RAPPORT FINAL

EVALUATION EXTERNE DE LA RIPOSTE COVID-19 MISE EN ŒUVRE PAR LE CONSORTIUM (ACF, ASOS, CARE ET MDM)

Auteurs: Cabinet d'étude HARVEST

Type : Evaluation finale

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2

LISTE DES TABLEAUX 3

LISTE DES FIGURES 4

ACRONYMES ET ABREVIATIONS 5

RESUME EXECUTIF 6

I- INTRODUCTION 10

1. Contexte 10
2. Objectifs : 10
3. Organisation de la riposte covid-19 11

II- APPROCHE METHODOLOGIQUE 12

1. Rappel du processus 12
2. Méthodologie 13
3. Limite de l'étude 16

III- ANALYSE DU PROCESSUS GLOBALE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET ... 17

1. Analyse de la qualité de mise en œuvre du projet dans son ensemble 17
a. Respect du cadre logique 17
b. Aspect opérationnel 18
c. Suivi et évaluation 20
2. Evaluation de l'atteinte des objectifs du projet 20
a. Objectif Spécifique: Renforcer la préparation et la réponse à l'épidémie au niveau individuel, communautaire et institutionnel" 24

IV- ANALYSE DES RESULTATS 30

1. Analyse de l'efficacité du projet (indicateur, résultats) 30

Résultat R1 : Le système de santé est renforcé dans sa préparation et sa gestion de l'épidémie 30

Résultat R2 : Les populations vulnérables bénéficient d'un soutien monétaire pour limiter les effets négatifs de l'épidémie et des mesures restrictives sur la couverture de leurs besoins de base (CARE / ACF) 39

Résultat R3: La capacité de la société civile et la résilience des communautés à faire face à l'épidémie est améliorée 41

Résultat R4 - La résilience de la société civile et des communautés à faire face à l'épidémie est améliorée 44

2. Résultats thématique de l'évaluation 46
3. Analyse des résultats lus à travers les membres du consortium 53
4. Analyse FFOM des réalisations par bailleurs 56

5. **Analyse de la Redevabilité** 57
V- BONNES PRATIQUES ET INNOVATIONS APPORTEES PAR LE PROJET ... 58
VI- LEÇONS APPRISES 58
VII- RECOMMANDATIONS 60
VIII- CONCLUSION 61
IX- Références 62
X- Annexes 63
1. Synthèses des résultats quantitatives (enquêtes ménages, enquêtes auprès des écoles) 63
2. Les questionnaires 63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Groupe de questions clés d'évaluation et méthode de collecte de données 14
Tableau 2: Taille de l'échantillon par Région 15
Tableau 3: Synoptique des types d'enquêtes avec leurs cibles 16
Tableau 4: Résultats des mesures des indicateurs d'impacts 21
Tableau 5 : Données épidémiologiques par Région 22
Tableau 6 : Pourcentage de structures de santé ayant un système de triage effectif adapté et accessible à chaque catégorie de genre 24
Tableau 7: pourcentage de personnel enseignant et d'élèves qui appliquent les mesures d'hygiène et les mesures barrières adéquates (désagrégé par âge et genre) 25
Tableau 8: pourcentage des personnes ayant reçu un soutien psychosocial adapté à leur identité de genre respective qui a amélioré leur bien-être 27
Tableau 9: pourcentage des ménages cibles qui déclarent pouvoir répondre aux besoins essentiels de leur foyer en fonction de leur priorité 27
Tableau 10: pourcentage de la population cible qui peut se souvenir de deux mesures barrières ou plus 28
Tableau 11: Pourcentage de personnels de santé ayant amélioré leurs connaissances sur les mesures barrière (désagrégé par genre) 30
Tableau 12: Pourcentage de personnel de santé ayant amélioré leurs connaissances sur les mesures barrières 31
Tableau 13: pourcentage des établissements de santé dans la zone du projet avec un score de performance PCI et WASH supérieur à 60% 32
Tableau 14 : pourcentage des établissements de santé dans la zone du projet avec une score de performance PCI et WASH supérieur à 85% 32
Tableau 15: Nombre de personnels de santé et staffs des établissements de santé formés 33
Tableau 16: Performance du projet sous financement AFD en PCI, mise en place et appui à la fonctionnalité de triage. 33
Tableau 17: Performance du projet sous financement UE en PCI, en mise en place de triage, en appui à la gestion des déchets hospitaliers 35

Tableau 18 : Performance du projet en Soutien monétaire aux populations vulnérables 39
Tableau 19 : Niveau de satisfaction des ménages sur les montants reçus (cash transfert) 40
Tableau 20 : Performance du projet en soutien monétaire aux populations vulnérables sur financement AFD 41
Tableau 21 : Performance du projet en renforcement de la résilience de la société civile et des communautés pour faire face à l'épidémie 44

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : schéma conceptuel de la méthodologie d'évaluation 13
Figure 2: Appréciation de la compréhension des messages covid-19 23
Figure 3: Résultats des mesures des connaissances et pratiques des gestes barrières 23
Figure 4: Niveau de connaissances et pratiques respectives des enseignants et élèves des gestes barrières 26
Figure 5 : Sources d'information les plus adaptées aux communautés 27
Figure 6: Niveau de la contribution des aides dans la vie des ménages 28
Figure 7: Proportion des ménages enquêtés ayant connaissances des gestes barrières 29
Figure 8 : Proportion des ménages enquêtés selon leurs connaissances des messages clés par Région 29
Figure 9 : Proportion des enseignants selon leurs connaissances des gestes barrières sur financement AFD 42
Figure 10: Proportion des élèves qui connaissent les gestes barrières selon leurs connaissances sur financement AFD 42
Figure 11: Proportion des élèves selon les facteurs favorisant l'adoption des mesures barrières 43
Figure 12: Proportion des canaux de communication proposés par le projet selon les réponses des répondants 57

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AC : Agents Communautaires
ACF : Action Contre la Faim
AFD : Agence Française du Développement
APR : Activity Progress Report
ASOS : Action Socio-sanitaire Organisation Secours
CARE : Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CRCO : Centre Régionale de Commandement Opérationnel
CCO : Centre de Commandement Opérationnel
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHRD : Centre Hospitalier de Référence de District
CUA : Commune Urbaine d'Antananarivo
CIP : Communication Interpersonnelle
CISCO : Circonscription Scolaire
CSB : Centre de Santé de Base
COSaN : Comité de Santé
DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique
EPI : Equipement de Protection Individuelle
FGD : Focus Group de Discussion
GAR : Gestion Axée sur les Résultats
IIA : Interview Individuel Approfondi
MDM : Médecins du Monde
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PCI : Prévention et Contrôle des Infections
SDSP : Service de District de Santé Publique
SMPS : Santé Mentale et Psycho Sociale
UE : Union Européenne

RESUME EXECUTIF

Présentation du projet

Financé par UE et AFD, d'un montant de 750 000 Euros, opérationnalisé par un consortium d'ONG à vocation humanitaire, le Projet « Riposte à la crise sanitaire COVID-19 à Madagascar », intégra la Stratégie de riposte nationale, en réponse à la découverte des trois premiers cas importés malagasy le 20 mars 2020, suivie de l'annonce de l'instauration de l'état d'urgence sanitaire dans tout le pays par le Président de la République de Madagascar. Ce consortium est formé de trois ONG internationales et d'une ONG nationale, notamment ACF-CARE-MDM et ASOS.
Ce projet ambitionnait de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité due à l'épidémie de coronavirus, ainsi que des impacts sociaux des mesures prises pour éviter sa propagation à Madagascar.

Objectifs du projet et critères d'évaluation

La présente évaluation a pour objectifs de mesurer l'impact de cette riposte sur une crise inédite à travers la recherche de réponses aux questions d'évaluation liées à des critères d'évaluation ci-après : (i) impacts ou effets larges du projet au niveau individuel, communautaire , et institutionnel ; (ii) son adéquation aux besoins des bénéficiaires, à la stratégie nationale, (iii) sa gouvernance, pointant la qualité des structures et mécanismes de coordination intra-consortium, et envers les autres intervenants et cibles bénéficiaires ; l'optimisation des ressources à travers des réponses à des questions d'économie, d'efficience, d'efficacité, d'équité ; (v) l'analyse de sa durabilité à travers quelques domaines clés : renforcement des capacités (formations, dotations, infrastructures) et l'approche au niveau communautaire, etc.

Méthodologie

En référence aux objectifs de l'évaluation, ainsi que des questions clés de la mission, la méthodologie conçue devait utiliser une approche mixte afin de collecter les données quantitatives et qualitatives, au niveau de quatre régions sur les neuf régions d'interventions des membres du consortium. Leur choix a été basé sur des critères objectifs, tels la présence d'au moins deux membres du consortium dans la Région, les données épidémiologiques, etc.
Les enquêtes ménages, les interviews individuelles approfondies (I.I.A), les groupes de discussion (FGD), ainsi que la revue documentaire ont fourni une triangulation des données pour renseigner sur la pertinence, l'efficacité, l'efficience, et la durabilité du projet.
Réellement, nous avons enquêté auprès de 296 ménages dans 33 Fokontany choisis de manière raisonnée à partir des cibles du projet, et 141 élèves et 20 enseignants sur quinze (15) écoles cibles (Région Boeny et Grand Tana) ont servi de source de collecte des informations quantitatives reliées à la mise en œuvre du projet covid-19 du Consortium ; 279 interviews Individuels Approfondis (IIA) ou semi structurées ont été menées auprès de différentes cibles : agents de santé (AS), agent communautaire (AC), enseignants, chefs fokontany, Maires/Conseiller/Délégué, et partenaires (Consortium, CRCO et SDSP/DRSP), consolidés par 07 focus group de discussions (FGD), visant à recueillir des informations qualitatives exprimant leur vécu et leur avis concernant le projet du Consortium de riposte contre l'épidémie du Covid-19.

Résultats clés

1. Résultats d'analyse de la qualité de la mise en œuvre dans son ensemble :
La mise en œuvre du projet s'est appuyée sur un **cadre logique** élaboré suivant l'approche de gestion axée sur les résultats, bien que ses objectifs spécifiques ne soient pas suffisamment SMART. Cette lacune est née de l'insuffisance de données au départ de l'épidémie, mas n'a pas pour autant affecté la qualité de la mise en œuvre.
Le projet Covid-19 du consortium a bénéficié des conditions optimales d'implémentation, notamment les avantages d'un full complémentarité (mandats respectifs, expertises et valeurs ajoutées, zones d'intervention, etc.), les impacts positifs d'un système de **c**oordination fonctionnel, et marqué des capacités de flexibilité et d'adaptation à des changements de contexte d'intervention, et/ou de nouveaux besoins. Cependant, des cadres des membres du consortium interviewés au terme du projet, ont reconnu certaines faiblesses liées à cette approche multisectorielle. Parmi les faiblesses faisant l'unanimité : les constats d'une vitesse d'action

différente, de l'envers d'une complémentarité qui se transforme quelquefois en un système de freinage du groupe, de l'insuffisance du plaidoyer commun, bref autant de faiblesses majorées par des gaps liés à la faillite des cellules techniques, mises en place et censées faire des propositions techniques pour prévenir ou libérer des goulots d'étranglement.

Par ailleurs, le système de Suivi Evaluation du projet comporte un tableau de suivi des résultats et des performances, autrement dénommé Activity Progress Report (APR), mis à jour, avec un contenu pertinent et complet (objectifs, résultats, indicateurs, mode de calcul, source et collecte de données, cibles, responsables), renforcé par l'existence d'un plan de mesure des indicateurs clair, et d'un poste d'un responsable suivi évaluation occupé. Cet outil de guidance et de pilotage devait permettre au consortium de mieux réaliser la riposte.

2. Résultats d'évaluation de l'atteinte des objectifs du projet

2.1 Les indicateurs d'impacts :

(2.1.1) Indicateur d'Impact 1 taux de létalité du Covid-19 (MDM) : la proportion moyenne de cible atteinte est de 91% pour le compte de l'AFD, et 93% pour celui de l'UE. Ainsi les résultats sont relativement satisfaisants, le décès est élevé pour le genre masculin, ce qui rejoint les données mondiales. Le taux de mortalité est de 9,7% contre 1,71% pour les données officielles nationales (2,89% dans les zones du projet). L'image du projet semble y être associé à la lumière de l'expression de la satisfaction récurrente des bénéficiaires lors des analyses qualitatives ; (2.1.2) Indicateur d'Impact 2 (CARE) taux d'inscriptions pour l'année scolaire 2020-2021 : constat d'augmentation de 16% pour l'année scolaire 2020-2021 grâce aux différentes interventions des partenaires, y inclus l'Action du projet Covid-19 du consortium à travers des dons en kits d'hygiène et kits scolaire pour 15 EPP, des séances de sensibilisation au profit des élèves en classe d'examen et aux parents d'élèves dans la Région d'Analamanga et Boeny ; l'appréciation du message sur le respect des gestes barrières a établi que 100% des élèves en classe d'examen et des enseignants connaissent au moins deux mesures barrières ; (2.1.3) Indicateur d'Impact 3 (CARE-ACF) : le pourcentage de ménages avec un ISAR (Indice de Stratégie d'Adaptation réduit) a été amélioré de 34% sous l'effet des contributions du projet permettant d'alléger les charges familiales liées au Covid-19 ; les données récoltées lors de l'analyse qualitative menée auprès des bénéficiaires ont souligné cet apport du projet dans l'amélioration de leur quotidien.

2.2 Les indicateurs d'objectifs

Les valeurs finales des indicateurs, pour les objectifs spécifiques, en lien à l'impact attendu du projet, sont élevées par rapport aux valeurs de référence. En effet, OS1 IOV1 : 100% de structures de santé ont un système de triage effectif adapté et accessible à chaque catégorie de genre MDM/ ACF/CARE, soit un taux de réalisation respectif de 100 % et 80 % à ce jour pour le compte de l'AFD et de l'UE, ce qui correspond à 462 sur 462 centres de santé dans 11 régions. La propagation de la maladie devient limitée. Les résultats issus des analyses de données qualitatives auprès des formations sanitaires ont montré un impact positif de la mise en place de ce système de triage, pré triage pointé du doigt comme étant parmi les meilleures réalisations du consortium. Pour OS1 IOV2 : 95% du personnel enseignant et d'élèves appliquent les mesures d'hygiène et les mesures barrières adéquates (désagrégé par âge et genre) ce qui constitue une réalisation significative de la part du consortium, étayée par les données d'enquêtes : 100% des enseignants ont des connaissances des gestes barrières de lutte contre le covid-19 contre 95% d'enseignants qui ont déclaré les pratiquer quotidiennement. Concernant OS1 IOV3 : % des personnes ayant reçu un soutien psychosocial adapté à leur identité de genre respective qui a amélioré leur bien-être (ACF), le niveau de réalisation des objectifs est chiffré à 143%, s'ajoutant au nombre des réalisations significatives du consortium. Les données issues des enquêtes auprès des AC ont confirmé cet apport du soutien psycho social dans la gestion des craintes, des peurs et stress causés par l'épidémie de Covid-19.

4. Résultats d'évaluation de l'efficacité du projet à travers les indicateurs de résultats

Résultat R1 : Le système de santé est renforcé dans sa préparation et sa gestion de l'épidémie.

R.1.IOV.1. : pourcentage de personnels de santé ayant amélioré leurs connaissances sur les mesures barrière (désagrégé par genre) : le niveau de réalisation des objectifs est à chiffré à 114% à la fin du projet, encore une fois une réalisation très significative pour le consortium. Les données issues des enquêtes qualitatives corroborent d'ailleurs ce résultat : «…*le projet COVID-19 (ACF) nous a beaucoup aidé, sans ses appuis nous n'aurions pas pu nous en sortir seuls* ! » (Chef CSB2, commune rurale, Région Atsimo Andrefana ; ou « …*cela nous a beaucoup aidé pour notre protection mais aussi pour protéger les patients, la peur du virus par contre demeure !* », CHU-Ambomiandra, CUA.

R.1.IOV.2. pourcentage des établissements de santé dans la zone du projet avec un score de performance PCI et WASH supérieur à 60% (MDM /ACF) – UE : La proportion de réalisation de la cible pour cet indicateur est relativement basse. Dans le rapport intermédiaire, pourtant, cette proportion était de 70%. Evaluation incomplète et non réalisée?
En guise de conclusion pour les appuis du projet, la formation et la dotation des matériels et équipement ont largement contribué à l'amélioration de la qualité de service fourni par la formation sanitaire et améliorer la qualité de prise en charge de cas de Covid-19 : « …*après la formation approfondie, l'organisation dans les centres de santé bénéficiaires s'est améliorée et la capacité renforcée.* (CHU Befelatanana) ;« *Notre incinérateur a été réparé et remis en marche* » CSB Amboniloha. La résultante de ces appuis a eu une incidence patente et importante sur la réduction de la mortalité liée au Covid-19, explique dans leurs réponses la majorité des répondants à, surtout à Analamanga.

Résultat R2 : Les populations vulnérables bénéficient d'un soutien monétaire pour limiter les effets négatifs de l'épidémie et des mesures restrictives sur la couverture de leurs besoins de base

Cette question de transfert monétaire, et/ou autres filets de sécurité assimilés, divisent les opinions des répondants aux enquêtes dans les 4 Régions, et créent souvent une montée de température chauffée par de multiples procès difficile à faire redescendre…On doit cependant faire la part des responsabilités en signalant que le consortium n'a couvert que deux de ses neuf Régions d'intervention avec une couverture modeste représentant 3% montant total distribué toutes sources confondues « *nous ne prenons part à cette distribution d'argent vu que des personnes en sont déjà responsables* . » AC Isotry, Antsahamamy ; d'ailleurs, la plupart des AC a mentionné que le nombre de bénéficiaires en cash transfert était largement inférieur au nombre de bénéficiaires qui mériteraient ces appuis. D'une manière générale, des observateurs parlent d'une couverture des bénéficiaires à plus de 100% mais une couverture des fokontany insuffisante (problème d'équité).

La question sondant la satisfaction des cibles concernant la stratégie nationale de riposte réveille les gens de leur torpeur quotidienne, ce qui a l'effet d'installer rapidement une ambiance plus électrique comme ce fut le cas lors d'un FGD réalisé dans la CUT Atsimo Andrefana « …laissez-moi vous expliquer ce qui s'est passé ici : Tosika Fameno / Vary Tsinjo / Tsena mora / Kaly Tsinjo. En ce qui concerne le Tosika Fameno, seuls 2 Fokontany sur 41 en ont été bénéficiaires, une promesse jamais tenue a été lancée pour les autres. S'agissant du Vary mora, bien de Chefs de ménages ayant été recensé continuent en ce jour à dormir avec leur ticket d'enlèvement (jetons) sous leur oreiller de crainte de les perdre! Enfin le Tsena mora de 10 000 Ar permet juste à chaque famille de disposer une fois par semaine de 17 gobelets de riz, soit une ration de 2 à 3 jours, et d'un litre d'huile, expliqua lentement mais avec une grimace de colère à peine maîtrisée Mme S, apparemment le Parlementaire du groupe, car certains participant-e-s placent un détail de temps en temps lorsque Mme S parle… ». La présente étude tient cependant à signaler la disponibilité des résultats du PDM Enquête de satisfaction focalisée sur cette activité de cash transfert et assimilés.

Résultat R3 - La sécurité sanitaire dans les écoles primaires publiques est assurée, et le retour à l'école des élèves est facilité grâce à l'allègement des charges parentales. Les résultats des enquêtes qualitatives auprès des enseignants et élèves touchés par le projet covid-19 rapportaient « un apport palpable du consortium dans la lutte contre la propagation du virus dans les écoles ; une confiance des parents lors de la réouverture ; une coordination et harmonie avec le CISCO ; des activités de sensibilisation et appui à l'hygiène très apprécié par les bénéficiaires ; des sensibilisations transformées en action dans toutes les écoles… », au point de faire conclure que cette intervention auprès des écoles est à considérer comme parmi les meilleures réalisations du projet. Sur le plan quantitatif, on relève « une connaissance et la pratique satisfaisante d'au moins deux mesures barrières par les élèves et les enseignants »

Résultat R4 : La résilience de la société civile et des communautés à faire face à l'épidémie est améliorée : le pourcentage des cibles atteintes – à ce jour (acteurs communautaires appuyés pour la lutte contre l'épidémie ; influenceurs communautaires ayant amélioré leurs connaissances sur les PSP et en pratiques de soins ; personnes de différentes catégories de genre participant à des sessions de psychoéducation communautaire en lien avec le COVID-19) dépasse les 100%.
Les réponses aux questions reliant le projet avec les AC sont parfois explicites : « …*les AC sont devenus des personnalités respectées avec des avis crédibles* ! » (AC Ambohitsoa, Région Analamanga) ; « …*nous avons appris auprès de nos AC à propos du soutien psycho social* » (des AS à Ambohidroa, Région Analamanga).

Les enquêtes menées dans la Région Atsimo Andrefana donnent une illustration particulière des contraintes rencontrées pour renforcer la résilience communautaire et dans quelle mesure le projet a contribué à réduire ces contraintes. La sensibilisation et la communication sur le covid-19 devaient en effet rencontrer une forte posture de déni du covid-19 chez une frange de la population, et affronter de fortes rumeurs. Ainsi, parmi les folles rumeurs qui ont entouré le covid-19 et les hôpitaux *« …l'utilisation de sérum bleu par les docteurs des hôpitaux manarapenitra à Toliara (CHU) qui provoque et multiplie le nombre de malades de covid-19 admis dans ces hôpitaux … » ; ou « …le système de triage qui vise à faire la publicité des personnes atteintes de covid-19 au regard de la population… ou qui est une astuce du personnel de santé pour recruter des cas suspects à transférer à Toliara, avec les risques de disparaitre à jamais, si jamais on est décédé des suites de covid-19, car enterré dans l'immédiat et en catimini… les AS méconnaissables dans leur tenu EPI font fuir…»,* … ont amené la population à regarder de loin d'abord ce qui se passe à l'extérieur du CSB, ou pour la majorité à boycotter le CSB, surtout pour certaines familles avec des malades de covid-19 à la maison , à tout faire pour ne pas être transférés aux CHU.

Interrogée sur ces rumeurs, le directeur administratif et financier (femme) du CHU Mitsinjo Betanimena de la CUT, apporte les éclairages suivants : le sérum bleu n'est autre que le sérum salé isotonique qui porte une étiquette bleue, installé en perfusion pour tous patients admis en urgence comme indiqué par les protocoles de soins. Aucun enterrement en catimini n'a été effectué par l'Administration de l'hôpital qui a porté à la connaissance du public, par voie d'affichage, les modalités pratiques des funérailles. Il y est écrit « qu'en raison de la haute contamination du cadavre, celui ou celle décédée de covid-19 doit être enterré le jour de sa mort, avec le nombre de la famille autorisé à assister ».

A relever cependant que « … *grâce aux efforts de sensibilisation et de communication des AC - des crieurs formés par ASOS , appuyés matériellement et financièrement par ACF - auprès des communautés, rues, ruelles, corridors des quartiers malfamés, renforcés par des CIP en porte à porte, hameaux… les rumeurs ont fondu progressivement, et la population revenait petit à petit, pour finir par envahir nos centres de santé*…(citations constantes et récurrentes relevées au cours des enquêtes qualitatifs AS,AC,FGD, Région Atsimo Andrefana)

I- INTRODUCTION

1. Contexte

Le consortium avec Action Contre la Faim (ACF) en chef de file et Médecins du Monde (MdM), CARE et Action Socio-sanitaire Organisation Secours (ASOS) sous le financement de l'AFD et de l'Union Européenne a mis en œuvre depuis le mois d'avril 2020 une riposte qui ambitionne de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité due à l'épidémie de coronavirus ainsi que des impacts sociaux des mesures prises pour éviter sa propagation à Madagascar (Union Européenne : Contrat de subvention n° 2020/415-886, Agence Française du Développement : Convention de financement n°CMG1703 01 N). Ce projet s'intitule : Riposte à la crise sanitaire COVID-19 à Madagascar à travers un appui au secteur santé et atténuation de l'impact économique et social de la pandémie sur les populations vulnérables.

Le projet a été mis en œuvre dans 8 régions de Madagascar (Analamanga, Atsimo Andrefana, Analanjirofo, Anosy, Boeny, Itasy, Bongolava, Androy, Atsinanana) pendant une durée de 9 mois, soit du mois d'avril 2020 au mois de janvier 2021. Les interventions ont été concentrées dans trois domaines spécifiques, dont la sécurité alimentaire, la santé, et un volet Eau, hygiène et assainissement.

Le projet COVID du consortium ACF-ASOS-CARE-MdM –arrivant à terme de sa mise en œuvre (30/04/2020 à 30/04/2021), une évaluation finale a été conduite dans un but d'apprentissage, de capitalisation et de préparation à des interventions futures.

2. Objectifs :

Mesurer l'impact de la riposte menée par le consortium sur une crise inédite à travers la recherche de réponses aux questions d'évaluations suivantes :

- **Impact** : Les effets plus larges du projet sur les individus, les groupes communautaires (sexe, âge), les communautés et les institutions :
    - Quels ont été les impacts positifs du projet et dans quelles mesures le consortium aurait pu prendre pour les maximiser ?
    - Y a-t-il eu des conséquences imprévues (positives et négatives) du projet au niveau des ménages, des institutions et/ou du pays ?
    - Quelle a été la valeur ajoutée du consortium « multisectoriel » dans le présent contexte (gouvernement, autre acteurs) ?

- **Adéquation :** La mesure dans laquelle les objectifs du projet sont conformes aux exigences des bénéficiaires, aux besoins du pays et aux priorités des parties prenantes concernées **:**
    - Les activités du projet ont-elles répondu aux besoins de la population cible ?
    - Le contexte ou les besoins ont-ils changé au cours du cycle du projet ? Si oui, le projet s'est-il adapté de manière adéquate ?
    - La cible géographique large du projet a-t-elle été un atout ou au contraire un défi ?
    - La riposte a-t-elle était en adéquation avec les recommandations et la stratégie de riposte des autorités ?

