

付 属 資 料

1. ミニッツ・評価報告書（仏語）
2. ミニッツ・評価報告書（英語）
3. PDM
4. 評価グリッド
5. 質問票の回答結果
6. 供与機材一覧
7. 研修コース一覧
8. カウンターパート一覧
9. 活動実績
10. エンドライン調査結果の概要

1. ミニッツ・評価報告書（仏語）

**PROCES VERBAL DE LA REUNION
ENTRE
L'EQUIPE D'EVALUATION FINALE JAPONAISE
ET
LES HAUTS FONCTIONNAIRES CONCERNES
DU GOUVERNEMENT
DE LA REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
SUR
LA COOPERATION TECHNIQUE JAPONAISE
CONCERNANT
LE PROJET D'AMELIORATION DU SERVICE
DE SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE
EN REPUBLIQUE DE MADAGASCAR**

L'Equipe d'Evaluation Finale japonaise « l'Equipe », mise en place par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale « la JICA », a mené une étude d'évaluation du 18 octobre au 7 novembre 2009 pour l'évaluation finale sur le Projet d'Amélioration du Service de Santé Maternelle, Néonatale et Infantile en République de Madagascar « le Projet FAMI ».

Durant sa visite en République de Madagascar, l'Equipe d'évaluation a collecté les données et les informations pertinentes, a évalué la réalisation du Projet FAMI et a organisé plusieurs discussions avec les hauts fonctionnaires concernés par le Projet FAMI .

Comme résultat, les parties malgache et japonaise s'accordent sur les points mentionnés dans le document attaché en annexe.

Antananarivo, 6 novembre, 2009

Dr RAKOTONDRAMARINA Dimisoa Bell
Conseiller Spécial
Vice Primature chargée de la Santé Publique
République de Madagascar



Mme. Tomoko Takeuchi
Chef d'équipe
Equipe de l'évaluation finale
Agence Japonaise de Coopération Internationale
Japon



DOCUMENTS JOINTS

Pièce jointe 1 : Résumé des Résultats
Pièce jointe 2 : Rapport d'Evaluation Finale

RESUME DES RESULTATS

1. Conclusion

1-1. Réalisation du Projet

Il est facile d'envisager que l'Objectif du Projet sera certainement atteint à la fin du Projet en janvier 2010 car la plupart des indicateurs montrent déjà les résultats positifs. Même si l'Equipe d'évaluation a constaté que certaines activités n'ont pas été complètement mise en œuvre au moment de l'évaluation, les homologues malgaches ont montré de la volonté à continuer leurs efforts pour accomplir ces activités

1-2. Evaluation par les cinq critères

Du point de vue des cinq critères, Projet FAMI a eu un haut degré de "pertinence", "d'efficacité", "d'efficience".

Concernant "l'impact", il n'est pas très sûr que l'Objectif Général du Projet sera atteint après les quelques années qui suivent la fin du Projet, parce que cela dépendra de la viabilité. Cependant, quelques impacts positifs additionnels ont été aussi observés.

Il a été observé que la viabilité politique est plus ou moins garantie, la viabilité technique est assez élevée, la viabilité institutionnelle n'est pas très élevée et la viabilité financière n'est pas assurée pour le moment. En somme, la viabilité du Projet ne serait pas suffisamment sécurisée.

2. Recommandations

2-1 Recommandations

Afin d'atteindre l'objectif du Projet pendant la période restante et pour pouvoir continuer à améliorer efficacement le service de santé maternelle, néonatale et infantile après l'accomplissement du Projet, voici quelques recommandations:

1. Le Groupe d'étude

Puisque le Groupe d'Etude a bien fonctionné en tant que groupe unique et groupe-clé pour mettre en œuvre les activités du projet, la gestion de la formation de Projet FAMI incluse ; les rôles et les activités issus du groupe d'étude, y compris l'identification des actions nécessaires, devront continuer même après le départ du Projet. Alors que la discussion sur la continuation de ses rôles et de ses activités ont été déjà initiée, la partie malgache devrait continuer à explorer les moyens/facilitation appropriés ou accords entre les organisations/personnes concernées pour pérenniser le mécanisme de coordination parmi les organisations concernées qui est actuellement la fonction du Groupe d'Etude jusqu'à la fin de Projet FAMI.

