnement, mais uniquement la fin de la défécation à l'air libre. Les activités autour de la protection de la forêt sont quasi inexistantes au sein du projet.

B. Qualité de la mise en œuvre par les ONG

La séance de travail avec les responsables des trois ONG de mise en œuvre a permis de collecter les informations suivantes sur les forces, faiblesses, menaces et opportunités de la planification, organisation, personnel et coordination des ONG.

- **Planification**

La planification d'un programme oriente les actions futures et la méthodologie à utiliser pour répondre aux objectifs définis. Le tableau 10 reprend les principales FFOM des ONG dans la planification des activités.

Tableau 10 : FFOM de la planification des ONG

Forces
<ul style="list-style-type: none"> - Cahier des charges du projet existe et est disponible sur place. - Grandes lignes du document de planification connues par tous les acteurs du projet et comprises après la séance d'orientation avec les membres des ONG. - Répartition des responsabilités par acteur dans le document de planification (remplaçants identifiés en cas de besoin). - Personnel convaincu et enthousiaste (en apparence). - Volonté de la part des agents communautaires d'acquérir plus de connaissances.
Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Document de planification non disponible entre les mains des différents acteurs du projet. - Contenu du document de planification en anglais engendrant une difficulté de compréhension par les acteurs. - Mauvaise répartition des ressources humaines (techniciens animateurs), ne tenant pas compte de la réalité du terrain. - Mise en œuvre des activités liées à l'environnement pas très bien assimilée.
Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des activités à travers d'autres programmes. - Supervision effectuée par USAID pour augmenter la motivation des acteurs et des autres partenaires.
Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des activités handicapée par l'insécurité. - Difficulté d'accessibilité des zones d'intervention. - Changement fréquent des outils de gestion. - Budget pour les matériels insuffisants pour réaliser les activités. - Non-participation de WWF dans le projet. - Directives transversales de la part du MSP.

- **Organisation**

L'organisation est une activité établissant la structure formelle. Autrement dit la répartition et la coordination des tâches est réalisée afin d'atteindre l'objectif général (tableau 11).

Tableau 11 : FFOM de l'organisation des ONG

Forces
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un organigramme incluant tout le personnel du projet (du chef de file aux agents communautaires). - Tâches et description de poste bien déterminées. - Objectifs bien fixés par techniciens animateurs. - Utilisation de fonds propre en cas de retard de décaissement.
Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Pas de transfert compétence. - Absence de contrat pour chaque type convention.
Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un coach MCDI pour l'orientation générale. - La tenue de supervision continue à tous les niveaux. - La tenue de supervision conjointe avec MCDI . - La présence des évaluateurs externes comme source de motivation.
Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Changement de directives et d'instructions. - Manque d'appropriation de certains membres de CDS dans le processus de la mise en œuvre.

- **Personnel**

Le personnel est une fonction consistant à recruter et à former des personnels, et à maintenir des conditions de travail favorables. Les principales FFOM du personnel des ONG sont récapitulées dans le tableau 12.

Tableau 12 : FFOM du personnel des ONG

Forces
<ul style="list-style-type: none">- Existence d'une description de poste conformément aux besoin/actions de l'ONG.- Besoins actuels et futurs en matière de ressources humaines prévus dans le document de projet.- Existence d'un système de sélection, de formation et de suivi-évaluation du personnel et des partenaires en collaboration avec les chefs du fokontany.- Personnel dynamique et expérimenté.- Existence de critères de recrutement et profil des recrutés correspondant aux besoins.
Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Absence de manuel ou procédure de gestion de personnels et de recrutement.- Description de poste conformément aux besoins/actions de l'ONG non affichée.- Compétence moyenne de certaines personnes (en écriture).- Absence de système de mesures d'incitation et de récompenses pour renforcer le travail du personnel et des acteurs.
Opportunités
<ul style="list-style-type: none">- Adéquation du personnel par rapport à la description de postes.- Existence d'autres programmes pour renforcer la capacité des agents communautaires (SSME, NSA, NBC).- La supervision continue comme source d'amélioration.- L'octroi de bicyclette comme source de motivation
Menaces
<ul style="list-style-type: none">- Demande de renforcement (en effectif) de l'équipe de terrain par les AC.- Dissociation possible de la volonté de s'entraider entre les AC.- Manque d'harmonisation des systèmes de motivation des AC entre les différents programmes.- Faible niveau d'instruction des AC : problème dans le remplissage des rapports.

- **Coordination**

La coordination est une activité essentielle qui consiste à assurer la liaison entre les différents acteurs. Les points importants relevés à ce propos ont été rapportés dans le tableau 13.

Tableau 13 : FFOM de la coordination des ONG

Forces
<ul style="list-style-type: none"> - Contact régulier entre ONG et MCDI. - Bonne entente entre techniciens animateurs et agents communautaires. - Techniciens animateurs soumis à des revues tous les 2 mois, afin de transmettre des informations et recevoir de nouvelles consignes auprès de l'ONG.
Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Information de la communauté sur la situation des latrines dans leurs localités seulement. - Absence de rétro-information de la part de l'ONG sur l'état d'avancement du projet.
Opportunités
Néant
Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Obligation de résultats par la communauté sinon désintéressement au projet. - Risque de réduction du dynamisme de la part de la communauté vu l'absence de rétro-information par l'ONG.

Box 2. Résumé de la qualité de la mise en œuvre par les ONG

A propos de la planification, les grandes lignes du projet sont connues de tous et permettent la répartition des responsabilités au sein des membres de l'ONG. Le problème réside dans la compréhension en détail du projet puisque ledit document est en anglais. De même l'insécurité et la difficulté d'accès de certaines zones d'intervention ont handicapés le travail de certaines ONG. A noter que la non-participation de WWF dans le projet a empêché la réalisation des activités liées à l'environnement.

En plus des tâches et objectifs de poste bien déterminés, l'existence d'un système de coaching ainsi que des supervisions fréquentes ont amélioré l'organisation des ONG. Le seul point négatif reste la non-appropriation de certains membres du CDS (comité de développement social) dans le processus de mise en œuvre.

Bien que le personnel soit dynamique et expérimenté, l'absence de mesures d'incitation et récompenses peut affaiblir la qualité de leur travail. De même, le faible niveau d'instruction des AC et le changement fréquent d'outils de gestion ont engendré des difficultés dans le remplissage des tableaux de bords.

Enfin, il existe des contacts réguliers et de bonne qualité entre les différents niveaux du projet. Mais l'information semble uniquement ascendante et les communautés bénéficiaires ne reçoivent que très peu de renseignements sur les avancées du projet. Ceci couplé à l'obligation de résultats, certains bénéficiaires sont peu à peu désintéressés par le projet.

C. Appréciation des bénéficiaires

Lors de la collecte de données, huit focus groups sur douze ont été menés, comptabilisant ainsi 48 bénéficiaires interrogés. Quatre chefs-lieux non dotés d'agent communautaire HEHC n'ont pas fait l'objet de focus groups. Le tableau 13 résume les points clés ressortis des focus groups.

La mise en place du projet HEHC a été acceptée dans les communes visitées, surtout le volet de planification familiale. Néanmoins, la construction de latrines est un point tabou difficile à dépasser. A noter que les communautés ont reçu très peu de messages sur la protection de la forêt et de l'environnement, reflet de la faible participation de WWF au niveau des activités de sensibilisation.

Les bénéficiaires apprécient les sensibilisations exécutées par les agents communautaires, d'autant plus si ceux-ci appliquent les messages qu'ils veulent faire passer. Néanmoins, la rupture de produits à leur niveau a ralenti les efforts de changements de comportement.

Parmi les attentes des bénéficiaires figurent en première place la pérennisation du projet au sein de leur communauté et le renforcement de l'approvisionnement en produits PF.

Tableau 14 : Synthèse des points importants retenus lors des focus groups

Thématiques	Points forts	Points faibles
Mise en place du projet dans la commune	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des connaissances autour des thèmes du projet, notamment sur l'intérêt de la PF et de l'EAH →Volonté des femmes de contrôler les naissances, notamment pour se lancer dans des petits commerces → Nombre idéal d'enfants : 3-4 - Le centrage des activités sur la communauté a permis l'implication de celle-ci. →Les femmes sont plus motivées que les hommes à éduquer leurs enfants à propos du lavage de mains. - Complémentarité et synergie avec les autres projets au sein des mêmes communes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construction de latrines lente car souvent mal accepté ou difficile à exécuter (manque de matériaux ou sol dur) - Les communautés ont très peu reçu de messages sur la protection de la forêt. - Méfiance des femmes à l'égard de la contraception
Qualité de la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - L'appartenance de l'agent communautaire à la communauté facilite les échanges. - Bonne sensibilisation de la part des agents communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'outils pour appuyer les sensibilisations - Rupture de stock, notamment en produits PF - Manque de crédibilité de la part des AC qui n'appliquent pas les messages convoyés
Autres attentes des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> - Continuation du projet, surtout autour des activités de PF - Renforcement de l'approvisionnement des AC en produits PF - Motivation des AC par les ONG 	

V. Discussion

A. Validité de l'évaluation

a. Validité interne

Biais de sélection

Lors de l'échantillonnage des communes à visiter, le critère de sélection qui a été retenu était l'inclusion des communes les plus et les moins performantes de chaque ONG ce qui a amené à la sélection des 6 communes. Cependant, les résultats sur lesquels s'est faite la sélection proviennent de tableaux de bords qui n'ont pas toujours été remplis correctement. De plus, pour avoir une base comparable, la sélection s'est faite que sur les 2 premiers trimestres du projet. Une dynamique différente selon les communes a été repérée, les mêmes communes n'auraient peut-être pas été obtenues si le troisième trimestre du projet aurait été inclus dans l'évaluation.

La sélection des bénéficiaires dans chaque village a été prise en charge par le chef du village, car il était impossible de ne pas impliquer ce responsable. Cependant, cette sélection a pu être biaisée par le chef du village qui a pu sélectionner les meilleurs répondants.

Lors de la phase d'analyse, il a été constaté qu'il manquait des données quantitatives au niveau des bénéficiaires. Ainsi une supervision supplémentaire du MCDI sur le terrain a permis de mener une enquête supplémentaire. La consigne donnée était de consulter 100 femmes et 50 hommes. 91 personnes au total ont été sélectionnées pour répondre aux questionnaires. A cause de contraintes de temps, la récolte des données n'a pas respecté un effectif identique dans chaque commune, ainsi certains villages sont surreprésentés. Ce biais est considéré comme mineur compte tenu de l'environnement similaire des communes rurales cibles.

Biais d'information

Les données de suivi du projet HEHC ont été récupérées par les agents communautaires qui ont rapporté leur travail par le biais des tableaux de bords. La qualité de remplissage a été un problème durant le programme, ce qui a pu affecter la qualité des données récupérées par les ONG.