- **Coordination :** la mesure dans laquelle le consortium a travaillé en lien, en dialogue et en complémentarité avec les autres intervenants et les autorités (Ministère de la Santé, Ministère de l'Eau, …)
    - Existait-il des structures de coordination locales ? Existait-il des plans pour ces structures locales de coordination ?

- Comment le consortium a-t-il harmonisé et coordonné les interventions auprès d'autres partenaires? Dans quelle mesure le consortium a-t-il été activement impliqué dans la coordination ?
- Quels sont les aspects pour lesquels la coordination aurait pu être renforcée ?
- Cette coordination a-t-elle était positive ? Y'a-t-il eu des aspects négatifs ?

- **Durabilité :** Évaluation de la probabilité que les résultats positifs du projet se poursuivent après la diminution du financement externe. Voici quelques domaines clés pour l'évaluation de la durabilité :
  - Durabilité du renforcement des capacités (formations, dotations, infrastructures)
  - La manière dont l'approche au niveau communautaire est susceptible d'avoir des effets durables sur les populations, les acteurs communautaires
  - Implication des ministères et autorités, capacité et volonté d'étendre ou de répliquer l'approche à d'autres lieux/centres ou zones, alignement sur les priorités nationales
  - Dans quelle mesure la société civile a-t-elle été renforcée par le projet ? Est-elle plus à même de répondre à une prochaine crise ?
  - Dans quelle mesure les mécanismes mis en œuvre sont-ils répliquables dans le futur ?

- **Optimisation des ressources** : Économie, efficience, efficacité et équité -, évaluer l'articulation des coûts et des résultats des projets et mettre en évidence les améliorations à apporter pour maximiser les résultats et l'impact :
  - Économie : dans quelle mesure les coûts des ressources requises et des ressources utilisées ont-ils été minimisés tout en maintenant la qualité ?
  - Efficience : dans quelle mesure les diverses activités ont permis de transformer les ressources disponibles en résultats escomptés en termes de quantité, de qualité et de rapidité. Dans quelle mesure le financement du projet, le personnel, les ressources et les procédures réglementaires, administratives et autres ont-elles contribué ou entravé l'obtention des résultats ? Dans quelle mesure les leçons apprises lors de l'intervention de riposte à une épidémie précédente (Peste 2017) ont-elles guidées cette réponse ?
  - Efficacité : La mesure dans laquelle les résultats du projet sont atteints et les objectifs spécifiques réalisés. Comment les différentes réalisations sont reliées entre elles pour obtenir des résultats efficaces.
  - Équité : la mesure dans laquelle les résultats du projet ont bénéficié aux membres les plus vulnérables et les plus marginalisés de la communauté.

3. Organisation de la riposte covid-19

Afin de répondre à cette épidémie, les membres ont décidé de réunir leurs efforts et combiner leurs actions pour un meilleur résultat. Ainsi, il a été décidé dès le début de l'intervention d'agir en tant que « consortium » formé de quatre membres dont (i) Action Contre la Faim (ACF), (ii) Médecins du Monde (MdM), (iii) CARE, et (iv) Action Socio-sanitaire Organisation Secours (ASOS). Le choix de travailler en consortium vise également à s'appuyer sur les expertises et savoirs faires de chaque agence membre pour pouvoir rendre complémentaire et multisectorielle les interventions auprès des zones cibles et populations bénéficiaires. Cette union a également été justifiée par la possible couverture étendue de la région et l'existence d'une éventuelle extension des zones cibles initiales étant donnée le caractère évolutif de l'épidémie. Le choix géographique des zones d'intervention du projet considère les régions où l'épidémie est présente et les points d'entrée du pays priorisés par les autorités locales sur le plan de riposte mais aussi de la possible optimisation des interventions si les membres du consortium opèrent déjà dans la zone cible du projet, chose qui permet de continuer les actions déjà menées en fonction de domaines d'intervention de chaque membre mais axé sur la lutte contre l'épidémie. Il a été question également d'intervenir dans les régions où moins d'appui sont disponibles (équité). Ainsi, 8 régions ont été retenues au final :

- Analamanga

Principale région touchée par l'épidémie, point d'entrée dans le pays. Zone opérationnelle d'ACF, CARE, ASOS et MDM

- Atsimo Andrefana

Point d'entrée dans le pays, touché par l'épidémie. Vulnérabilité relative à l'insécurité nutritionnelle et la sécheresse. Programme de Renforcement des Systèmes de Santé en phase avancée. Zone opérationnelle d'ACF et ASOS.

- Boeny

Point d'entrée dans le pays. Vulnérabilité relative aux inondations répétées, et tout dernièrement en Janvier 2020 avec un niveau d'inondation exceptionnel dont la région ne s'est pas encore relevée, la relance agricole n'a pas encore démarré. Zone opérationnelle de CARE et ASOS.

- Itasy et Bongolava

Régions directement connectées avec la capitale. Complémentarité avec le Programme d'Amélioration des Résultats Nutritionnels (PARN) en cours Zone opérationnelle d'ACF et ASOS.ACF a déjà initié, sous d'autres sources de financement, des interventions pour la lutte épidémique

- Analanjirofo

Point d'entrée dans le pays. Zone opérationnelle d'ASOS

- Anosy

Point d'entrée dans le pays. Touchée par l'épidémie. Zone opérationnelle d'ASOS

- Androy

Où d'autres PTF ont également intervenu.

II- APPROCHE METHODOLOGIQUE

1. Rappel du processus

Le processus d'évaluation s'est déroulé en trois phases distinctes :

(i) Phase préparatoire

Pendant cette phase, l'équipe de consultant a rencontré les membres du consortium, et chacune des rencontres a été saisie pour comprendre davantage la mission, connaitre en profondeur le projet mené par consortium, et de planifier en collaboration avec le titulaire du projet les différentes activités à réaliser pour une bonne conduite de l'évaluation. Ces différentes concertations ont notamment servi à préparer également les questionnaires et à affiner la méthodologie de l'évaluation.

Durant cette phase préparatoire, les activités menées par l'équipe du Cabinet Evaluateur ont consisté en :

- Des séances de pré briefing sur l'évaluation, notamment sur les aspects techniques de l'évaluation,
- Un examen sur dossier des documents clés de projet ;
- Des échanges avec des personnes clefs managériales et techniques du consortium (Le rapport préliminaire et synthèse des points de discussion avec les membres du consortium visité sont présenté dans la partie 6). Ces rencontres ont permis d'avoir une idée générale sur la mise en œuvre du projet, le rôle de chaque membre du consortium, ainsi que la description des activités menées par chaque entité ;

- Une recherche documentaire et examen des documents relatifs à l'environnement dans lequel le projet fonctionnait, et aux développements récents qui ont un impact sur le travail du projet ;
- L'affinage de la méthodologie adoptée ;
- La conception d'outils.

(ii) *Phase de mise en œuvre*: essentiellement consacrée à la collecte de données sur terrain, et l'analyse des résultats.

(iii) *Phase de rédaction du rapport final* : dominée par l'élaboration du rapport de l'évaluation, suivie par une *phase de dissémination des résultats* : publication et dissémination des résultats à toutes les parties prenantes.

2. Méthodologie

Méthodologie de collecte des données sur terrain

Il s'agit ici de mener une évaluation finale sur les impacts des interventions post COVID-19. Elle est une évaluation récapitulative et externe que le projet souhaite être menée au terme de sa mise en œuvre afin d'évaluer la mesure dans laquelle les objectifs prévus du projet/programme ont été atteints. En se référant aux objectifs de l'évaluation, ainsi que des questions clés de la mission, le processus combinera plusieurs méthodes que nous classons en fonction des types de données à collecter.

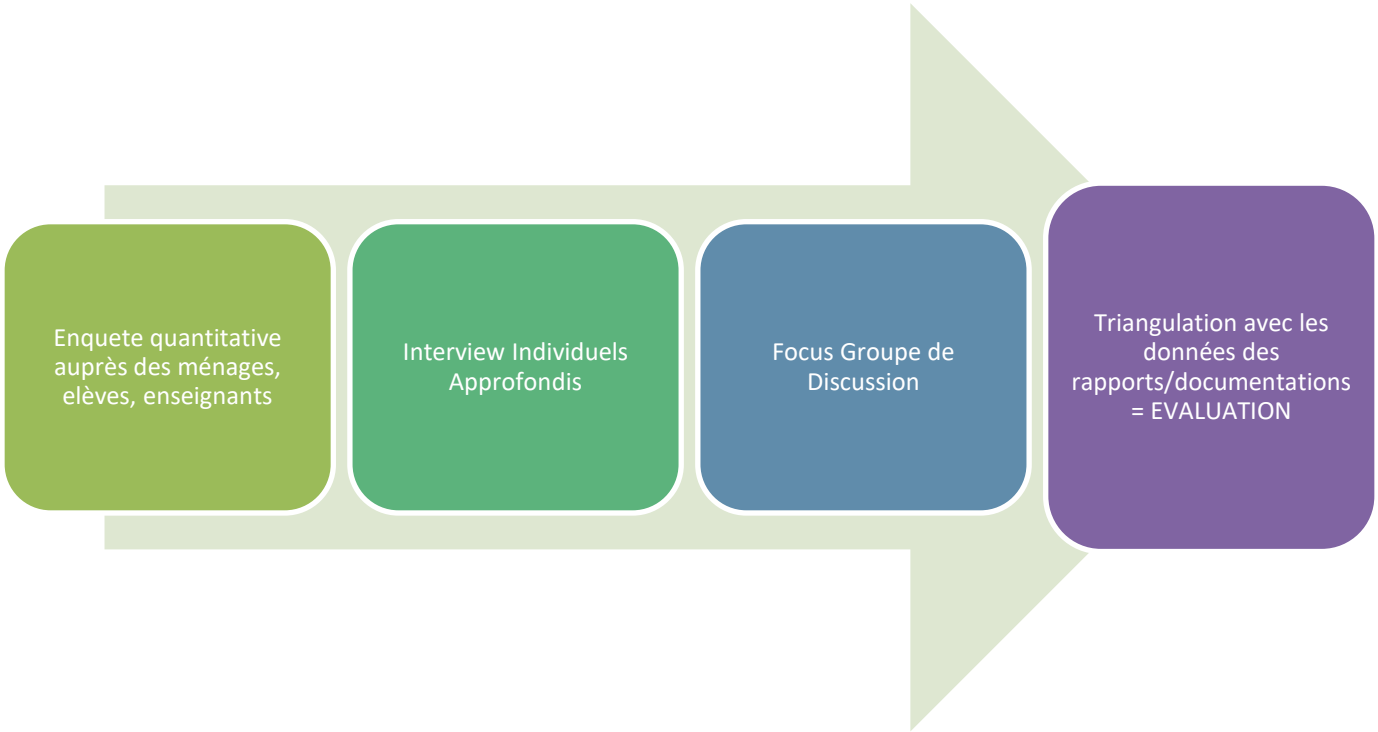


Figure 1 : schéma conceptuel de la méthodologie d'évaluation

Aspect qualitatif

- **Interview Individuel Approfondi (IIA)**

Cette partie de la recherche est complémentaire à l'aspect quantitatif. On ne peut interpréter les réponses ou les situations observées lors de l'investigation quantitative qu'avec les éléments de réponses de cet aspect qualitatif. Cet aspect est axé essentiellement sur les succès, les obstacles et les expériences dans la lutte contre le Covid-19. L'échantillonnage est de type empirique : **279 interviews Individuel Approfondi** (IIA) ont été

menées auprès de différentes cibles : Agents de Santé (AS), Agent Communautaire (AC), Enseignants, Chef Fokontany, Maires/Conseiller/Délégué et partenaires (Consortium, CRCO et SDSP/DRSP).

Des outils spécifiques ont été élaborés et validés avec le consortium pour la collecte des informations pour chaque cible. (Annexes)

- **Focus Group Discussion (FGD)**

L'échantillonnage est de type empirique. Au final **07 focus group discussions (FGD)** ont été menés auprès des ménages bénéficiaires y compris les parents d'élèves.

Aspect quantitatif

Des enquêtes ménages ont été effectuées au niveau de fokontany, **295 ménages** ont été enquêtés durant cette évaluation à raison de 10 ménages par fokontany afin d'avoir un maximum d'information. Un questionnaire spécifique a été conçu pour cette enquête quantitative. Les ménages à enquêter ont été choisis de manière raisonnée à partir des cibles du projet, pour le respect de la représentativité dans les zones d'intervention du consortium.

Par ailleurs afin de compléter les aspects quantitatifs, **141 élèves** sur quinze (15) écoles cibles du projet ont été également enquêtés, dans la région de Boeny et Analamanga. Le critère principal d'inclusion pour les élèves était leur âge (privilégier les plus âgés dans la classe la plus élevé pour plus de cohérence dans les réponses).

Par ailleurs, il a été décidé que les enquêtes quantitatives auprès des ménages bénéficiaires directs du projet vont se limiter dans des échantillons de fokontany dans les districts et régions d'intervention du projet. Les enquêtes auprès des ménages et des écoles sont nécessaires pour permettre la mesure des indicateurs quantitatifs du cadre logique leur concernant.

En fonction des questions clés, le schéma suivant a été proposé :

Tableau 1: Groupe de questions clés d'évaluation et méthode de collecte de données

Groupe de questions clés d'évaluation (QE)	Méthode de collecte de données
Impact du projet à travers les différents changements de comportement des ménages en matière de sécurité alimentaire, santé nutritionnelle et l'accès à l'eau, hygiène et assainissement pour le foyer, l'augmentation des revenus et la réduction du taux de la malnutrition.	- Enquête quantitative - Analyse de données secondaires - Enquête qualitative
Adéquation des objectifs : La qualité de conception du projet en examinant les logiques d'intervention et la formulation des indicateurs de mesure ; et en observant les critères de ciblage et la prise en compte de la dimension Genre dans les actions menées.	- Enquête quantitative - Analyse de données secondaires - Enquête qualitative
Coordination, la mesure où le consortium avait travaillé en lien et en synergie en démontrant une complémentarité avec les autres intervenants et les autorités locales.	- Analyse de données secondaires - Enquête qualitative
Durabilité des acquis (infrastructures, organisation sociale des usagers et changements de comportement) et l'effectivité des conditions requises pour leur pérennisation après retrait définitive du projet de la zone.	- Analyse de données secondaires - Enquête qualitative

Optimisation des ressources, l'efficience par l'utilisation par le projet des ressources les moins coûteuses pour produire les résultats escomptés, et par l'adoption d'approche participative pour encourager la contribution des bénéficiaires.	- Analyse de données secondaires - Enquête qualitative

***Source** : méthodologie de la recherche évaluative*

Population et échantillonnage pour les enquêtes

Cibles

- les bénéficiaires du projet : Les ménages, les groupes communautaires, les communautés et les écoles, les formations sanitaires (CSB et CHU), les personnels de santé:
- les acteurs clés du projet et partenaires (ACF, CARE, ASOS, MDM, SDSP et DRSP des zones cibles des interventions)
- autorités y compris le membre du CCO
- organisations des sociétés civiles

Zone d'études

- L'évaluation concerne toutes les zones d'interventions du projet (9 régions : Analamanga, Atsimo Andrefana, Analanjirofo, Anosy, Boeny, Itasy, Bongolava, Androy, Atsinanana)
- Les régions visitées pour la collecte de données qualitatives et quantitatives sont représentés par les régions de : Analamanga (Villes de Tana et périphérique), Atsimo Andrefana, Boeny, Bongolava. Le choix de zone d'enquête est basé sur les zones d'intervention du projet où les interventions du consortium se concentrent, c'est à dire au moins deux de ces quatre partenaires y sont présents. Le principe était de cibler les régions qui puissent fournir plus d'éléments pour avoir la situation relative au Covid-19 utile à l'évaluation ;

Echantillon

Comme la méthode utilisée combine une étude quantitative et qualitative, il est proposé d'optimiser les déplacements et les ressources, Il a ainsi été décidé de procéder à un **échantillonnage en grappe**. Ainsi, chaque commune ou fokontany tiré lors de l'échantillonnage aura à la fois des sessions quantitatives et qualitatives en fonction des cibles. Afin de respecter la représentativité des échantillons au niveau de la population des localités touchées par l'enquête, la méthodologie proposée, afin de procéder au tirage des échantillons de la recherche, est de (i) établir la liste de zones cibles par commune et par fokontany, (ii) mettre le nombre de population pour chaque fokontany touchés ; et afin d'assurer la représentativité de la population de recherche et la représentativité des fokontany tirés au hasard, (iii) tirer les fokontany à enquêter selon le « PAS » issue de la division de la taille de l'échantillon par rapport au nombre total de la population dans tous les fokontany touchés.

Taille de l'échantillon

Tableau 2: Taille de l'échantillon par Région

Region	Fokontany	Hôpital	CSB	Ecoles
Analamanga	14	4	14	7
Boeny	9	1	6	8
Atsimo Andrefana	6	2	6	
Bongolava	4		3	

TOTAL	**33**	**7**	**29**	**15**

Source *: méthodologie de la recherche évaluative*

Tableau 3: Synoptique des types d'enquêtes avec leurs cibles

Région	**IIA**									FGD	QUANTITATIVE	
	AS Hopital	AS CSB	AC	Enseignants	Chef Fkt	Maire/Délégué/Conseiller	SDSP	DRSP	ONG/CONSORTIUM	RAD/MENAGE	Ménage	Elève
Analamanga	**8**	**28**	**28**	**14**	**14**	**14**	**4**	**2**	**8**	**2**	**119**	**60**
Atsimo andrefana	**4**	**12**	**12**	**0**	**6**	**8**	**4**	**2**	**4**	**2**	**59**	
Boeny	**2**	**12**	**16**	**16**	**9**	**10**	**4**	**2**	**4**	**2**	**77**	**81**
Bongolava		**6**	**6**	**0**	**4**	**8**	**2**	**2**	**4**	**1**	**40**	
	14	**58**	**62**	**30**	**33**	**40**	**14**	**8**	**20**	**7**	**295**	**141**

Source *: méthodologie de la recherche évaluative*

3. Limite de l'étude

D'une manière générale et comme pour toute mission de cette nature, il existe un certain nombre de limites qui méritent d'être soulignés mais qui n'enlève en rien la qualité du travail fourni.

Les quelques limites de cette étude sont les suivants :

- la taille de l'échantillon est un peu restreinte, les résultats de cette étude ne reflètent pas la situation des zones entières d'intervention du consortium et les bénéficiaires mais ce sont des illustrations des cas capitalisables pour tirer des conclusions et proposer des recommandations. Il est également utile de préciser que cette évaluation se limite en grande partie sur l'analyse de l'efficacité de la lutte contre le Covid-19 menée par le consortium, à travers le paquet d'intervention, l'analyse de la satisfaction des bénéficiaires sur les services fournis par le consortium, ainsi que l'offre de service fourni par la formation sanitaire dans leur zone d'intervention.

- Par rapports aux résultats, lors de la collecte de données, la disponibilité des responsables des différentes structures sanitaires locales ont limité les volumes d'informations qui pourraient être tirés des entretiens individuels, outre les non-dits et la sincérité des répondants. Les mesures prises ont permis de minimiser ces limites, notamment en augmentant le nombre de cibles à interviewer.

- les travaux de transcription et analyse des données liées à l'expansion des notes et des données récoltés sur terrain se limitent à la compétence des opérateurs. Des formations approfondies sur les activités à faire, les méthodes adaptées, l'aspect opérationnel, ont été réalisées, couplés à des supervisions et coaching quasi permanent des équipes lors de la phase de collecte de données.

- L'étude était nouvelle, souvent les dits et non-dits lors des sessions de FGD ou d'IIA dépendent de la sincérité des discussions. Les mesures correctives consistent à appliquer la triangulation des données et la combinaison de méthode qualitative à la méthode quantitative pour limiter les biais.

III- ANALYSE DU PROCESSUS GLOBALE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

1. Analyse de la qualité de mise en œuvre du projet dans son ensemble

a. Respect du cadre logique

La planification stratégique dans un contexte d'épidémie et de crise humanitaire d'urgence devrait être inclusive et participative, basée sur le travail d'équipe, SMART, tient compte des problématiques, des actions attendus de chaque acteur, des besoins de chaque communauté, et adopte la gestion axée sur les résultats (GAR)[1]. Avant le démarrage du projet, et pendant la phase de préparation, un cadre logique des interventions a été développé et validé (annexe du document). La mise en œuvre du Projet de riposte Covid-19 du consortium dans son ensemble est basé sur le respect de ce cadre logique. Des impacts espérés du projet, des objectifs spécifiques et des résultats attendus y ont été bien spécifiés. Toutefois, les objectifs spécifiques ne sont pas suffisamment SMART. Leur situation et description par rapport au temps, aux cibles auraient dû être spécifiées davantage mais vu l'insuffisance de données au départ de l'épidémie, cela n'enlève en rien en la qualité des interventions mais aurait pu cadrer davantage chaque intervention. Les indicateurs présentés, toutefois sont claires et mesurables. Certains valeurs cibles manquent de définition, mail cela est dû au fait que les données n'existent pas, comme les activités n'ont pas encore été développés par exemple au niveau des formations sanitaires (exemple du système de triage), les chiffres par conséquent sont difficiles à estimer, voire impossible à définir. Compte tenu de la situation d'urgence et le manque de données au début de la conception du projet, ces quelques observations sur les objectifs spécifiques ne constituent en aucun cas un obstacle majeur à la qualité et la mise en œuvre du projet. Des indicateurs ont été définis et identifiés par objectifs spécifiques et par résultats attendus. Des sources de données, les responsables ainsi que les cibles ont été bien spécifiés. Les questions qui ? Quoi ? Comment et quand ? ont été répondus dans la définition des indicateurs. Un plan de mesure des indicateurs est disponible. Tous ces arguments ont permis au consortium de mieux cadrer leurs interventions et définir les attributions de chaque entité membre du consortium.

Suite à la triangulation des données issues des rapports d'activités, des données de l'enquête réalisée pendant l'évaluation finale, il a été constaté que les activités menées par chaque membre du consortium en général sont issues des activités définies dans la cadre logique initial.

Toutefois, il a été constaté pendant la phase de mise en œuvre que le cadre logique aurait dû être mis à jour en fonction de ce qui a été rencontré par les acteurs pour que celui-ci soit le plus proche près de la réalisation réelle et reflète ce qui a vraiment été réalisé par chaque membre, l'adaptation du cadre logique étant une pratique acceptée et validé dans la gestion de projet lié en période d'épidémie et de crise humanitaire d'envergure. Citons entre autre l'existence ce changement dans l'attribution des rôles et activités de chaque membre, certes, pour le besoin du projet et les sollicitations reçues par les partenaires de mis en œuvre, cibles du projet. Les besoins manifestés et activités proposés en cours de mise en œuvre aurait dus faire objet de réunion de validation et éventuellement de correction et ou de mise à jour pour la cadre logique si nécessaire. L'APR de suivi, pourtant mentionne cette possibilité.

A part ces quelques circonstances, le projet du consortium dans son ensemble peut être classé comme respectant le cadre logique.

[1] Manuel de gestion de cycle de projet en contexte d'urgence et crise humanitaire Analyse de situation, planification stratégique et monitoring. Catherine Hallé, Sophie Mareschal.Terre des hommes. 2017

b. Aspect opérationnel

Lors de la phase préparatoire du projet, les entités et organisations membres ont décidé ensemble d'œuvrer en tant que consortium en misant sur la complémentarité des interventions et la capitalisation des expertises de chaque membre sur leurs zones de prédilection d'intervention tout en ciblant les zones ou les appuis techniques et financiers des partenaires sont insuffisants en se référant aux besoins pour la lutte contre le Covid-19. L'existence des antennes dans les régions permettent d'assurer la continuité des activités et augmentent l'efficacité des interventions.

Le consortium a adopté les niveaux de Coordination du Projet COVID-19 suivants :

- Directeur Pays (Management)
- Directeur de Programme (Coordination)
- Responsable de projet (Mise en œuvre)

Les rôles, en tant que lead des activités ont été répartis comme suit :

- MDM pour le volet santé
- CARE pour les cash transfers
- ACF pour le volet WASH
- ASOS Pour la mobilisation communautaire

Dans son ensemble, la complémentarité entre les acteurs a été félicitée et appréciée par les cibles enquêtés pendant cette évaluation finale. Les activités proposés et réalisés par le consortium répondent effectivement aux besoins manifestés par les cibles du projet, presque dans toutes les régions et zones enquêtés par les équipes d'évaluations. Sur cet aspect, travailler en consortium peut être évalué comme étant opportun et nécessaire surtout pendant cette période d'épidémie ou la coordination, souvent, est difficile et que la gestion des intervenants pose souvent problème. L'existence de cette structure, en mode consortium, rassemblant les acteurs clés, est bénéfique pour la coordination si on se base à sa place dans la lutte contre le Covid-19, en générale. Cela a également facilité l'accueil du secteur public et a donné plus de forces au groupe dans les structures opérationnelles, si bien que, en générale, les actions menées par le consortium ont bien été accueillies, que ce soit par les formations sanitaires, que par les structures administratives[2]. Les résultats de l'enquête qualitative et quantitative menées auprès des cibles, bénéficiaires du projet, ont en effet montré un taux de satisfaction moyen estimé à 90% malgré quelques attentes non répondus en termes d'objectivité du projet.