2. Direction du CME

Projet FAMI devra conseiller au CME d'inclure de façon claire dans leurs visions et perspectives l'EBM et les Soins humanisés. Même si cela sort du cadre du projet, il est davantage conseillé que le CHUM inclut dans ses visions et perspectives l'EBM et les Soins humanisés, car en tant qu'organisation, le CHUM pourrait jouer un rôle et partager le concept avec les étudiants en médecine ou aux apprenants de l'IFIRP par des formations pratiques. En plus, l'introduction des soins humanisés et de l'EBM ne relève pas seulement du CHUM, on espère que cet élément sera pris en considération dans tous les centres de santé.

3. Activités communautaires

Projet FAMI devra partager ses expériences réussies sur les activités communautaires, y compris les efforts pour motiver les agents communautaires afin que ces activités communautaires continuent indépendamment même si le projet arrive à son terme. La partie malgache devra également identifier les leçons tirées des activités communautaires et les refléter dans les activités futures.

4. Acteurs Communautaires et Traditionnels

Les AT jouent un rôle très important dans la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau de la communauté particulièrement dans les zones enclavées, rôle reconnu par le Ministère de la Santé par de possible collaboration avec des associations des tradipraticiens ; le Projet FAMI devra se pencher davantage sur la façon d'améliorer la collaboration déjà établie avec son appui entre les CSB et les acteurs clés dans la communauté tels que les AT, les AC, les chefs de fokontany (village), les chefs religieux, les guérisseurs traditionnels, les leaders traditionnels.

5. Formation au Japon et dans les pays tiers

Comme beaucoup des homologues de Projet FAMI ont suivi des formations au Japon et dans des pays tiers comme le Brésil, ces personnels formés ainsi que les leçons apprises par chaque participant dans telles activités de formation constituent des atouts précieux pour les homologues Malagasy. De plus, d'autres personnels du CME et des CSB ont pu apprendre des expériences de ces participants. La partie malgache devra aussi trouver le moyen d'organiser des FDP en Soins Humanisés et EBM afin de continuer, de maintenir et d'étendre les activités de formation à différents groupes cible. Cela devra être mené d'une manière autonome ou avec l'assistance éventuelle des partenaires du développement, dans la Région Boeny et ultérieurement dans d'autres régions de Madagascar.

6. Information du Public

Projet FAMI devra préparer un kit d'information du public pour ses activités y compris les concepts/stratégie de formation, la classe maman et sa chanson pour mieux expliquer clairement les résultats et les réalisations de Projet FAMI en vue de la mise à l'échelle, quand le projet arrivera à son terme.

7. Procédures de Formation

Le Projet FAMI devra établir les procédures d'organisation d'activités de formation telles que la gestion du budget, la nomination des formateurs, la sélection des stagiaires. Ainsi, les homologues Malagasy pourront mener à bien de telles formations de façon autonome ou avec l'assistance d'autres partenaires. Dans ce même élan, le Ministère de la Santé devra examiner le type de facilitation approprié pour étendre les activités de formation et clarifier le rôle et les activités des organismes responsables des formations dont l'Unité de Formation du CME.

8. Politique Nationale de la Santé

Le Ministère de la Santé a commencé à œuvrer pour la révision de sa Politique Nationale sur la Santé de la Reproduction afin d'inclure les Soins humanisés et l'EBM. Le Ministère devra terminer cette révision car cela aiderait à améliorer la santé maternelle, infantile et des nouveau-nés. Les concepts et la stratégie développés sous Projet FAMI devraient être validés par le MINSAN pour étendre les soins humanisés et l'EBM au-delà de la Région Boeny.

9. Enseignement Médical et Paramédical

Le concept des soins humanisés a été introduit dans le programme de formation de la Faculté de Médecine de Mahajanga. Le MINSAN a inclus ces concepts dans les IFIRP, il devra coordonner avec les organisations concernées pour développer davantage le contenu des Soins humanisés dans ces programmes d'enseignement.

2-2 Leçons Tirées

1. Projet FAMI a démontré que les étapes suivies lors de la préparation des activités communautaires, y compris la sélection des AC par le biais d'une collaboration étroite entre les chefs de Fokontany (village) et les CSB s'avèrent être une des clés de la réussite de ces activités.
2. Projet FAMI a prouvé que la bonne organisation des activités de formation au Japon et au Brésil pour les Soins humanisés pendant l'accouchement et la naissance ont beaucoup contribué à l'acquisition des compétences et attitudes nécessaires pour réaliser les soins humanisés à Madagascar et pour jouer le rôle de formateur-clé en soins humanisés à Madagascar.