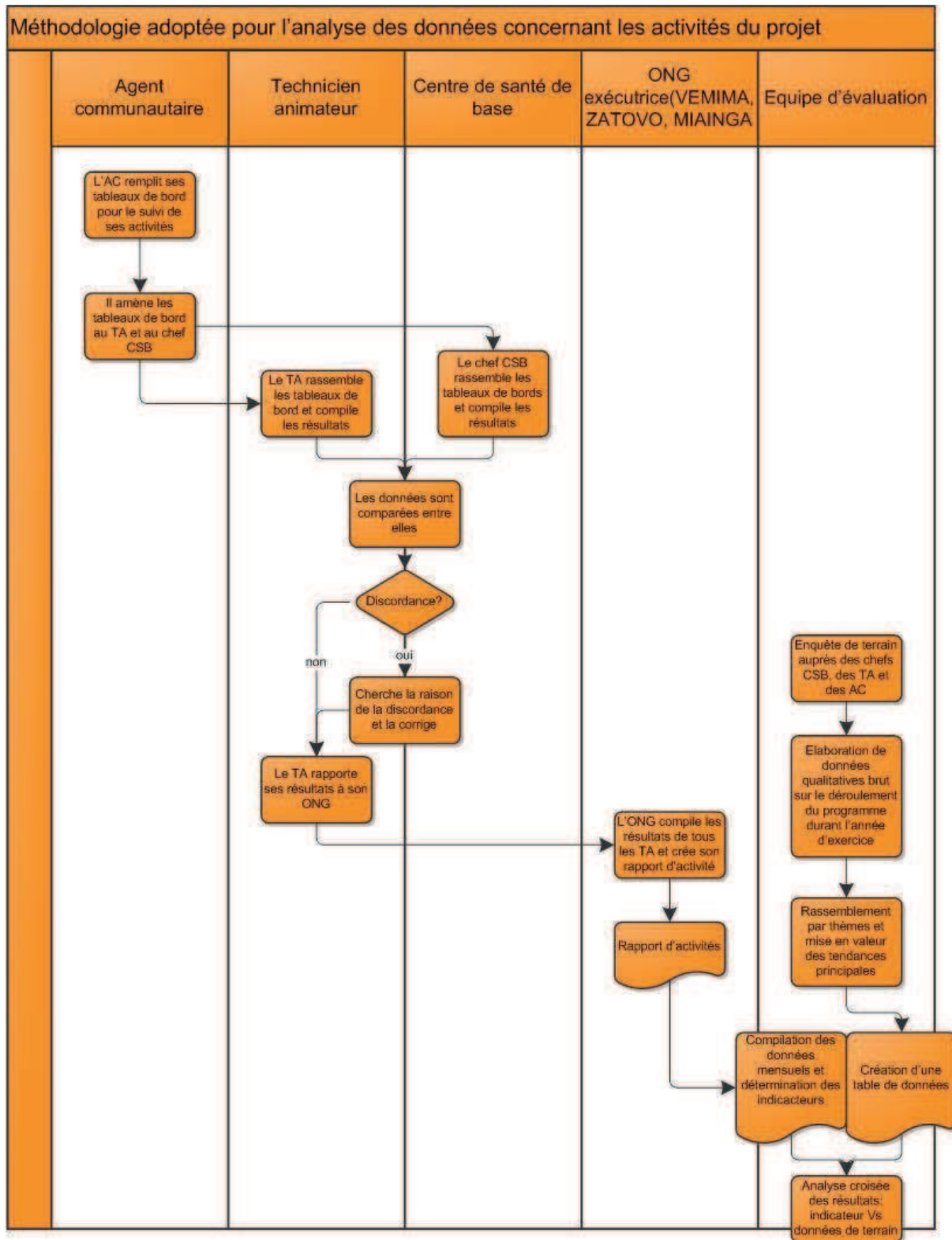


Figure III: Processus adopté pour l'analyse des données concernant l'activité du projet HEHC

Nous pouvons voir sur la figure ci-dessus qu'une des étapes limitantes d'obtention d'information est liée à la récupération des données par l'agent communautaire.

Enfin la proximité de l'équipe évaluative avec le MCDI a pu poser des problèmes de conflit d'intérêt concernant le devoir en tant que partie-prenant de MCDI de réaliser une évaluation externe avec un recul suffisant pour maintenir l'objectivité. Dans certains cas, au niveau méthodologique notamment, le responsable suivi évaluation de MCDI a pu aider l'équipe d'évaluateurs. Malgré cela, une liberté totale a été donnée à l'équipe et la rédaction du rapport d'évaluation a concerné seulement l'équipe d'évaluation composée du consultant externe et des deux stagiaires. C'est de cette manière que le biais de publication a pu être contrôlé et la validité interprétative maintenue.

Suite au recueil des données au niveau des CSB, techniciens animateurs, agents communautaires et bénéficiaires, un système de fiche récapitulative par commune a été instauré afin que les enquêteurs malgaches puissent y relater les points importants ressortis lors des entretiens. Ce système de fiche a été mis en place dans le but de retranscrire les notes que les enquêteurs avaient prises en parallèle du remplissage des questionnaires. Initialement il avait été prévu que tous les questionnaires ainsi que les focus groups soient retranscrits en français afin de permettre aux enquêteurs d'avoir la totalité des éléments nécessaires à l'évaluation. Cependant le consultant recruté pour mener l'évaluation a maintenu l'utilisation de ce système de fiche, ainsi les évaluateurs ont synthétisé les données issues de ces fiches récapitulatives, entraînant une perte d'information.

Enfin la validité de tous les entretiens est un facteur pouvant amener à un biais d'information et peut entraîner des conséquences sur l'évaluation même du programme notamment sur les recommandations. C'est pour cette raison qu'à chaque situation où cela a pu être possible, les données recueillies auprès des différents acteurs ont été croisées et contrôlées.

b. Validité externe

La réalisation de l'évaluation finale d'un programme est une étape nécessaire et indispensable à la conception de nouveaux projets mais aussi dans le but de prioriser des ressources limitées dans un monde toujours plus demandeur. Il s'agit de mieux connaître pour mieux décider [21].

Dans ce contexte il est important de comparer la validité de l'évaluation du programme HEHC qui est un programme court. Cette courte durée a contraint les évaluateurs à réaliser une évaluation de processus tandis que les résultats du programme en termes d'amélioration de l'état de santé n'ont pas été abordés.

Il est donc important de critiquer le processus d'évaluation par le passage en revue des différentes composantes qui forme le rapport d'évaluation finale qui a été livré à MCDI.

La qualité du processus de l'évaluation

Le processus d'évaluation choisi est en accord avec la durée de l'évaluation. En effet une période d'un an ne permet pas d'établir une mesure d'impact au niveau de la santé de la population et de la protection de l'environnement. Cependant, de nombreuses études sur des projets plus longs et plus ambitieux ont montré l'intérêt d'une approche intégrée.

La qualité de la méthodologie utilisée (pertinence, validité)

La méthodologie utilisée dépend de l'objectif de l'évaluation. Le programme HEHC a nécessité une évaluation de processus, c'est pour cette raison que la majeure partie des données sont qualitatives. La méthodologie utilisée a permis de récupérer la totalité des informations qui étaient nécessaires afin de répondre aux questions évaluatives.

La qualité de l'analyse (bilan et évaluation)

L'analyse des résultats a consisté à documenter les résultats chiffrés des indicateurs par les données qualitatives récupérées lors de la consultation des acteurs sur le terrain afin de trouver une explication à l'atteinte ou non des objectifs.

Dans l'optique de déterminer la qualité de mise en œuvre des ONG, il a été préférable de réaliser une analyse FFOM qui a permis de se concentrer sur les différents items qui interviennent dans la mise en œuvre des activités, que sont la planification, l'organisation, le personnel et la coordination.

Cette analyse a permis d'évaluer le programme lui-même et les difficultés que ce dernier a rencontrées tout en analysant les structures. C'est de l'analyse de ces deux critères qu'a pu naître les recommandations.

La qualité des recommandations (nature, acteurs, calendrier)

Les recommandations ont été établies par entité c'est-à-dire selon les différents acteurs qui sont intervenus dans le programme HEHC. Puis l'organisation s'est faite par thèmes. Cette organisation a suivi le plan souvent utilisé pour l'USAID qui recherche une uniformité au niveau des rapports qui leur sont proposés.

La qualité de la présentation du rapport (clarté, illustré)

Le rapport a été rédigé selon les critères applicables pour le bailleur de fonds USAID.

B. Recommandations

a. Liées au projet HEHC

A l'intention de MCDI

- En début de projet, créer des outils IEC/CCC en nombre suffisant et équiper les agents communautaires de ces outils.
- Renforcer le suivi de communautés déclenchées en CLTS afin de motiver celles-ci à poursuivre les efforts de construction de latrines.
- Assurer une collaboration de qualité avec le WWF dans de futurs projets intégrés.

A l'intention des ONG exécutrices

- Renforcer le suivi des TA auprès des AC, notamment sur les objectifs à atteindre et la planification des activités à réaliser.
- Accentuer la retro information au niveau communautaire, afin de stimuler la poursuite des efforts.
- Etablir un système de récompense afin que le personnel reste motivé.

A l'intention de PSI

- Sélectionner des PA qui seront disponibles à des heures fixes pour permettre l'approvisionnement les agents communautaires.
- Approvisionner les PA de manière suffisante et régulière.

A l'intention de WWF

- S'investir d'avantage dans les projets intégrés, même de courte durée.

A l'intention de USAID

- Coordonner l'action des ONG subventionnées afin d'éviter la concurrence et les redondances.
- Créer un guide d'identification et de rédaction sur les success stories attendues.
- Assurer des projets de plus longue durée en ce qui concerne les changements de comportements liés à l'utilisation de latrines et à la protection de l'environnement.

b. Liées à l'évaluation de programme de santé publique

Recommandations au commanditaire de l'évaluation finale du programme HEHC

- **Etablir des termes de références clairs et adaptés au projet d'évaluation.**

Le MCDI en tant que commanditaires de l'évaluation finale doit être en mesure d'établir les termes de références qui seront repris ultérieurement par le consultant externe recrutés pour l'évaluation. Il est donc nécessaire, pour une évaluation externe, qu'il y ait de véritables attentes de la part de MCDI qui soient inscrits dans les termes de références et qu'ensuite, il y ait une véritable séparation entre le commanditaire et l'exécutant.

- **Accorder des ressources suffisantes en rapport avec la tâche demandée.**

Les besoins matériels et financiers pour l'évaluation doivent être mieux anticipés par le commanditaire de l'évaluation et budgétisés dès le début du projet. C'est dans l'établissement des termes de références que la budgétisation est rendue possible.

- **Etablir un suivi correct du recueil des données durant l'ensemble du projet.**

La qualité des données recueillies sur le terrain conditionne directement la qualité de l'évaluation qui sera réalisé. Il est donc crucial de récupérer des données fiables et complètes afin d'avoir tous les atouts en main pour réussir l'évaluation.

- **Tenir compte de la disponibilité du consultant lors du recrutement**

Le consultant doit être disponible pour réaliser l'évaluation dans de bonnes conditions. Les critères de recrutement doivent être clairs et explicites.

Recommandations à l'équipe évaluatrice

- **La méthodologie doit être établie avant le début de l'évaluation.**

La méthodologie de l'évaluation est un processus qui doit être finalisé avant la mise en œuvre de l'évaluation. Une plus grande rigueur doit être instaurée dans la démarche à suivre. En effet une méthodologie de qualité est le garant d'une bonne évaluation

- **La validation des questionnaires doit être un préalable à la collecte.**

La validation des questionnaires et des grilles d'entretien doit être renforcé. Les incompréhensions issues de la traduction en langue locale doivent être repérées et corrigées.