Au début des interventions, le consortium a procédé de telle sorte que chaque membre du consortium intervienne dans les zones cibles en fonction de leurs axes sur lesquels il s'est souvent spécialisés (exemple de MDM pour le niveau hospitalier, CARE et ACF pour le volet WASH, ASOS pour le volet sensibilisation et promotion de la santé). Cela pourrait être bénéfique dans la qualité des activités et appuis fournis mais a cependant créée quelques lourdeurs, pertes d'énergie et retards dans certaines interventions spécifiques, mais le projet a cependant pris les bonnes décision de réorienter les intervenant en cédant parfois certaines activités jugées réalisable par un autre membre du consortium qui n'a pas forcément été recruté pour la tache mais qui pourra éventuellement le faire au bénéfice de l'accélération de la gestion et la réalisation des activités. D'où le changement pendant la phase de mise en œuvre et acceptation de laisser à une structure de réaliser les groupes d'activités dans une formation sanitaire ou district (exemple activité WASH confié à MDM dans certaines formations sanitaires). Cela a été également bénéfique dans la gestion des RH et l'économie de gestion en générale.

En matière de coordination de la mise en œuvre du projet, un poste de coordinatrice générale du projet a été mis en place, ce qui a largement contribué au bon déroulement des projets. Des réunions périodiques de prise de décision ont été tenues et des rapports d'activités par membre du consortium ont été produites,

[2] Résultats des enquêtes qualitatives et quantitatives réalisés dans les 4 régions cibles du projet

fusionnées et centralisés auprès d'ACF. Toutefois, le poste de coordinatrice générale du programme a été supprimé, suite à des hésitations sur la possible venue d'une 2e vague d'épidémie, entrainant pendant une période relativement courte le ralentissement des activités, qui, par ailleurs ont été redynamisés pendant l'effectivité de la survenue de la 2e vague. Le consortium à ce moment-là a manqué de proactivité et de préparation pour une éventuelle épidémie plus grave.

Les partenaires de mise en œuvre du projet sont identifiés et les rôles de chaque intervenant est claire. Les domaines d'intervention sont précises (Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence, Eau, Assainissement & Hygiène, Nutrition & Santé, SMPS, GRD, Plaidoyer) et couvrent les principaux domaines d'urgence nécessitant des interventions en cas d'épidémie et ou de crise humanitaires[3].

Points forts dans l'organisation du consortium :

- la complémentarité des expertises-ajoutée à la synergie d'actions organisées suivant les avantages comparatifs de chacun des membres du consortium-ont contribué à des impacts certains sur la réduction des morbi-mortalités hospitalières, en plus d'avoir généré des valeurs ajoutées aux bénéfices des CHU et CSB cibles des appuis du Projet COVID
- Complémentarité des mandats, à l'exemple de CARE et ACF, ou parfois les cibles sont uniques (la femme) et ACF intervient pour le volet nutrition, Care pour le volet genre
- Complémentarité opérationnelle
    - Ex1 : recrutement local effectué par un membre du Consortium utilisant l'infrastructure locale d'une Agence basée localement ;
    - Ex2 : MDM interface du Consortium vis-à-vis du MSANP. ACF vis-à-vis du MINPOP
    - Ex3 : ASOS possède des connaissances pointues des us et coutumes loco régionaux

Points à améliorer :

L'appui et le soutien du consortium dans la lutte contre le Covid-19 auraient pu être encore plus maximisés, particulièrement à travers une gestion rationnelle de quelques aspects opérationnels et de coordination du Projet, comme par exemple :

a) le maintien d'un poste de Point Focal en charge de la coordination générale du Projet COVID-19 du consortium, doté d'une vision transversale des interventions de chacun des agences du consortium, et de compétences de communication institutionnelle pour fédérer chacun des décideurs au sein des agences à se focaliser à des objectifs d'urgences prioritaires ;
b) le renforcement de la capacité de cette structure ad hoc de coordination générale du Projet COVID-19 qui existait au sein de l'ACF, et qui intervenait pour (b-1) concrétiser une flexibilité budgétaire (ayant pu permettre par exemple de dégager un fonds subséquent prélevé sur les budgets des agences du consortium au profit de MDM pour programmer d'autres interventions COVID-19) ; (b-2) faciliter les interventions d'un membre quelconque du consortium en dehors de ses zones de couverture ; et (b-3) développer la capacité d'adaptation du consortium, comme par exemple parvenir à intégrer - dans l'organisation de campagnes et séances actuelles de vaccination anti-COVID - qui les équipes hospitalières COVID MDM pour véhiculer des messages de plaidoyer construits sur leur vécu en tant que témoins acteurs dans les hôpitaux et CSB, qui les staffs ASOS de par leur expertise en Communication pour le Changement Social et de Comportemental, même si le volet Vaccination COVID n'a pas été mentionné dans le Proposal du Projet COVID-19 accrédité.

Observations :

- une vitesse d'action à degré divers de chacun des membres du consortium minorant ainsi l'impact de la synergie d'actions ;

[3] APR et description du projet du consortium

- l'absence d'un plaidoyer commun et harmonisé liée avec des insuffisances de réunions inter agences :
- la lenteur de mobilisation des cellules techniques (genre, plaidoyer, santé, etc.) censées faire des propositions techniques.
- déficits structurels omniprésents (absence de morgue dans certains CHU) ;
- réticence aux changements ayant parfois entrainé des différences en matière de PEC selon les CHU
- faible ouverture au partenariat de certains établissements
- Concours à la mise en place de système de triage (non évident dans certains CHU) dont les effets ont convaincu les PS auparavant réticents à bien coopérer avec les équipes d'appui et soutien MDM ;

c. Suivi et évaluation

Le suivi qui est la collecte, l'analyse et l'utilisation des données sur le processus, les éventuels évènements en lien avec le projet afin de s'assurer que la mise en œuvre correspond à ce qui a été défini dans le cadre logique et que ces activités s'orientent vers le résultat attendu du projet, au bénéfice du pilotage et de la coordination des interventions. L'évaluation du projet, souvent est utilisés pour apprécier le niveau d'atteinte des indicateurs et apprécier le taux de réalisation des activités, et par conséquent de tirer des leçons et prendre des décisions. Le consortium, dans la mise en œuvre du projet de riposte contre le Covid-19 a suivi dans les normes ces points importants dans le suivi évaluation d'un projet. En effet, un tableau de suivi des résultats et des performances est disponible (APR) est sur lequel est inscrit toutes les interventions, avec les réalisations chiffrées par intervenant, par bailleur, et par objectif spécifique. Cela permet de disposer des informations fiables pour les prises de décision et le reporting auprès des bailleurs.

Le plan de mesure des indicateurs prend en compte les informations essentielles suivantes:

- Objectifs et Résultats attendus
- Pour chaque indicateur :
    - Définition et méthode de calcul
    - Moyens de vérification et source d'information
    - Valeur baseline et valeur ciblée à la fin du projet
    - Temps et fréquence de la collecte de données
    - ONG et membre du consortium responsable de la mesure

Dans la structure de coordination, un responsable suivi évaluation a été identifié et était opérationnel. La complétude des données de l'APR est satisfaisante. Les résultats par indicateurs sont détaillés dans la partie « Analyse des résultats ».

2. Evaluation de l'atteinte des objectifs du projet

Impact : Contribuer à la réduction de la morbi-mortalité due à l'épidémie de coronavirus ainsi que des impacts socio-économiques des mesures prises pour éviter sa propagation à Madagascar

Tableau 4: Résultats des mesures des indicateurs d'impacts

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
	AFD			UE		
Indicateur d'Impact 1 Taux de létalité du COVID-19 **(MDM)**	**0%**	**9,31%**	**91%**	**0%**	**6,86%**	**93%**
Pour les FEMMES	0%	**2,95%**	**97%**	**0%**	**2,22%**	**98%**
Pour les HOMMES	**0%**	**6,35%**	**94%**	**0%**	**4,63%**	**95%**
Pour la tranche d'âge de 0 à 5 ans	**0%**	**0,00%**	**100%**	**0%**	**0,00%**	**100%**
Pour la tranche d'âge de 6ans à 64 ans	**0%**	**4,00%**	**96%**	**0%**	**2,75%**	**97%**
Pour la tranche d'âge de + de 65 ans	**0%**	**5,19%**	**95%**	**0%**	**3,90%**	**96%**
Indicateur d'impact 2: taux d'inscriptions pour l'année scolaire 2020-2021		**+16% Rapport intermédiaire**			**+16%**	
% de ménages avec un ISAr (Indice de Stratégie d'Adaptation réduit) amélioré					**34%**	

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Commentaires et observations

Mortalité liée au Covid-19

Concernant le taux de létalité du Covid-19, si on évalue le taux de réalisation, la proportion moyenne de cible atteinte est de 91%, pour le compte de l'AFD, et de 93% pour celui de l'UE. Ce résultat est relativement satisfaisant étant donné qu'on parle ici de létalité. Toute perte de vie étant grave, le projet a quand même montré une réelle efficacité dans l'accompagnement des activités de lutte contre le Covid-19 si on se réfère au fait que les malades pris en charge au niveau hospitalier sont souvent ceux qui présentent des formes graves ou ceux qui ont déjà été traité par le niveau inférieur du système de référencement et que le pronostic des malades reste lié à la prise en charge et le niveau de traitement reçu à l'hôpital. Les données issues des analyses de données lors de l'enquête de terrain ont confirmé cette hypothèse.
Concernant les résultats par genre, le taux de létalité a été plus élevé chez les hommes par rapport aux femmes. Ces résultats rejoignent les résultats des autres pays, comme le Covid-19 touche plus fréquemment le genre masculin que le genre féminin, le taux de mortalité, par conséquent, suit cette évolution.

Par rapport au taux de létalité qui est chiffré à 9,31% pour le compte de l'AFD et 6,86% pour l'UE. Ce résultat est inférieur aux taux de létalité hospitalière à l'exemple de la France (19,00%), Italie (13,84%) et l'Espagne (11,73%) mais est supérieur au taux de létalité hospitalière du covid-19 en Inde (3,36%) et l'Iran (5,40%)[4].
Par ailleurs, l'analyse situationnelle épidémiologique sur le covid-19 à Madagascar montre les éléments suivant (date du 30 mars 2021 à 12h)

Chiffres Cumulés
• Confirmés : 24 426
• Cas importés depuis mois d'août 2020 : 127
• Guéris : 21 907 (89,69 %)
• Décès : 418 (1,71 %)
• Nombre tests: 142 954

D'après les données officielles, pour Madagascar, le taux de létalité générale est de 1,71% à l'échelle nationale tels que 1,56% dans les régions du projet et 2,54% dans les régions hors d'intervention du projet. Une nette différence a été observée entre les zones avec intervention et les zones sans intervention du consortium, soit une différence relative de 0,98% de points. Certes, il est difficile d'attribuer ces résultats à l'unique effort du consortium mais la contribution du consortium dans les zones d'intervention reste majeure. Le tableau ci-dessous résume les taux de létalité issues des données officielles du Ministère de la Santé publique (et du CCO). [5] Par ailleurs, si on se réfère aux donnés régionales sur le Covid-19, en Afrique, où on enregistre 3% de taux de létalité contre 9% en Asie du Sud-est. Dans cet angle, le taux de létalité pour le cas de Madagascar est relativement bas, témoignant d'une certaine efficacité de la lutte contre le covid-19, tous efforts confondus.

Tableau 5 : Données épidémiologiques par Région

Région	Cas confirmés	Décès	Létalité (%)
MELAKY	18	1	5,56%
MATSIATRA AMBONY	664	37	5,57%
BOENY	765	49	6,41%
VAKINANKARATRA	491	17	3,46%
DIANA	1 378	38	2,76%
ATSINANANA	1 483	41	2,76%
ANALANJIROFO	317	9	2,84%
ATSIMO ANDREFANA	325	8	2,46%
IHOROMBE	177	3	1,69%
SAVA	407	8	1,97%
BETSIBOKA	72	1	1,39%
ALAOTRA MANGORO	813	10	1,23%
ANALAMANGA	15 928	189	1,19%
MENABE	256	2	0,78%
SOFIA	323	3	0,93%
ANOSY	164	1	0,61%
BONGOLAVA	206	1	0,49%
zones avec intervention	19 024	297	1,56%
zones sans intervention	4 763	121	2,54%

Source : Ministère de la Santé Publique

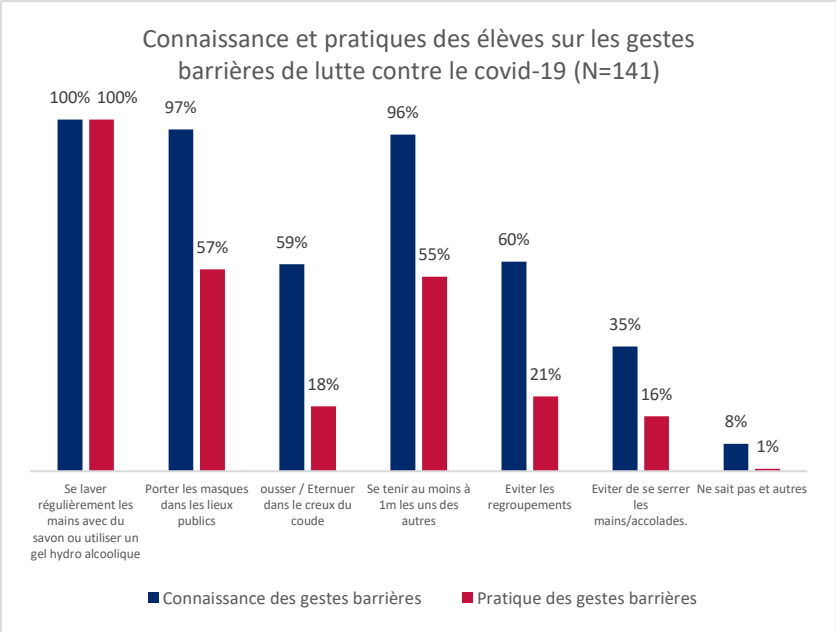
Evolution du taux d'inscription scolaire

[4] Taux de létalité pour la Covid-19 pour quelques pays, à partir des données de l'OMS au 8 mai 2020
[5] COVID-19 Weekly Epidemiological Update, JAN 21

Concernant l'évolution du taux d'inscriptions pour l'année scolaire 2020-2021, certaines données manquent, et ne permettent pas d'interpréter aisément les résultats des interventions, l'analyse des données d'enquête complétera l'analyse. Malgré tout, le taux de scolarisation a une augmentation de 16% pour l'année scolaire 2020-2021 grâce aux différentes interventions des partenaires y compris le consortium ACF/CARE dans le cadre du projet riposte Covid-19. Le consortium a pu doter des kits d'hygiène pour les 15 écoles primaires publiques et réaliser des activités de sensibilisation aux élèves en classe d'examen et aux parents d'élèves dans la Région d'Analamanga et Boeny dans le cadre de la lutte contre le covid-19. Puis, le consortium a pu doter aussi de kits scolaires pour 2564 élèves pour leur motivation et garantir la rétention scolaire. Plus de 12 715 parents d'élèves aussi ont reçu des sensibilisations sur les mesures barrières et sensibilisation sur l'importance de maintenir la scolarisation de leurs enfants garçons et filles. Ces différentes interventions du projet ont bien contribué à l'amélioration du taux de scolarisation pour cette année scolaire malgré l'épidémie de covid-19.

Cette évaluation a confirmé que 100% des élèves et des enseignants interviewés ont reçu des sensibilisations sur les mesures barrières de lutte contre le covid-19.
Les messages de sensibilisation sur les mesures barrières sont tous retenus facilement par les élèves et les enseignants de l'EPP selon les 98% des élèves et les 95% des enseignants enquêtés.

Figure 2: Appréciation de la compréhension des messages covid-19



Cette évaluation aussi a confirmé que 100% des élèves et des enseignants connaissent au moins deux mesures barrières contre le covid-19 dont le lavage des mains avec du savon ou gel hydro-alcoolique et le port de masque dans les lieux publics. Les plus importants comportements, les élèves et les enseignants non seulement ont la connaissance des mesures barrières mais ils les ont aussi pratiqués. En effet, 100% des élèves et enseignants pratiquent correctement le lavage des mains avec du savons, 57% des élèves et 74% des enseignants portent de masque correctement quand ils sortent en public.

Figure 3: Résultats des mesures des connaissances et pratiques des gestes barrières

ISAR

Concernant l'indicateur d'impact sur le pourcentage de ménages avec un ISAr (Indice de Stratégie d'Adaptation réduit) amélioré, en se référant aux résultats des activités menées par le consortium sur financement de l'UE, on peut dire que les interventions ont largement contribué à alléger les charges familiales liées au covid-19 et qu'il y avait eu une efficacité réelle du projet. L'amélioration de l'ISAr obtenu est de l'ordre de 34%, ce qui constitue une proportion conséquente et un bon résultat pour le consortium. Les données récoltées lors de l'analyse qualitative menées auprès des bénéficiaires ont souligné cet apport du projet dans l'amélioration de leur quotidien.

a. Objectif Spécifique: Renforcer la préparation et la réponse à l'épidémie au niveau individuel, communautaire et institutionnel"

Tableau 6 : Pourcentage de structures de santé ayant un système de triage effectif adapté et accessible à chaque catégorie de genre

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
	AFD			UE		
OS. IOV 1. Pourcentage de structures de santé ayant un système de triage effectif adapté et accessible à chaque catégorie de genre MDM/ ACF/CARE	80%	100%	0%	Indicateur d'objectif 1 : pourcentage de structures de santé ciblées ayant un système de triage effectif (MDM)	80%	100%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Commentaires et observations

Concernant l'indicateur « pourcentage de structures de santé ayant un système de triage effectif adapté et accessible à chaque catégorie de genre », les données disponible montrent un taux d'atteinte des cibles de 100%. Si la cible était de 80% au départ, la réalisation effective était de 100%. La complétude de données, toutefois, n'a pas permis d'évaluer le taux d'atteinte des cibles pour les activités financés par l'AFD. Cependant, en se référant aux résultats pour UE, nous pouvons dire que le résultat est plus que satisfaisant. Par ailleurs, cette activité a été essentiellement menée par MDM, ce qui correspond à la possibilité de déduire que les indicateurs validés, au nom de MDM peut servir de référence pour cette activité. La couverture 100% des formations sanitaires représente une réalisation majeure dans la riposte à l'épidémie et la lutte contre la propagation de l'infection.

Les interventions du consortium ont pu mettre en place et opérationnaliser un centre de triage effectifs suivant la norme et standard du protocole de PEC Covid-19 du MSANP auprès de 462 sur 462 centres de santé (Hôpital et CSB) ayant pris en charge le cas de Covid-19. Ces 462 centres de santé qui sont répartis dans neuf (9) Régions. Pour plus de détail, l'ONG MDM a pu mettre en place et opérationnaliser le système de triage auprès des 25 centre de santé de PEC Covid-19 contre 437 pour le compte de l'ACF.
L'avantage de la mise en place du centre de triage à l'entrée est que les professionnels de santé peuvent catégoriser la situation des malades pour le référencement vers les centres de PEC avant que celles-ci ne contaminent les autres personnes présentes. Ce qui correspond aux formes graves sont référées aux hôpitaux comme village Voara, CHU Anosiala. Les formes modérées sont référées aux centres de traitement et les formes légères sont référées au niveau des CSB ou à suivre à domicile. La propagation de la maladie devient

limitée. Les résultats issus des analyses de données qualitatives auprès des formations sanitaires ont montré un impact positif de la mise en place de ce système de triage, pré-triage.

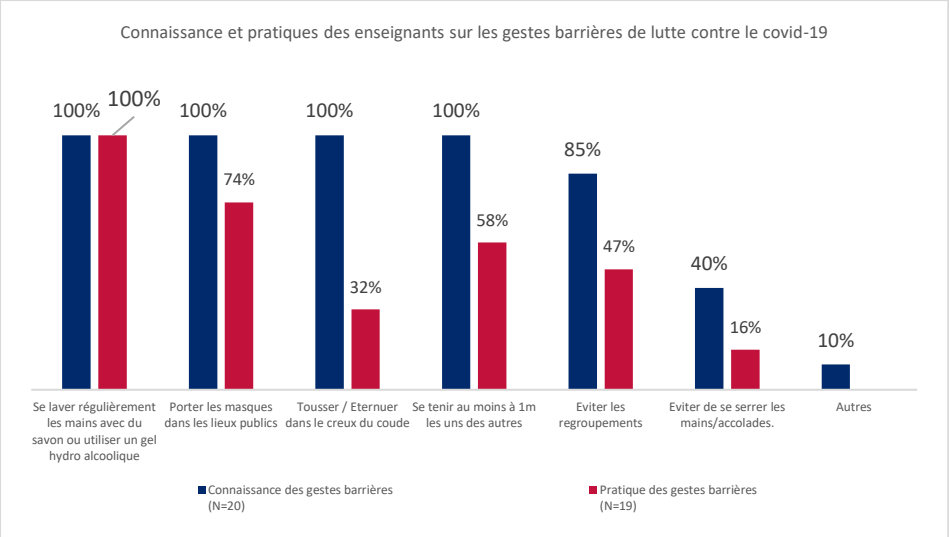
Pour le financement de l'AFD

Tableau 7: pourcentage de personnel enseignant et d'élèves qui appliquent les mesures d'hygiène et les mesures barrières adéquates (désagrégé par âge et genre)

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
OS.IOV.2. pourcentage de personnel enseignant et d'élèves qui appliquent les mesures d'hygiène et les mesures barrières adéquates (désagrégé par âge et genre). (CARE)	75%	95%	+ de 100%
OS.IOV.2.a pourcentage de personnel enseignant FEMMES et d'élèves FILLES qui appliquent les mesures d'hygiène et les mesures barrières adéquates (CARE)	75%	96% Elèves : 100% Enseignant : 92%	+ de 100%
OS.IOV.2.b pourcentage de personnel enseignant HOMMES et d'élèves GARCONS qui appliquent les mesures d'hygiène et les mesures barrières adéquates (désagrégé par âge et genre). (CARE)	75%	100% Elèves : 100% Enseignant : 100%	+ de 100%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

L'analyse des résultats a montré que la réalisation dépasse la cible prévue initialement. Le niveau de réalisation pour chaque indicateur (pour le genre féminin et le genre masculin) ont tous été très élevé. Le consortium a réalisé plus que prévu. Les moyens déployés ont permis d'augmenter les résultats. Il y avait une réelle efficience. Ce qui correspond à une réalisation significative de la part du consortium. Les données issues de l'enquête auprès des bénéficiaires vont étayer davantage cette réalisation.



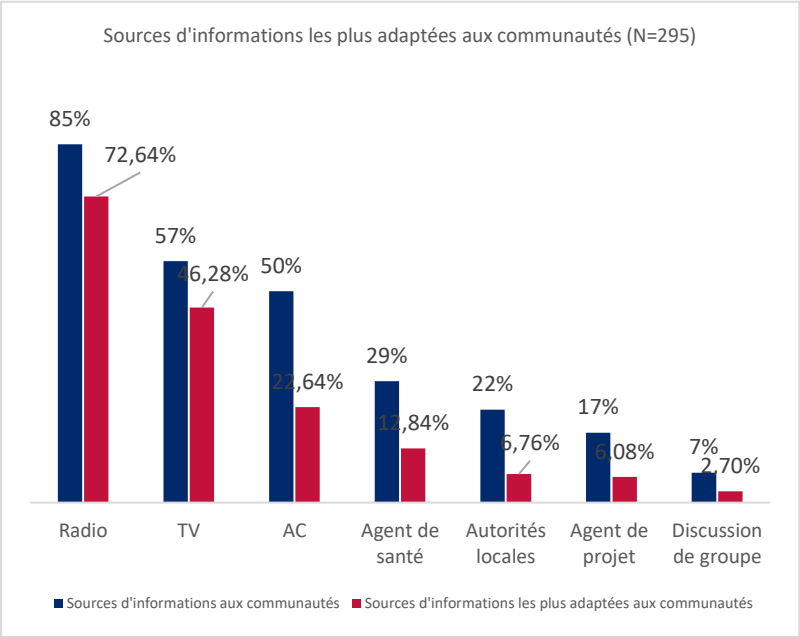
L'enquête réalisée auprès des enseignants nous montre que 100% des enseignants ont des connaissances des gestes barrières de lutte contre le covid-19 contre 95% d'enseignants qui ont déclaré de les pratiquer quotidiennement. Vingt enseignants sur vingt ont pu citer les gestes barrières suivantes : Se laver régulièrement les mains avec du savon ou utiliser un gel hydro alcoolique, Porter les masques dans les lieux publics, Tousser / Eternuer dans le creux du coude et se tenir au moins à 1m les uns des autres. 85% des enseignants ont pu citer le « Eviter les regroupements » et « Eviter de se serrer les mains/accolades. » pour 45% des enseignants. Le tableau suivant récapitule ces réalisations. On constate que le sexe masculin (élève et enseignants) a un taux plus haut (100%) que celui de sexe féminin qui est de 96%.

Figure 4: Niveau de connaissances et pratiques respectives des enseignants et élèves des gestes barrières

L'enquête aussi a pu montrer que 100% des enseignants ont reçu de sensibilisation sur la pratique quotidienne des gestes barrières pour lutter contre le covid-19. Les canaux de communication les adaptées aux enseignants sont la Radio (95%), de la télévision (55%), formation des enseignants (70%), les AC (35%). Par contre, les canaux suivants sont moins cités par les enquêtés comme les Agents de Santé (20%), agents de projet (20%) et la marionnette, les autorités locales et les activités de l'école (10%).

Les messages véhiculés pour la lutte contre Covid-19 sont compréhensibles et claires selon les 95% des enseignants.

L'évaluation sur terrain a montré que 100% des ménages enquêté déclare être sensibilisé en Covid-19 à travers le consortium par le biais d'ASOS et par différentes canaux de communication.



Toutes les communautés visitées, ont déclaré avoir été sensibilisé pour pratiquer les gestes barrières de la lutte contre la Covid-19.