3. Bien que le groupe d'étude ne soit pas encore institutionnalisé, Projet FAMI a démontré que ce mécanisme d'organisation développé par les homologues eux-mêmes a pu fonctionner en tant qu'acteur mettant en œuvre les activités du projet.
4. Projet FAMI a démontré que l'application de la méthode de laboratoire (apprentissage par expérience) a contribué non seulement à la reconnaissance de Soins humanisés par les homologues grâce à leur expérience personnelle mais aussi à la préparation des activités de formation efficaces et sur mesure
5. Le Projet FAMI a démontré que la coopération avec l'UNICEF contribue à une mise en œuvre efficace des activités communautaires de santé telles que la PCIMEC et le SENN.

Le résultat détaillé de l'évaluation est décrit dans le Rapport d'Evaluation Finale joint comme pièce jointe 2.

45

1/1

**RAPPORT D'EVALUATION FINALE
DE
LA COOPERATION TECHNIQUE JAPONAISE
CONCERNANT
LE PROJET D'AMELIORATION DU SERVICE DE SANTE MATERNELLE,
NEONATALE ET INFANTILE
A
MADAGASCAR**

NOVEMBRE 2009

AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE



Contenu

Abréviations	1
1. Introduction	5
1-1 Historique.....	5
1-2 Objectifs de l'Evaluation Finale	5
1-3 L'Equipe de l'Evaluation	6
1-4 Programme de l'Evaluation	7
2. Méthodologie de l'Evaluation	9
2-1 Le Processus de l'Evaluation	9
2-2 Sources d'Information.....	9
2-3 Critères d'Evaluation	9
3. Performance du Projet et Processus de Mise en Œuvre	11
3-1 Apports.....	11
3-2 Activités.....	12
3-3 Résultats.....	12
3-4 Objectif du Projet.....	20
3-5 Objectif Général.....	21
3-6 Le Processus de Mise en Œuvre	21
4. Résultats de l'Evaluation selon les Cinq Critères.....	23
4-1 Pertinence.....	23
4-2 Efficacité	24
4-3 Efficience	24
4-4 Impact.....	25
4-5 Viabilité	26
5. Conclusion	28
5-1 La réalisation du Projet.....	28
5-2 l'Evaluation par les cinq critères.....	28
6. Recommandations et Leçons Tirées	29
6-1 Recommandations.....	29
6-2 Leçons Tirées	31
Annex I Cadre Logique du Projet.....	32
Annex II Liste des Experts.....	35
Annex III Liste des équipements apportés par le Projet	36
Annex IV Liste des Formations reçues par les homologues du projet	40
Annex V Liste des homologues clés du Projet.....	43

Abréviations

ABREVIATIONS	LANGUE	DESCRIPTION
ANC	(E)	Antenatal care
Ar	(M)	Malagasy Ariary
BEFE	(F)	Bureau exécutif du fonds d'équité
CA	(E)	Community agent
CHD	(F)	Centre hospitalier de district
CHU	(F)	Centre hospitalier universitaire
CHUM	(F)	Centre hospitalier universitaire de Mahajanga
CME	(F)	Complexe Mère et Enfant
C/P	(E)	Counterpart
CSB	(F)	Centre de santé de base
DAC	(E)	Development Assistance Committee
DDDS	(F)	Direction de développement des districts sanitaires
DEP	(F)	Direction des études et de la planification
DSH	(F)	Direction du Système Hospitalier (ex DHRR, Direction des hôpitaux de référence des régions)
DRH	(F)	Direction des Ressources Humaines
DRSP	(F)	Direction Régionale de Santé Publique
DSME	(F)	Direction de la Santé de la Mère et de l'enfant (ex DSF, Direction de la Santé de la Famille)
DSRP	(F)	Document de Stratégies pour la Réduction de la Pauvreté
EBM	(E)	Evidence-based Medicine Médecine fondée sur le niveau de preuve / sur des faits (F)

ABREVIATIONS	LANGUE	DESCRIPTION
EDS	(F)	Enquête démographique et de santé
EF	(E)	Equity Fund
EmOC	(E)	Emergency Obstetric Care
EPI	(E)	Expanded programme of immunization
FAMI	(M)	Ny Fahasalamanay Mianaka (Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service) FAMI Project (E) / Projet FAMI (F)
FANOME	(F)/(M)	Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop des Médicaments /Fandraisana Anjara No mba Entiko (M)
FDF	(F)	Formation des formateurs
FE	(F)	Fonds d'équité
FGD	(E)	Focus group discussion
IFIRP	(F)	Institut de Formation Inter Regional des Paramédicaux
IMCI	(E)	Integrated Management of Childhood Illness
IMR	(E)	Infant mortality rate
ITN	(E)	Insecticide Treated Nets
JCC	(E)	Joint Coordination Committee
JICA	(E)	Japan International Cooperation Agency
MCH	(E)	Maternal and child health
MOH	(E)	Ministry of Health and Family Planning
M/M	(E)	Minutes of Meeting
MMR	(E)	Maternal Mortality Ratio
NCU	(E)	Neonatal care unit