- **Une fiche de poste doit être établie pour le recrutement des enquêteurs de terrain.**

La réussite de la collecte de donnée sur le terrain est conditionnée par la qualité des enquêtes menées. Le recrutement des enquêteurs de terrain doit être guidé par une fiche de poste où les critères de recrutement sont clairement établis.

- **Responsabilité du consultant : renforcer l'organisation de l'équipe d'évaluation et renforcement de la planification des activités.**

Le consultant doit réaliser un calendrier prévisionnel spécialement pour son équipe d'évaluation. Une rigueur accrue dans le suivi des activités d'évaluation doit être adoptée.

Recommandation à l'institut de santé publique d'épidémiologie et de développement

- **Une formation accrue dans le domaine de l'évaluation de programme de santé dans les pays à ressources limitées est nécessaire pour compléter l'offre de formation.**

Il est nécessaire de fournir une approche méthodologique universitaire supplémentaire pour l'évaluation de programme. Des enseignements concernant l'élaboration des termes de références de l'évaluation serait utile pour la pleine compréhension des demandes du commanditaire d'une évaluation.

C. L'approche intégrée : Une approche théorique dans le cadre du programme HEHC

Cette évaluation a permis de montrer la réalité du terrain et la place qu'un évaluateur acquiert, entre théorie et pratique. La courte période d'activité, seulement un an n'a pas permis de réaliser une étude de l'impact du projet, ni de son efficacité. Ce facteur limitant a contraint l'équipe à s'adapter et à sortir de l'approche communément empruntée pour l'évaluation de programme tout en parvenant à préserver une méthodologie d'action pertinente. Tous les acteurs qui ont agi dans le programme ont pu être rencontrés ce qui a donné une vue élargie sur l'action de MCDI. Cette multitude d'acteurs a été une source d'information importante et a aussi représenté une des principales difficultés pour l'évaluation.

Cette évaluation finale de programme a représenté une formidable opportunité d'en apprendre plus sur la conception de projet, la coordination des activités, le suivi et enfin sur l'évaluation elle-même.

Malgré le désir initial de réaliser un programme horizontal, la structure MCDI, à travers le programme HEHC, n'a pas réussi à mettre en place un programme unique intégrant les trois thématiques à savoir le planning familial, l'eau et l'assainissement et l'environnement. Cependant les trois domaines ont bien été traités dans ce programme. Le traitement de ces thématiques a fait l'objet d'une sommation d'activité plutôt qu'une réelle intégration.

1) Programme vertical

Les trois thématiques contenues dans le programme HEHC sont traitées depuis de longues années de façon verticale par différents acteurs agissant dans le domaine du planning familial, de l'eau et de l'assainissement et dans la protection de l'environnement. Ainsi on observe de larges programmes à l'échelle nationale traitant une thématique seulement.

Le planning familial et le contrôle de la démographie sont devenus des priorités de l'état et profitent de fonds étatiques et d'aides internationales. Les programmes pour une eau propre et un assainissement amélioré sont abordés, dans la majeure partie des cas, seulement par des agences de mise en œuvre spécialisées dans ce domaine.

Quant au volet environnemental celui-ci est abordé par de grande ONG internationales qui tiennent compte que très rarement du contexte du pays. Ainsi, sur la figure suivante, est schématisée l'organisation générale d'une approche verticale des 3 thématiques traitées par le programme HEHC. Tandis que les financements sont souvent multilatéraux avec plusieurs bailleurs de fonds participant à un programme, il n'y a aucune interaction entre les différentes thématiques.

Ces programmes font preuves de réussites dans les trois secteurs mais sont limités dans le temps et l'espace. Ainsi les programmes environnementaux visent principalement à créer et protéger des aires naturels déjà institués par l'état tandis que les autres régions du pays souffrent d'une démographie galopante qui engendre une déforestation importante et de gros dégâts environnementaux. L'eau et l'assainissement ont déjà fait appels à de large projet tel que le projet allemand dans la région de l'Androy. L'opération Androy a existé dans les années 1970- 1980. Elle a été une structure d'exécution d'un projet de développement rural qui s'est chargée d'agriculture, d'élevage, de petit artisanat, mais aussi d'approvisionnement en eau.

Elle a été financée sur un fonds de la FAO et a bien fonctionné tant que les financements de la FAO étaient présents mais a commencé à périlcliter quand il a fallu continuer ses activités uniquement sur un budget de l'Etat. C'est aussi un exemple de cas où l'échec survient quand il faut compter beaucoup plus sur l'intervention de l'Etat que sur la participation communautaire et la recherche de financements plus autonomes.

Ces programmes verticaux consistent souvent en un apport d'infrastructure tel que la réalisation de puits, l'achat de pompes et de groupes électrogènes et la construction massive de latrines et d'infrastructures d'assainissement. L'apport de financement est souvent important dans le cadre de ces programmes car les fonds sont dédiés à un seul domaine ce qui permet de concentrer les efforts financiers. Cependant Il est observé dans la majorité des cas que la fin des programmes correspond à la fin de l'entretien des installations construites. On note donc un réel problème de pérennisation des activités et à une perte d'efficacité sur le long terme. C'est suite à cette réflexion et à ce constat qu'a débuté la mise en place d'activités intégrées basé sur la participation communautaire. L'intégration des activités doit permettre une interconnexion entre chaque thématique et donc une prise de conscience globale des problématiques par les populations. Elle doit permettre également une économie d'échelle et de fonctionnement.

Programme vertical à financement unilatéral ou multilatéral

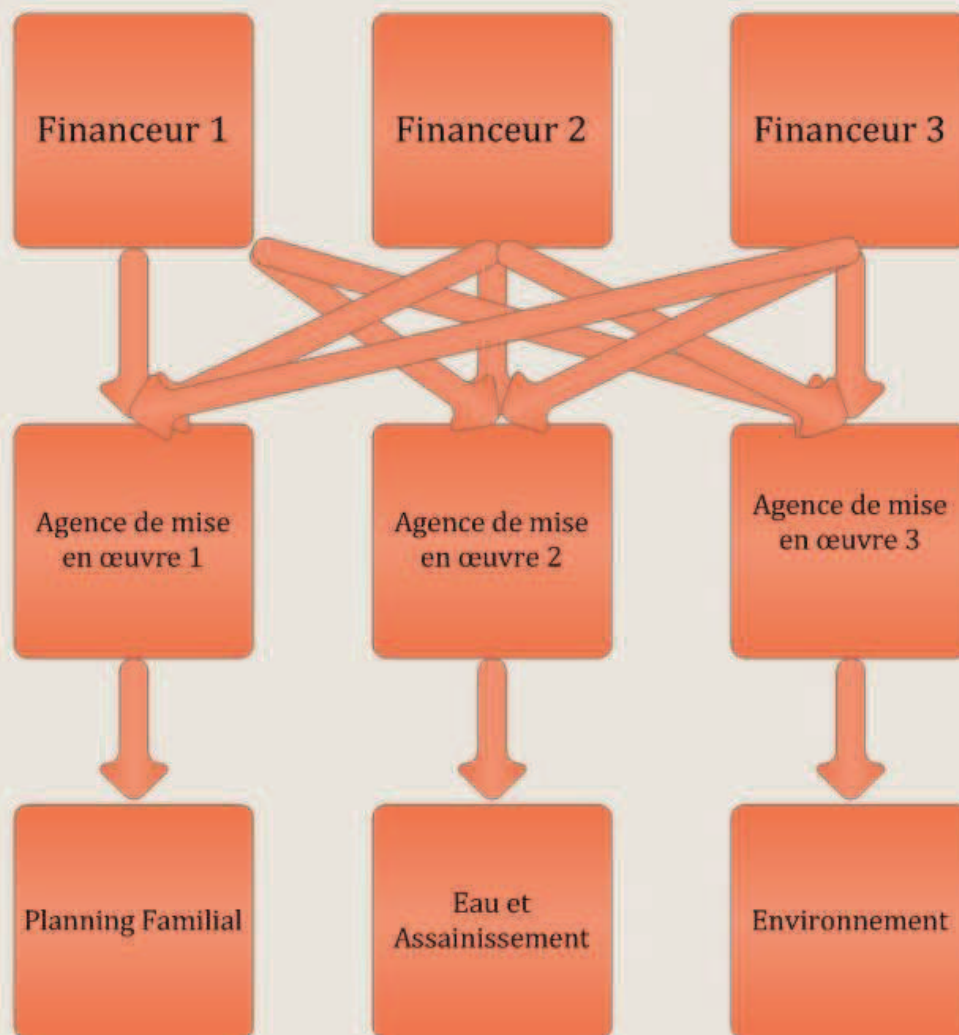


Figure IV : Illustration schématisée de programmes verticaux traitant des thématiques de Planning Familial, d'amélioration de la qualité de l'eau et de l'assainissement et de l'environnement

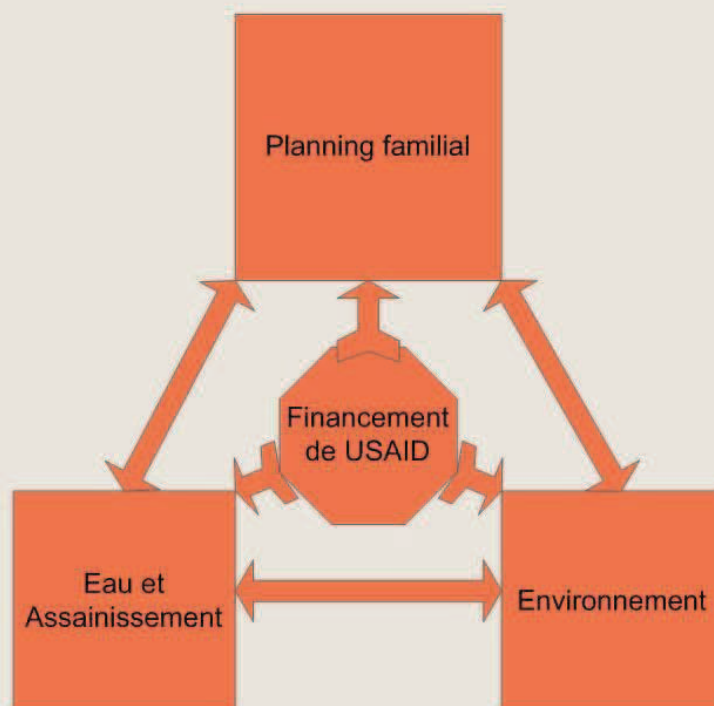
2) Programme intégré

L'idéologie qui a conduit à la conception du programme HEHC repose sur plusieurs hypothèses :

- Les thématiques du Planning familial, de l'eau et l'assainissement et de l'environnement sont intimement liées et la progression dans l'une de ces thématiques entraîne l'amélioration des autres.
- Il est possible d'amener un message commun et des activités communes qui portent sur l'ensemble des thématiques.
- Les démarches « commune championne » et du « CLTS » serviront de bases pour la réalisation d'activités intégrées.
- La compréhension des messages sur les 3 thématiques sera identique.