En général, la sensibilisation par la chaine Radio est le moyen de communication plus adapté à la communauté selon les réponses de 72% des enquêtés, suivi de la télévision qui est déclaré par les 46% des répondants et la sensibilisation des AC prend en troisième place, soit sur 23% des répondants.

L'évaluation a montré aussi que 95% des ménages enquêtés affirme et confirme que les messages sont compréhensibles. Les raisons pour les ménages (5%) qui ont déclaré avoir une difficulté de

comprendre le message de sensibilisation sont (i) le niveau d'instruction très bas, (ii) les problèmes socio-économique lié au confinement et la situation de la famille (ménage mono parentale).

Figure 5 : Sources d'information les plus adaptées aux communautés

Tableau 8*: pourcentage des personnes ayant reçu un soutien psychosocial adapté à leur identité de genre respective qui a amélioré leur bien-être*

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

La réalisation de l'enquête auprès des bénéficiaires directes des activités de soutien psycho sociale étant difficiles à réaliser, la contre vérification des réalisations lors de la phase d'évaluation finale n'a pas été réalisé. En effet, il est assez difficile de retrouver toutes les personnes qui ont reçu des soutiens psychosociaux au niveau des communautés. Toutefois, les données rapportées par les membres du consortium ont montré que cet objectif a été atteint à 143%. Ce qui constitue une bonne réalisation pour le consortium. Les données issues des enquêtes auprès des AC ont confirmé cet apport des activités de soutien psycho social dans la gestion des craintes, des peurs et stress causés par l'épidémie de covid-19. Les AC ont constaté une augmentation de la fréquentation des formations sanitaires suite aux travaux menées au niveau communautaires. Le référencement a également été amélioré. Le niveau de réalisation des activités était significatif.

Pour le financement de l'Union Européenne

Tableau 9: pourcentage des ménages cibles qui déclarent pouvoir répondre aux besoins essentiels de leur foyer en fonction de leur priorité

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
Indicateur d'objectif 2 : pourcentage des ménages cibles qui déclarent pouvoir répondre aux besoins essentiels de leur foyer en fonction de leur priorité (CARE /ACF)	80%	80%	100%

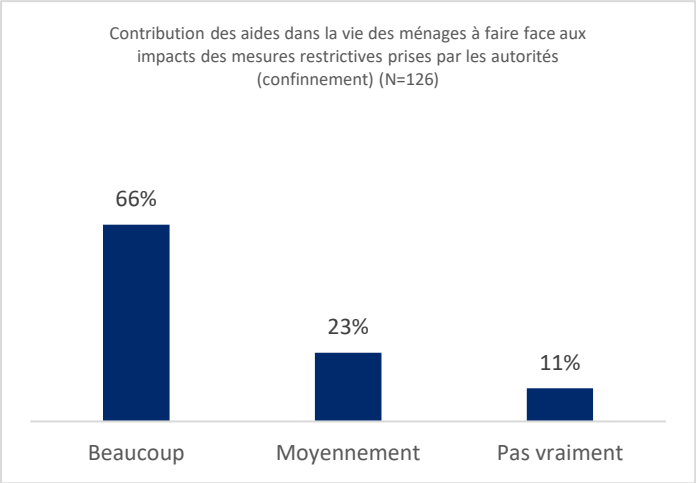
Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
OS.IOV.3. pourcentage des personnes ayant reçu un soutien psychosocial adapté à leur identité de genre respective qui a amélioré leur bien-être (ACF)	70%	100% Données d'enquête	143%

En se référant aux indicateurs chiffrés, le niveau de réalisation peut être classé comme satisfaisant. En effet, sur les 80% prévus à atteindre, le consortium a réalisé le total, soit 100% de cibles atteint. Ce qui équivaut à une réalisation significative. Les données sur les enquêtes auprès des ménages et des bénéficiaires vont permettre davantage d'analyser l'impact des activités menées par le consortium.

L'évaluation a pu constater que, bien que les interventions menées auprès de la communauté aient eu des résultats satisfaisants, la visibilité des actions du consortium reste modeste. Le projet devrait revoir ou améliorer leur stratégie d'approche et de communication, bien que l'essentiel des actions ait été faites.

Les enquêtés ont déclaré aussi que les aides reçues sont gérées ensemble pour les 43%, 36% sont gérés par le chef de ménages et 20% par l'épouse du chef de ménage. Les principales utilisations des aides sont l'achat de la nourriture pour les 94%, 38% pour la scolarisation, 28% pour l'achat de médicaments, 14% pour les autres dépenses courantes comme l'électricité, savon, etc.



Ces aides financières ont beaucoup aidé les ménages dans leur survie selon les 66% des enquêtés, 23% ont répondu que les aides financières ont moyennement aidé, et 11% de déclarer « pas vraiment ».

On peut donc dire que les interventions du projet ont beaucoup aidé les ménages à faire face aux impacts des mesures restrictives prises par les autorités

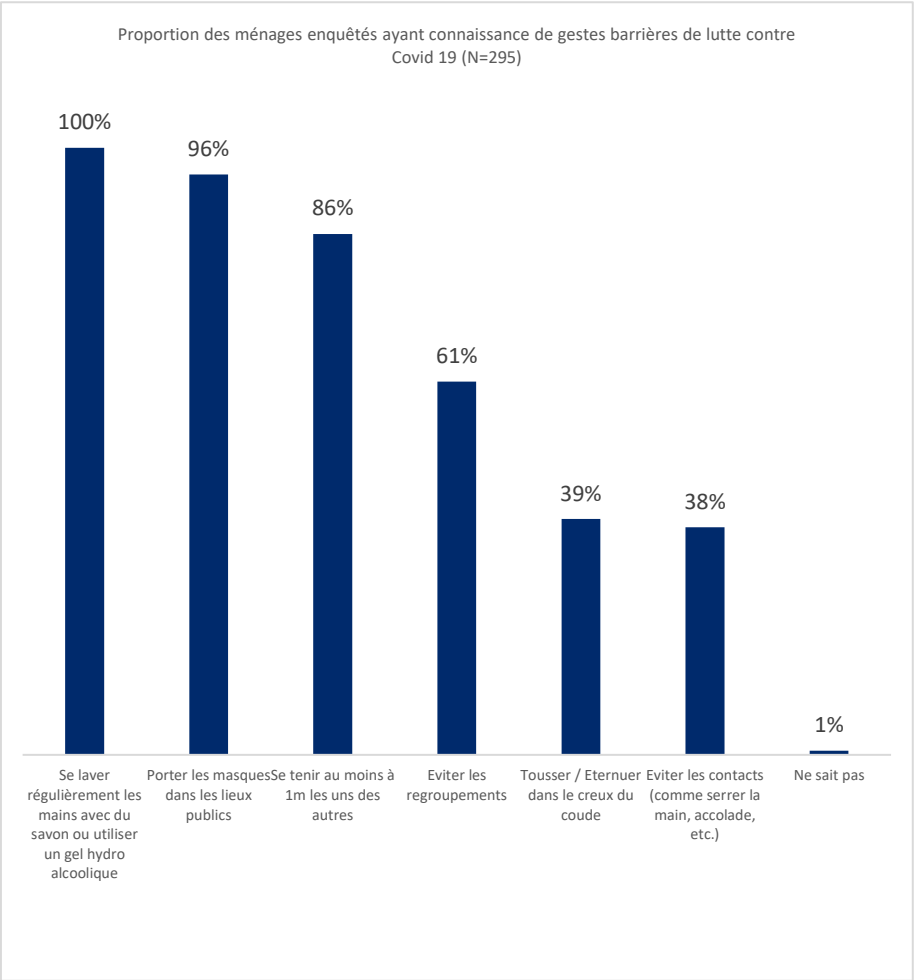
Figure 6: Niveau de la contribution des aides dans la vie des ménages

Tableau 10: pourcentage de la population cible qui peut se souvenir de deux mesures barrières ou plus

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
Indicateur d'objectif 3 : pourcentage de la population cible qui peut se souvenir de deux mesures barrières ou plus (ASOS)	80%	88%	110%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Le rapport des données de routine (88%) est confirmé par les résultats de l'enquête ménages confirment que 94% des ménages enquêtés peuvent citer plus de trois (03) gestes barrières de lutte contre le covid-19 telles que le lavage des mains avec du savon ou gel hydro alcoolique, le port de masque et la distanciation d'au moins de 1 mètre.



Cette évaluation a permis de comprendre que 96% des ménages enquêtés ont pu citer plus des deux gestes barrières comme le lavage des mains (100%), port de masque dans les lieux publics (96%) et la distanciation d'au moins d'un mètre (86%). Malgré la bonne réalisation, on note une proportion de 0,68% qui ont répondu « Ne sait pas ». Ce sont les ménages qui, éventuellement, n'étaient pas sensibilisés, réticents, ou ignorant tout simplement les efforts menés auprès de leur communauté. Il faut tenir compte de leur implication pour les prochaines campagnes de sensibilisation car ils seront à risque de véhiculer ou de faire propager le virus suite à leur attitude réfractaire.

Figure 7: Proportion des ménages enquêtés ayant connaissances des gestes barrières

Par région enquêtée, l'évaluation menée a permis de voir que, 83% des ménages enquêtés de grand tana ont cité plus de quatre mesures barrières contre 62% pour celui de Boeny, 45% pour Atsimo Andrefana et 21% pour Bongolava. Les résultats sont illustrés sur le graphique suivant.

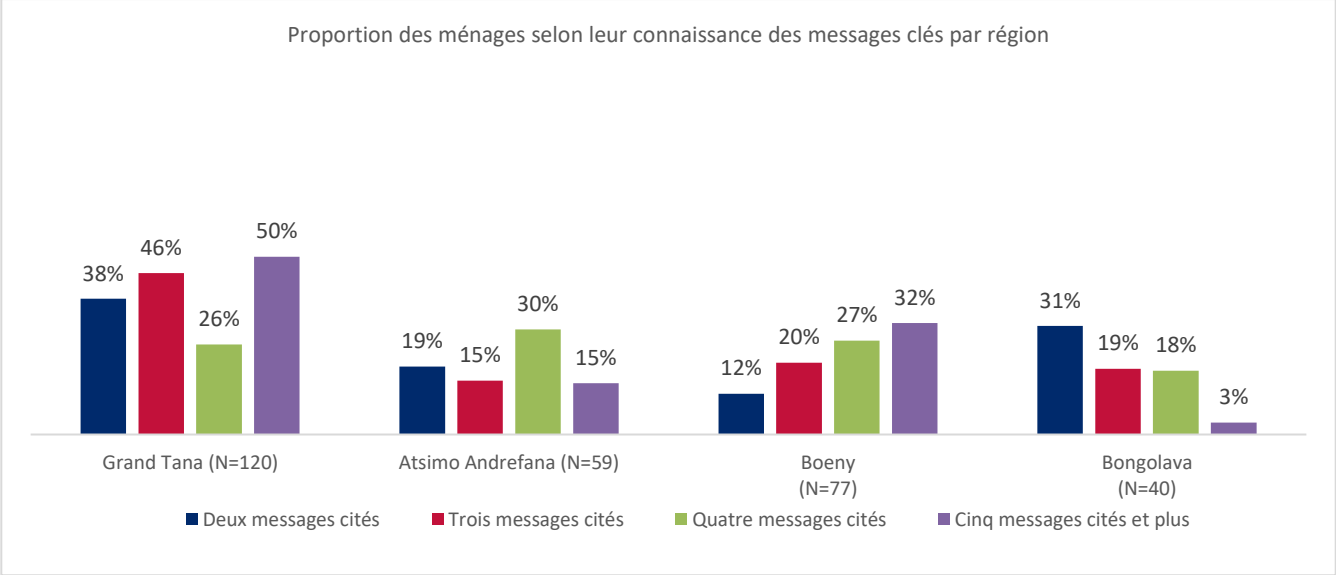


Figure 8 : Proportion des ménages enquêtés selon leurs connaissances des messages clés par Région

Par ailleurs, dans la conduite des activités, il est conseillé au consortium d'augmenter toujours leur capacité de couverture, géographique et humaine, pour les activités de sensibilisation ou de dotations d'EPI (cache bouche, gel,…) et de matériels d'hygiène (savon, gobelet, seau, cuvette).

Les barrières qui empêchent les ménages minoritaires (2%) à adopter les comportements sains sont liés aux problèmes d'ordre social, informationnel, familial, économique et culturel. Pour qu'ils puissent adopter ces comportement ou ces pratiques, ils ont besoins d'avoir de : l'accès à l'information, sensibilisation ou formation, de soutien psycho-social, dotation des matériels et surtout de l'aide économique et financière.

IV- ANALYSE DES RESULTATS

1. Analyse de l'efficacité du projet (indicateur, résultats)

Résultat R1 : Le système de santé est renforcé dans sa préparation et sa gestion de l'épidémie

R.1.IOV.1. Pourcentage de personnels de santé ayant amélioré leurs connaissances sur les mesures barrière (désagrégé par genre) (100% de réalisation)-AFD

R.1.IOV.2. Pourcentage des établissements de santé dans la zone du projet avec un score de performance PCI et WASH supérieur à 60% (MDM /ACF) (2% de réalisation)-AFD

Pour le financement de l'AFD

Tableau 11: Pourcentage de personnels de santé ayant amélioré leurs connaissances sur les mesures barrière (désagrégé par genre)

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
R.1.IOV.1. Pourcentage de personnels de santé ayant amélioré leurs connaissances sur les mesures barrière (désagrégé par genre)	70% (572)	80% (458)	114%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Le consortium à travers de l'ONG MdM et ACF a pu former 572 agents de santé dont les 67% sont des femmes. Comme pour toute formation, une validation de compétence a été fait après la formation, on a 458 sur 572 (soit 80%) agents formés qui ont été évalué avoir une amélioration de connaissance sur les mesures barrière (mesuré par pré/post test). Il est important de signaler que les participants doivent avoir au moins 85% de notes sur les compétences avant que celle-ci soit validée à la fin de la session. Cette formation des agents de santé contribue à l'amélioration de l'offre de service et la qualité de prise en charge de cas de covid-19 au sein de la formation sanitaire. Pour cet indicateur, en résumé, les résultats étaient plus que satisfaisant pour le projet. Le niveau d'atteinte des réalisations, en effet, est de 114%.

Pour le financement de l'Union Européenne

Tableau 12: Pourcentage de personnel de santé ayant amélioré leurs connaissances sur les mesures barrières

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
Indicateur de Résultat R1.1 % de personnel de santé ayant amélioré leurs connaissances sur les mesures barrières (MDM / ACF / CARE)	80%	72%	18%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Les formations et renforcement de capacités sur les mesures barrières ont montré des résultats satisfaisant si on se réfère aux indicateurs de l'APR du projet. En effet, les cibles ont presque été atteintes pour les grandes villes d'agglomération d'Antananarivo, avec quelques réserves pour la région de Boeny. Dans le dernier cas, le nombre de formation n'a pas encore couverts les cibles à atteindre, soit 32% des cibles seulement.

Dans le cadre du financement de l'Union Européenne, à travers de l'ONG MdM et CARE: les résultats de l'évaluation nous montrent que sur les 892 sur 1236 (soit 72%) agents de santé formés ont été évalué comme ayant amélioré leur connaissance sur les mesures barrières de lutte contre le Covid-19.
Les interventions du consortium à travers ces deux ONG ont bien contribué à l'atteinte de ces résultats malgré la qualité des données collectées. Les efforts du consortium sur le renforcement de capacité des agents de santé sur les respects des gestes barrières ont bien contribué à la réduction de la propagation du virus de Covid-19 au niveau de la communauté.

Résultats des enquêtes qualitatives auprès des agents de santé CSB et des CHU

Par ailleurs, les formations sur les gestes barrières, d'après les résultats des analyses qualitatives de l'évaluation finale, il a été constaté que les agents de santé formés ont manifesté leur satisfaction pour les bénéfices apportés par ces formations. Ils ont rapporté en effet que, ces formations sur les gestes barrières leur ont permis, de cadrer l'hygiène et la protection contre la propagation de virus avec l'appui des hygiénistes. Les changements de comportement ont été constatés. Que ce soit les patients où les agents de santé, ont tendance à se laver les mains ou mettre de gel hydro alcoolique avant de prendre ou d'être pris en charge. Le port de cache bouche est obligatoire. La connaissance des modes de contrôle des infections a été nettement améliorée. "*Lasa iainan'ny olona andavan'andro ny fanasan-tanana* (Se laver les mains devient une habitude)" CHU-Befelatanana, "*tena nanampy anay tamin'ny fitandremana sy fampianarana ny marary* (cela nous a beaucoup aidé pour notre protection mais aussi pour protéger les patients" CHU-Ambomiandra.. "*Lasa nanisy fanovana tato amin'ny toerana fiasanay ny formation* (des réels changements ont été constatés dans notre lieu de travail)" Anosiala. « *izahay koa mila miaro ny tenanay* (nous aussi, on doit se protéger) » CSB Andohalo. « *mba afahanay mitandrina mba tsy hitondranay aretina mody ihany koa* (nous devons aussi faire attention pour que nous n'apportions par le Covid chez nous à la maison)" CSB Ambohimanarina. La diffusion de messages à travers les sensibilisations par les médias a aussi contribué à ces résultats.

Toutefois, en pleine épidémie, des sensations d'angoisses ont été observées chez les prestataires de soins de santé, influencés parfois par certains dirigeants et responsables gouvernementaux qui portent des doubles masques et des gants en milieu public, véhiculant parfois des sentiments de peur chez les observateurs et les personnels de santé, allant parfois jusqu'à leur manque de confiance. Le changement de comportement peut également n'être atteint que dans une période plus ou moins longue. Les messages véhiculés par les ONG et l'Etat sont parfois contradictoires créant des incompréhensions chez la population cible.

Indicateur de résultat R1.2 : % des établissements de santé dans la zone du projet avec une score de performance PCI et WASH supérieur à 85% (MDM /ACF) AFD_UE

Pour le financement AFD

Tableau 13: pourcentage des établissements de santé dans la zone du projet avec un score de performance PCI et WASH supérieur à 60%

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
R.1.IOV.2.Pourcentage des établissements de santé dans la zone du projet avec un score de performance PCI et WASH supérieur à 60% (MDM /ACF)	80%	1%	-79%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Le rapport du consortium à travers l'ONG MdM et ACF a montré que 2 sur 246 (soit 1%) des formations sanitaires formées en PCI et WASH seulement avait un score de performance PCI et WASH supérieur 85%. La proportion de réalisation de la cible pour cet indicateur est relativement basse. Dans le rapport intermédiaire, pourtant, cette proportion était de 70%.

Pour le financement UE

Tableau 14 : pourcentage des établissements de santé dans la zone du projet avec une score de performance PCI et WASH supérieur à 85%

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
Indicateur de résultat R1.2 : Pourcentage des établissements de santé dans la zone du projet avec une score de performance PCI et WASH supérieur à 85% (MDM /ACF)	80%	2%	2%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Dans le cadre d'autre financement UE, 3 sur les 174 (soit 2%) formations sanitaires formées en PCI et WASH seulement avait un score de performance PCI et WASH supérieur 85%. Ce faible taux de réalisation n'explique pas par le fait que les agents de santé dans cet établissement cibles n'étaient pas formés sur la lutte contre la propagation, la contamination de Covid-19, sur l'hygiène et les mesures barrières contre le covid-19.

Constat général, pour les deux financements :

Les taux de réalisation sont très faibles. Les analyses approfondies des actions menées ont fait ressortir les constats suivants :

- Les formations ont bien été réalisées auprès des hôpitaux et formations sanitaires cibles du projet
- Des évaluations ont été réalisées après les formations
- Les résultats des évaluations ont été non satisfaisants

Par contre, il a été constaté que la grille d'évaluation utilisée était un peu rigide, n'ayant pas permis à plusieurs formations sanitaires d'atteindre le niveau recommandé pour valider la formation.

Il est recommandé ici d'adapter au mieux la grille aux besoins de la formation, et de suivre les formations même au niveau dans les lieux de travail des prestataires de santé formés. Cela mérite une amélioration tant

en terme de qualité de formation qu'en terme de suivi formatif et d'évaluation avant la fin du cycle de projet. Le suivi formatif est recommandé de le faire à au moins 1 mois d'intervalle par rapport à la formation.

Malgré ces constats négatifs, les agents de santé ont reçu de formation sur la lutte contre la propagation, le mode de contamination, l'hygiène et la pratique des mesures barrières de lutte contre l'épidémie Civid-19.

Le renforcement des personnels de santé dans les hôpitaux et CSB ainsi que la dotation des matériels et équipement ont réduit les risques de propagation et de contamination de covid-19. Donc, il est crucial d'augmenter le nombre de personnel touché par le renforcement de capacité et la dotation de matériels afin de réduire au maximum les risques de propagation de covid-19.

Les données issues de l'enquête qualitative réalisée auprès des prestataires de soins formés ont rapporté que les formations leur ont été bénéfiques. On peut alors conclure que ces activités ont eu des effets positifs auprès des professionnels de santé, malgré que les indicateurs chiffrés ne permettent pas de faire une analyse aisée des résultats.

Pour le financement de l'UE

Tableau 15: Nombre de personnels de santé et staffs des établissements de santé formés

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
Nombre de personnels de santé et staffs des établissements de santé formés	1 695	1905	112%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 202*

Le rapport du consortium à travers de l'ONG CARE, ACF et MdM a rapporté d'avoir formé 1905 Personnels de santé (hôpitaux, CSB) sur la prévention et le contrôle des infections (PCI), sur le protocole de dépistage, triage et prise en charge des cas de COVID-19 dont les 68% (soit 1292) des agents formés sont de femmes.

Pour plus de visibilité, 934 ont été formés dans le cadre de l'ONG MdM dont les 72% sont des femmes, 812 dans le cadre de l'ONG ACF dont les 63% sont des femmes et 159 dans le cadre de l'ONG CARE International dont les 71% sont des femmes.

Pour le financement de l'AFD

Tableau 16: Performance du projet sous financement AFD en PCI, mise en place et appui à la fonctionnalité de triage.

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
Nombre de structures de santé appuyées en PCI/triage des personnels à travers des formations / ateliers de rafraichissement de connaissances sur PCI/triage et suivi par le compagnonnage régulier par l'équipe	24	25	104%
Nombre des personnels de santé formé à travers des formations / ateliers de rafraichissement de connaissances sur PCI/triage et suivi par le compagnonnage régulier par l'équipe	326	221	68%

Nombre de formation sanitaires avec pre-triage et triage en place	24	25	100%
Nombre de formation sanitaires ayant bénéficié de dotations en EPI	24	25	0%
Nombre de formations sanitaires ayant bénéficié de dotation de matériel médical	6	7	100%
Nombre de personnes ayant bénéficié de la prise en charge des médicaments et examen		90	0%
Nombre de personnes ayant bénéficié de kits dignité	372	186	50%
Nombre de CHRD ayant bénéficié de dotation de matériel d'hygiène et désinfection (ACF)	144	10	7%
Nombre de personnes formées (MDM)	45	66	100%
Nombre de structures de santé appuyées PCI/santé (MDM)		25	0%
Nombre de structures de santé appuyées avec hygiéniste (ACF/CARE)		108	0%
Nombre de structures sanitaires appuyées en gestion des déchets (ACF/CARE)		1085	0%
Nombre de personnels des établissements de santé formés sur la gestion des déchets hospitaliers (ACF/CARE)		624	0%
Nombre de DLM mis en place (ACF/CARE)		410	0%
Nombre de personnes prises en charge par les travailleurs sociaux d'ACF en entretien individuel		1 499	0%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Appui aux Formations Sanitaires (Hôpitaux et CSB)

En résumé des réalisations, le consortium a pu renforcer 25 formations sanitaires dont 3 hôpitaux et 22 CSB en PCI/triage des personnels à travers des formations et ateliers de rafraichissement de connaissances sur PCI/triage et suivi par le compagnonnage régulier par l'équipe. Cette formation en PCI/Triage des patients dans 25 formations sanitaires a pu former 221 agents de santé.

En plus, le consortium a pu mettre en place au niveau de 25 formations sanitaires un système de pre-triage et triage, et la dotation en EPI.

Le consortium à travers de l'ONG ACF a pu doter les 10 CHRD dans leurs zones d'intervention en matériel d'hygiène et désinfection dans la mise en place de la PCI. Dans ces 10 CHRD, 66 agents de santé, dont 32% sont des femmes, ont reçu de formation en PCI et hygiène à travers de l'ONG MdM. Par contre, à travers l'ONG ACF et CARE, 25 Formations Sanitaires ont été appuyées en PCI/Santé et 108 Formations sanitaires dont 15 centres hospitaliers et 93 CSB sont appuyées avec des hygiénistes qualifiés. L'ONG ACF et CARE a pu appuyer également 1085 formations sanitaires dont 567 hôpitaux et 518 CSB en matière de tri et gestion des déchets en doter des bacs à ordures et de donner de formation.

Dans le cadre de renforcement des mesures barrières de lutte contre la covid-19, l'ONG ACF et CARE a pu mettre en place 410 DLM au niveau des 410 formations sanitaires.

Appui aux Agents de santé et patients

Dans le cadre de prise en charge des patients, 90 patients issus des ménages pauvres dont 48% femmes ont été prise en charge en médicaments et examens complémentaire par l'appui du consortium. 186 personnes dont 50% hommes ont bénéficié de kits de dignité de la part du projet. Il est à souligner que les kits de dignité sont spécifiques selon le genre. A travers l'ONG ACF et CARE, 624 personnels dont 65% femmes des 131 centres hospitaliers (CHRD) ont été formés sur la gestion des déchets hospitaliers. Enfin, 1499 patients de covid-19, personnes montrant des signes de détresse, ont reçu de soutien psychosocial par des travailleurs sociaux d'ACF à travers un entretien individuel.