ABREVIATIONS	LANGUE	DESCRIPTION
NGO	(E)	Non-governmental organization
ODA	(E)	Official Development Assistance
OECD	(E)	Organization for Economic Cooperation and Development
OMS	(F)	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	(F)	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCIMEC	(F)	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire
PDM	(E)	Project Design Matrix
PEV	(F)	Programme élargi de vaccination
PFU	(F)	Participation Financière des Usagers
PRSP	(E)	Poverty reduction strategic paper
PTA	(F)	Plan du Travail Annuel
PO	(E)	Plan of Operation
PTME	(F)	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
R/D	(E)	Record of Discussions
RMA	(F)	Rapport mensuel des activités
RMSD	(F)	Rapport Mensuel Synthèse de District
SBA	(E)	Skilled Birth Attendant
SDSP	(F)	Service de District de la santé publique (ex SDSPF)
SENN	(F)	Soins essentiels du Nouveau-Né
SFPP	(F)	Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel
SHD	(F)	Service des hôpitaux des districts
SHRR	(F)	Service des hôpitaux de référence des régions

ABREVIATIONS	LANGUE	DESCRIPTION
SMSR	(F)	Service de la maternité sans risque (ex SSR-MSR, Service de santé de la reproduction et maternité sans risque)
SONU	(F)	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	(F)	Santé de la Réproduction
SSEv	(F)	Service de suivi et évaluation
SSSa	(F)	Service de statistique sanitaire
SV	(F)	Service de Vaccination
TBA	(E)	Traditional Birth Attendant
TOT	(E)	Training of Trainer
UNICEF	(E)/(F)	United Nations Children's Fund
URSR	(F)	Unité de renforcement de système de référence
VPSP	(F)	Vice Primature charge de la Santé Publique (ex MINSANPF, Ministère de la santé et du planning familial)
WHO	(E)	World Health Organization
5S/TQM	(E)	5S (Set, Sort, Shine, Standardize, Sustain, (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke (J)) /Total Quality Management

(F) French, (E) English, (M) Malagasy, (J) Japanese

1. Introduction

1-1 Historique

Le gouvernement japonais a débloqué un fonds d'aide et a établi une coopération technique pour le développement et l'amélioration du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga ainsi que la construction du Complexe Mère Enfant (de la province de Mahajanga, CME) au sein du Centre Hospitalier Universitaire connu sous le nom de "Projet d'Amélioration Globale du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga" (1999-2004). Cela a contribué à améliorer le service de santé au niveau du CHUM et à augmenter le nombre de patients référés. D'une part, on a identifié que la majorité des référés sont des mères, des bébés et des enfants. Ainsi, le gouvernement de la République de Madagascar a demandé au fonds d'aide d'améliorer la situation des mères, nouveau-nés et enfants dans la Région Boeny.

En tenant compte de cette requête, la proposition de projet d'aide appelé "Projet d'Amélioration Globale du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga" pour la construction du Complexe Mère Enfant (de la province de Mahajanga, CME) au sein du Centre Hospitalier Universitaire a été signé dans le courant de l'année fiscale 2005 et la construction du CME a été achevée en 2007. De plus, en préparation à une coopération technique supplémentaire, "l'Amélioration de la santé maternelle et infantile au niveau de la province en utilisant le service du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga" a été réalisé de 2005 à 2006. En se basant sur cette étude, la coopération technique "Projet d'Amélioration du service de santé maternelle, néonatale et infantile" (*Projet Ny Fahasalamanay Mianaka*, appelé "Projet FAMI") été élaboré avec comme objectif d'offrir un service maternel et infantile de haute qualité qui reflète le concept de la médecine basée sur le niveau de preuves (EBM) à la population de la Région du Boeny. La conception du Projet reflète aussi l'expérience de la participation de fonctionnaires du MINSAN dans le programme de formation de la JICA intitulé "Santé Maternelle et Infantile pour les Pays Francophones" initié dans le courant de l'année fiscale 2003 au siège de la JICA à Tokyo. En janvier 2007, Projet FAMI commença à offrir des services de santé qui reflète le concept de soins humanisés et EBM dans la région du Boeny en étant un projet de trois ans entre janvier 2007 et janvier 2010. Projet FAMI a appuyé (1) le développement des ressources humaines pour offrir un soin humanisé et l'EBM dans la région du Boeny en utilisant le CME comme le centre des activités, (2) la mise en place de modèle de système de santé communautaire qui reflète les soins humanisés, et (3) la mise en place de service de santé maternelle et infantile dans les niveaux d'activité respectifs (Région, district, communauté).