Comme il est possible de l'observer sur la figure suivante, les financements apportés par le bailleur de fonds desservent toujours la mise en place d'activités dans les trois domaines. Les activités fournies lors de la réalisation du programme intègrent toujours les 3 thématiques. Ainsi, il s'agit plutôt d'un paquet global d'activités qui est fourni, un thème ne peut être abordé sans les deux autres. Cette intégration est possible si les thématiques abordées permettent le passage d'un message global à la population. Dans le cas du programme HEHC, le planning familial est apparu dès le début du programme comme une thématique plus facilement compréhensible par la population. En effet la démographie importante de chaque foyer apparaît comme un poids économique notable qui pèse sur le développement familial tandis que les problèmes posés par l'insalubrité de l'eau et la destruction de l'environnement renvoient à des conséquences plus indirectes et avec un horizon temporel différent. C'est par l'existence de ce déséquilibre que le programme n'a pas réellement été réalisé de façon intégrée sur le terrain.

Programme intégré à financement unique



Page 1

Figure V : Illustration schématisée d'un programme totalement intégré sur les thématiques de Planning Familial, d'eau et assainissement et au sujet de l'environnement

3) Le programme HEHC

Le programme HEHC a été conçu en tant que programme intégré. Cependant le contexte de la région associée à la mise en œuvre incertaine de certaines activités a conduit à un modèle de développement hybride.

Le Planning familial qui profite d'une mobilisation massive des acteurs de santé et d'un appui de l'état s'est retrouvé sur représenté par rapport aux autres thématiques. En effet, bien que les messages délivrés lors des campagnes de sensibilisation devaient tenir compte des trois thématiques, il apparaît que les messages concernant le planning familial était bien mieux acquis par la population cible que les autres messages.

Bien que le fait de rapprocher des thèmes tel que l'environnement, la démographie et la qualité de l'eau apparaît censé, la mise en place d'activité reliant ces trois thèmes apparaît plus problématiques.

La sensibilisation communautaire apparaît plus adaptée pour les thématiques démographiques et sur la qualité de l'eau.

L'évaluation du programme HEHC a mis en lumière la non adéquation de ces trois domaines pour un programme réellement intégré.

Ainsi, comme il est possible de l'observer sur la figure suivante, c'est une sommation d'activité qui s'est mis en place plutôt qu'une réelle intégration. Les fonds ont été distribués majoritairement pour un des domaines et la création d'outils de sensibilisation intégrés a été minoritaire.

Cependant l'hypothèse principale selon laquelle l'amélioration des objectifs dans chaque domaine permet de desservir favorablement les autres domaines reste valable.

La démographie a un effet direct sur l'eau et l'assainissement et sur l'environnement [22]. L'amélioration de la qualité de l'eau et de l'assainissement permet de diminuer l'incidence des maladies liées au péril fécales et donc encourage le développement économique [23]. Le développement des économies est directement lié à une meilleure protection de l'environnement et à une transition démographique plus rapide [24,25].

Bien qu'une étude d'impact de ce programme apparaît difficile vu la courte durée du projet, on peut raisonnablement émettre l'hypothèse que le contrôle de la démographie a favorablement influé sur les deux autres thématiques.

Dans les programmes à venir, il est donc nécessaire de maintenir l'effort sur le renforcement des politiques de contraceptions. Il est également nécessaire de combiner ces actions avec des messages de sensibilisation au sujet de l'assainissement et de l'environnement mais en restant centré sur le sujet du planning familial.

A côté de cela, la création de programmes intégrés intégrant seulement l'eau et l'assainissement avec l'environnement peut être efficace [26]. C'est en effet une démarche communément mise en place ces 5 dernières années et qui portent des résultats encourageants.

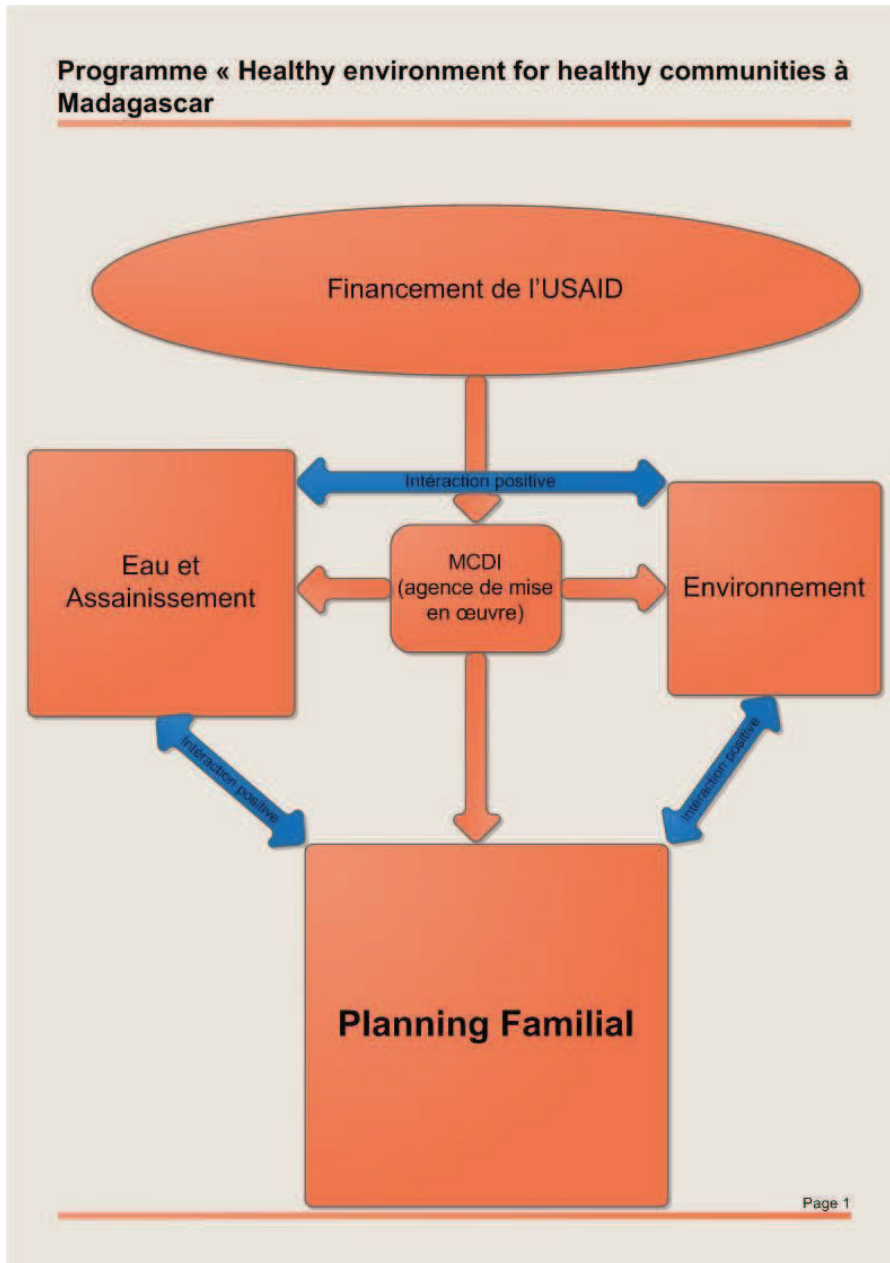


Figure VI : Représentation schématisé de l'organisation du programme HEHC. La taille des différentes thématiques représentent l'importance que cette dernière à pris à l'intérieur du programme HEHC

VI. Conclusion

Madagascar est un pays où il y a une omniprésence d'ONG et d'associations sociales œuvrant dans de multiples secteurs du développement, dont la santé publique. Malheureusement, ce pays à instabilité politique chronique, traverse une des pires crises depuis 2009. C'est dans ce contexte que s'est déroulé le projet HEHC. Les bailleurs de fonds, notamment bilatéraux tels que USAID ont décidé de limiter leur aide à Madagascar tant que le pouvoir politique légitime ne sera pas rétabli. C'est pour cette raison que ce programme intégré a eu une durée si courte et il n'y aura pas de projections à long terme de la part des bailleurs tant que le pays n'aura pas recouvré sa légitimité politique.

L'évaluation de programme, dans ce contexte, apparaît d'autant plus pertinente car il est absolument nécessaire de montrer aux bailleurs de fonds que les moyens alloués aux programmes ont été utilisés de façon pertinente tout au long du projet malgré la crise politique. Le but de toute évaluation est d'établir l'efficacité d'une action afin de prioriser les ressources financières sur les programmes et les approches les plus efficaces. Cette compréhension de l'évaluation est également valable pour les programmes œuvrant dans le domaine de la santé publique. Dès lors, la démarche d'évaluation révèle une forte valeur ajoutée dans l'amélioration de la santé publique au niveau local, régional, national et même international en ce qui concerne le bailleur de fonds.

Dans cette région sud-ouest de Madagascar, le projet HEHC est apparu d'autant plus adapté car c'est une région qui possède d'énormes ressources naturelles (ressources minières, très grand potentiel touristique, richesse de la biodiversité et richesses agricoles) mais qui a également des problèmes multifactoriels. C'est la raison pour laquelle un programme intégré tel que HEHC apparaissait comme adapté, afin de répondre de façon parallèle à différentes thématiques qui avaient des liens entre elles.

Suite à l'évaluation de ce programme, il apparaît évident qu'une réelle intégration des activités n'a pas pu se faire et qu'il a été question d'une sommation d'activités. Des thématiques qui apparaissent reliées dans la théorie ne nécessitent pas forcément une réponse intégrée car les messages délivrés ont été trop nombreux et une sélection des messages s'est faite naturellement par les populations.

Dès lors, il ne s'agit plus d'un conflit entre « programmes intégrés » ou « programmes horizontaux » qui apparaît comme dépassé. Il est question maintenant de savoir si l'intégration des programmes ou la verticalité apparaît adapté au contexte. Ce programme a montré qu'il n'était pas forcément adapté d'agir de façon horizontale concernant le planning familial, l'eau, l'assainissement et l'environnement.

La promotion de la contraception bénéficie d'une aide nationale et internationale depuis longtemps à Madagascar et l'intérêt pour cette thématique est très déséquilibré en comparaison avec l'intérêt pour les autres thématiques. Les objectifs du millénaire pour le développement qui ont été fixés par les nations unies à l'horizon 2015 ont fait naître de nouvelles approches tendant à relier assainissement et environnement. Il semble pertinent de poursuivre dans cette voie car, si on peut affirmer que planning familial, assainissement et environnement sont liés, il est bien plus aisé en pratiques de traiter de façon intégrée l'assainissement et les questions environnementales.

Afin de connaître les effets réels que peuvent avoir ce type d'approche intégrée dans la région, il serait intéressant de mener une évaluation d'impact de tels initiatives dans le but de déterminer si ces programmes ont permis d'améliorer la situation sanitaire et socio-économique d'ensemble ainsi que la qualité de vie.