En conclusion, la formation, la dotation des matériels et équipement contribuent à l'amélioration de la qualité de service fourni par la formation sanitaire et améliore la qualité de prise en charge de cas de covid-19 et réduit le taux de mortalité lié au covid-19.

Pour le financement de l'UE

Tableau 17: Performance du projet sous financement UE en PCI, en mise en place de triage, en appui à la gestion des déchets hospitaliers

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
Nombre de personnels de santé et staffs des établissements de santé formés en triage et PCI	1695	1905 F : 1292 H : 613	112%
Nombre de structures de santé appuyées PCI/santé (MDM)	21	46	100%
Nombre de structures de santé appuyées WASH (ACF/CARE)	183	194 Dont 177 CSB	100%
Nombre de structures sanitaires appuyées en gestion des déchets (ACF/CARE)	183	220 Dont 176 CSB	100%
Nombre de personnels des établissements de santé formés sur la gestion des déchets hospitaliers (ACF/CARE)	1 545	1 067	69%
Nombre de DLM mis en place (ACF/CARE)	160	168	100%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Le rapport du consortium nous donne l'aperçu global de la réalisation durant la période de covid-19, le consortium a formé 1905 sur 1695 agents de santé prévus soit 112% en triage et PCI dont 68% sont des femmes. Ces réalisations nous expliquent que le projet a réalisé plus que prévu c'est-à-dire la couverture en formation a augmenté et la qualité de service s'est amélioré. Le nombre de décès lié à la covid-19 a diminué.

Dans le cadre du projet riposte covid-19, MdM a pu appuyer 46 structures de santé dont 34 CSB et 12 hôpitaux en PCI/santé.

Dans le rapport d'activité en fin du projet, le consortium ont appuyé 194 structures sanitaires dont 177 CSB et 17 hôpitaux en Eau, assainissement et hygiène au niveau des formations sanitaires d'intervention. CARE a appuyé 30 formations sanitaires et ACF a appuyé 164 formations sanitaires. Puis, 220 structures sanitaires appuyées en gestion des déchets dont 203 CSB et 17 hôpitaux.

Le consortium à travers de l'ONG CARE et ACF a pu former 1067 agents de santé dont 904 formés par ACF (soit 85%) et 163 formés par CARE (soit 15%) en matière de gestion de déchets au niveau des

formations sanitaires en utilisant le modèle 5 S pour le triage des déchets. Le consortium a pu mettre en place 168 DLM au niveau des formations sanitaires d'interventions.

Les réalisations de ces activités de formation de personnels de santé, le renforcement de structures de santé et la dotation des différents matériels et équipements ont contribué à l'amélioration de la qualité de l'offre de service, de prise en charge et surtout la réduction du taux de mortalité lié au covid-19. Donc, la réussite de la lutte contre covid-19 dépend en grande partie des interventions du consortium même s'il y a le concours des plusieurs intervenants dans la lutte contre le covid-19.

Autres constats

Sur le volet PCI et WASH

D'une manière générale, la proportion d'établissements de santé ciblés par le projet avec un score de performance PCI et WASH supérieur à 60% est relativement bas. Les principales raisons avancées pour non atteinte de cet indicateur concernent la grande disparité de la situation dans les formations sanitaires en milieu urbain et en milieu rural. Dans les zones péri-urbaines ou rurales en effet, l'accès à l'eau pose souvent problème. Elle reste dans la plupart des temps insuffisants et des difficultés existent dans le renouvellement et l'approvisionnement en eau. Les infrastructures d'assainissement habituelles sont majoritairement non fonctionnelles. A cela s'ajoute une insuffisance des EPI malgré les dotations des PTF et des approvisionnements par l'Etat. Le nombre de cas, vers la survenue de la 2ème vague, en effet, ont beaucoup augmenté. Ce qui entraine souvent une surcharge de travail pour les agents de santé et une tendance au non-respect des protocoles de prévention des infections. Par contre, dans la ville d'Antananarivo, environ 100% des formations sanitaires ont atteint la cible lors de l'évaluation à mi-parcours, avant l'augmentation massive des cas de la 2ème vague d'épidémie. Score qui plus tard, s'est trouvé en déclin, surtout dans les CHU, étant donné les facteurs suivants :

- Non résolution des problèmes liés à la plomberie et nombre insuffisant de toilettes
- Coupure assez fréquente de l'eau courante de la JIRAMA
- Surcharge de travail des ressources humaines avec une tendance au non maitrise des flux des patients et par conséquent, négligence des protocoles de lavage des mains et négligence du personnel de santé sur le port d'EPI dans les salles d'isolement
- Insuffisance de contrôles des patients et leurs accompagnants dans le respect de la distanciation préventive de un mètre.

Par ailleurs, l'évaluation a également montré la nécessité d'améliorer le respect des méthodes de tri et de gestion des déchets notamment étiquetage des poubelles, tri sélectif des déchets selon qu'il s'agit de déchets infectieux et tranchants ou de déchets ménagers. L'utilisation d'un incinérateur est toujours recommandée.

Pour le volet renforcement de capacité

La formation sur la prise en charge du covid-19 n'a pas atteint ses objectifs. En effet, en se référant aux réalisations, environ 25% des personnels seulement ont bénéficié de la formation. Plusieurs raison ont été avancées causant ce non obtention des objectifs. Il s'agit entre autre, du manque de collaboration de certains CHU (exemple de CHU Fenoarivo) où l'équipe du consortium n'a pas été très bien accueilli par les responsables. Les propositions du consortium n'étant pas parmi ce que le CHU attend, les activités ont été rejetés. A cela s'ajoute un arrêt des interventions pendant une période relativement longue de 3 mois en 2020, notamment dans 6 structures de prise en charge à Antananarivo.

Par contre, il n'était pas prévu au début du projet que MdM travaille en dehors de la région d'Analamanga mais sur demande de la Direction Générale de la Fourniture des soins, des formations sur la prise en charge et traitement médicale du covid-19 a été organisé dans les régions d'Atsimo Andrefana (Tuléar) et Ihorombe (Ihosy) en novembre 2020, puis dans deux autres régions, Haute Matsiatra et V7V grâce à l'appui d'autres partenaires financiers de MdM.

En matière de compagnonnage, les résultats ont été atteints, soit 100 des cibles. Ce qui constitue une bonne réalisation pour le consortium.

Résultats des enquêtes qualitatives auprès des agents de santé CSB et des CHU

Volet PCI et WASH

Les enquêtes qualitatives menées auprès des établissements de santé ont étayé ces constats. En effet, dans les établissements ayant reçu des formations et où les accompagnements ont été renforcés, il a été observé que la prise en charge globale s'est améliorée. Ils rapportent que la prévention de l'infection s'est améliorée parce que le centre ne rencontre plus de blocage sur la prise en charge. Les personnels de santé n'ont plus peur d'affronter, et de prendre en charge tous les cas, malgré ces quelques failles. Après la formation approfondie, l'organisation dans les centres de santé bénéficiaires s'est également amélioré et leur capacité renforcée. (Exemple du CHU Befelatanana). La prévention et contrôle de l'infection était parmi leur principale préoccupation mais l'afflux des patients a rendu leur travail périlleux (cas du CHU Andohatapenaka).

Par ailleurs, au niveau des CSB ayant bénéficié des appuis du consortium, les formations sur la prise en charge des patients covid-19 et la prévention et contrôle des infections, ont eu une bonne appréciation par les agents de santé, et a beaucoup contribué à renforcer la lutte contre le covid-19 auprès de ces établissements, les formations ont renforcé la capacité sur la prise en charge des professionnels de santé et ont aidé à limiter les risques de propagation de virus auprès des prestataires de soins mêmes. La connaissance de la physiopathologie du covid-19, la prise en charge des cas suspects et des cas référés, le respect des gestes barrières a été amélioré, leur connaissance du covid-19, auparavant étant insuffisante. « *manamafy ny fahaizana sy manitsy izay tsy nety amin'ilay fiarovana amin'ny fipariahan'ny aretina ny asa nataon'ny consortium* (les actions menées par le consortium nous ont corrigé de nos erreurs et ont renforcé notre capacité de prise en charge et de contrôle de l'infection » CSB Ambohidroa. « *lasa natoky tena izahay dia sady manazava ny marary* (nous n'avons plus peur d'affronter, et de prendre en charge tous les cas) » CSB Andohalo.

Système de triage pré triage

Les enquêtes qualitatives menées auprès des établissements de santé, ont montré que la mise en place du système de triage, pré triage a facilité la prise en charge des patients. En connaissant le cas de la maladie, le traitement et la prise en charge devient plus rapide. Les taches ont été facilitées et le triage pré triage a apporté beaucoup de changement dans les établissements de santé tels qu'une bonne organisation, et de la tranquillité. Tous les patients passent d'abord le système de triage puis suivent des voies différentes après. Le consortium a installé une tente pour les cas suspects et ils vont directement faire un test PCR. La propagation du virus par conséquent, est très limitée. Les patients sont déjà classés avant d'entrer même dans les sites de prise en charge. Les formes graves du covid-19 ne peuvent pas transmettre aux autres patients. certes, Il y a eu des morts dans les centre de santé, mais les interviewés ont souvent mentionnée que la pratique du système de triage, pré triage, a réduit de façon significative le taux de mortalité, sachant qu'en plein épidémie, presque tout l'hôpital est rempli de malades de coronavirus.

Pendant cette pandémie, presque tous les patients de notre centre sont des personnes atteintes du coronavirus. Les malades suspects du covid-19 sont entrainés directement à un endroit indiqué, pour éviter le contact avec les patients qui viennent faire un examen de routine par exemple.

Ce qui a parfois entravé la prise en charge des patients c'était lorsqu'il y a d'autres urgences qui arrivent ou quand les patients affluent et que les risques de non-respect du circuit augmentent. Certains patients en effet, se plaignent de la longue file d'attente, et malheureusement, l'établissement, le consortium n'a pas pu trouver d'autres solutions pour éviter que les malades pressés se plaignent. *« misy fotona ny olona mimenomenona satria milahatra be ny triage (les malades se plaignent parfois car il y a une longue file d'attente au triage" CHU Anosiala*

Autres activités

Constats

Supervision et coordination

Les activités de compagnonnages effectuées par le consortium ont été réalisées sous une politique de supervision bien claire. En effet, les superviseurs étaient munis d'une grille de supervision « COVID-19 » conçue en collaboration avec les autorités sanitaires locales. Ce qui sous-entend une conformité avec les directives nationales. Il s'agissait de superviser à travers cette grille les procédures de triage, des consultations médicales, du respect des procédures d'hygiène, de la qualité des échanges et communication entre les prestataires de services et les usagers etc. Les activités de supervision étant capitales pour s'assurer du bon déroulement des activités et du respect des procédures par les prestataires de soins et les acteurs opérationnels, sa réalisation avec les équipes de l'EMAD et de l'EMAR constitue une bonne initiative et dont l'utilité et efficacité a été justifié.

Renforcement de capacité sur la diffusion de messages

Le nombre de personnels médical et non médical dont les capacités sont renforcées est de 493/1695, soit une réalisation de 29%. L'objectif fixé n'est pas atteint. En effet, la réalisation des activités a été sujette à diverses contraintes (retard d'autorisation, insuffisance de coordination etc.) obligeant souvent à des reports de planification.

WASH

Presque toutes les demandes en réparation et réhabilitation des infrastructures wash, tels que eau, robinetterie, et incinérateurs, ont été réalisés. Ce qui constitue une bonne réalisation de la part du consortium pour le compte de CARE et ACF. Les résultats des enquêtes qualitatives ont confirmé cette hypothèse.

Résultats des enquêtes qualitatives (CSB, DRSP, CHU)

Supervision et coordination

Les enquête qualitatives menées auprès des bénéficiaires, CSB, DRSP, CHU, ont montré que la coordination était bien organisée avec les différentes structures, y compris avec les OSC. Des réunions de coordination ont été tenues, des rencontres organisées lors des formations, les taches et les responsabilités ont été partagés. Des staffs périodiques ont été organisés (mensuel). La plupart des réunions de staff ont été documentés. La complémentarité des acteurs a été appréciéé par les cibles bénéficiaires, notamment l'appui en matière de supervision.

Renforcement de capacité sur la diffusion de messages

Les formations reçus en matière de diffusion de message et de sensibilisation, par ASOS, ont aidé les agents de santé du niveau CSB, dans la lutte contre le covid-19, dans la mesure où ils ont pu assurer une fluide communication avec leurs patients ; surtout pour les rassurer contre les rumeurs, et par conséquent de renforcer la PEC et l'incitation à la vaccination. Des affiches et outils de sensibilisations ont été distribués pour renforcer ces communications

WASH

Notre capacité a été amélioré parce qu'avant on ne savait pas différencier ce qu'on devrait bruler et ce qu'on devait jeter dans tel ou tel endroit. Une amélioration dans la prévention des infections a été constatée. *« Nisy fanavaozana ny incinérateur-nay »* CSB Amboniloha.

Concernant les appuis au niveau des CSB, les centres de santé ont bénéficié de dotations en matériels d'hygiène, ce qui a nettement amélioré l'offre de service selon les constataions des chefs CSB. Par ailleurs, ils ont noté:

- Une pratique courante de lavage des mains
- Une utilisation du DLM obligatoire avant d'entrer au CSB
- L'Existence des personnes autre que les patients utilisant les DLM

- Que tout le monde était motivé à se laver les mains *« izahay mihitsy no niandry ny DLM teto sady manaramaso ny olona"* CSB Ambohimanarina

Soutien Psycho Social

Les données qualitatives récoltées ont monté une tendance à la satisfaction des cibles bénéficiaires des activités de soutien psychosociale, que ce soit au niveau des formations sanitaire ou au niveau de la communauté. Bien que ce volet ait été étudié lors de l'évaluation finale, l'envergure géographique des zones d'intervention n'ont pas permis de faire une analyse exhaustive des bénéficiaires de soutien psycho sociale de la part du consortium. Les résultats issus de l'échantillon de population enquêtée ont toutefois permis d'apprécier ce niveau dans les zones étudiés. En combinant ces résultats, cette activité peut être classée comme une réussite du projet.

Résultat R2 :
Les populations vulnérables bénéficient d'un soutien monétaire pour limiter les effets négatifs de l'épidémie et des mesures restrictives sur la couverture de leurs besoins de base (CARE / ACF)

Tableau 18 : Performance du projet en Soutien monétaire aux populations vulnérables

Indicateurs ou Phase de mise en oeuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
R2 - Les populations vulnérables bénéficient d'un soutien monétaire pour limiter les effets négatifs de l'épidémie et des mesures restrictives sur la couverture de leurs besoins de base			
Nombre de personnes bénéficiant de programmes de transferts monétaires	66 730	123 791	100%
Montant total de cash distribué	3 001 000 000	3 118 400 000	100%
Taux de couverture des fokontany ciblés par les transferts monétaires	25%	3%	12%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Le consortium a pu toucher plus 123 791 bénéficiaires dans le cadre de distribution des aides financières aux ménages les plus pauvres du fokontany. L'ONG ACF a réalisé les 53% de ces cibles soit 65 331 ménages bénéficiaires et CARE a réalisé les 47% soit 58 460 ménages bénéficiaires. Ces bénéficiaires sont repartis dans 31 000 ménages pauvres dans le fokontany.
En terme de volume financière, le consortium a déboursé plus que prévu et à distribué dans le cadre de cash transfert qui cibles les ménages vulnérables.

En termes de couverture géographique, le consortium a touché le 3% des fokontany dans les zones cibles du projet. Ces couvertures sont relativement faibles en terme de proportion de cible atteint mais par contre les ménages cible ont été presque doublés par rapport au nombre prévu. Le projet n'a pas raisonné en termes de représentativité du nombre de fokontany touché mais il a bien touché les ménages les plus vulnérables dans ces fokontany.
Dans le cadre de la mobilisation communautaire, 642 acteurs communautaires ont été formés sur les modalités opérationnelles du cash par le consortium dont 432 (55% sont des femmes) par ACF et 210 (60% des femmes) ont été formé par CARE.

Durant la mise en œuvre de la distribution financière auprès de ménages, le consortium a reçu 1818 plaintes concernant cette distribution ou cash transfert, 1608 soit 88% de ces plaintes ont été traitées et des réponses étaient envoyées au projet et des contrôle et suivis ont été effectués. Après l'analyse des plaintes, des mesures correctives ont été prises par le projet pour corriger la défaillance durant la mise en œuvre des activités et pour la redevabilité du projet envers la communauté.

Dans la cadre des activités de suivi évaluation, 6 enquêtes post-distribution ont été réalisés par le projet pour mesurer les effets des aides à l'amélioration de la vie des bénéficiaires. En plus, des suivis hebdomadaires des prix des PPN au niveau des marchés locaux ont été effectués par le projet pour voir la gestion et la bonne utilisation de ces aides financières par les ménages. Toutefois, des incertitudes planent sur l'objet exact de l'utilisation de ces fonds auprès des ménages.

Autres constats

Indicateur de résultat R2.1 : pourcentage de personnes bénéficiant de programmes de transferts monétaires est de 100%

Indicateur de résultat R2.2 : montant total de cash distribué (100%)

Le montant total de cash prévu à distribuer est liquidé. Ce qui constitue une belle performance de la part du consortium étant donné que la question financière pose souvent problème dans l'organisation même de l'activité et les risques encourus au niveau de la communauté.

Indicateur de résultat R2.3 :Taux de couverture dans les fokontany ciblés par les transferts monétaires est de 12%.

Ce qui sous-entend que le projet n'a pas pu couvrir tous les fokontany ; en terme de projet, la réalisation est significative et est efficace, mais en terme d'équité, la non couverture des autres fokontany peut causer une certaine frustration des populations vulnérables non couverts. Mais comme il s'agit de question financière, et que les réalisations sont dictées par les montants obtenus dans le financement, la qualité du travail mené n'est pas remise en cause. Les mesures à prendre pour une éventuelle nouvelle vague serait de plaidoyer pour plus de couverture en termes de fokontany et en termes de population bénéficiaire.

Tableau 19 : Niveau de satisfaction des ménages sur les montants reçus (cash transfert)

Niveau de satisfaction sur les montants reçus	ZONE ACF	ZONE CARE	Ensemble	%
Non réponse	1	2	3	0,75%
Totalement satisfait	37	38	75	18,66%
Satisfait	148	134	282	70,15%
Non satisfait	19	23	42	10,45%
TOTAL OBS.	**205**	**197**	**402**	**100,00%**

Source : *Rapport d'Analyse du suivi post-distribution 1*

Par ailleurs, comme le montre le tableau ci-dessus, la plupart des enquêtés lors de l'Analyse du suivi post-distribution 1PDM réalisé, les résultats concernant le niveau de satisfaction des ménages sur le montant reçu des transferts monétaires a montré que 70,15% des ménages ont été satisfait, 18,66% ont été totalement satisfait, 10,45% n'étaient pas satisfaits des montants reçus par cash transfert. D'une manière générale, l'appui par cash transfert mené par le consortium auprès des bénéficiaires cibles était de ce fait, assez conséquent et satisfaisant.

Résultats des enquêtes qualitatives auprès des AC

Les AC affirment ne pas avoir reçu de formations sur les modalités opérationnelles du cash transfert. Les AC estiment et constatent que ces appuis financiers ont beaucoup aidé les bénéficiaires pour leur nourriture, et les dépenses quotidiennes des ménages. *« tsy miditra amin'ny resaka vola izahay fa efa nisy tompon'andraikitra. »* AC Isotry, Antsahamamy. Les AC étaient chargés d'appuyer les responsables de la distribution de cash transfert en aidant à établir la liste des personnes vulnérables. Des réunions avec les responsables au niveau du fokontany de rattachement sont organisées avant chaque opération. Toutefois, la plupart des AC ont mentionné que le nombre de bénéficiaires en cash transfert était largement inférieur au nombre de bénéficiaires qui mériteraient ces appuis.

Résultat R3:
La capacité de la société civile et la résilience des communautés à faire face à l'épidémie est améliorée

Indicateur de résultat R3.1 Nombre d'acteurs communautaires appuyés pour la lutte contre l'épidémie

(ASOS) (100% de réalisation)

Indicateur de résultat R3.2 Pourcentage des messages d'alerte reçus de la part de la communauté dans le cadre de la surveillance qui ont été vérifiés par le personnel de santé

(ASOS) (57% de réalisation)

AFD

Pour le financement de l'AFD

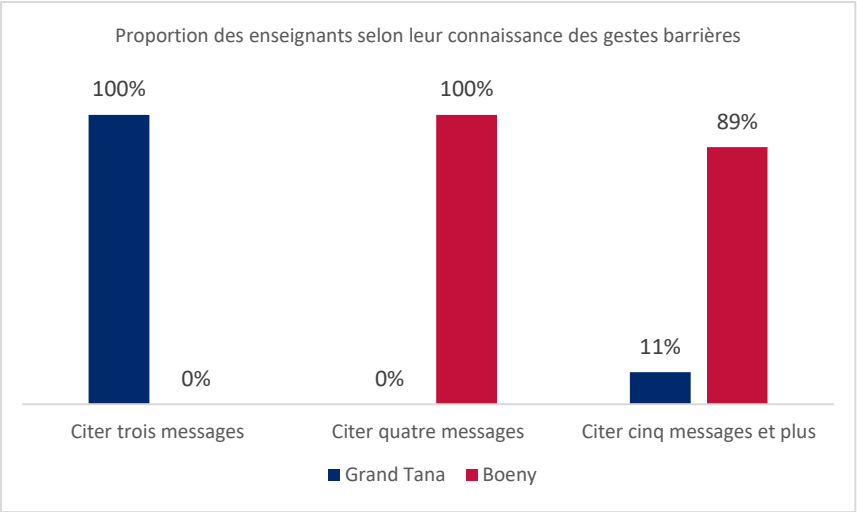
Tableau 20 : Performance du projet en soutien monétaire aux populations vulnérables sur financement AFD

Indicateurs ou Phase de mise en oeuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
R3 - La sécurité sanitaire dans les écoles primaires publiques est assurée et le retour à l'école des élèves est facilité grâce à l'allègement des charges parentales.			
Pourcentage d'écoles primaires publiques ciblées dont la réouverture s'est fait dans des conditions sanitaires sécurisées.	100%	100%	
Pourcentage de personnel enseignant et d'élèves qui appliquent les mesures d'hygiène et les mesures barrières adéquates (désagrégé par âge et genre).	75%	Elèves: 79% Enseignants: 87%	
# d'écoles primaires publiques ayant bénéficié de l'appui du projet pour faciliter le retour des élèves	15	15	100%

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Les réalisations du projet ont confirmé que toutes les 15 EPP ont reçus de sensibilisation sur les mesures barrières, de kits d'hygiènes, des EPI comme les cache bouche, de gel ou savon, de DLM, de savon et gobelet pour le lavage des mains. Le projet a pu mettre en place au niveau des 15 écoles de la Région d'Analamanga et Boeny des hygiénistes formé et équipés. Ces 15 EPP ont bénéficié de kits d'hygiène par le projet. Le projet a pu former 250 enseignants sur les mesures barrières en incluant de module sur le genre et dont 78% sont des femmes. Aussi, 12 715 élèves et parents d'élèves ont été sensibilisés sur les mesures barrières contre le covid-19 par le projet. Les parents d'élèves aussi ont été sensibilisés sur les importances du maintien de la scolarisation de leurs enfants garçons et fille durant l'année scolaire. Et ces parents d'élèves ont été appuyés en dotant des kits scolaires pour leurs enfants. Donc, le projet a assuré les mesures d'accompagnement de

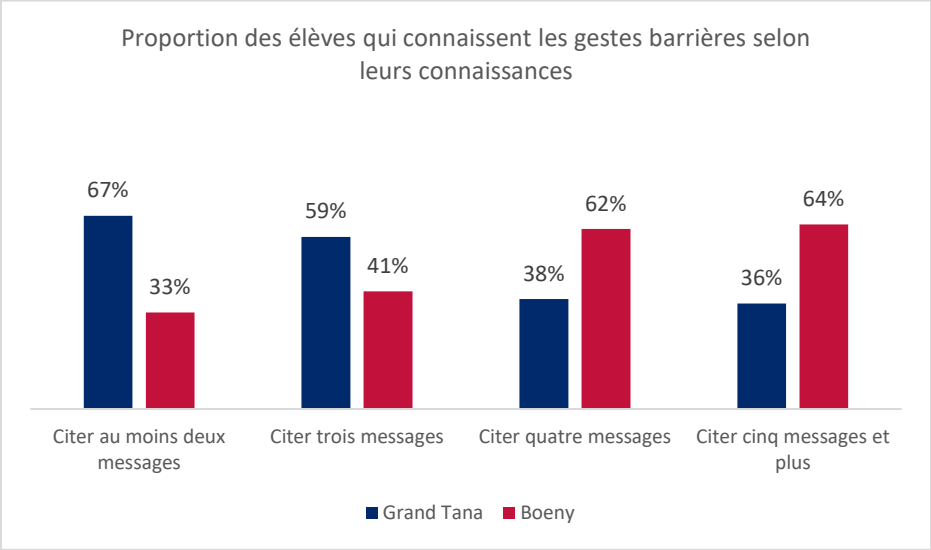
ces 15 EPP avant leurs réouvertures, que ce soit en termes de mesures barrières de lutte contre la propagation et contamination de covid-19, ou en termes d'aides aux parents d'élèves en kits scolaires.



L'évaluation quantitative nous montre que 95% des enseignants de l'école primaires enquêtés connaissent plus de quatre mesures barrières. En termes de répartition par Région, 100% des enseignants de la Région de Boeny ont cité plus de quatre mesures de lutte contre le covid-19 contre 2 sur 3 pour celui de grand Tana. Cette évaluation confirme que les messages envoyés et les sensibilisations faites sont biens reçues par les enseignants.