1-2 Objectifs de l'Evaluation Finale

Vu que Projet FAMI prend fin le 31 janvier 2010, l'évaluation finale s'était déroulée du 18 Octobre au 7 Novembre 2009. L'Evaluation finale de Projet FAMI a pour objectifs de :

- (1) Revoir les réalisations et impacts de Projet FAMI en utilisant les indicateurs disponibles, les données, les rapports et en consultant également les personnels officiels concernés;

- (2) fournir des recommandations pour que Projet FAMI puisse atteindre ses objectifs définis dans le cadre logique
- (3) discuter du plan futur après le Projet, et
- (4) déduire les leçons tirées de Projet FAMI pour une meilleure mise en oeuvre d'autres projets pertinents.

1-3 L'Equipe de l'Evaluation

Les membres de l'équipe d'évaluation finale son les suivants :

Noms	Responsabilité	Organisation
Tomoko TAKEUCHI	Chef d'équipe	Directeur, Division de la Santé de la Reproduction, Groupe de la Santé de la reproduction et des systèmes de santé, Département du développement humain, Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)
Yasuo SUGIURA	Santé maternelle et infantile	2ème Expert, Bureau de Coopération International, Centre Médical International de Japon
Sonoko TAKAHASHI	Plan de l'évaluation	Directeur Adjoint, Division de la Santé de la Reproduction, Groupe de la Santé de la reproduction et des systèmes de santé, Département du développement humain, Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)
Izumi SAKAYA	Analyse de l'évaluation	Consultant, Global Group 21Japan, Inc.

1-4 Programme de l'Evaluation

Date	Membre			
	Mme. TAKEUCHI	Dr. SUGIURA	Mme. TAKAHASHI	M. SAKAYA
18 Dim Oct				Arrivée à Antananarivo
19 Lun				- Réunion avec le bureau de la JICA Madagascar
20 Mar				- Déplacement à Mahajanga
21 Mer				- Réunion avec les homologues - Explication de l'objectif de l'évaluation / méthodologie adoptée par le consultant
22 Jeu				- Enquête sur les activités du projet
23 Ven				- Enquête sur les activités du projet
24 Sam				- Enquête sur les activités du projet
25 Dim				- Enquête sur les activités du projet
26 Lun				- Enquête sur les activités du projet
27 Mar	- Arrivée à Antananarivo - Déplacement à Mahajanga			
	- Réunion interne - Interview avec le Chef de Projet			
28 Mer	- Rapport des activités du projet par les homologues - Visite du CME - Interview avec le Coordinateur du CME			
29 Jeu	- Descente sur terrain à Mahajanga II (SDSP Mahajanga II, CSB Bekobay, activités SSME, sites PCIMEC à Marofatsaka, Ambodiadabo)			
30 Ven	- Descente sur terrain (SDSP Mahajanga I, CSB Mahabibo, CSB Sotema, CSB Tsararano, CSB Amborovy) - Interview avec les experts Japonais - Réunion interne			
31 Sam	- Interview des experts japonais - Préparation du rapport d'évaluation, du séminaire			
Nov Dim 1	- Préparation du rapport d'évaluation, du séminaire - Discussion avec les experts Japonais			
2 Lun	- Discussion avec les homologues de Tana			
3 Mar	- Séminaire sur les résultats de l'évaluation			

Date	Membre			
	Mme. TAKEUCHI	Dr. SUGIURA	Mme. TAKAHASHI	M. SAKAYA
4 Mer	- Preparation of reporting, evaluation report, M/M - Move to Antananarivo			
5 Jeu	- Préparation du rapport d'évaluation, du PV - Discussion avec le MINSAN concernant le rapport d'évaluation , du PV			
6 Ven	- CMC - Signature du PV - Rapport auprès de l'Ambassade de Japon - Rapport auprès de la JICA Madagascar			
7 Sam	- Départ d' Antananarivo			

59

64

2. Méthodologie de l'Evaluation

2-1 Le Processus de l'Evaluation

En premier lieu, l'Equipe a évalué le degré d'atteinte des résultats attendus du Projet selon le cadre logique. En deuxième lieu, l'Equipe a analysé et a évalué le Projet selon les cinq critères qui sont : "pertinence", "efficacité", "efficience", "impact" et "viabilité". Enfin, l'équipe a formulé une conclusion suivie de recommandations.