Références bibliographiques

- [1] Institut National de la Statistique. Enquête Périodique auprès des Ménages 2010 : Rapport principal. Antananarivo : Pal Prod ; 2011.
- [2] Countdown to 2015, Maternal, new born and child survival The Report 2012 http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012/2012_Madagascar.pdf
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de Coopération de l’OMS avec les pays, 2008-2013, République de Madagascar. Genève : OMS ; 2009.
- [4] Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain 2011 - Durabilité et équité : Un Meilleur Avenir pour Tous. New York : PNUD ; 2011.
- [5] Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Antananarivo : Pal Prod ; 2010.
- [6] Wagstaff A. Bustreo F. Bryce J. Claeson M. Child health: reaching the poor. *Am J Public Health*. 2004 May ; 94(5):726–36.
- [7] Dewalt DA. Berkman ND. Sheridan S. Lohr KN. Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2004 Dec ; 19(12):1228–39.
- [8] Seddon N. Butchart S. Tobias J. Yount JW. Rémi Ramanampamonjy J. Randrianizahana H. Conservation issues and priorities in the Mikea Forest of south-west Madagascar. *Oryx*. 2000 ; 34(4):287–304.
- [9] Blanc-Pamard C. Milleville P. Grouzis M. Lasry F. Razanaka S. Une alliance de disciplines sur une question environnementale : la déforestation en forêt des Mikea (Sud-Ouest de Madagascar). *Natures Sciences Sociétés*. 2005 Jan ; 13(1):7–20.
- [10] Alexandratos N. Countries with Rapid Population Growth and Resource Constraints: Issues of Food, Agriculture, and Development. *Population and Development Review*. 2005 ; 31(2):237–58.
- [11] Harte J. Human population as a dynamic factor in environmental degradation. *Population & Environment*. 2007 ; 28(4):223–36.
- [12] UN Department of Economic and Social Affairs. Agenda 21 [Internet]. 2009 [cited 2012 Sep 7]. Available from: <http://www.un.org/esa/dsd/agenda21/index.shtml>

- [13] UN Millennium Project. Environment and human well-being: a practical strategy. Londres : Report of the Task Force on Environmental Sustainability ; 2005.
- [14] Oglethorpe J. Honzak C. Margoluis C. Healthy people, healthy ecosystems : A manual for integrating health and family planning into conservation projects. World Wildlife Fund, Washington, D.C. 2008.
- [15] D'Agnes L. D'Agnes H. Schwartz JB. Amarillo ML. Castro J. Integrated management of coastal resources and human health yields added value : a comparative study in Palawan (Philippines). Environmental Conservation. 2010 ; 37(4) : 398–409.
- [16] Kleinau E. Randriamananjara O. Rosensweig F. Healthy People in a Healthy Environment : Impact of an Integrated Population, Health and Environment Program in Madagascar. USAID : Environmental Health Project. 2005.
- [17] Pronyk PM. Muniz M, Nemser B. Somers M-A. McClellan L. Palm CA, et al. The effect of an integrated multisector model for achieving the Millennium Development Goals and improving child survival in rural sub-Saharan Africa: a non-randomised controlled assessment. Lancet. 2012 Jun 9 ; 379(9832) : 2179–88.
- [18] Espace Régional de Santé Publique. Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. Rhône-Alpes : ERSP ; 2004.
- [19] Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Evaluation d'une action de santé publique : Recommandations. Paris : ANDEM ; 1995.
- [20] Organisation Mondiale de la Santé. L'évaluation des programmes de santé - Principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. Genève : OMS ; 1981.
- [21] Ministère des Affaires étrangères. Guide de l'évaluation. Paris : Ministère des Affaires étrangères ; 2005.
- [22] Gastineau B. Sandron F. La gestion durable de l'environnement à Madagascar. Démographie et environnement à Madagascar. Économie rurale : agricultures-alimentations-territoires. 2006 ; 294-295 : 42-56
- [23] Hutton G. Haller L. Evaluation of the Costs and Benefits of Water and Sanitation Improvements at the Global Level. Genève : OMS ; 2004.
- [24] Chesnais JC. Progrès économique et transition démographique dans les pays pauvres : trente ans d'expérience (1950-1980). Population. 1985 ; 40 (1) : 11-28
- [25] David E. Bloom David Canning Jaypee Sevilla Economic growth and the demographic transition. Cambridge, National bureau of economic research ; 2001

Annexes

Annexe 1.	Détail des activités du projet HEHC.....	68
Annexe 2.	Outils de collecte.....	69

Annexe 1. Détail des activités du projet HEHC

1. Mise en place d'une stratégie CCC/IEC par les agents communautaires et l'intégration efficace des messages clés
 - Développer et multiplier des outils CCC/IEC sur l'intégration PF/WASH.
 - Tenir une formation des formateurs pour les ONG de mise en œuvre sur l'intégration des messages PF/WASH.
 - Former les agents communautaires sur l'approche intégrée PF/WASH et les messages clés.

2. Mise en œuvre de l'approche Commune Championne intégrée
 - Réunion d'introduction avec les autorités locales.
 - Orientation des acteurs locaux (comité de développement social).
 - Planification participative communautaire des objectifs.
 - Formation des agents communautaires sur l'approche Commune Championne intégrée.
 - Suivis des communes et évaluation du premier cycle.
 - Replanification (établissement de nouveaux objectifs).
 - Remise à niveau des acteurs (agents communautaires, comité de développement social).
 - Suivis des communes et évaluation du second cycle.
 - Certification Commune Championne intégrée des communes ayant atteint leurs objectifs lors d'un festival communautaire.

3. Mise en œuvre de l'Assainissement Total et du Marketing pour l'Assainissement (TSSM)
 - Tenir une formation du formateur pour les 18 membres du Club Vintsy.
 - Former les ONG et agents communautaires en TSSM.
 - Déclenchement et suivis des villages déclenchés en CLTS.

4. Mise en place d'un programme de services de distribution à base communautaire
 - Identifier et former des agents de vente à base communautaire.
 - Mettre en place un point d'approvisionnement intercommunal.
 - Approvisionner les points de vente en produits à base communautaire sur le PF/WASH.
 - Former les AC niveau 3 sur le Depoprovera.

Annexe 2. Outils de collecte

Questionnaire n°1 ONG exécutrice

Date : _____ ONG : _____
Personnes présentes/Fonction : _____

Planification du projet

- Avez-vous participé à l'élaboration du plan d'action décrit dans le contrat ?
- Est-ce que le chronogramme vous semblait satisfaisant ?
- Avez-vous vous-même fixé les objectifs ?
- Si non, est-ce que ceux fixés vous semblaient atteignables ?
- Au niveau de chaque commune, avez-vous couvert tous les fokontany ? Si non, lesquels avez-vous couverts ?

Mise en œuvre du projet

Ressources/structures des ONG

Collaboration avec le MCDI

- Dans quelle mesure avez-vous collaboré avec le MCDI ?
- En cas de besoin, le MCDI vous a-t-il fourni une assistance technique ?

Collaboration avec le WWF/Vintsy Club

- De quelle manière avez-vous accordé vos activités avec le WWF ?

Ressources financières, budget

- Avez-vous utilisé la totalité du financement qui vous a été attribué ?
- Avez-vous eu des difficultés à gérer votre budget ?
- Est-ce que les ressources mobilisées ont été suffisantes pour financer les activités du projet ?

Ressources humaines : TA

- Est-ce que les TA avaient les compétences nécessaires pour effectuer les tâches qui leurs étaient attribuées ? Si non, ont-ils reçu la formation nécessaire ?
- Est-ce que les outils de SE étaient faciles à utiliser ?

- Comment avez-vous procédé pour la collecte des données à tous les niveaux (AC, CSB) ?
- Les Techniciens animateurs sont-ils satisfaits du travail entrepris ?
- Quelles ont été les lacunes qui ont handicapé le travail des TA ?

Ressources humaines : AC

- Les AC ont été recrutés parmi la population des communes cibles. Pensez-vous que ces AC avaient la formation nécessaire pour assurer le suivi écrit des activités ?
- Un soutien plus accru de la part des TA aurait-il été nécessaire ?
- Les agents communautaires ont-ils eu du mal à appliquer les stratégies mises en place préalablement (évaluation du côté pratique des outils conçus)
- Quelles ont été les lacunes qui ont handicapé le travail des AC?

Activités

Réalisation

- Pour chacune des activités suivantes, pouvez-vous nous donner le degré de réalisation, les difficultés rencontrées et les solutions que vous avez mises en place pour y remédier ?
- Indiquer si les activités mises en places étaient adaptées, selon vous à la stratégie mise en place par MCDI.
- Proposer si vous le voulez, des moyens d'améliorer cette stratégie (partie : leçons apprises)

- 1 - Mise en place d'une stratégie de BCC / IEC basée principalement sur des volontaires communautaires de santé AC, et l'intégration efficace des messages clés de l'éducation sanitaire
- 2 - Mise en place d'une approche commune championne-PHE
- 3 - Mise en place d'un assainissement total et d'un marketing social
- 4 - Développer un programme de distribution de services de santé basé sur la communauté
- 5- Documenter et partager les leçons apprises et les success-story au sujet de la mise en place d'activités FP et WASH intégré à un programme environnemental

Bonnes pratiques

- Avez-vous identifié des bonnes pratiques chez les différents agents de mises en œuvre (TA, AC) ?
- Comment sont-ils arrivés au succès ?

Qualité de la relation entre AC et bénéficiaires

- Comment a été accueilli le projet HEHC au sein des bénéficiaires ?

- La plupart des AC étaient-ils suffisamment reconnues dans la communauté pour porter des idées novatrices ?

Renforcement des capacités de l'ONG

- Est-ce que le projet HEHC vous a apporté des compétences ? Lesquelles ?
- Quelles sont les principales leçons apprises que vous pouvez tirer du projet HEHC ? De la collaboration avec MCDI ?

Si MCDI vous proposait un nouveau projet, seriez-vous prêt à collaborer avec eux ? Deuxième HEHC serait bienvenu.

Questionnaire n°2 MCDI

Date :

Personnes présentes

- **MCDI :**
- **Enquêteurs :**

1. Planification du projet

1.1. Diagnostic communautaire et choix des priorités

- Comment avez-vous identifié les besoins des communautés ?

1.2. Elaboration du projet/contrats

- Comment avez-vous identifié les différentes stratégies du projet HEHC ?
- Quelles entités ont participé à l'élaboration du projet HEHC ?
- Avez-vous identifié d'autres projets déjà en place qui auraient pu influencer le projet HEHC ?
- Est-ce que le plan d'activités (stratégie, chronogramme) a été modifié après le début du projet ? Quelles ont été les lacunes dans le plan d'activités défini initialement et comment ont-elles été surmontées ?

2. Mise en œuvre du projet

2.1. Ressources

2.1.1. Collaboration avec les ONG

- Comment avez-vous recruté les ONG partenaires ?
- Avaient-elles les compétences suffisantes pour atteindre les objectifs alloués ?
- Que pensez-vous de la prestation des ONG ?
- Avez-vous eu des difficultés avec les ONG lors de la mise en œuvre ?

2.1.2. Collaboration avec le WWF/Vintsy Club

- De quelle manière avez-vous accordé vos activités avec le WWF ?
- Comment s'est fait le suivi entre vos activités et celles pilotées par le WWF ?