Figure 9 : Proportion des enseignants selon leurs connaissances des gestes barrières sur financement AFD

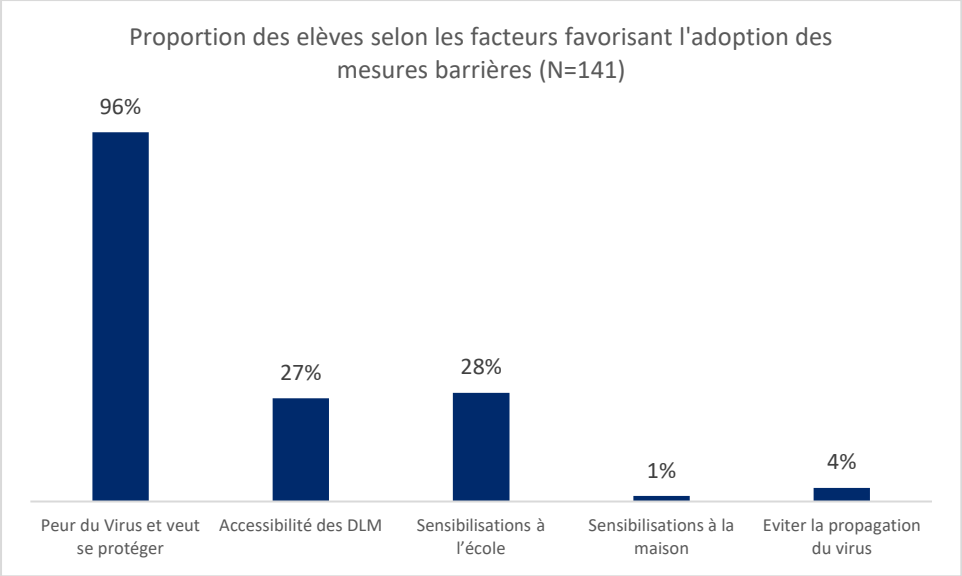
Par ailleurs, concernant la pratique de gestes barrières, le tableau suivant montre la comparaison entre enseignants et élèves sur la connaissance et pratique par mesure barrière :



Au niveau dès l'école, le niveau de connaissance des élèves sur les mesures barrières sont encourageants. Les résultats montrent une efficacité des interventions menées notamment dans la region de Boeny où 83% des élèves ont cité plus de quatre mesures barrières contre 65% celui de grand Tana.

Figure 10: Proportion des élèves qui connaissent les gestes barrières selon leurs connaissances sur financement AFD

Des résultats complémentaires nous donnent plus d'informations sur leur motivation pour pratiquer correctement les mesures barrières. Au moins 96% des élèves ont répondu que, ce qui leur motive le plus, c'est la peur du virus.



La disponibilité des DLM au sein de l'école permet aux élèves et enseignants de pratiquer le lavage des mains selon les 27% des élèves, contre 53% pour les enseignants. Le changement faisant suite à des sensibilisations concerne 28% des cibles. Toutefois, le niveau de réalisation de 28%, lié aux sensibilisations directes et à elle seule, est une réalisation notable pour la part du consortium. Ramené à l'échelle en effet, cette proportion est significative étant donné que d'autres facteurs jouent encore dans le changement de comportement de la population. Couplé aux résultats de l'analyse qualitative, les activités menées auprès des écoles peut être classé comme satisfaisantes.

Figure 11: Proportion des élèves selon les facteurs favorisant l'adoption des mesures barrières

Résultats des enquêtes qualitatives (écoles, enseignants)

Les interventions menées par le consortium ont aidé les écoles, écoliers et enseignants, pendant l'épidémie, surtout pour l'école primaire. Les élèves ont déjà entendu parler du coronavirus mais pas la généralité de la maladie, et donc les interventions ont été utiles et efficaces spécialement au niveau des écoles. Le CISCO, les écoles, et le consortium avaient quasiment les mêmes visions. Il n'y avait pas de contraintes majeures rencontrées.

D'autres constats ont mentionnée que les interventions ont allégé les charges des écoles pendant l'épidémie, vu la situation pendant la crise sanitaire. Les activités des hygiénistes ont été appréciées. Les activités de sensibilisation et de renforcement du niveau communautaire étaient parmi les réalisations appréciées par les responsables locaux.

Concrètement, les résultats des sensibilisations se traduisent par les actions suivantes :

- Le gardien assure la surveillance des élèves à respecter les gestes barrière, et en même temps, tous les enseignants font aussi la surveillance
- Des dispositifs sont mis en place pour prendre la température des élèves tous les jours.
- La désinfection se fait au moins 2 fois par semaine toutes les salles avec l'eau de javel
- Le directeur d'école donne des instructions et fait la sensibilisation tous le lundi
- A l'entrée de l'établissement scolaire, chacun doit porter un masque, et appliquer le lavage des mains avec du savon. Les mesures barrières ne doivent pas être prises à la légère, les mesures sont strictes auprès établissement.
- Les mesures s'appliquent pour tout le monde, tout ceux qui entrent ou sortent de l'établissement doivent respecter les gestes barrières sans exception, se laver les mains avec du savon à l'entrée, et porter un masque et garder la distanciation sociale
- Les séances de récréation ont été annulées.

Par ailleurs, en vue d'améliorer le taux d'inscription dans les écoles, les activités de sensibilisation ont permis de véhiculer les messages suivants :

- Les parents doivent se rendre à l'évidence de la nécessité et l'importance de la continuité de l'éducation de leurs enfants.
- Le covid-19 a fait irruption dans nos vies depuis deux ans, l'éducation n'as toujours pas repris son cours normal, il est donc important de soutenir ces enfants, et éviter la fracture éducatives.
- Le covid-19 a fait irruption dans nos vies depuis deux ans, l'éducation n'as toujours pas repris son cours normal, donc il est important pour les parents de valoriser les mesures prises afin de pouvoir continuer à assurer l'éducation des enfants, même dans la période de crise

Combiné avec les autres activités, les interventions au niveau des écoles et des enseignants, menées par le consortium étaient parmi les meilleures réalisations lors de la mise en œuvre du projet.

Résultat R4 - La résilience de la société civile et des communautés à faire face à l'épidémie est améliorée

Pour le financement de l'AFD

Tableau 21 **:** Performance du projet en renforcement de la résilience de la société civile et des communautés pour faire face à l'épidémie

Indicateurs ou Phase de mise en œuvre	Goal (cible)	Réalisation - A ce jour	% des cibles atteintes - A ce jour
R4 - La résilience de la société civile et des communautés à faire face à l'épidémie est améliorée			
Nombre d'acteurs communautaires appuyés pour la lutte contre l'épidémie (désagrégé par genre)	770	895	100%
% des influenceurs communautaires ayant amélioré leurs connaissances sur les PSP et en pratiques de soins (désagrégé par genre)	80% 60	100%	0%
Nombre de personnes de différentes catégories de genre référées vers les services de santé mentale et protection		**0**	100%
Nombre de personnes de différentes catégories de genre participant à des sessions de psychoéducation communautaire en lien avec le COVID-19	7 200	7 530	100%
% des messages d'alertes reçus de la part de la communauté dans le cadre de la surveillance qui ont été vérifiés par le personnel de santé			
Nombre de système de référencement à jour à travers une cartographie des services de protection accessible à tous	1	0	0%
Nombre de personnes touchées par la communication interpersonnelle de sensibilisation	59 200	60 438	

Source : *Données de routine APR Consortium de mars 2020-mars 2021.*

Le projet à travers de l'ONG ACF a pu appuyer 895 acteurs communautaires dont 64% sont des femmes sur la lutte contre le covid-19 y compris les mesures barrières.
Dans la formation en premier secours psychologique et en pratiques de soins ciblant les personnes influentes de la communauté, 61 acteurs communautaires dont 53 sont des femmes (87%) ont été formés en premier secours psychologique et en pratique de soins par le projet à travers de l'ONG ACF. Durant ce projet, 7530 personnes dont 5001 (soit 66% de femmes) ont participé à la session de psychoéducation communautaires en lien avec le covid-19. Le consortium à travers des acteurs communautaires a pu sensibiliser 60 438 personnes dont 36 851 (61%) des femmes par le biais d'une communication interpersonnelle (CIP) ou entretien individuelle. Cet entretien joue un rôle très important pour préparer les ménages aux actions d'urgence à faire, des attitudes à adopter s'il y a un nouveau foyer d'épidémie dans leur communauté. Avant de réaliser cette activité de sensibilisation, 407 acteurs communautaires comme les AC, le chef Fokontany, avec les adjoints (dont 265 femmes) sont formés ou recyclés en messages et techniques de communication avec un perspectif genre dans la lutte contre la propagation de covid-19.

Toutes ces activités liées à la formation ou au renforcement de capacité soit en PSP, en santé mentale et psychosociale, référencement et en psychoéducation contribuent à l'amélioration de la prise en charge des malades du covid-19, le rétablissement psychologique des malades et une part très importante sur la réduction du taux de mortalité lié au covid-19.

Résultats des enquêtes qualitatives (AC, Fokontany etc.)

Au niveau de la communauté, les résultats des enquêtes qualitatives ont montré les résultats suivants :

- les compétences et connaissances des AC ont évolué suite à la formation sur la prise en charge psychologique des patients et le référencement
- les AC peuvent faire aussi la prise en charge psychosocial dans une situation quotidienne, ont pu appliquer leur savoir en termes de conviction : approche sécuritaire, approche préventive et peuvent désormais, influencer positivement le changement de comportements de la population

Faisant suite aux différentes interventions au niveau des AC et auprès de la communauté des zones cibles du projet de riposte Covid-19 du consortium, il a été observé que :

- La rumeur a été quasiment ignorée auprès la population après les sessions de sensibilisation
- La communauté semble écouter mieux les AC et respecte les gestes barrières.
- La propagation de coronavirus est limitée.

Pendant la sensibilisation, les AC ont essayé de maximiser l'explication de la réalité sur le Covid-19, et plus la population écoute et suit les instructions, plus ils ont une relative vision que la propagation du virus s'est atténue. *« lasa toa teny ny AC »* AC Ambohitsoa.

- La population a pu se rendre compte du danger que représente le Covid-19 ainsi que les enjeux et la gravité la gravité de la situation au niveau de la communauté
- Les AC sont devenus des exemples aux yeux de la population et ont le sens de l'éducation
- Les cas suspects, ont été référés à l'hôpital de notre secteur le plus proche.
- les personnes qui ne portent pas de cache bouche ne sont pas pris au fokontany et ne peuvent pas recevoir l'appui tosika
- Les AC ont mené des sensibilisations presque tous les jours à l'aide des mégaphones et des VAD et incitent les gens à être propre aussi

2. Résultats thématique de l'évaluation

Cette partie tente de capter et de synthétiser les perceptions et opinions des intervenants comme des bénéficiaires du projet, à travers une démarche structurée d'analyse à la fois objective (constats), critique (points forts et ponts à améliorer), et constructive (suggestions, recommandations) du niveau et qualité des réponses aux questions d'évaluation des termes de référence de cette évaluation finale.
Par souci de lisibilité et de visibilité les résultats thématiques seront restitués en quatre dimensions : résultats à l'échelle du consortium, résultats reliés à chacun des membres du consortium, reliés à chaque bailleur, et déclinés par zones d'intervention.
In fine, une analyse de redevabilité clôture cette l'analyse des résultats thématiques de l'évaluation. Finale du projet.

A. A l'échelle du Consortium

V.1 Des impacts attendus du projet

Il s'agit des effets plus larges du projet sur les individus, les groupes communautaires (sexe, âge), les communautés et les institutions, à travers des constats et analyse aux trois aspects suivants :

V.1 1 Impacts positifs du projet et accélérateurs potentiels de maximisation de ces impacts :

Les preuves des impacts positifs ont été largement rapportées par des répondants des enquêtes covid-19.

- ✓ « Aux moments forts de l'épidémie de covid-19, notre CSB2 devenait un Centre d'Approche Syndromique (CAS), compétent pour prendre en charge des cas suspects covid-19, Les gens ne devaient plus se rendre systématiquement vers les centres hospitaliers, alors nos services de consultations externes ont été débordés sous l'effet des efforts de sensibilisation des AC, et des approvisionnements en matériels d'hygiène, en équipements de protection, de désinfection et de consommables de soins divers. Nous dédions le succès de notre mission en tant que CAS, et le retour des usagers de nos services, à l'ACF et ASOS qui ont compris nos besoins et appuyé nos AC… » s'appliquait à expliquer calmement l'Infirmière major, chef d'un CSB2 urbain :.
- ✓ « …grâce aux appuis du projet covid-19, nous disposons des Equipes d'Intervention Rapide (EIR) qui réalisent la détection à temps des cas contacts suspects, effectue le suivi régulier des confinés à domicile avec une PEC adéquate, lâche un Haut responsable d'un Bureau régional de santé ;
- ✓ …conséquences de nos campagnes de sensibilisation offensive sur le covid-19, tous nos CSB2 ont été bondés de malades, les cours envahis par des gens inquiets s'échangeant des informations difficiles à confirmer, répond une AC d'une commune urbaine, visiblement satisfaite de sa contribution !

Souvent ces réponses se terminent par « nous n'avons pas eu de cas de décès covid-19 ici…peut être à l'hôpital…»

V.1 2 Valeur ajoutée du consortium « multisectoriel » dans le présent contexte (gouvernement, autre acteurs) ?

- ✓ amélioration de la qualité de service, résolution de problème d'approvisionnement en eau du CHRD Ambohidroa ;
- ✓ redynamisation de certains projets médicaux : Accueil-Triage-Urgences, ou encore staffs réguliers des professionnels de santé soignants et non soignants ici dans notre centre hospitalier (Médecin CHU Befelatanana ;
- ✓ renforcement liens fonctionnels CSB et Agents Communautaires (Médecin Chef CSB et AC, communes urbaines et rurales) ;
- ✓ Amélioration de l'hygiène publique, utilisation des bacs à ordures, rues et ruelles propres que d'habitude, moins de pratiques de défécation à l'air libre, aide au recensement de la population, disponibilité d base de données population, ménages, Nb d'utilisateurs de latrines, et non des moindres, un constat de réduction des conflits Mairie / Population, en plus d'un regain de confiance

de la population aux autorités locales…récitait, un Maire élu d'une commune rurale avec une jovialité non feinte…

V.2 De l'adéquation des actions du Projet covid-19 du consortium à la stratégie nationale

Cette rubrique traite la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été ou sont conformes aux exigences des bénéficiaires, aux besoins du pays et aux priorités des parties prenantes concernées :

- « Oui, les interventions du Consortium covid-19 correspondent bien aux directives du PRM…Tenez, par exemples cette main tendue du consortium aux comités Loharano lancés par le PRM pour mieux renforcer la sensibilisation covid-19 ; ou encore, le renforcement de l'accès à des infrastructures d'hygiène et des gestes barrières …face à cette maladie des saletés ! Ici, la CCO c'est nous ! explique patiemment un Président fokontany d'un Arrondissement de la CUA.
- « Ils ont même fait beaucoup… » lance une chef de ménage participant à un FGD, Analamanga) ;
- Approches par requête : Ex1 ; requête formulée par Direction Régionale de l'Eau pour la désinfection des pousse-pousse de la ville ; ou Ex3 : cash transfert en faveur des communautés de pêcheurs vivant en zones littorales, suite à la désertion des Collecteurs…(Staff ACF, Atsimo Andrefana)
- « Les sujets de formations dispensées et la nature des dotations fournies permettaient d'appliquer les recommandations du Gouvernement ! » (Chef CSB, commune urbaine, A.A).
- Nous privilégions le dialogue avec les professionnels hospitaliers, pour établir ensemble leurs besoins, élaborer ensemble les plans d'action répartissant les attributions Projet et Hôpital, nous formalisons des conventions d'exécution signées…(Staff central MDM)

….

V.3 De la coordination du projet

Les investigations de l'équipe d'évaluation autour de cette question combien stratégique nous permet de rapporter quelques éléments de réponse liée aux aspects de la coordination du projet. Plus précisément la recherche s'est penchée sur les points suivants : (i) les stratégies de travail en équipe développées en interne par les membres du consortium, et les approches mises en œuvre des membres du consortium dans leur partenariat avec les autorités (Ministère de la Santé, Ministère de l'Eau, …) ; (ii) les valeurs ajoutées du consortium dans la gestion de la coordination ; enfin une analyse critique de la coordination du projet covid-19 du consortium.

Les répondants ont été ciblé parmi les responsables de programme, les décideurs, les membres du consortium, les autorités…..

V.3.1 Organisation et fonctionnalité de la Coordination intra consortium

- ✓ Chaque mois, chaque organisation partenaire établi leurs APRs quantitatifs et narratifs qui sont consolidé au niveau de ACF pour statuer sur le niveau de réalisation du projet et par organisation. ;
- ✓ Trimestriellement, des revues trimestrielles du projet ont été organisées pour coordonner et suivre les actions de chaque partenaire et ont été intégré dans le calendrier des activités SERA pour constituer un document de référence en matière de planification, de coordination et de contrôle de la bonne conduite du projet.
- ✓ Au niveau de la mise en œuvre du projet sur le terrain par organisation, des outils de collecte (fiche de collecte des données) et de rapportage des données (base des données) ont été déployés pour assurer que toutes les activités enclenchées au niveau des cibles soient rapportées avec les sources de vérifications
- ✓ Mécanismes d'harmonisation et de coordination au sein du Consortium : à travers les clusters, les réunions inter intervenants et le regroupement des requêtes (ACF, AA)
- ✓ Complémentarité avec les autres intervenants : Ex : Le couple ACF/ASOS réalise ensemble l'appui aux actions de communication de masse (messages et supports, paiement des indemnités des AC, voiture avec sono… (ASOS, AA).

- ✓ Résolution des contraintes rencontrées pour instaurer les mesures barrières chez la population (refus de port de masques à l'extérieur, suspension des habitudes nocturnes de la population tuléaroise ou Toliara tsy miroro…) grâce à l'intervention d'un Task force constitué par les AC, le forces de l'ordre, et le Consortium déployée sur tous les quartiers de la CUU., et la poursuite de la sensibilisation auprès des inconditionnels de Toliara tsy miroro jusqu'à très tard dans la nuit (ASOS, AA)

V.3.1 Mécanismes de coordination et d'harmonisation des interventions auprès d'autres partenaires?

- ✓ Complémentarité avec les autres intervenants ; Ex : considération de la valeur ajoutée de chaque intervenant : à travers la consultation de chaque cluster concerné par une requête, cas du cluster Wash leadé par UNICEF …(ACF, AA)
- ✓ Ex3 / absence de doublons ni chevauchement du fait de l'immensité des besoins : 306 lits / Access ; 30 lits / ACF ; 20 lits /Blue Ventures alors que la totalité des besoins des infrastructures dans l'ex province de Toliara dépasse les 1000 lits … (ACF, AA)
- ✓ Bien que l'ACF appuie déjà la CUT (Commune Urbaine Toliara) dans la construction des latrines avant l'épidémie de COVID, l'ACF n'a pas été en liaison fonctionnelle avec la Mairie durant la crise sanitaire du COVID. La Mairie avait bénéficié cependant des appuis et soutiens d'autres partenaires, notamment l'UNICEF et du PAM, à travers un de ses services techniques, qui est ici, le Bureau d'Accompagnement Social (B.A.S), ayant permis la couverture en DLM et en sensibilisation de proximité dans de nombreux quartiers de la CUT…(DAAF , CUT) ;;
- ✓ Etat de lieux et définition commune de besoins accompagnée chaque fois de convention signées des deux parties (Staff Programmes SSR et Chirurgie MDM)
- ✓ Admission des staffs MDM à participer aux réunions de staff des Services hospitaliers de certains CHU (Andohatapenaka , Anosiala) ; (Staff Programmes SSR et Chirurgie MDM)
- ✓ Solide leadership technique en plaidoyer de MDM participant à dénouer certains goulots d'étranglement (accès aux Chefs d'établissement) (Staff Programmes SSR et Chirurgie MDM)
- ✓ Relations tendues entre Equipe MDM et certains responsables ou PS hospitaliers ; réticence des PS souvent en lien avec les craintes et la peur d'assurer la PEC de cas ans protection adéquate ; existence d'hiatus entre formation reçue t disponibilité des intrants ; (Staff Programmes SSR et Chirurgie MDM) ;
- ✓ Réunion informelle de travail au bureau du Gouverneur : séance de travail en lien et en complémentarité avec les autorités locales. Ex : les PTF basés au niveau régional ('y inclus le Consortium) ont pu convaincre les Autorités régionales à concentrer les ressources plutôt pour la protection de la population en interne plutôt que l'instauration de barrière sanitaire (fermeture de frontière) à la fois coûteuse et profitant à une minorité de cibles…(ACF, AA)

V.3.2 Dans quelle mesure le consortium a-t-il été activement impliqué dans la coordination ?

Illustrations par des évidences factuelles de l'existence d'implication active du consortium dans la coordination du projet covid-19 (ACF Central, base Ilafy) ;

- ✓ Flexibilité : flexibilité géographique : chaque membre représente le Consortium dans sa zone ou région de couverture (Ex : Le Consortium a organisé grâce à MDM, des ateliers de formation anti COVID-19 dans la région d'Atsimo Atsinanana..) ; flexibilité financière (Ex : cas de transfert de fonds reliquats inter Agences)
- ✓ Complémentarité des mandats : CARE → Genre et ACF→ Nutrition = cible unique : la femme ;
- ✓ Complémentarité opérationnelle : Ex1 : recrutement local effectué par un membre du Consortium utilisant l'infrastructure locale d'une Agence basée localement ; Ex2 : MDM interface du Consortium vis-à-vis du MSANP. ACF vis-à-vis du MINPOP : Ex3 : ASOS possède des connaissances pointues des us et coutumes loco – régionaux

V.3.3 Quels sont les aspects pour lesquels la coordination aurait pu être renforcée ?

- ✓ recommande aux intervenants sociaux dans la CUU de se concerter au préalable avec le Cabinet du Maire pour l'alignement de leur intervention au Programme de la CUT, et associer la Mairie qui maîtrise tous les paramètres liés au quotidien de la population. (Clash de la mise en œuvre du programme Tosika Fameno et Vatsy Tsinjo dans la CUT co-organisée entre un service central compétent et la DR Pop, lié à des faiblesses de connaissances desdits paramètres locaux !) Et ajoute qu'en cas de conflit entre la population et les projets, la Mairie est la seule habileté et compétente à gérer le conflit. …(DAAF , CUT) ;
- ✓ Faillite des mécanismes de la coordination face à l'amalgame ou superposition de zones de couverture entre DRSP et SDSP Toliara I au préjudice du SDSP I…. ASOS, AA).
- ✓ La suspension de la communication des données journalières COVID- suite à la sortie d'un Note circulaire du MSANP - a posé des difficultés aux partenaires y inclus le Consortium au cadrage de leurs réponses à des situations particulières, et/ou à des besoins normatifs des intervenants clés nationaux et de la population …ASOS, AA).
- ✓ Contraintes de Coordination nées de l'amalgame ou superposition de zones de couverture entre DRSP et SDSP Toliara I ;
- ✓ pour harmoniser et coordonner les actions communes du fait de la tendance (quasi naturelle) de chaque intervenant clé (ONG, Organismes multi ou bilatéraux) à soigner sa propre visibilité et redorer son blason au niveau régional …ASOS, AA).
- ✓ annulation de la synergie et complémentarité des agences de la communauté d'aide externe sur terrain pour réagir très tôt à certaines urgences locales du fait que certaines agences ne disposent pas d'autonomie d'initiatives ou d'actions immédiates en vertu de la procédure interne qui accorde la prise de décision au Management central auquel elles sont rattachées (Access, Handicap International, etc.)… ASOS, AA).
- ✓ Faiblesses voire gaps de liens entre les interventions sur le terrain et le Plaidoyer : Ex1 : problème des EPI ; Ex2 : incoordination entre la décision d'impliquer le CHU Andohatapenaka dans la PEC des malades COVID alors que le Personnel n'a pas encore reçu une formation spécifique COVID ; Ex3 : Effectif extensible des CSBU de la CUA Tana impliqués dans la PEC du COVID avec tamtam sans aucune formation spécifique anti-COVID préalable…(ACF Central, base Ilafy)

V.3.4 Cette coordination a-t-elle était positive ? Y'a-t-il eu des aspects négatifs ?

- ✓ « Bonne coordination d'activités mis en œuvre de riposte, avec synergie de toutes les entités intervenants »… (DRSP, A.A) ;
- ✓ Actions synergiques et complémentaires des Agences en appui à une structure de santé sans chevauchement (ACF Analamanga, base Ilafy) :
- ✓ La complémentarité se transforme parfois en frein pour l'avancement de certaines activités conjointes du fait de la différence de vitesse d'exécution inter agence du consortium (MDM Central)
- ✓ Existence de réunions journalières au Quartier Général de la DRSP consacrées à des échanges d'informations (ACF, ASOS AA)
- ✓ Liste commune des indicateurs (ACF Central, base Ilafy)

V.4 De la durabilité du projet

Qui doit être comprise comme « la probabilité que les résultats positifs du projet se poursuivent après la diminution du financement externe »,

Notamment, à travers le sondage de quelques domaines clés, tels :

V.4.1 le renforcement des capacités (formations, dotations, infrastructures)

- ✓ Tout à fait, nous pourrons toujours continuer la prise en charge… parce que déjà c'est notre boulot (Chef CSB2 Bongolava)
- ✓ Nous avons aussi la compétence et connaissance mais il faut quand même nous bien équipé. (Chef CSB2 Analamanga)

- ✓ Certes oui, cependant on aura toujours besoin des appuis des partenaires (AC, commune urbaine, Analamanga

V.4.2 la manière dont l'approche au niveau communautaire est susceptible d'avoir des effets durables sur les populations, les acteurs communautaires

L'approche communautaire semble être bien partie pour fidéliser les membres des communautés aux pratiques d'EAH. Le fait que les AC soient issus de leurs communautés et toujours disponibles pour les aider à prendre certaines décisions, assure les effets durables des résultats du projet

- ✓ Les AC nous ont beaucoup sensibilisés et conseillé, le personnel du CSB nous a bien reçus avec un bidon toujours rempli d'eau et un morceau de savon à côté… » (FGD, commune rurale A.A)
- ✓ Oui, par les AC qui ont beaucoup donné de leur vie en sillonnant les rues et ruelles des quartiers de la ville…(FGD, commune urbaine A.A)

V.4.3 l'implication des ministères et autorités, capacité et volonté d'étendre ou de répliquer l'approche à d'autres lieux/centres ou zones, alignement sur les priorités nationales

Ce point n'a pas pu être exploité ni clarifié entendu les multiples défis à surmonter pour et identifier la/les personnes ressources, et à décrocher un rendez-vous avec …

Néanmoins, il est permis d'attirer l'attention sur les difficultés voire obstacles à la capitalisation et à la valorisation des acquis du projet, du fait de la faible appropriation du projet, reflétée à travers l'ignorance du projet par une grande partie des responsables expliquant en partie leur réticence pour accorder un entretien sur son sujet.

