



Evaluation réalisée avec l'appui du F3E pour INTER AIDE

Evaluation externe du projet de réduction de la mortalité infanto-juvénile
dans les districts de Manakara et Vohupeno – Madagascar

Résumé de l'Etude

Date : Décembre 2007

Auteurs : Dr David Masson, Dr Mamy Tiana Rakotoarimanana

Bureau d'études
STEPS Consulting Social
5 Rue de la Claire
69 009 Lyon – France
Tel/Fax : +(33) 4 37 64 16 66
Mail contact@steps-cs.com

RESUME DE L'ETUDE

L'évaluation présentée dans ce document a été réalisée à la demande de l'organisation française Inter Aide avec l'appui technique et financier du F3E. Elle a été portée par le bureau d'étude STEPS Consulting Social et menée par un médecin malgache, le Docteur Mamy Tiana Rakotoarimanana et un pédiatre français, le Docteur David Masson.

Objet de l'étude

L'objet de ce travail était une évaluation externe du programme de lutte contre la mortalité infanto-juvénile développé par Inter Aide dans le district de Manakara, au sud-est de l'île de Madagascar.

Ce programme, débuté en 2002, atteint la fin de son second cycle de trois ans. L'objectif principal était la diminution de la mortalité liée au paludisme et aux diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans.

Après quelques adaptations au début de l'intervention, ce programme a développé une méthodologie originale d'intervention et mis en place des outils de mesure d'impact.

La stratégie d'intervention a été « glissante », chaque zone d'intervention (2 à 4 communes) bénéficiant du programme pour une durée de six mois. Ensuite, les activités communautaires se poursuivaient et l'équipe d'Inter Aide intervenait dans une nouvelle zone.

Malgré cette durée relativement courte pour réaliser des activités dont un des buts était d'entraîner des changements de comportement dans le domaine sanitaire, les impacts mesurés par Inter Aide ont montré un effet important et prolongé dans le temps sur l'amélioration des indicateurs.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5), particulièrement élevé avant intervention - de l'ordre de 200‰ - a diminué, dans chaque zone d'intervention, de façon flagrante, pour atteindre en 2007, sur l'ensemble des zones dans lesquelles le programme était intervenu, la moyenne d'environ 80‰.

Les prévalences instantanées de fièvre et de diarrhées montrent aussi des réductions importantes à la suite de l'intervention du programme.

Ces améliorations, selon une enquête témoin réalisée par Inter Aide, n'étaient pas liées à une amélioration globale de l'état de santé des enfants dans le district, puisque le TMM5 dans la zone témoin était retrouvé à 150‰ et que les prévalences instantanées de fièvre et de diarrhée étaient deux à trois fois supérieures par rapport aux zones d'intervention d'Inter Aide.

L'interrogation d'Inter Aide concernait la fiabilité de ces résultats qui ne pouvaient pas être validés par d'autres sources (faute de données) et qui étaient basés sur ses propres enquêtes.

La demande dirigée vers l'évaluation portait donc sur plusieurs points.

En premier lieu, il était demandé d'analyser la méthodologie d'enquête, de valider les résultats s'ils paraissaient fiables et de qualifier la représentativité des indicateurs suivis.

En deuxième lieu, si l'évaluation confirmait la réalité de l'amélioration des indicateurs, il était demandé d'étudier les aspects méthodologiques qui pouvaient expliquer l'importance de la diminution des TMM5 et des autres indicateurs.

Enfin, toujours dans l'hypothèse d'une confirmation de l'impact observé, il était demandé de chercher une explication à l'effet positif prolongé dans le temps, malgré le départ des équipes d'Inter Aide après quelques mois.

Finalement, la reproductibilité de cette approche et les apports qui pourraient être proposés à la politique nationale de santé de Madagascar étaient questionnés.