2.1.3. *Gestion financière*

- Est-ce que le budget a été ajusté au cours du projet ?
- Est-ce que les ONG ont eu des difficultés à gérer leur budget ?
- Est-ce que les ressources mobilisées ont été suffisantes pour financer les activités du projet ?

2.1.4. *Gestion logistique*

- Quel impact la chaîne logistique a-t-elle eu sur la distribution des équipements, fournitures lors de la mise en œuvre du projet ?
- Est-ce que la chaîne d'approvisionnement est suffisamment bien implantée pour assurer la durabilité des activités et l'apport de fournitures ?

2.2. Activités

2.2.1. *Réalisation*

- Est-ce que les activités prévues ont été réalisées ?
- Y a-t-il eu des difficultés lors de la réalisation ?

2.2.2. *Bonnes pratiques des AC*

- Est-ce que le MCDI a identifié des bonnes pratiques des différents agents de mises en œuvre (TA, AC) ?

2.2.3. *Qualité de la relation entre AC et bénéficiaires*

- Comment a été accueilli le projet HEHC au sein des bénéficiaires ?

2.2.4. *Gestion de l'information*

- Est-ce que le système de SE permettait de suivre les progrès vers les objectifs ?
- Comment avez-vous procédé pour la collecte et l'utilisation des données à tous les niveaux ?
- Pouvez-vous citer des exemples sur comment les données ont été utilisées pour prendre des décisions (de modification des activités par exemple) ?
- Est-ce que le projet a permis de renforcer des systèmes d'informations existant (au niveau des CSB par exemple) ?

3. **Résultats**

3.1. Atteinte des objectifs

- Est-ce que les activités réalisées ont permis d'atteindre les objectifs ?

3.2. Facteurs positifs ou négatifs influençant l'atteinte

- Avez-vous identifié des facteurs positifs/négatifs qui ont influencé l'atteinte des objectifs ?

4. Leçons apprises, success stories

- Quelles sont les leçons apprises et les success stories identifiées à la suite du projet HEHC ?

Gestion du projet

Formation du personnel

Est-ce que l'équipe de projet a renforcé ses connaissances/compétences grâce au projet ?

Y a-t-il eu suffisamment de moyens alloués à la formation de l'équipe ?

Quels sont les leçons apprises sur le renforcement des capacités de l'équipe ?

Gestion administrative et technique

- Est-ce que MCDI a reçu de l'aide extérieur

Collaboration avec USAID

Quel rôle a joué USAID dans la conception et la mise en œuvre du projet HEHC ?

Date :

Personnes présentes/fonction :

Présentation de l'évaluation finale : but, finalité

Présentation de WWF

Depuis quand travaillez-vous dans la région sud-ouest ?

Est-ce votre première collaboration avec le MCDI ?

Sinon depuis quand travaillez-vous avec eux ?

Pour le projet HEHC, êtes-vous en contrat avec le MCDI

Planification du projet

Avez-vous participé du plan d'action du projet HEHC ?

Est-ce que le chronogramme vous semblait satisfaisant ?

Avez-vous vous-même fixé les objectifs ?

Comment avez-vous collaboré avec le MCDI afin de créer un projet intégré ?

En quoi pour vous peut-on parler de programme intégré ?

Avez-vous élaboré un plan d'activités de vos propres activités ? Si oui, pourrez-vous nous le transmettre ?

Formation des acteurs du projet HEHC sur CLTS, l'environnement

Avez-vous mené des formations des acteurs du projet HEHC ? Si oui quels acteurs ont été formés ?

Club Vintsy, TA, AC ? Combien de fois ? A quel moment et combien de temps ? Sur quel sujet ?

Activités

Quelles sont les activités que vous avez coordonnées au sein du projet HEHC ? Auxquelles vous avez participé ? KM, CLTS, environnement ? Quels ont été les parties prenantes sur le terrain concernant l'environnement ?

Lors du projet, avez-vous développé des outils de formation du formateur ? De sensibilisation ? Si oui, à quel moment ? à qui ont été distribués ces outils (ONG, TA, AC, Club Vintsy, MCDI, bénéficiaires) ? Sur quel sujet ont-ils été élaborés ?

Suivi-évaluation

Quels indicateurs avez-vous utilisé pour suivre l'atteinte des objectifs ?

Comment ont été rapportées les activités que vous supervisiez ? Avez-vous fourni des outils de gestion aux agents de terrain ?

Supervision

Avez-vous mené des supervisions d'activités sur le terrain ? Lesquelles ? A quelle fréquence ?

Avez-vous eu des revues régulières avec les différents acteurs sur le terrain (Club Vintsy, TA, AC) ?

Direction

Avez-vous eu des réunions de coordination avec le MCDI ? A quelle fréquence ?

Pour conclure cet entretien

Avez-vous des bonnes pratiques, leçons apprises, success stories à nous partager ?

Avez-vous des suggestions/recommandations à apporter au projet HEHC ? à MCDI ?

Lieu de l'enquête :

Personnes présentes à l'entretien :

Date :

Présentation de notre part

Présentation de PSI :

- 1) Depuis quand travaillez-vous dans la région Sud-ouest ?
- 2) Comment avez-vous été amené à collaborer sur le projet HEHC ?
- 3) Avez-vous signé un contrat avec le MCDI ? Pouvez-vous dans ce cas nous fournir les termes du contrat ?

Présentation de leurs activités

- 1) Relation avec MCDI ? Des réunions ont-elles eu lieu pour la gestion de l'approvisionnement en produits par PSI ?
- 2) PSI alimente les P.A en produits. Comment se déroule le passage de commande ? Comment se déroule la distribution ? (Fréquence de passage des commandes, Fréquence de distribution, moyens logistiques mis en œuvre)

Gestion de stock et système d'approvisionnement

- 1) Comment s'est fait l'approvisionnement des PA ? A quelle fréquence les approvisionnez-vous ?
- 2) Comment ont été calculés les besoins ? consommation/ventes? Prévalence des maladies ?
- 3) avez-vous un système de gestion des stocks ? Comment est-il articulé ? présence de fiche de stock ?
- 4) PSI attend-il la commande de plusieurs P.A d'un district pour alimenter les P.A ?
- 5) PSI a souffert de plusieurs ruptures de stock d'après nos informations de terrains. Quelles en sont les causes et à quel(s) niveau(x) ces ruptures ont-elles eu lieu ? Quels produits étaient concernés.
- 6) Nous avons observé un oubli des SRO dans le programme. En effet aucun acteur de terrain nous a parlé de ce produit. Etes-vous de votre côté en rupture ? avez-vous des commandes de ce produit par les P.A ?
- 7) Y a-t-il des spécificités pour le district de Morombe en ce qui concerne l'approvisionnement? utilisez-vous la même plate-forme de stock pour distribuer les produits dans ce district ?
- 8) Auditez-vous vos P.A régulièrement ?
- 9) PSI contrôle-t-il les P.A au niveau de leur pratique ?
- 10) Comment pouvez-vous lutter contre l'absentéisme des P.A ?
- 11) Les P.A ne sont pas contrôlés par MCDI (audit externe). Serait-il envisageable un tel contrôle dans un nouveau programme.

Recrutement des PA

- 1) Comment se déroule le recrutement des PA ?
- 2) Sur quels critères avez-vous sélectionné les points d'approvisionnement ? (qualifications, XP)
- 3) Initialement un PA devait couvrir 3-4 communes, finalement 1 PA/commune a été retenu, pourquoi ? Qui a décidé de cette nouvelle orientation ?
- 4) Est-ce que les PA étaient déjà présents avant le projet HEHC ?
- 5) Ont-ils reçu une formation spécifique pour la gestion de stocks ?
- 6) Et pour le passage des commandes ?
- 7) Savez-vous si les P.A sont utilisés par plusieurs ONG sur le terrain ? si oui lesquelles ?

Pratiques des P.A

- 1) Comment est-ce que le PA fournit les AC ? Est-ce lui ou les AC qui se déplacent ?
- 2) Si ce sont les AC, est ce que le PA a des heures d'ouverture fixes ? est-ce que le PA a le devoir d'être présent sur le lieu de stock à tout moment ?

Gestion des déchets :

- 1) Récupérez-vous les bouteilles de sur'eau usagés ? Est-ce qu'on vous les retourne au niveau des P.A ?
- 2) Quelle est la politique de PSI sur ce sujet ?
- 3) Que faites-vous des bouteilles usagées ensuite ?

Questions relevées lors de l'enquête

« Il fournissent les P.A lorsque ces derniers passent commande. C'est lorsqu'un groupe de commande est fait que PSI distribue les produits aux PA. »

- 1) PSI attend-elle la commande de plusieurs P.A d'un district pour alimenter les P.A qui ont passé commande ?
- 2) Pouvez-vous nous indiquer comment l'approvisionnement des P.A se déroule en pratique de votre côté ?
- 3) Les P.A ne sont pas présents et motivés, il ne donne pas d'ordre de commande à PSI. Comment PSI envisage-elle de lutter contre cet absentéisme ?
- 4) Comment souhaitez-vous pérenniser cette activité d'approvisionnement au niveau national ?

Barrières :

- 4) Les P.A ne sont pas toujours présents à leurs postes (parfois ils sont dans une autre ville)
- 5) Les P.A n'ont pas assez de formations de gestion
- 6) Les P.A n'arrivent pas à vivre de cette activité car trop petit volume.

Indicateurs à renseigner :

Nombre de mois de rupture en cumulé des P.A pour les produits PF :

Nombre de mois de rupture en cumulé des P.A pour le sur'eau :

Nombre de mois de rupture en cumulé des P.A pour les SRO :

Nombre de P.A situés dans le chef-lieu de la commune :

Pouvez-vous nous fournir la liste des P.A en activité. Les commandes qu'ils ont réalisées depuis Juin 2011 ?

Recommandations (qu'en pensez-vous ? avez-vous des suggestions supplémentaires ?)

- 1) Etudier les causes des ruptures de stocks de PSI et y remédier si cela est possible avant la mise en place d'un nouveau projet.
- 2) Multiplier les PA et en faire des points multimodales : distribution, incinération et sensibilisation des AC afin de pérenniser l'activité.
- 3) Assurer l'approvisionnement par le CSB en PF et donc donner la consigne aux CSB de fournir les AC communautaires en produits PF.
- 4) Assurer un lot de démarrage plus important pour les AC afin de lancer une réelle activité économique.
- 5) Changer le P.A quand celui-ci n'est pas performant et absent. Pour cela visite mensuelle de l'ONG et de PSI (Planning à créer) et si 3 absences on change de personne. Il faut donc garder un contrôle sur l'approvisionnement, au moins un rôle de suivi.
- 6) PSI doit permettre à MCDI un audit externe, à négocier avec eux à travers l'USAID.

Date :

Personnes présentes :

Présentation de notre activité, de notre rôle et de la raison pour laquelle nous les avons conviés à cette réunion.

Présentation du Club Vintsy :

Quelles sont les activités du Club Vintsy ? Avez-vous déjà collaboré avec le MCDI ? Comment avez-vous été mis en contact avec le MCDI pour le projet HEHC ? Par WWF ? À Tana ou Tuléar ?

Avec qui le Club Vintsy a été en contrat pour le projet HEHC ?