V.4.4 le thème et le niveau de renforcement de capacité reçu des OSC par le Projet, lui permettant une autonomie de répondre à une prochaine

L'identification d'OSC éligible pour donner des feedbacks par rapport à l'implémentation du projet covid-19 n'a pas évidente, ce qui a contribué au faible approfondissement de ce point.
Toutefois, il est aussi également permis de penser que lorsque l'on renforce les capacités des membres d'une organisation faiblement structurée, il y a peu de chances que ce renforcement de capacités soit suffisamment valorisé.

V.4.5 les conditions et stratégies apprises pour la replicabilité des interventions dans le futur

- ✓ A travers les clusters…travailler au même rythme…Continuité des appuis et soutiens coûtants (fournir des appuis sans discontinuité) (ACF, Atsimo Andrefana).
- ✓ Exploitation et coordination de la mise en œuvre des valeurs ajoutées de chacune des parties prenantes (Ex : CARE_ASOS ; ACF_ASOS, etc.)…Considération et valorisation par les autorités étatiques des plaidoyers menés par les OSC ; Instauration de dialogue politique instaurant une écoute attentive et l'adoption d'attitude d'ouverture… (ASOS, Atsimo Andrefana).

V.5 De l'Optimisation des ressources

Ce volet se consacre à l'approfondissement de la gestion des ressources mobilisées, déroulé sur des aspects: d'économie, efficience, efficacité et équité -, évaluer l'articulation des coûts et des résultats des projets et mettre en évidence les améliorations à apporter pour maximiser les résultats et l'impact.

►**Économie** : dans quelle mesure les coûts des ressources requises et des ressources utilisées ont-ils été minimisés tout en maintenant la qualité ?

La réponse à cette question semble être d'ordre général à la lumière des réponses peu précises, vides d'illustrations que nous avons collectées auprès des personnes ressources rencontrées. Pour résumer, chaque répondant évoque les opportunités crées par la collaboration étroite et la proximité entre chaque agence et

la partie nationale concernée, et parfois le fait que certaines activités ayant des incidences directes ou indirectes avec les stratégies d'action du consortium soient déjà prises en compte dans le PTA du SDSP…

►**Efficience :** dans quelle mesure les diverses activités ont permis de transformer les ressources disponibles en résultats escomptés en termes de quantité, de qualité et de rapidité ? Le financement du projet, le personnel, les ressources et les procédures réglementaires, administratives et autres comme en tant qu'accélérateurs ou freins à l'obtention des résultats ? Pris en compte et impacts des leçons apprises des interventions de riposte à une épidémie précédente (Peste 2017)
L'analyse de l'efficience du projet du consortium peut être conduite à travers des paramètres d'ordre technique, organisationnel et gestionnaire.

L'efficience budgétaire est mieux appréhendée par opérations de type financière, notamment à travers les taux de décaissement, les taux de réalisations. Cet exercice requiert l'accès à des documents d'exécution financière du projet.

L'efficience technique est obtenue à travers la complémentarité des expertises de chaque Agence du consortium comme par exemple intervenir avec leurs avantages comparatifs respectifs, réduisant les coûts de réalisation ; ou à travers la complémentarité opérationnelle, qui offre les possibilités à l'un des membres de recourir à un autre qui dispose déjà d'infrastructure ou de ressources disponibles pour implémenter une activité ponctuelle à la demande des cibles bénéficiaires.

Sur le plan stratégique et de mise en œuvre, chaque Agence du consortium a déjà réalisé au moins une intervention à assise communautaire, avec une ou deux types de ressources communautaires facilement mobilisables pour réagir d'une manière rationnelle et efficiente et avec efficacité. C'est le cas de leaders communautaires et d'agents communautaires

La mutualisation des ressources, le regroupement des requêtes, l'existence d'une cellule permanente assurant la coordination et la fluidité des informations entre les membres, la mise en vigueur de l'approche par cluster permettant de s'appuyer sur les avantages comparatifs de l'Agence lead….participent à réduire les coûts tout en obtenant des résultats escomptés.

►**Efficacité :** mesure dans laquelle les résultats du projet sont atteints et les objectifs spécifiques réalisés. Comment les différentes réalisations sont reliées entre elles pour obtenir des résultats efficaces.

Cette partie du rapport reprend l'analyse de l'efficacité du projet en se consacrant sur l'appréciation de l'efficacité à travers les observations et avis des bénéficiaires.

<u>R1 - Le système de santé est renforcé dans sa préparation et sa gestion de l'épidémie</u>

L'appréciation de l'atteinte ou non de ce résultat passe par l'évaluation des connaissances du personnel de santé sur les gestes barrières, et ses compétences pour assurer certaines prestations particulières liées au covid-19, notamment la Prévention et Contrôle des Infections ou PCI (lui assurant d'éviter toute contamination interhumaine), les Premiers Secours Psychologiques PSP, ainsi que la maîtrise du système de référencement.
Les réponses aux questionnaires d'enquête Personnel de santé et Agents communautaires par rapport à ces trois domaines de compétences sont les à travers quelques déclarations du CHRD d'Ambohidroa ci-après :

- ✓ « Suite à la formation sur la prise en charge psychosociale et référencement, notre connaissance et compétence ont bien évolué.
- ✓ « Chacun de nous a fait l'effort d'abandonner ses mauvaises habitudes… » ;
- ✓ « Nous n'avons pas reçu une formation sur la prise en charge psychologique et référencement. Par contre les AC nous ont aidés à renforcer la lutte contre le covid-19 dans notre centre en possession de leur capacité acquis par la formation sur le référencement et la prise en charge psychosociale. De plus ils sont peut-être un peu plus proches aux patients de notre communauté.

R2 - Les populations vulnérables bénéficient d'un soutien monétaire pour limiter les effets négatifs de l'épidémie et des mesures restrictives sur la couverture de leurs besoins de base

Ce résultat a été particulièrement difficile à aborder compte tenu de multiples dysfonctionnements, lacunes, malversations qui ont émaillé la mise en œuvre des actions humanitaires. A tel point que les impacts positifs certains sont pratiquement minorés voire niés sous les déferlements des vagues de colères et de critiques virulentes.

- ✓ D'abord laissez-moi vous informer de ce qui ce s'est passé ici : Tosika Fameno / Vary Tsinjo / Tsena mora / Kaly Tsinjo. En ce qui concerne le Tosika Fameno, seuls 2 Fokontany sur 41 en ont été bénéficiaire, une promesse jamais tenue a été lancée pour les autres. S'agissant du Vary mora, bien de Chefs de ménages ayant été recensé continuent en ce jour à dormir avec leur ticket d'enlèvement (jetons) sous leur oreiller pour éviter de les perdre! Enfin le Tsena mora de 10 000 Ar permet juste à chaque famille de disposer une fois par semaine de 17 gobelets de riz, soit une ration de 2 à 3 jours, et d'un litre d'huile, (FGD, commune urbaine, Atsimo Andrefana) ;

- ✓ Nous avons entendu que des villages voisins ont reçu des aides covid-19,
  … Dites-nous pourquoi ?
  … et qu'en plus ils ont fermé le marché qui est notre principale source de repas journalier!
  … et que les chefs d'établissement scolaires privés nous ont forcé à régulariser les écolages malgré la fermeture des écoles ! » (FGD, commune rurale. Atsimo Andrefana) ;

- ✓ « Il est impératif d'associer systématiquement la Mairie dans vos actions, puissent-elles humanitaires, car seule la Mairie maîtrise tous les paramètres liés au quotidien de la population. (Clash de la mise en œuvre du programme Tosika Fameno et Vatsy Tsinjo dans la CUT co-organisée entre une mission venant de Tana et la Direction Régionale de la Population qui n'a aucune maîtrise des paramètres sociaux dans cette ville… (Membre du Cabinet du Maire de la CUT)

R3 La sécurité sanitaire dans les écoles primaires publiques est assurée et le retour à l'école des élèves est facilité grâce à l'allègement des charges parentales

- ✓ Des sessions de distribution de kits a été réalisés dans notre établissement, le projet est toujours bienveillant de regarder de près la difficulté des parents en ce période de crise, on ne peut que les remercier (une enseignante d'un collège de la Capitale)

R4 - La résilience de la société civile et des communautés à faire face à l'épidémie est améliorée

Certains discours tenus par de participants aux FGD (5/20) et de répondants aux I.I.A (50% des répondants constitués des PS et AC) ont témoigné en faveur des réalités de de changements de comportement et attitudes des membres des communautés, en se basant sur l'effectif des individus qui respectait – sans contraintes - les gestes barrières au moment des pics épidémiques, et qui continue à observer les règles d'hygiène en période de décroissance épidémique, en s'appuyant sur la diminution des cas de maladies hydriques.

►**Équité :** la mesure dans laquelle les résultats du projet ont bénéficié aux membres les plus vulnérables et les plus marginalisés de la communauté.

Les discours tenus lors de ce FGD, commune rurale parlent d'eux-mêmes

- ✓ « Nous nous relayons mon mari et moi pour aller chercher de quoi manger dans nos champs en se levant très tôt le matin » ;
- ✓ On contracte des dettes à intérêts exorbitants, ou du troc non équitable : 1 kg de manioc contre 5 kg de manioc au moment des récoltes ;

- ✓ On reçoit quelquefois des aides des voisins et/ou des familles :
- ✓ « NON !!! et nous en voulons lourdement aux Autorités de nous avoir ignorés…! (presque en criant)

3. Analyse des résultats lus à travers les membres du consortium

Médecin Du Monde (MDM)

MDM a œuvré essentiellement dans la région Analamanga. Pour cela, MDM a appuyé les activités dans 04 CHU (Anosiala Ambohidratrimo- Andohatapenaka- Befelatanana, et CHU Fenoarivo. Au moins 02 binômes par CHU soit Un médecin et paramédical, ont été déployés pour assurer les activités, et d'autre agents de terrains dans 18 CSB d'Antananarivo Renivohitra pendant une durée de3 mois. Le CHRD d'Ambohidroa a été ajouté parmi les cibles pendant une phase de 3 mois de plus. Ces activités consistent en une

- formation sur les protocoles de Prise en Charge des Infections (PCI) avec organisations de 03 formations en PCI (Contenu : Lavage des Mains ; Utilisation de cache bouche ; respect de l'hygiène ; distribution de Gants; Alcool ; Gels désinfectant etc.
- la distribution de Kits de dignité (H/F)
- la mise en place de circuits des patients (propre, sale)
- la Dotation de matériels de soins
- mise en place du système de triage-préétirage
- la Protection des Soignants contre les risques infectieux
- Mise en place de protocole de traitement
- 02 phases à considerer :

Deux phases sont à considérer

- Phase 1 (Avril 2020- Novembre 2020) : pendant laquelle il y avait présence journalière d'01 Médecin et d'01 Paramed
- Phase 2 (Février 2021- Octobre 2021) : phase de renforcement de l'implication des staffs MDM dans la PEC directe de patient via la mise en service de PS MDM.

Approches intégrant des principes de flexibilité et d'adaptation (i) première vague d'épidémie : appui technique fourni par les équipes MDM de projets SSR et Chirurgie, soutien en intrants de soins (petits matériels médicaux et consommables) et supervision des prestations de soins offertes selon les protocoles et exigences spécifiées ; (ii) deuxième vague : abandon de posture de supervision pour une stratégie d'appui directe au plus fort de la deuxième vague avec l'intégration d'une équipe de soignants et hygiénistes au sein des équipes soignants des formations sanitaires, permettant ainsi aussi aux staffs projets chirurgie et SSR MDM de reprendre leurs activités.. Ceci a permis de renforcer l'acceptation des équipes MDM dans les structures hospitalières. (iii) : reprise par MDM du volet Hygiène et assainissement dans la capitale (géré auparavant par ACF) qui a permis de simplifier les opérations et prises de décision pour les formations sanitaires.

Organisation d'un atelier de capitalisation impliquant les différentes parties prenantes à la riposte médicale, destinés à dégager les leçons apprises, à élaborer des stratégies de sortie par domaine d'intervention, et à l'élaboration de plans d'actions du consortium CHU et CSB en vue d'une possibilité de survenue d'une deuxième vague d'épidémie.

Points forts

- Atteinte des objectifs de réalisation satisfaisante ;
- Capacité d'adaptation au contexte ;
- Organisation d'un atelier de capitalisation et de préparation d'éventuelles vagues d'épidémie, qui permet de réorienter les interventions, de tirer des leçons et de mettre à l'échelle les bonnes pratiques ;

- Innovation dans l'amélioration du système de triage et pré triage ;
- Solide leadership technique en plaidoyer de MDM participant à dénouer certains goulots d'étranglement (accès aux Chefs d'établissement) ;
- Etat de lieux et définition commune de besoins accompagnée à chaque fois de convention signées des deux parties.

Points à améliorer

- Faible couverture des zones d'intervention si on se réfère aux zones couvertes par le projet
- Insuffisance des activités de formation liées à la prise en charge médicale des patients covid
- Non résolution des suites à donner à des propositions voire urgences émanant de la Commission technique de PEC (Directeurs d'Etablissement ; et partenaires) ;
- Changements intempestifs de responsables hypothéquant la continuité de service ;
- Circuit de commande flou dans le fonctionnement de la chaine d'Approvisionnement des intrants de soins préventifs et curatifs
- Relations tendues entre Equipe MDM et certains responsables ou PS hospitaliers ;
- Réticence des PS souvent en lien avec les craintes et la peur d'assurer la PEC de cas sans protection adéquate ;
- Existence d'hiatus entre formation reçue et disponibilité d'intrant ;
- Consultations externes de complaisance (mauvaise foi) de certains membres de communauté pour se constituer de stock personnel de médicaments spécifiques gratuits

Observations

- Recommandation de répartir les structures de santé à appuyer par Agence sans faire intervenir les hypothétiques avantages de concentration de ressources et de moyens.
- La complémentarité se transforme parfois en frein pour l'avancement de certaines activités conjointes du fait de la différence de vitesse d'exécution

Action Contre la Faim (ACF)

ACF a contribué dans la mise en œuvre du projet en tant qu'Agence Chef de file du Projet COVID-19 du Consortium. En matière de gouvernance, ACF a mis en place un Comité de Pilotage et des Cellules opérationnelles ACF étaient présentes dans la région d 'Analamanga (berceau du COVID-19) ainsi que Androy-Anosy-Atsimo Andrefana-Bongolava et Itasy.

Leurs activités portaient sur :

- Secteur santé :
  - les premiers secours psychologiques
  - activités EAH,
  - appuis psycho sociaux en matière de santé
- sur le cash transfert dans la région Analamanga

Points forts

- Actions synergiques et complémentaires des Agences en appui à une structure de santé sans chevauchement ;
- Maitrise des domaines d'intervention
- Objectifs de réalisation généralement atteints
- Fort leadership dans la mise en œuvre du projet du consortium

- Leadership efficient en assurance pour les agences du consortium la coordination générale des interventions du groupe de consortium dégageant des valeurs ajoutées conséquentes

Points à améliorer

- Certaines activités non réalisés
- Surcharge de travail du PF Coordination du Projet ;
- Faibles voire liens entre les interventions sur le terrain et le Plaidoyer :
    - Ex1 : problème des EPI ;
    - Ex2 : incoordination entre la décision d'impliquer le CHU Andohatapenaka dans la PEC des malades COVID-19 alors que le personnel n'a pas encore reçu une formation spécifique COVID-19
    - Ex3 : Effectif extensible des CSBU de la CUA

Observations

- Besoin de renforcer le plaidoyer de façon à faciliter la mise en œuvre des interventions critiques (cas de la distribution d'EPI du CHU Andohatapenaka et des CSBU de la CUA impliqués dans la PEC sans avoir reçu une formation préalable) ;
- Développer la Proactivité.

CARE

CARE a travaillé essentiellement dans deux régions, dont la région Analamanga et Boeny

Les activités étaient orientées vers :

- l'appui à la reprise des écoles primaires
- des activités d'EAH dans les structures de santé

Points forts

- Objectifs fixés généralement atteints
- Coordination sérieuse au niveau régional
- Complémentarité avec les structures sanitaires locales
- Capacité adaptative démontrée
- Interventions menées ayant répondu aux besoins de la population

Points à améliorer

- Couverture des interventions si nouvelle épidémie
- Couverture du cash transfert
- développement de l'équité

Observations

- Renforcer la coordination avec ACF pour éviter le chevauchement des activités
- Développer la proactivité

ASOS

Sur financement de l'UE, les activités d'ASOS étaient axés sur :

- La mobilisation et l'engagement communautaire (MEC) ;
- Le renforcement de capacités
- L'appui à l'organisation des Cash Transfert (Appui Tamtam)
- La Recherche sur le système de santé

- Leadership efficient en ayant contribué à minorer les gaps de plaidoyers en appui à l'opérationnalisation des activités phares du projet.

Sur financement AFD, ASOS a intervenu dans la communication de masse à travers l'utilisation des marionnettes.

Zones d'intervention :

- Région Analamanga : CUA et Atsimondrano ;
- Région Analanjirofo
- Région Anosy
- Région Atsimo Andrefana
- Région Boeny (Mahajanga I/ 27 Fokontany)

Points forts

- Maitrise des interventions au niveau communautaire
- Objectifs fixés quasiment atteint
- Couverture assez large des zones d'intervention
- Collaboration avec les forces de l'ordre et les structures étatiques décentralisés
- Processus de capitalisation des acquis et politique de transfert de compétences initiés en faveur de la durabilité des interventions

Points à améliorer

- Coordination avec les autres membres u consortium
- Insuffisance de rapportage au niveau de structures sanitaires décentralisées et au niveau du Ministère de la santé au niveau central

Observations

- Gestion des rumeurs et communications à harmoniser avec les autres ONG /PTF intervenant dans les sensibilisations du covid-19
- Uniformisation des messages

4. Analyse FFOM des réalisations par bailleurs

Analyse des parts contributives de chaque Agence par rapport aux impacts mesurés du Projet (UE : Avril 2020 à Avril 2021 dont 90% des activités clôturée en Mai 2021); AFD : juillet 2020 à Sept 2021)

Financement UE : 04-2020/04-2021

- Dotation Kit
- Intrants de nettoyage
- Hygiénistes
- Travaux d'infrastructures (30 CSB)
- Cash transfert
- Amélioration accès Wash (petits Travaux de plomberie)
- Travaux additionnels (CSB)
- Renforcement de capacités FS en PCI (Boeny-Marovoay ; Tana : Arrondissements 1-4)

Résultat général : satisfaisant

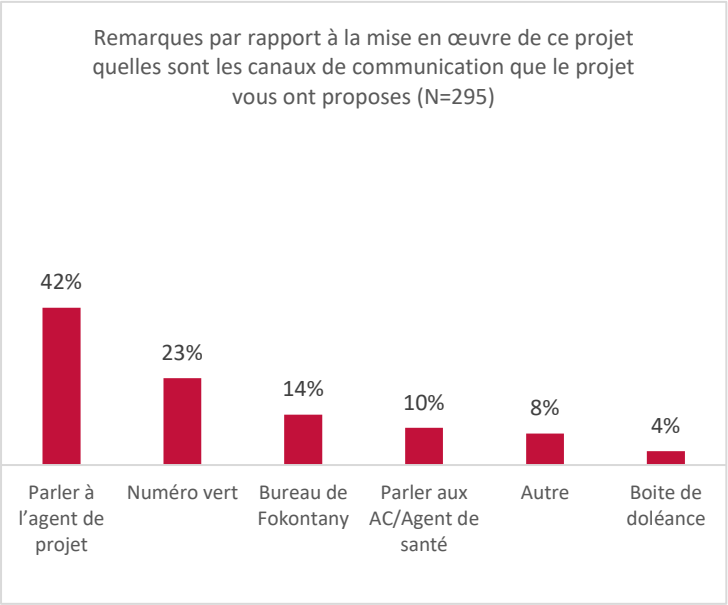
Financement AFD : début Octobre 2020

- Interventions au niveau des structures santé (10 CSB Boeny)
- interventions au niveau des écoles (08 écoles Boeny ; 07 écoles Tana) : dotation de kits d'hygiène / mise en place de Agents de surface pour préparer la rentrée scolaire / Renforcement de mesure barrières / dotation Kits scolaires (Boeny)
- Enquête de satisfaction des besoins avant et après
- Mécanismes de redevabilité (lignes vertes ; boîtes de doléances ; affichage listes des bénéficiaires par fokontany ; réseaux sociaux
- Depuis Avril 2021 : renforcement EAH Région Boeny / renforcement de capacités en genre, en plaidoyer, des institutions gouvernementales ….jusqu'au mois d'Août 2021

Résultat général : satisfaisant

5. Analyse de la Redevabilité

La redevabilité est une des droits des bénéficiaires, notamment pour des projets touchant le volet humanitaire ou dans notre contexte, en situation de catastrophe. C'est aussi un moyen d'améliorer davantage l'efficacité du projet, de mieux orienter les actions vers l'objectif et impact souhaités. Le projet mis en œuvre par le consortium a considéré ce volet dans sa mise en œuvre et cela constitue, une des points forts de ce projet. La figure ci-dessous montre les remarques faites par les bénéficiaires sur les modes de communication avec le projet. Les recommandations consistent à faciliter davantage les relations avec les bénéficiaires mais aussi la culture de compte rendu et de partage entre les ONG acteurs du consortium.



Le consortium a réalisé des activités de sensibilisation des bénéficiaires et les parties prenantes durant la période de l'épidémie covid-19 sur la pratique des mesures barrières de lutte contre covid-19 à travers des différents moyens de communication. En plus, le consortium a pu former des agents de santé dans les zones d'interventions sur la pratique des mesures barrières de lutte contre le Covid-19 et mettre en place un système de triage opérationnel auprès des hôpitaux. Cette évaluation a montré que les canaux de communication utilisés par le consortium répondent bien aux attentes de la communauté.

Figure 12: Proportion des canaux de communication proposés par le projet selon les réponses des répondants

Durant cette évaluation, les enquêtés ont confirmé les canaux de communication les plus adaptées aux communautés pour partager leur feed-back et de déposer leur plainte : parler aux agents de projet déclaré par les 42% des enquêtés, appeler le numéro vert déclaré par les 23% des ménages enquêtes et 14% ont déclaré de parler avec le chef Fokontany et 10% des ménages enquêtés répondent de déposer leur plaintes auprès de CSB et des AC.

Les parties prenantes interviewées durant cette évaluation ont confirmé que les responsables du projet ont donné de retours et de compte rendu sur l'évolution du projet même si ne pas périodique et systématique cela explique la redevabilité envers les bénéficiaires. Les bénéficiaires aussi sont encouragés de dénoncer les

incidents, les fautes réalisées par les agents de projet dans leur communauté dans le but d'améliorer la qualité des réalisations et de soigner les images du consortium.

V- BONNES PRATIQUES ET INNOVATIONS APPORTEES PAR LE PROJET

- Capacité adaptative et opportuniste en fonction des besoins manifestés par l'établissement de santé dans la région Analamanga
- Coordination renforcée dans la région de Boeny, actions menées complémentaire avec ce que le DRSP souhaite (CARE)
- Mise en place du système de redevabilité
- Approche communautaire ASOS au cours des situations d'urgences humanitaires
- Approche par compagnonnage MDM appliqué dans différents domaine hospitaliers : PCI, hygiène, gestion de déchets, plan de soins, etc.
- Gouvernance de la complémentaire opérationnelle, stratégique, et des mandats respectifs
- Culture d'évidence based (ACF)

VI- LEÇONS APPRISES

Quelles sont les leçons apprises par rapport à l'approche du Consortium dans la réponse à l'épidémie de covid-19? Qu'est ce qui a marché et qu'est-ce qui peut être amélioré? Pourquoi?

En tenant compte du contexte dans lequel s'est développée la crise sanitaire liée au covid-19, conjuguée à la conjoncture socioéconomique difficile installée de manière durable et indéterminée au pays, l'implémentation du projet covid-19 devait faire prendre conscience de certaines évidences, livrées pêle-mêle.