Analyse de la validité des enquêtes ‘Inter Aide et de la représentativité des indicateurs

Les enquêtes d’Inter Aide sont réalisées au début de chaque année, dans tous les villages où les activités ont été menées depuis le début du programme (enquêtes d’évaluation), ainsi que dans les villages des communes où une intervention est envisageable (enquêtes initiales). Les enquêtes d’évaluation permettent de mesurer l’impact, année après année et les enquêtes initiales orientent la stratégie d’intervention. La priorité est donnée aux communes présentant les indicateurs de mortalité les moins bons et les prévalences de fièvres et de diarrhées les plus hautes. Les enquêtes sont menées par des enquêteurs villageois, formés et supervisés par Inter Aide. Elles durent trois semaines. Elles réalisent un recensement exhaustif des familles et des enfants de moins de cinq ans, collectent, pour l’année écoulée les naissances et les décès avant cinq ans, et comptabilisent le nombre d’enfants dormant sous moustiquaire et ceux ayant accès à l’eau potable. A partir du nombre de décès d’enfants de moins de cinq ans de l’année, la mortalité infanto-juvénile est calculée par extrapolation du taux de mortalité annuel.

L’évaluation a étudié la méthodologie des enquêtes d’Inter Aide, a comparé les résultats de ces enquêtes sur deux années différentes (entre 2005 et 2007 pour certaines communes ; entre 2006 et 2007 pour d’autres) et a réalisé des enquêtes contrôle, afin d’observer la reproductibilité des résultats.

La méthodologie des enquêtes a été affinée au cours des années. Celle qui est utilisée actuellement est simple et les enquêteurs villageois que nous avons supervisés se sont révélés compétents dans la conduite de l’interrogatoire et le remplissage du questionnaire d’enquête.

La première enquête contrôle que nous avons réalisée s’est attachée à mesurer les taux de mortalité dans des communes prises au hasard et à croiser les résultats avec ceux des enquêtes Inter Aide. La comparaison n’a pas donné toute satisfaction, les effectifs inclus dans les enquêtes contrôles étant trop réduits pour permettre de conclure dans un sens ou dans un autre. Des biais potentiels ont été mis en évidence, tels que la non exhaustivité des enquêtes ainsi que les incertitudes liées à l’âge réel des enfants (qui n’ont pas de documents spécifiant leur date de naissance) et sur la date du décès dont il était difficile d’affirmer si elle entraînait toujours dans la période étudiée par l’enquête.

Pour l’étude comparative des enquêtes d’Inter Aide, l’évaluation a repris toutes les données d’une quarantaine de villages et a comptabilisé le nombre d’enfants de moins de cinq ans dans les familles sur une vingtaine de villages. L’hypothèse formulée était que si les biais précités se compensaient sur de grands effectifs, la classification des familles selon le nombre d’enfants de moins de cinq ans présents dans la famille devait être stable d’une enquête à l’autre. L’analyse des résultats sur plus de trois mille enfants a confirmé cette hypothèse et a montré qu’au-delà de 1800 enfants, les répartitions étaient tout à fait superposables, d’une enquête sur l’autre. Cette confirmation permettait d’affirmer que, à partir de l’échelle d’une à deux communes, les données démographiques d’Inter Aide étaient valides.

L’autre enquête contrôle s’est attachée à mesurer le nombre de décès sur les cinq dernières années, pour les enfants nés il y a cinq ans et de comparer le résultat au TMM5 calculé par extrapolation par Inter Aide. Le TMM5 mesuré a été trouvé statistiquement identique au TMM5 calculé. Par ailleurs, les TMM5 calculés par Inter Aide sont proches des TMM5 mesurés dans les enquêtes nationales, à condition socio-économiques équivalentes. Ces deux arguments ont permis de valider ce mode de calcul, ainsi que la fiabilité du recueil de données qui est à la base de celui-ci.

Nous avons précisé comment calculer l'intervalle de confiance qui, du fait de l'utilisation d'une extrapolation mathématique, se trouve élargi, en particulier lorsque le taux annuel de mortalité est élevé.

Les autres indicateurs suivis par Inter Aide sont les taux de mortalité spécifiques liés au paludisme et aux diarrhées, ainsi que les prévalences instantanées de symptômes de fièvre ou diarrhée observés le jour de l'enquête. Concernant les TMM5 spécifiques, l'interrogatoire rétrospectif des parents pour qualifier la cause du décès nous paraît un facteur de confusion potentiel. La représentativité de ces indicateurs est à appréhender très prudemment. Néanmoins, à très grande échelle ou pour observer l'impact d'une intervention, les TMM5 spécifiques et les prévalences instantanées présentent un intérêt comparatif.