2-2 Sources d'Information

Les sources d'information suivantes ont été utilisées dans cette étude d'évaluation:

(1) Les documents officiels signés par les deux parties avant et pendant la mise en œuvre du Projet, tels que : Compte rendu des réunions, Procès Verbaux, et le Cadre Logique du Projet ; PDM.

(2) Les documents consignants les contributions des deux parties et les activités du Projet ; le personnel, les experts de la JICA, les participants à la formation au Japon et dans les pays tiers, équipements, allocation du budget, etc.

(3) Données, statistiques, et informations indiquant le degré de réalisation du Projet.

(4) Interviews et questionnaires remplis par les membres du personnel qui prennent part aux activités de Projet FAMI, les experts de la JICA, anciens participants aux cours de formation au Japon et dans les pays tiers (le Cambodge et le Brésil) et les autres parties prenantes.

2-3 Critères d'Evaluation

L'évaluation a été effectuée en se basant sur les directives du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) qui préconise l'utilisation des cinq critères d'évaluations qui suivent pour l'évaluation du développement de projets.

(1) Pertinence

La Pertinence se réfère à la validité et à la nécessité du projet. Elle s'assure que le projet adopte la méthodologie la mieux appropriée pour traiter des problèmes et obstacles identifiés dans le secteur à Madagascar. La cohérence et la conformité entre les objectifs du projet, les besoins des groupes cibles et la politique de développement à Madagascar sont examinées de près. La cohérence avec la Politique Officielle d'Aide au Développement du gouvernement japonais est aussi prise en considération.

(2) Efficacité

Ce critère se réfère au taux de réalisation des objectifs du projet. La relation de cause à effet entre les résultats et les attentes décrits dans le cadre logique est l'un des différents points à examiner durant l'analyse. Des éléments externes qui pourraient avoir une influence sur le projet sont aussi pris en considération. Des facteurs positifs et négatifs dans la réalisation des objectifs du projet sont aussi analysés et considérés comme leçons apprises pour les coopérations futures.

(3) Efficience

Ce critère se réfère à la productivité dans le sens où les différents apports dans le projet sont transformés de façon efficace en résultats selon les objectifs du projet. On examine aussi la quantité, la qualité et le calendrier des contributions des parties malgaches et japonaises pour s'assurer que ceux-ci sont appropriés, et prenant en compte le niveau de réalisation des résultats.

(4) Impact

Ce critère se réfère surtout à la perspective de réalisation de l'objectif général décrit dans le cadre logique, qui devrait être atteint quelques années après la fin du projet, si les activités établies par le projet sont maintenues et étendues. Les impacts directs et indirects, à la fois positifs et négatifs, générés par le projet et non-envisagés sont aussi examinés.

(5) Viabilité

La viabilité fait référence à l'impact du projet après la fin du projet. Ce sera à confirmer par l'engagement organisationnel et financier, la politique du gouvernement, l'adaptation aux nouvelles technologies.



3. Performance du Projet et Processus de Mise en Œuvre

3-1 Apports

L'équipe a confirmé que Projet FAMI a reçu les apports suivants conformément au contenu des comptes-rendus des réunions et le cadre logique du projet.

[La partie japonaise]

(1) Envoi d'experts à Madagascar

Cinq experts ont été assignés sur le long terme et 17 experts sur le court terme au Projet comme indiqué dans l'Annexe II

Au mois de janvier 2 experts à court terme seront assignés au Projet .

(2) Dotation de machines et d'équipements

Des machines et des équipements tels que des véhicules, des équipements médicaux et des ordinateurs d'une valeur totale de 14 478 000 Yen ont été mis à la disposition du Projet comme mentionné dans l'Annexe III.

(3) Formation d'homologues au Japon et dans les pays tiers

20 homologues ont été envoyés au Japon pour suivre une formation, et un autre membre du personnel sera envoyé en formation avant la fin du Projet comme mentionné dans l'Annexe IV.

Quatre membres du personnel ont été envoyés au Cambodge pour la formation en pays tiers comme mentionné dans l'Annexe IV.

20 membres du personnel et homologues ont été envoyés au Brésil pour la formation en pays tiers comme mentionné dans l'Annexe IV.

(4) Coût additionnel et dépenses locales

Jusqu'au mois d'octobre 2009, un total de 53 777 000 Yen a été attribué pour faire face à une partie des dépenses locales pour les activités (y compris les frais des consultants locaux).