- Les effets positifs de la sensibilisation grâce à l'approche du Consortium, à travers les agents communautaires et autres membres des OSC, sont parmi les impacts les plus apparents dans ce projet. « La proximité de ces agents communautaires avec la population a permis à ces dernières de collaborer volontairement sans des soucis ni peine. Ces sensibilisations ont entrainé une réduction des rumeurs et une meilleure compréhension du covid-19 ;

- La suppression du poste de Coordination générale du projet a été réductrice question mise en œuvre du projet, et perçue comme un vide pour les membres du consortium. Savoir ainsi que l'approche multi acteur nécessite une structure indépendante, avec une vision transversale, permettant d'exploiter des potentialités de flexibilité et d'adaptation su management d'un projet commun;

- La crise sanitaire du covid-19 a été aussi déclinée en multiples sous crises, sociales, politiques, institutionnelles…allumées et par la suite entretenues par des déficits structurels, l'absence de pro-action en matière d'investissements publics, des malversations liées à la recherche de profit mettant ainsi à l'épreuve le concept du *Fihavanana malagasy*…Savoir ainsi, outre la nécessité de corriger les lacunes citées supra, que le succès ou la réussite d'un projet dépend largement d'un système de Plaidoyer fonctionnel, surtout structuré pour accompagner chaque décision pour avancer, bien que certaines décisions prises apparaissent impopulaires….

- La gestion des intrants, des EPI et des équipements doit être renforcée, l'approvisionnement, le suivi doit être amélioré, et les commandes doivent être honorées, au détriment des patients et du personnel de santé.

- La mise en place d'une structure de coordination opérationnelle permanente est un des points clés de la réussite de la mise en œuvre d'un projet. Pour des futures actions, l'opérationnalisation d'une telle structure devrait être assurée et communiquée à toutes parties prenantes.

- En se concentrant sur le contexte particulièrement difficile et parfois complexe dans lequel la crise sanitaire du covid-19 s'est installée de manière prégnante et démoralisante dans le Pays, force est d'admettre la pertinence et l'efficacité du Projet covid-19 du consortium à l'échelle individuelle, communautaire et surtout institutionnelle.

- Les expertises et avantages comparatifs de chaque membre du consortium alliés aux approches mises en ligne par les staffs en première ligne ont été vérifiés et signalés parmi les répondants aux questionnaires de ménage, d'interviews individuels et de focus group de discussion.

- Le Projet COVID-19 (ACF) nous a beaucoup aidé, sans ses appuis matériels et en renforcement de compétences, nous n'aurions pas pu nous en sortir seuls ! (Chef CSB rural, féminin, Atsimo Andrefana).

- « Ces appuis ont comblé nos gaps et ont ainsi contribué à améliorer la qualité offerte de nos services : accueil, PEC des cas suspects et/ou confirmés, etc. » (Chef CSB urbain, féminin Atsimo Andrefana)».

- Ces constats élogieux, en général perçus dans le cercle des soignants et autorités, n'ont pas empêché d'autres observateurs parmi les cibles bénéficiaires à déclarer leur ignorance du statut de leurs bienfaiteurs, et de déplorer les déficits de contacts, le manque de collaboration et l'absence de bénéfices de mesures d'accompagnement reçus avec des projets y inclus le projet covid-19 …(FGD ménages Commune rurale) . Ces – on va dire des éternels insatisfaits ou assistés – apportent cependant une partie de la réponse à la question de la faible intégration des aspects de genre dans l'exécution du projet, même si des membres du consortium se défendent d'en faire la promotion.

- Les participants aux FGD, en majorité de genre féminin, ont insisté sur les rôles joués et les efforts entrepris des agents communautaires de surcroit, majoritairement de genre féminin de surcroît dans les campagnes de sensibilisation portant sur les connaissances du covid-19, et les pratiques de gestes barrières, notamment des messages de lavage des mains, d'utilisation de latrines, et la nécessité de rechercher des soins auprès des CSB …(FGD ménages Commune urbaine). Appréhendée sous ces angles, l'approche communautaire **répond aux critères d'efficacité pour des changements de comportement individuel et social ,** d'efficience vu le rapport entre le nombre de thématiques visés en une seule activité et la modicité du coût réclamé, et surtout d'acceptabilité sociétale synonyme de durabilité et d'impact profond de cette approche communautaire. Ce constat certes recevable, mais n'est pas pour autant prolongé de réflexion au plan politique et stratégique, malgré l'existence de document de politique et stratégie de santé communautaire depuis moins d'une décennie. En tout cas, la riposte à cette épidémie a largement contribué à accroître la visibilité de la fragilité et dysfonctionnement des services publics, en l'occurrence des services de soins.

VII- RECOMMANDATIONS

Basées pour l'essentiel sur les résultats clés reliés tant aux intervenants qu'aux bénéficiaires, les recommandations suivantes sont adressées aux membres des Agences du consortium

- Maintenir, suivant un consensus des Directeurs d'Agences, un poste de coordination générale du Projet COVID, doté d'une vision transversale des interventions de chacun des agences du consortium, et de compétences de communication institutionnelle générant des valeurs ajoutées, comme une flexibilité budgétaire, l'exploitation de potentielles de chacun des membres pour faciliter la mise en œuvre des activités du consortium dans des zones d'influence d'un membre, l'accroissement de capacités d'adaptation pour ne pas être figé par le proposai initial, et un nouveau mandat : de par l'autorité qui lui sera conférée.

- Appliquer une sorte de check-list ou des éléments de suivi évaluation, concernant l'avancement de la mise en œuvre de chaque Agence, participant à concrétiser le « travailler à la même vitesse », ou « à éliminer l'esprit attentiste consistant à s'appuyer sur un seul membre en face d'une situation ou activité d'urgence ;

- Dans l'éventualité d'une autre vague d'épidémie, assurer un coaching, de la part des Directeurs d'Agence, pour les différentes cellules techniques crées et mises en place pour promouvoir et/ou développer des concepts avec des propositions techniques faisables et réalisables, même à très court terme ;

- Disposer un plaidoyer commun pour prévenir, accompagner, et contribuer à libérer d'éventuels goulots d'étranglement, comme c'était le cas lors de la gestion des EPI, cash transfert, cas de la création d'un environnement favorable d'appui et de soutien auprès des partenaires cibles, etc.

- Accroitre la visibilité du consortium dans la réponse au covid-19, à travers des interventions phares (vaccination, filets de sécurité, promotion genre, etc.) en optimisant l'exploitation des potentialités de mobilisation sociale et d'engagement communautaire existant au sein du consortium ;

- Renforcer les charges de redevabilité par chacun des membres du consortium à travers des propositions d'appui conseil dans les structures et mécanismes de coordination usuels du partenaire bénéficiaire, l'adoption d'une posture de collaborateur rapproché inspirant la confiance et des relations humaines cordiales, et enfin, des approches de pro-action illustrées par des approches par requêtes, par contrat d'objectifs et de moyens, etc.

- Améliorer la redevabilité et le partage d'informations auprès des formations sanitaires et toute autre entité partenaires afin de créer un environnement favorable à la collaboration, la coordination et la complémentarité des actions pour cheminer vers des objectifs communs.

VIII- CONCLUSION

Ce rapport est la réponse des cibles bénéficiaires et des acteurs clés (consortium, personnel santé et éducation, partenaires sociaux y inclus les AC et les membres des OSC) du projet covid-19 du Consortium (ACF-MDM-CARE-ASOS), ainsi que des Autorités décideurs et facilitateurs de la mise en œuvre du projet.

Cette réponse couvre les groupes de questions clés d'évaluation à savoir les impacts, l'adéquation, la coordination, l'optimisation des ressources, et la durabilité du projet.

Les résultats clés ont été marqués par la quasi-atteinte des objectifs d'impacts et objectifs spécifiques du cadre logique du projet. Ces résultats concernent notamment la réduction des taux de létalité et de morbi-mortalité, le niveau et l'efficacité de la préparation et de réponse à l'épidémie au niveau individuel, communautaire et institutionnel, la situation de la sécurité sanitaire dans les écoles primaires publiques, et enfin, l'analyse de la résilience de la société civile et des communautés à faire face à l'épidémie.

Ces résultats clés, en majorité mis en exergue sur exploitation des documents de mise en œuvre et de suivi du projet, ont été confrontés à ceux des enquêtes quantitatives auprès des ménages, des écoliers avec leurs enseignants, couplés à des enquêtes qualitatives réalisées auprès de nombreux acteurs clés et bénéficiaires concernés par les activités du projet.
Cette confrontation devait établir une satisfaction avouée des bénéficiaires concernant la réponse médicale, et/ou des observations plutôt négatives de la réponse du projet par rapport à d'autres besoins prioritaires à leur niveau.

Par ailleurs, d'autres faits et constats sont à considérer, notamment l'identification des points forts et des points à améliorer, tant au niveau du management, qu'au niveau du terrain apparaissant comme une opportunité potentiellement exploitable (lire les bonnes pratiques etc., les leçons apprises dégagées, et les recommandations formulées) pour le consortium de grandir et améliorer sans cesse leur mission humanitaire. D'autres sont pour la partie nationale bénéficiaire, afin de renforcer leur autonomie grâce à une appropriation planifiée des acquis, de tirer les enseignements nécessaires pour accroître la création d'environnement favorable à la production d'impacts profonds, larges et durables des appuis et soutiens des partenaires au développement en général.

IX- Références

1- OCHA. MADAGASCAR Aperçu de la situation humanitaire. Mars 2021

2- Manuel de gestion de cycle de projet en contexte d'urgence et crise humanitaire Analyse de situation, planification stratégique et monitoring. Catherine Hallé, Sophie Mareschal. Terre des hommes. 2017

3- APR et description du projet du consortium.

4- UE/ACF. Formulaire de demande de subvention. Riposte à la crise sanitaire COVID-19 à Madagascar à travers un appui au secteur santé et atténuation de l'impact économique et social de la pandémie sur les populations vulnérables. 2020.

5- OMS. Taux de létalité pour la Covid-19 pour quelques pays. 8 mai 2020

6- UNICEF. Les effets potentiels de la pandémie du COVID-19 sur les enfants à Madagascar. Note d'information n° 2021.01, avril 2021

7- DEPSI/MSANP. Bulletin du système d'information sanitaire de routine (SISR) de Madagascar, Juillet-Décembre 2020; Vol.3/N°4

8- Action contre la faim, MdM, CARE et ASOS. RAPPORT D'EXECUTION INTERMEDIAIRE. Riposte à la crise sanitaire COVID-19 à Madagascar à travers un appui au secteur sante et atténuation de l'impact social de la pandémie sur les populations vulnérables. Janvier 2021.

9- DVSSER/MSANP. Points de Situation CNOSSE 30 mars 2021_VERSION FINALE

10- USAID/SHOPS Plus. Présentation Analamanga enquête COVID-19. 2021.

11- ACF-Madagascar-Positionnement-COVID-19. 2021

12- OMS. Cadre de suivi et d'évaluation de la réponse à la Covid-19 dans la Région Africaine de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2020

X- Annexes

1. **Synthèses des résultats quantitatives (enquêtes ménages, enquêtes auprès des écoles)**
2. **Les questionnaires**

SYNTHESE DES RESULTATS DES ENQUETES QUANTITATIVES

ENQUETE AUPRES DES MENAGES (N= 295)

THEMATIQUES	PRINCIPAUX RESULTATS (% SIGNIFICATIFS)	COMMENTAIRES /ANALYSES
Sexe de l'enquêté	H : 37,6%	
	F : 62,4%	
Niveau d'instruction le plus élevé du bénéficiaire	Aucun : 2%	60% des enquêtés ont terminé le secondaire
	Primaire : 38%	
	Secondaire : 54%	
	Supérieur : 6%	
	Aucun : 2%	
Statut matrimonial du bénéficiaire principal	Célibataire : 7,5%	77% des enquêtés sont mariés (monogamie et polygamie).
	Marié monogame : 75,4%	
	Marié polygame : 1,4%	
	Divorcé/séparé : 6,4%	
	Veuf/veuve : 9,3%	
Présence d'handicap dans le ménage du bénéficiaire	Aucun : 94% Handicapé : 6% (N=19)	Handicap physique : 74% Handicap visuel : 11% Mental : 16%
Existence de femmes enceinte dans le ménage	Oui : 91% Non : 9%	
Disposez-vous d'un radio ?	Oui : 82% Non : 18%	
Disposez-vous d'un telephone ?	Oui : 72% Non : 28%	
Connaissance sur l'épidémie Civid-19		
Avez-vous déjà entendu parler du coronavirus ?	Oui : 100%	
Par quelle source d'information	Radio : 85%	
	TV : 57%	
	AC : 50%	
	Agent de santé : 29%	
	Autorités locales : 22%	
	Agent de projet : 17%	
	Discussion de groupe : 7%	

Sources d'informations les plus adaptées aux communautés	Radio : 85%	
	TV : 57%	
	AC : 50%	
	Agent de santé : 29%	
	Autorités locales : 22%	
	Agent de projet : 17%	
	Discussion de groupe : 7%	
Comment appréciez-vous les messages	Compréhensible : 95% Difficile à comprendre : 5%	
Connaissance de gestes barrières de lutte contre le covid-19	Se laver régulièrement les mains avec du savon ou utiliser un gel hydro alcoolique : 100%	
	Porter les masques dans les lieux publics : 96%	
	Se tenir au moins à 1m les uns des autres : 86%	
	Eviter les regroupements : 61%	
	Tousser / Eternuer dans le creux du coude : 39%	
	Eviter les contacts (comme serrer la main, accolade, etc.) : 38%	
	Ne sait pas : 1%	
Si Non quels sont les barrières qui vous empêchent d'adopter ces comportements	D'ordre social : 0,3%	Réponses des 6 ménages qui ont de barrières sur les pratiques et respects des mesures barrières.
	D'ordre informationnel : 0,3%	
	D'ordre familial : 0,3%	
	D'ordre économique : 0,3%	
	D'ordre culturel : 0,3%	
Quels seront vos besoins afin que vous puissiez adopter/pratiquer ces comportements ?	Accès à l'information : 0,3%	Les besoins des ménages qui ont des barrières sur les pratiques des mesures barrières.
	Formation/sensibilisation : 0,3%	
	Soutien psychosocial : 0,3%	
	Dotation des matériels : 0,3%	
	Aide financière et économique : 0,3%	
	Avant de manger : 96%	

Citer les 5 moments critiques de lavage des mains au savon	A la sortie de la toilette : 93%	
	Avant de préparer les repas : 69%	
	Autres (Après avoir touché de l'argent, à l'entrée de la maison) : 43%	
	Avant de donner à manger à un enfant : 38%	
	Après avoir nettoyé un enfant qui a fait ses toilettes : 22%	
	Ne sait pas : 2%	
Existence d'un DLM fonctionnel au sein de la FS	Oui : 99% Non : 1%	
Si Oui, quel changement à apporter dans votre vie quotidienne (N=291 qui répond Oui)	Pratique courante de lavage des mains dans la vie quotidienne : 60%	
	Pratique si DLM disponible : 16%	
	Aucun : 14%	
	Pratique occasionnel : 10%	
	Ne sait pas : 1%	
Qui utilise ce dispositif de lavage des mains installé au niveau de la FS? (N=291)	Les patients : 67%	
	Les soignants : 63%	
	Les accompagnants/visiteurs : 58%	
	Tout le monde : 43%	
Si vous avez des questions ou remarques par rapport à la mise en œuvre de ce projet quelles sont les canaux de communication que le projet vous ont proposes	Parler à l'agent de projet : 42%	
	Appeler un numéro vert : 23%	
	Aller au bureau de Fokontany : 14%	
	Parler aux AC/Agent de santé : 10%	
	Autre : 8%	
	Boite de doléance : 4%	
Lesquels parmi ces dispositifs sont accessibles pour vous	Parler à l'agent de projet : 42%	
	Appeler un numéro vert : 21%	
	Affichage au bureau de Fokontany : 13%	
	Affichage au CSB/AC : 10%	
	Ciné mobile/Mégaphone : 3%	
	Porte porte/VAD : 7%	
	Boite de doléance : 2%	
	Autres : 2%	
	Accès à l'information : 33%	33%

Si vous devez citer quelques contraintes liés à l'utilisation de ces dispositifs, quelles contraintes pourriez-vous rencontrer pour la diffusion de plaintes	Réponses non satisfaisantes : 28%	28%
	Le lieu où déposer les doléances : 16%	16%
	Peur de représailles : 10%	10%
	Aucun cas : 6%	6%
	Pas d'accès aux résultats des doléances : 6%	6%
Avez-vous reçu de l'aide financière dans le cadre de l'épidémie de covid-19 ?	Oui : 43% Non : 57%	
Si Oui, par qui (Entité donateur) (N=126)	Etat « Fanjakana » : 77%	
	Consortium (ACF/CARE/MdM/ASOS) : 3%	
	Autres partenaires : 20%	
Qui décide habituellement comment l'argent que vous gagnez sera utilisé (N=113)	Ensemble : 43%	
	Chef de ménage (CM) : 36%	
	Épouse/Epoux du CM : 20%	
Comment avez-vous dépensé cette aide financière ? (N=126)	Achat de nourriture : 94%	
	Achat de médicaments : 28%	
	Scolarisation des enfants : 38%	
	Epargne : 1%	
	Elevage/Agriculture : 8%	
	Autres dépenses courantes : 14%	
Cette aide vous a-t-elle servie à faire face aux impacts des mesures restrictives prises par les autorités?	Beaucoup : 66%	
	Moyennement : 23%	
	Pas vraiment : 11%	

ENQUETES AUPRES DES ENSEIGNANTS (N= 20)

THEMATIQUES	PRINCIPAUX RESULTATS (% SIGNIFICATIFS)	COMMENTAIRES /ANALYSES
Sexe de l'enquêté	H : 40%	
	F : 60%	
Age de l'enseignant interviewé	Moins de 30 ans : 30%	
	[30-40[ans : 50%	
	[40-50[ans : 15%	
	Plus de 50 ans : 5%	
Niveau d'instruction le plus élevé du bénéficiaire	Secondaire : 85%	**Secondaire :** Moins de 30 ans : 30% 30-40[ans : 40% [40-50[ans : 10% Plus de 50 ans : 5% **Supérieur :** Moins de 30 ans : 0% 30-40[ans : 10% [40-50[ans : 5% Plus de 50 ans : 0%
	Supérieur : 15%	
Avez-vous déjà entendu parler du coronavirus ?	Oui : 100% Non : 0%	
Avez-vous déjà reçu/entendu des sensibilisations sur la lutte contre le Covid 19 y compris les gestes barrières ?	Oui : 100%	
Si Oui, par quel canal	Radio : 95%	
	Télévision : 55%	
	Formation des enseignants (F4) : 70%	
	Activités de l'école : 10%	
	Agent de Santé : 20%	
	AC : 35%	
	Marionnette : 10%	
	Agent projet : 20%	
	Autorité locale : 10%	
	Autres (réseau socio, journal) : 10%	
Comment appréciez-vous les messages sur les gestes barrières de lutte contre Covid-19	Compréhensible : 95%	
	Difficile à comprendre : 5%	
Connaissance des gestes barrières de lutte contre le covid-19	Se laver régulièrement les mains avec du savon ou utiliser un gel hydro alcoolique : 100%	
	Porter les masques dans les lieux publics : 100%	
	Tousser / Eternuer dans le creux du coude : 100%	
	Se tenir au moins à 1m les uns des autres : 100%	
	Eviter les regroupements : 85%	
	Eviter de se serrer les mains/accolades : 40%	
	Autres : 10%	
Parmi ces gestes que vous avez cités est ce qu'il y a quelques unes que vous pratiquez quotidiennement ?	Oui : 95% Non : 5%	

Parmi ces gestes que vous avez cités est ce qu'il y a quelques unes que vous pratiquez quotidiennement ?	Se laver régulièrement les mains avec du savon ou utiliser un gel hydro alcoolique : 100%	
	Porter les masques dans les lieux publics : 74%	
	Tousser / Eternuer dans le creux du coude : 32%	
	Se tenir au moins à 1m les uns des autres : 58%	
	Eviter les regroupements : 47%	
	Eviter de se serrer les mains/accolades : 16%	
Quels sont les facteurs qui vous ont favorisé l'adoption des mesures barrières (N=19)	Peur du Virus et veut se protéger : 100%	
	Accessibilité des DLM : 53%	
	Sensibilisations à l'école : 63%	
	Eviter la propagation du virus : 5%	
Quels seront vos besoins afin que vous puissiez adopter/pratiquer ces comportements (sur l'un qui ne pratique pas)	Accès à l'information : 2% Formation/sensibilisation : 2%	Ces réponses sont données par les enseignants qui ne pratiquent pas ces mesures barrières correctement.
Dans votre école, existe-il un DLM fonctionnel ?	Oui : 100%	
Qui utilise ce DLM au sein de l'école	Elèves : 100%	
	Enseignants : 100%	
	Parents d'élèves : 60%	
	Tout le monde : 30%	
Quel changement cela à apporté dans votre vie quotidienne	Pratique courante de lavage des mains dans la vie quotidienne : 100%	
Citer les 5 moments critiques de lavage des mains au savon	Avant de préparer les repas : 87%	
	A la sortie de la toilette : 80%	
	Avant de manger : 75%	
	Avant de donner à manger à un enfant : 65%	
	Après avoir nettoyé un enfant qui a fait ses toilettes : 40%	
	Autres (tous les 2 heures, avant d'entrer à la maison, Après touché de l'argent) : 21%	
Quel changement avez-vous perçu dans le comportement de vos élèves depuis l'installation de ce dispositif ?	Pratique courante de lavage des mains dans la vie quotidienne : 95%	
	Pratique occasionnel : 5%	
A quel niveau pensez-vous que ce DLM a contribué à réduire voire à annuler l'apparition de cas de COVID-19 dans votre établissement scolaire	Tout le monde a l'habitude de se laver les mains à tout le temps (par 2 heures) : 100%	
	Sans DLM, nous ne maitrise pas le covid-19 : 85%	
	Hygiène des élèves et des responsables d'écoles : 11%	
Que suggérez-vous afin que ce DLM reste toujours fonctionnel et devienne une norme ou critère d'ouverture d'un établissement scolaire et de soins ?	Protéger le DLM : 70%	
	Règlement intérieur et contrôle systématique : 60%	
	Mise en place de plusieurs DLM : 50%	
	Assurer la disponibilité de l'eau dans le DLM et du savon à côté du DLM : 40%	
	Sensibilisation de l'utilisation du DLM : 30%	

ENQUETES AUPRES DES ELEVES (N= 141)

THEMATIQUES	PRINCIPAUX RESULTATS (% SIGNATIFS)	COMMENTAIRES /ANALYSES
Sexe de l'enquêté	H : 52%	
	F : 48%	
Age de l'élève enquêté (N= 141)	< 8 ans : 2%	
	[8-12[ans : 56%	
	Plus de 12 ans : 42%	
Avez-vous déjà entendu parler du coronavirus ?	Oui : 100% Non : 0%	
Avez-vous déjà reçu/entendu des sensibilisations sur la lutte contre le Covid-19 y compris les gestes barrières ?	Oui : 100%	
Si Oui, par quel canal	Activités de l'école : 87%	
	Radio : 74%	
	Télévision : 51%	
	Agent de Santé : 4%	
	AC : 4%	
	Marionnette : 6%	
	Agent projet : 4%	
	Parents d'élèves : 6%	
	Affichage/Réseaux sociaux : 5%	
Comment appréciez-vous les messages sur les gestes barrières de lutte contre Covid-19	Compréhensible : 98%	
	Difficile à comprendre : 2%	
Connaissance des mesures barrières de lutte contre le covid-19	Se laver régulièrement les mains avec du savon ou utiliser un gel hydro alcoolique : 100%	
	Porter les masques dans les lieux publics : 97%	
	Se tenir au moins à 1m les uns des autres : 96%	
	Eviter les regroupements : 60%	
	Tousser / Eternuer dans le creux du coude : 59%	
	Eviter de se serrer les mains/accolades : 35%	
	Autres : 8%	
Parmi ces gestes que vous avez cités est ce qu'il y a quelques-unes que vous pratiquez quotidiennement ?	Oui : 95% Non : 5%	
Parmi ces gestes que vous avez cités est ce qu'il y a quelques-unes que vous pratiquez quotidiennement ?	Se laver régulièrement les mains avec du savon ou utiliser un gel hydro alcoolique : 100%	
	Porter les masques dans les lieux publics : 57%	

	Se tenir au moins à 1m les uns des autres : 55%	
	Tousser / Eternuer dans le creux du coude : 18%	
	Eviter les regroupements : 21%	
	Eviter de se serrer les mains/accolades : 16%	
Quels sont les facteurs qui vous ont favorisé l'adoption des mesures barrières (N=281)	Peur du Virus et veut se protéger : 96%	
	Accessibilité des DLM : 27%	
	Sensibilisations à l'école : 28%	
	Eviter la propagation du virus : 4%	
	Sensibilisations à la maison : 1%	
Les barrières qui empêchent la pratique des gestes barrières (N=14, réponse « Non »)	Manque d'information sur les pratiques et gestes à respecter : 4 Pas d'habitude : 4 Non disponibilité des produits (Savon, gel, masque) : 4 Pas encore de cas de covid-19 : 2	
Dans votre école, existe-il un DLM fonctionnel ?	Oui : 100%	
Qui utilise ce DLM au sein de l'école	Elèves : 100%	
	Enseignants : 99%	
	Parents d'élèves : 40%	
	Tout le monde : 18%	
Si Oui, quel changement cela à apporter dans votre vie quotidienne	Pratique courante de lavage des mains dans la vie quotidienne : 100% Pratique si DLM disponible : 4% Ne sait pas : 3% Pratique occasionnel : 1%	
Citer les 5 moments critiques de lavage des mains au savon	Avant de manger : 86%	
	A la sortie de la toilette : 85%	
	Avant de préparer les repas : 58%	
	Autres (après le jouer, avant d'entrer à la maison, par heure) : 53%	
	Avant de donner à manger à un enfant : 17%	
	Après avoir nettoyé un enfant qui a fait ses toilettes : 7%	
	Ne sait pas/Pas de réponse : 8%	
Proportion des élèves qui peut citer trois (03) moments clés de lavage des mains	Oui : 76% Non : 24%	