L'ensemble de ce travail nous a conduit à conclure à la validité des résultats des enquêtes menées par Inter Aide et à la réalité de l'impact observé, en terme de réduction de la mortalité et de l'incidence des fièvres et des diarrhées.

Analyse de la méthodologie d'intervention du programme Inter Aide

Nous avons ensuite comparé ces indicateurs dans différents groupes de communes, selon la présence ou l'absence de programmes ONG. Quatre groupes ont pu être comparés : intervention d'Inter Aide seule, intervention d'une autre ONG, intervention d'Inter Aide et d'une autre ONG, et absence d'ONG. Dans ce dernier groupe, les TMM5 observés sont identiques – environ 200 ‰ - à ceux habituellement trouvés avant intervention dans ce district. Dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention d'une autre ONG, il existe une amélioration significative du TMM5, aux environs de 124‰. Les deux autres groupes (Inter Aide seul et Inter aide et une autre ONG), présentent des TMM5 équivalents entre eux (83 et 72‰), mais significativement plus bas que le groupe précédent.

Cette analyse comparative permettait de conclure que l'action d'Inter Aide seul avait un impact et que sa méthodologie permettait des résultats plutôt supérieurs aux autres approches développées.

En dehors de la stratégie d'intervention « glissante » à chaque semestre, certaines particularités méthodologiques méritent d'être soulignées. Pour l'étudier, nous avons réalisé une enquête qualitative, basée sur des visites de terrain, des entretiens semi dirigés (focus group) et des entretiens individuels approfondis, afin de confronter l'analyse des indicateurs à la réalité et recueillir les avis des bénéficiaires sur les caractéristiques du programme.

L'intervention est basée sur un triptyque – Information aux population, facilitation de l'accès aux moustiquaires et aux latrines, facilitation de l'accès aux soins dans les villages – dont la mise en œuvre est réalisée par un animateur Inter Aide qui partage la vie des villageois pendant plusieurs semaines.

Majoritairement, la durée d'intervention à été jugée satisfaisante par les bénéficiaires même si, pour certains, elle était trop courte. Rien n'assure cependant que les changements de comportements auraient été nettement renforcés avec une intervention prolongée de quelques semaines ou quelques mois. La présence et l'appui permanent de l'animateur au sein du village ont, par contre, été universellement appréciés.

L'information sur le paludisme et les diarrhées a été dirigée vers toutes les mères d'enfants de moins de cinq ans, sous forme d'ateliers participatif en petits groupes. Des outils didactiques, adaptés au contexte, ont été créés par l'équipe d'Inter aide de Manakara et ont servi de support à l'enseignement. Cette formation a permis aux mères de comprendre progressivement les causes des diarrhées et du paludisme, les vecteurs et les modes de transmission, les principes de prise en charge.

Les moustiquaires ont été vendues pendant les six mois de présence du programme à prix subventionné. Cette promotion a complété les messages éducatifs et a permis de passer d'un taux de protection par les moustiquaires de 20% avant intervention à plus de 85% actuellement. L'appui d'autres programmes de promotion des moustiquaires (étatique ou pas) a probablement aidé à obtenir ces résultats. Mais les changements de comportements par rapport aux moustiquaires sont apparus réels.

Par rapport aux latrines, des San Plats ont aussi été proposés. La demande est restée faible. Néanmoins, les messages par rapport à l'hygiène ont été mémorisés par les mères, même si les changements de comportement sont difficiles à mesurer. La diminution observée des prévalences instantanée des diarrhées lors des enquêtes est un bon argument indirect en faveur de l'évolution des conduites.

Le troisième volet a consisté à former deux mères par village pour qu'elles deviennent les Référentes par rapport au paludisme et aux diarrhées. En théorie, leur rôle était de poursuivre des activités de sensibilisation dans le village et d'être un premier recours curatif. Un stock de traitements de chloroquine a été mis à leur disposition. Schématiquement leur rôle a été déterminé ainsi : si une famille vient les consulter avec un enfant fébrile, et qu'elles considèrent que le diagnostic de paludisme est probable, elles fournissent le traitement. Dans le cas contraire, elles réfèrent vers le CSB. Pour les diarrhées, elles expliquent comment réaliser des sels de réhydratation à partir d'eau, de sel et de sucre.