Formation :

- Quelle formation avez-vous reçu pour mener les activités du projet HEHC ?
- Combien de formation avez-vous reçu ?
- Qui vous a dispensé cette formation ?
- Quand avez-vous reçu cette formation ?
- Combien de membres ont été formés ?
- Initialement MCDI voulait former 18 membres, pourquoi 16 ?

- Quelles ont été les notions apprises durant les formations ?
- Avez-vous été formés à la prévention des maladies diarrhéiques ?
- Pouvez-vous nous citer les trois moyens de contamination orale des maladies diarrhéiques ?

Comment de façon pratique s'est déroulé le rapprochement avec les ONG sur le terrain ? Comment ont-ils rencontré les AC et TA ?

Activités

- Quelles activités avez-vous mené au sein du projet HEHC ?
- Avez-vous déjà de l'expérience dans ce domaine ?

- ❖ Pré déclenchements CLTS : Avez-vous participé au pré déclenchement ? Comment s'est déroulée cette activité ? Qui était présent ? Quelle était votre rôle ? Celui du TA ? Celui des autres ?

- ❖ Déclenchement CLTS : Quand avez-vous débuté cette activité ? Comment se sont déroulés les déclenchements ? Qui était présent ? Quelle était votre rôle ? Celui du TA ? Celui de l'AC ?

- ❖ Suivi CLTS : avez-vous participé au suivi post déclenchement ?
- ❖ A tous ? Avec qui ? Comment se sont déroulés les suivis ?

Que pensez-vous de l'approche CLTS ?

Quelles ont été les facteurs favorisants/bloquants de l'approche ? De manière générale ?

Avez-vous utilisé des outils de sensibilisation, de gestion ? Si oui, lesquelles et qui vous les a fournis et quand? Comment les avez-vous trouvés ? Facile à manipuler ?

Avez-vous particulièrement sensibilisé les AC avant le déclenchement? Les bénéficiaires ?

Pouvez-vous nous donner le nombre de village déclenché ? Nombre de suivi en moyenne par village ? Le nombre de village qui sont devenus SDAL ? Toilettes construites ?

- ❖ Avez-vous mené des autres activités ? Identification et mise en relation avec des prestataires de matériels de construction des latrines pour l'approche TSSM? Sensibilisation sur l'environnement ?

- ❖ Environnement et protection des aires de haute biodiversité :
Avez-vous effectué la mesure de l'impact environnemental pour le projet HEHC : baseline ? et suivi ?

Avez-vous utilisé des outils de sensibilisation, de gestion ? Si oui, lesquelles et qui vous les a fournis et quand? Comment les avez-vous trouvés ?

Avez-vous particulièrement sensibilisé les AC ? Les bénéficiaires ?

En pratique, quelles activités avez-vous réalisé (VAD, sensibilisation de masse)? Sur quel sujet de protection environnementale ? Combien de communes ou Fokontany avez-vous visité et sensibilisé depuis le début du programme ?

Autour des activités

Quels sont les moyens techniques à disposition du Club Vintsy ?

Avez-vous un plan d'activités ? Créé par qui ?

Que pensez-vous de la charge de travail ? Couverture des communes ?

Finance

Ressource pour mener les activités ? Comment ont été budgétisées les activités du projet HEHC ? Par qui ? Quel est votre bailleur de fond ? Etes-vous volontaire ou rémunéré ?

Rapportage

Avez-vous eu de revue régulière avec le MCDI ? Avec WWF ? A qui rappez-vous vos activités ?

Relation avec autres acteurs du projet

Que pensez-vous de votre relation avec le TA ? Avec MCDI ? Avec WWF ? Quelle a été la part de WWF dans le projet HEHC ?

Pour conclure cet entretien

Avez-vous des bonnes pratiques, leçons apprises, success stories à nous faire partager ?

Avez-vous des suggestions/recommandations à apporter au projet HEHC ? Sur ses activités ?

Date :	
Commune :	
Fokontany :	
ONG :	
DEPOCOM :	
CSB :	
Enquêteurs :	

I. Présentation des enquêteurs et des objectifs de l'évaluation

II. Evaluation sur le Projet HEHC

2.1.		Y a-t-il des animateurs du projet HEHC dans votre commune ? si OUI, parlez-nous de votre relation avec les animateurs.	OUI	NON
		bonne		
		mauvaise		
		Autre réponse →		

III. Mikasika ny Projet HEHC

<u>Appréciations générales du projet</u>			OUI	NON
3.1.		Comment appréciez-vous le projet HEHC en général dans votre commune		
		À propos de la PF →		
		À propos du wash →		
		À propos de la potabilisation de l'eau →		
		À propos de l'environnement →		
<u>Sites DEPOCOM : approvisionnement</u>			OUI	NON
3.2.		Existe-t-il un AC DEPOCOM dans votre commune ?		
3.3.		Si OUI, qui approvisionne ces sites en intrants de santé ? →		

3.4.		Comment voyez-vous l'approvisionnement des sites DEPOCOM ?		
3.5.		Avez-vous des suggestions pour améliorer l'approvisionnement des sites DEPOCOM ? →		
<u>Sites DEPOCOM : Supervision</u>				
3.6.		Ces sites DEPOCOM sont-ils supervisés ? si OUI, qui les supervisent ? →		
3.7.		Avez-vous des problèmes dans la supervision des sites DEPOCOM ?		
	3.7.1.	Si OUI, expliquer. →		
3.8.		Avez-vous des suggestions pour améliorer la supervision des sites DEPOCOM ? →		
<u>Sites DEPOCOM : gestion de déchets</u>				
3.9.		Comment voyez-vous la gestion des déchets des sites DEPOCOM ? (seringue, coton, aiguille...)		
		Ramassés et mis dans les boîtes de sûreté qui une fois remplies seront incinérés au CSB		
		Ramassés et brûlés dans des fosses creusées autour du site		
		Autres réponses →		
<u>Sites DEPOCOM : RAPPORT D'ACTIVITES</u>				
3.10.		L'AC vous envoie-t-il un rapport d'activité mensuel ?		
		Comment appréciez-vous ce rapport ?		
		Clair		
		Difficile à exploiter		
		Autres réponses →		
3.11.		Avez-vous des suggestions pour améliorer le rapportage des AC. Expliquer. →		
3.12.		Est-ce que le projet HEHC a permis d'améliorer les indicateurs de santé du CSB ? Donner des exemples d'indicateurs.		
3.13.		Avez-vous des suggestions pour améliorer les prestations des AC et du TA ? →		

IV. Relation avec les autres ONGs / projets

			OUI	NON
4.1.		Existe-t-il d'autres ONGs / projets qui utilisent les mêmes AC dans votre commune ?		
	4.1.1.	Si OUI, lesquels ? →		
4.2.		Comment les AC se prennent-ils vis-à-vis des ONGs / projets ?		
	4.2.1.	Les activités sont-elles complémentaires ? →		
<u>Leçons apprises / bonnes pratiques</u>				
4.3.		Pourriez-vous nous partager les leçons apprises que vous avez tiré du projet ? Expliquer. →		

V. Conclusion

5.1. y a-t-il autres choses que vous voulez rajouter ? lesquelles ? →
--

Date :	
Commune :	
Fokontany :	
ONG :	
DEPOCOM :	
TA :	
Enquêteurs :	

VI. Présentation des enquêteurs et des objectifs de l'évaluation

VII. Evaluation sur le Projet HEHC

<u>Formation des AC</u>			OUI	NON
2.1.		Avez-vous reçu une formation en FDF des AC pour le projet dans tous ses composants ?		
		Sur la PF		
		Sur le lavage des mains		
		Sur la potabilisation de l'eau		
		Sur l'environnement		
2.2.		Avez-vous pu former les AC à leur tour ?		
	2.2.1.	Si NON, pourquoi ? →		
2.3.		Avez-vous pu superviser les AC ?		
		Si OUI, comment voyez-vous les prestations des AC aux sites ? satisfaisant ou non ?		
		La qualité de leur sensibilisation		
		La qualité de l'accueil réservée aux femmes DEPOCOM		
		La qualité des VAD faites		
		La gestion des déchets au DEPOCOM		
		Avez-vous autre chose à ajouter par rapport aux prestations de l'AC ? →		

<u>Gestions de déchets sites DEPOCOM</u>					
2.4.		Après les injections faites aux sites DEPOCOM, comment les AC gèrent-ils les déchets ?			
		Ils les ramassent dans des safety boxes réserves à cet effet et qu'ils remettent après aux CSB pour incinération.			
		Ils les brûlent sur place dans un trou creusé à cet effet.			
		Autres réponses →			
<u>Dotation de matériels / équipements après formation</u>				OUI	NON
2.5.		D'après vous, les AC ont-ils été suffisamment dotés en outils IEC après la formation ?			
		Pour la PF			
		Pour la potabilisation de l'eau			
		Pour le wash			
		Pour l'environnement			
	2.5.1.	Si NON, expliquer. →			
2.6.		D'après vous, les AC sont-ils motivés à assurer leur fonction après la formation ?			
		Motivé			
		Non motivé			
		N'a pas du tout travaillé			
2.7.		D'après vous, quelles pourraient être les raisons de démotivation des AC ?			
		Problème financier			
		Réticence de la communauté			
		Distance à parcourir			
		Autres réponses →			
<u>Approvisionnement du site DEPOCOM en intrants</u>					
2.8		Qui approvisionne le site DEPOCOM en intrants de santé. →			
			OUI	NON	
2.9		Cet approvisionnement est-il régulier ?			
	2.9.1	Sinon, quelle peut être la cause ? →			

2.10		Pouvez-vous donner des suggestions pour améliorer l'approvisionnement en intrants ? →		
2.11		Avez-vous discuté avec les AC ou la communauté pour trouver ensemble une solution à un problème lié à l'approvisionnement ? Raconter. →		
2.12		Avez-vous des modèles de bonnes pratiques qu'on peut partager avec d'autres sites ? Raconter. →		
Rapports d'activités				
2.13		À qui les AC envoient-ils leur rapport d'activités mensuel ? →		
2.14		L'AC envoie-t-il le même rapport aux différents niveaux hiérarchiques?		
2.15		Avez-vous des suggestions pour améliorer le rapport mensuel des AC ? Expliquer. →		

VIII. Relation avec les autres ONGs ou projets installés dans la commune

			OUI	NON
3.1.		Y a-t-il d'autres ONGs ou projets dans la commune qui utilisent ces mêmes AC ?		
3.2.		Si OUI, lesquels ? →		
3.3.		Comment voyez-vous le service offert par l'AC vis-à-vis de ces ONGs ou projets ?		
		Complémentaire		
		Non complémentaire		
		Autre réponse →		
3.4.		D'après vous, un AC utilisé par deux ou trois ONGs/projets est-il efficace ? Expliquer. →		
3.5.		Avez-vous des suggestions pour améliorer la coordination des activités de l'AC devant 2 ou 3 ONGs/projets →		

IX. Autres suggestions

4.1. Avez-vous autre chose à révéler en plus de tout ce qui a été dit pour améliorer le projet ?

Questionnaire n°8 Agent communautaire

Date :	
Commune :	
Fokontany :	
ONG :	
DEPOCOM :	
AC :	
Enquêteurs :	