[La partie malgache]

(1) Nomination des homologues ainsi que d'autres membres du personnel

La liste des homologues affectés à Projet FAMI est mentionnée dans l'Annexe 6

(2) Mise à disposition des installations

Les bureaux du Projet (plus les dépenses associés aux installations) et les véhicules pour les sorties sur terrain ont été mis à la disposition du Projet.

3-2 Activités

L'Equipe a confirmé que Projet FAMI a, pour la plupart, effectué les activités selon le planning mentionné dans les comptes-rendus de réunions et le cadre logique, à l'exception de certaines activités qui n'ont pas été complètement réalisées jusqu'à présent; telles que :

- 3.4 Préparer un code professionnel pour les accoucheurs qualifiés
- 3.5 Réactiver l'Unité de renforcement du système de référence

3-3 Résultats

L'Equipe a confirmé que Projet FAMI a produit les résultats ci-dessous selon le planning mentionné dans les comptes- rendus de réunions et le cadre logique. Le degré de réalisation est montré sous chaque résultat.

Résultat 1: le système de développement des ressources humaines est en place pour offrir des Soins Humanisés et l'EBM dans la Région Boeny.

Indicateurs
1.1 Mise en place d'une organisation pour la formation continue des diplômés en santé maternelle et infantile avec la collaboration de la DRSP, SDSP et le CME.
1.2 Elaboration de modules de formation sur les soins basés sur le niveau de preuves (pour chaque catégorie de responsabilités)
1.3 Le nombre de cours de formation pratiqués pour les soins basés sur le niveau de preuves et le nombre de participants à la formation qui finissent le cours dans la zone pilote
1.4 Le nombre d'autres cours de formation pratiqués et le nombre de participants à la formation qui finissent le cours

Dans le Projet, "le Groupe d'Etude" a été décrit comme une plateforme pour la planification et la mise en œuvre des activités, incluant les activités de formation. Le Groupe d'Etude a été très actif et a joué un rôle essentiel dans le Projet, même si le groupe n'est pas une entité permanente. En plus, des homologues volontaires malgaches ont formé le "Groupe Mandresy" composés de participants à la formation au Brésil (février 2008) et au Japon (mai à juillet 2008). L'objectif du groupe est de réaliser le plan d'action élaboré lors des formations en « gestion de formation » et en « soins maternels » au Japon. Le Groupe Mandresy a pris part dans la formulation de curriculum de base pour le cours de formation sur les Soins Humanisés et l'EBM (indicateur 1.1).

Un ensemble de modules de formation ont été formulés pour les paramédicaux responsables de soins maternels et infantiles comportant 6 modules : accouchement normal, EBM, soins humanisés, soins de base du Nouveau-né, réanimation du nouveau-né et apprentissage par expérience par la méthode de laboratoire. Les modules étaient aussi adaptés à d'autres catégories

de responsabilités telles que les médecins (Indicateur 1.2).

Des formations ont été mises en œuvre selon le planning établi et ont couvert plusieurs prestataires de service de santé maternelle et infantile qui devaient être formés (indicateurs 1.3 et 1.4) selon les Tableaux 3.1 et 3.2¹.

Tableau 3.1 Nombre de participants à la formation qui ont suivi jusqu'au bout le cours de formation sur le soin basé sur le niveau de preuves parmi les prestataires de service de santé maternelle et infantile dans la zone pilote de la région du Boeny (Indicateur 1.3).

Mois/Années	Provenance	Nombre de participants	Remarques
02/2008	CME	4	Formation de formateur Formation au Brésil
	SDSP de Mahajanga I	1	
	SDSP de Mahajanga II	1	
07/2008	CME	5	Formation de formateur
09/2008	CME	2	Formation au Brésil
	Institut de Formation Interrégional des Paramédicaux de Mahajanga	1	
	DSME, MINSANPF	3	
01-02/2009	CME	19	
	Institut de Formation Interrégional des Paramédicaux de Mahajanga	2	
09/2009	SDSP de Mahajanga I	22	
	Institut de Formation Interrégional des Paramédicaux de Mahajanga	2	
10/2009	District de Marovoay	6	
	District d'Ambato-boeny	7	
	District de Soalala	5	
	District de Mitsinjo	7	
	DRSP Boeny	6	
10-11/2009	CME	4	Formation au Brésil
	SDSP de Mahajanga I	4	
10-12/2009	CME	1	Formation au Japon, Soins maternels
	SDSP de Mahajanga I	1	
11-12/2009 (planifié)	CME	1	Formation au Japon, soins en obstétrique

¹ La source des données de tous les tableaux dans ce rapport est le Projet FAMI.