L'analyse de l'activité des ces agents de santé villageois a montré qu'ils étaient très sollicités pour les fièvres. Le nombre d'enfants traités par chloroquine est entre 1,5 et 5 fois plus important quand il existe un prescripteur villageois qu'en son absence. Par contre, les références des enfants de l'agent de santé villageois vers le médecin, pour un motif autre que le paludisme ou les diarrhées, n'a pas semblé opérationnel : nous n'avons pas objectivé d'augmentation des consultations dans les dispensaires pour des symptômes qui n'était pas en rapport avec ces deux pathologies.

En dehors de l'articulation quelque peu défailante entre la prise en charge villageoise et la prise en charge dans les dispensaires, certains points mériteraient d'être améliorés. Une plus grande prise en compte des hommes dans les formations, en particulier si leur force de travail est nécessaire (construction de latrines, par exemple), devrait être envisagée. Le suivi des Mères Référentes (MR) devrait systématiquement être réalisé avec les médecins chef de poste dans les centres de santé et s'accompagner périodiquement de formations et mises à niveau – sur des thèmes médicaux et sur les outils didactiques - pour ces agents villageois. Les échanges avec les autorités administratives et traditionnelles gagneraient à être renforcés. Enfin la stratégie d'intervention pourrait être mieux coordonnée, depuis le district sanitaire, entre les différentes ONG.

Néanmoins, la méthodologie actuelle a permis indéniablement d'obtenir des résultats significatifs et prolongés dans le temps. Cette durabilité est apparue liée à trois facteurs : l'intervention sur ces thématiques d'autres programmes, qui ont pu renforcer les effets, mais dont l'apport positif (toujours difficile à estimer) semble avoir été modéré dans les communes observées ; les changements de perception de la maladie et de comportement par rapport aux moustiquaires et à l'hygiène, déjà cités plus haut ; et la durabilité des Mères Référentes, dont une majorité est en poste depuis plusieurs années.

Cette persistance d'acteurs bénévoles a été étudiée, car elle nous semblait importante mais inhabituelle. Les principales motivations que nous avons constatées tournaient autour du prestige de la MR de par son rôle de prescripteur de médicaments, et en raison de l'utilité de ce rôle – ressentie par tous - dans le cadre d'une réponse communautaire à deux problèmes collectifs de santé majeurs. La reconnaissance du travail que réalisent les MR, par le superviseur d'Inter Aide qui recueille les données tous les trois mois, nous est apparue comme un facteur de motivation supplémentaire.

Actuellement, cette stabilité est mise en danger par une certaine concurrence entre programmes et agents villageois. L'intégration insuffisante des MR dans le pool des agents des CSB risque, lors du désengagement d'Inter Aide, de les laisser isolées et incapables de poursuivre leur activité, faute de coordination avec les CSB.

Conclusion

Malgré ces dernières réserves, il est apparu que l'approche de ce programme comporte plusieurs aspects originaux qui mériteraient d'être analysés, par des acteurs institutionnels et privés, en vue de les adopter et/ou de les adapter.

La figure de l'agent de santé villageois prescripteur nous est apparue intéressante, de par l'importance de son activité et sa stabilité dans le temps. Dans le contexte actuel de réflexions sur la décentralisation de l'accès aux soins au niveau communautaire, l'expérience d'Inter Aide dans la mise en place et le suivi de ces agents gagnerait à être partagée.

Les changements de comportement induits par des formations dans des ateliers en petits groupes paraissent objectivement plus efficaces que les traditionnelles causeries et animations de groupe. Cette approche est bien entendue plus longue et plus lourde mais s'il est possible d'obtenir des changements de comportements rapides, généralisés (ou presque) et durables, la rentabilité de l'investissement est à étudier.

Enfin, les enquêtes d'impact, si elles ne remplaceront pas les enquêtes nationales, constituent un outil simple, bon marché et rapide pour établir des stratégies d'intervention et mesurer l'impact des programmes. Leur adaptation à d'autres thématiques est relativement simple à envisager.

Nous espérons que ce travail permettra de promouvoir l'utilisation des outils et méthodes développées par ce programme, et contribuera à renforcer les liens entre ONG et secteur public tant pour les programmes existant que pour les stratégies à venir. Au moment où la mise en place des ACT en alternative à la chloroquine pose un défi majeur au système de santé, il nous semble que l'apport de ces approches novatrices pourrait être particulièrement utile.