X. Présentation des enquêteurs et des objectifs de l'évaluation

XI. Evaluation sur le Projet HEHC

FORMATION		Oui	Non
2.1.	Avez-vous été formé en HEHC ?		
	Planning Familial		
	Hygiène		
	Potabilisation de l'eau		
	Environnement		
2.2.	Qui vous a formé ?		
	TA		
	ONG		
	Autre réponse →		
2.3.	Comment avez-vous trouvé la formation ?		
	Difficile		
	Facile		
	Moyen		
	Facile à appliquer		
	Autre réponse →		
		OUI	NON
2.4.	Pouviez-vous sensibiliser la population tout de suite après la formation ?		
2.4.1.	Si OUI, dans quel domaine ?		
	Planning Familial		
	Potabilisation de l'eau		

		Hygiène		
		Environnement		
	2.4.2	Si NON, pourquoi ? →		
2.5.		A quelle fréquence effectuez-vous vos séances de sensibilisation ?		
		Sensibilisation de masse →		
		Visite à domicile →		
2.6		Comment trouvez-vous les sensibilisations visite à domicile ?		
		Très utile		
		Assez utile		
		Inutile		
		Surcharge de travail		
		Autre réponse →		
2.7.		D'après vous, la population est-elle favorable à appliquer vos sensibilisations ?		
	2.7.1	Si OUI, donnez des résultats des bonnes pratiques appliquées :		
		Nombre de femmes utilisant le PF		
		Nombre de puits construits		
		Nombre de WC / douche construits		
		Nombre de pieds plantés en reboisement		
	2.7.2	Si NON, pourquoi ?		
		Problème de financement		
		Problème de distance (éloignement)		
		Autre réponse →		
<u>OUTILS DE SENSIBILISATION</u>			OUI	NON
2.8.		Avez-vous été doté en matériels après la formation ?		
	2.8.1	Si OUI, lesquels ? sont-ils suffisants ? Expliquez.		
		En Planning Familial		
		En potabilisation de l'eau		
		En Hygiène		
		En environnement		
2.9.		Ces outils vous permettent-ils d'effectuer votre travail ?		
<u>Gestion de déchets sites DEPOCOM</u>			OUI	NON
2.10		Après les séances de DEPOCOM, comment rangez-vous les déchets ? (seringue, coton,...)		
		Rangés dans une safety box		
		Jetés à l'incinérateur du CSB		
		Autre réponse →		

		Approvisionnement des sites DEPOCOM		
2.11		D'où proviennent les produits que vous utilisez dans les sites DEPOCOM ? →		
2.12		L'approvisionnement est-il régulier ?		
	2.12.1	Si NON, quel serait la raison ou le problème ? →		
2.13		Avez-vous des suggestions pour l'amélioration de l'approvisionnement ? →		
		RAPPORT D'ACTIVITES		
2.14		Envoyez-vous des rapports réguliers de vos activités ?		
	2.17.1	Si OUI, qui sont les destinataires de ces rapports ?		
		TA		
		ONG		
		CSB		
		Autres (WWF, KM/MCDI, Club Vintsy)		
		2.17.1.1. Si vous envoyez à plusieurs destinataires, s'agit-il du même rapport ou de rapports différents ?		
		2.17.1.2. Si c'est différent, expliquez. →		
			OUI	NON
	2.17.2	Si NON, pourquoi ?		
		Manque d'outils pour faire le rapport (papier, stylo...)		
		Manque d'autres documents		
		Pas d'instructions de rapport d'activités		
		Autres réponses →		
		LECONS APPRISES ET BONNES PRATIQUES		
2.18		Il est fréquent de rencontrer des problèmes. Racontez comment avez-vous résolu des problèmes dans le terme du projet HEHC ? Quelles bonnes pratiques pouvez-vous partager de ce que vous avez vécu dans ce projet ? →		
2.19		Pouvez-vous affirmer que le projet HEHC a renforcé vos expériences et vos acquis ? →		

XII. Collaboration entre les acteurs du projet HEHC

		Relation entre les équipes du projet		
3.1.		Parlez-nous des relations que vous entretenez avec les autres acteurs de ce projet HEHC ?		
		Relation avec l'ONG :		
		Relation entres AC :		
		Relation avec le responsable du CSB :		

		Relation avec le TA :		
Supervision			OUI	NON
3.2.		Existe-t-il des suivis de vos activités ?		
	3.2.1.	Si OUI, qui effectue ces supervisions ? →		
	3.2.2.	Donnez-nous vos impressions sur ces supervisions ? →		

XIII. Collaboration avec les autres ONGs (KM/ MCDI, WWF, Club Vintsy)

		OUI	NON
4.1.		Y a-t-il d'autres ONGs qui font également appel à vous AC dans votre commune ?	
	4.1.2.	Qui sont-ils ? →	
4.2.		Parlez-nous de la complémentarité des activités du projet HEHC avec les activités de ces ONGs.	
	4.2.1	Si NON, expliquez. →	

XIV. CONCLUSIONS

5.1. Avez-vous quelque chose à ajouter ? →

I- ACCUEIL ET EXPLICATION (15mn)

A. Introduction

Merci d'être venu, votre présence est importante. Nous allons nous entretenir pendant une heure environ.

Je me présente, je suis... et je suis l'animateur pour faciliter la discussion. Je ne donnerai pas d'avis, ce sont vos opinions qui comptent. Tout ce que vous racontez, même si la session est enregistrée sur dictaphone, restera entre nous. Mon/ma collègue : il/elle s'appelle...

B. Objectifs

1. Nous allons parler de ce que vous ou vos amis dans le village pensez du projet HEHC, de ses composantes, des avantages que pourraient vous apporter ce projet (Planning Familial – Latrines – Hygiène – Environnement), ou même des inconvénients de ce projet. Que pensez-vous des animateurs (AC et TA), de leur méthode d'animation / sensibilisation, des outils qu'ils ont utilisés pendant la sensibilisation.
2. Nous nous intéressons à toutes vos idées, à tous vos commentaires et à toutes suggestions.
3. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses. Nous serons contents de recevoir tous vos commentaires positifs et/ou négatifs, de recevoir toutes vos suggestions pour pérenniser le projet dans ses composantes, et toutes vos attentes sur le projet.

C. Méthode

L'enregistrement est nécessaire pour que ce que vous dites soit fidèlement transcrit et rapporté. Vos identités ne seront pas signalées ou divulguées.

Le plan de l'allocation de vos places sera dessiné pour faciliter le rapportage. Tout est confidentiel, soyez-en rassuré.

Pour prendre la parole, vous n'avez pas besoin d'une autorisation. Toutefois, ne parlez pas en même temps car l'enregistrement ne sera pas clair.

Arrêtez-moi si vous voulez ajouter quelque chose.

D. Présentations

Maintenant, je vous demande de vous présenter à tour de rôle. Comment vous appelez-vous ? Que faites-vous dans la vie ?

II- DISCUSSIONS AVEC LES BENEFICIAIRES

1- à propos de la mise en place du projet dans la commune

- Que savez-vous du projet HEHC dans votre commune ? (guider ou orienter vers les composantes)

- Ce projet a certainement apporté de bonnes leçons pour vous : voulez-vous nous parler des avantages et des inconvénients de ce projet ? (expliquer à chaque fois)

- Avez-vous de temps en temps aidé l'agent communautaire en lui apportant des suggestions pratiques et réalistes dans la mise en œuvre du projet dans ses différentes composantes (latrines, lutte contre la défécation à l'air libre, wash, environnement et protection de la forêt et PF)

- Si oui, quelles suggestions ou améliorations avez-vous proposées à l'agent communautaire pour pérenniser le projet ?

2- à propos de la qualité de mise en œuvre par les AC et TA

Il y a les AC et les TA qui vous ont aidé, sensibilisé pendant la mise en œuvre du projet. Ils vous ont donné des conseils pour toutes les composantes du projet, il arrive même que les AC viennent dans votre domicile.

- Comment appréciez-vous les AC dans leurs prestations de sensibilisation ? (leur explication, leur comportement, les outils d'animation mis à leur disposition, la conduite des VAD qu'ils ont faits).

- Avez-vous proposé des suggestions d'amélioration pratique aux AC pour améliorer la qualité de la sensibilisation qu'ils font ? si oui, lesquelles ?

3- À propos des autres attentes des bénéficiaires

- Avez-vous d'autres attentes non satisfaites pendant la mise en œuvre du projet ? Si oui, lesquelles ?

- Avez-vous d'autres bonnes idées pour améliorer le projet dans le futur ? ou des suggestions ?

III- FIN DE LA DISCUSSION. REMERCIER LES PARTICIPANTS.

Résumé de la thèse en français

La région Atsimo Andrefana, située au Sud-Ouest de Madagascar, connaît un accroissement naturel de 2,7% qui engendre une destruction massive du milieu naturel et de la biodiversité unique de cette région. De plus, les croyances locales et les faibles taux d'alphabétisation entravent la pratique des gestes d'hygiène et l'utilisation de latrines, nécessaires à la réduction des maladies diarrhéiques.

C'est dans ce contexte que MCDI a implémenté, dans 15 communes de la région, le projet HEHC intégrant différentes approches visant le contrôle de la démographie, l'accès à une eau saine, l'assainissement et l'hygiène ainsi que la protection de l'environnement dans un objectif commun d'améliorer de manière parallèle la santé de la population et l'environnement, deux thèmes intimement liés.

Il a été établi comme objectif d'évaluer le processus du projet au terme de celui-ci. La méthodologie d'étude a été développée de manière distincte selon trois objectifs spécifiques. Tout d'abord, la détermination de l'atteinte des objectifs s'est faite grâce au croisement des données des 14 indicateurs de suivi du projet avec les informations recueillies lors des entretiens avec les acteurs du projet. Concernant la qualité de la mise en œuvre des activités, une analyse 'forces, faiblesses, opportunités, menaces' a été conduite suite à la collecte des propos provenant des responsables des ONG lors d'un brainstorming. Enfin des focus groups ont été menés avec les bénéficiaires du projet afin de réunir leurs appréciations des activités et services proposés par le projet.

Le planning familial est apparu comme le thème du projet qui a le mieux fonctionné, en termes d'acceptation par les bénéficiaires et d'augmentation de la contraception. Il a été noté une amélioration des pratiques d'hygiène notamment concernant le lavage de main, mais la construction et l'utilisation de latrines restent difficile. Enfin, ayant pâti de la collaboration entre le MCDI et le WWF, les activités liées à la protection de l'environnement ont été quasi absente du projet.

L'évaluation a permis de mettre en avant les bonnes pratiques repérées lors de ce projet afin de les partager avec les différents acteurs œuvrant dans les mêmes thématiques.

A travers cette évaluation finale, c'est l'étude d'un programme horizontal qui a été réalisé.

Il semble pertinent de poursuivre les programmes horizontaux afin d'améliorer les résultats dans le domaine de l'assainissement et de la protection de l'environnement. Cependant il a été établi que l'intégration des activités n'était pas le bon moyen de répondre aux besoins dans les domaines du planning familial, de l'eau et l'assainissement et de l'environnement mais que l'apport principal du programme horizontal réside dans l'économie d'échelle qu'il engendre.