Tableau 3.2 Nombre d'autres formations offertes et le nombre de participants qui ont suivi jusqu'au bout le cours (indicateur 1.4)

Mois/Années	Formation sur	Participants venant de	No. De participants	Remarques
05/2008	Soins de base des nouveau-nés (Formation de formateur)	DRSP, Boeny District de Majunga II CME	2 2 1	Activité conjointe avec l'UNICEF, BASICS
11/2008	Soins de base des nouveau-nés, soins de base en obstétrique et soins de base de nouveau-nés	Chefs de CSB, District de Majunga II	13	Activité conjointe avec l'UNICEF, BASICS
07-08/2009	PCIME Communautaire	Agents Communautaires, District de Mahajanga II Betsako Ambalakida	5 4	
07-08/2009	Soins de base des nouveau-nés au niveau communautaire	Agents Communautaires, District de Mahajanga II Bekobay Belobaka Boanamary	6 6 6	
09/2009	FANOME	Agents Communautaires, District de Mahajanga II Ambalakida Andranoboka Antanambao	5 3 4	

Tous ces résultats indiquent que les Résultats 1 ont été pour la plupart atteints.

Résultat 2: Le modèle de système de santé communautaire qui reflète des soins humanisés mise en place.

Indicateurs
2.1 Nombre de sites où la PCIME communautaire et les soins de nouveau-nés sont pratiqués
2.2 Fréquence d'utilisation des sites PCIMEC et des soins de nouveau-nés
2.3 Nombre de suivi par le personnel médical des activités des agents communautaires
2.4 Nombre de suivi des activités conjointes des DRSP, SDSP et les communautés
2.5 Degré de l'amélioration de la qualité des activités des agents communautaires
2.6 Degré de l'amélioration dans les activités conjointes avec les communautés
2.7 Nombre de Fokontany (villages) où les activités de sensibilisation des soins humanisés sont pratiquées
2.8 Le nombre d'accouchement à la maison enregistré

La PCIMEC a été jusqu'à présent pratiquée dans 15 sites (5 nouveaux sites et 10 sites à venir), alors que les soins du nouveau-né sont pratiqués dans 9 sites, comme indiqué dans le Tableau 3.3,

et ces sites ont été bien utilisés (indicateurs 2.1 et 2.2)

Tableau 3.3 Nombre de sites où la PCIMEC et les soins du nouveau-né sont pratiqués (indicateur 2.1)

PCIMEC: 15 sites

Zone	Site (Village)
Bekobay	Ambodiadabo
	Marofiatsaka/Tsararivotra
	Anosikely
Belobaka	Ankazomenavony
	Antsaboaka
	Amparemahitsy
Boanamary	Ambatomalama
	Amboanio
	Befotaka
Betsako	Ankilahila
	Ambalika
	Antsiatsiaka
Ambalakida	Ankivonjy
	Mahamavo
	Ambovondramanesy

Soins de nouveau-nés: 9 sites

Zone	Site (Village)
Bekobay	Ambodiadabo
	Marofiatsaka/Tsararivotra
	Anosikely
Belobaka	Ankazomenavony
	Antsaboaka
	Amparemahitsy
Boanamary	Ambatomalama
	Amboanio
	Befotaka

Le suivi des activités des agents communautaires par les agents de santé et le suivi conjoint des activités communautaires par la DRSP, le SDSP et la communauté avec l'appui des partenaires ont été effectués même si ceux-ci n'ont pas été faits de façon fréquente, Tableau 3.3 (indicateur 2.3 et 2.4).

Tableau 3.4 Nombre de suivi des activités des agents communautaires par les agents de santé (indicateur 2.3) et le nombre de suivi conjoint des activités communautaires par la DRSP, SDSP et la communauté et le nombre d'évaluation (indicateur 2.4)

Année	Mois	Indicateur 2.3	Indicateur 2.4
2008	02	0	2
	03	1	0
	04	2	0
	05	0	1
	06	1	1
	07	0	1
	08	0	0
	09	1	0
	10	1	0
	11	0	0
	12	0	0
	2009	01	0
02		0	0
03		0	0
04		0	1
05		0	0
06		1	0
07		0	0
08		1	0
09		0	1
Total		8	7

Une amélioration de la qualité des activités des agents communautaires a été constatée si on se réfère à la comparaison des données entre mai et juillet 2008 suite à la supervision effectuée en collaboration avec l'UNICEF, Tableau 3.4 (indicateur 2.5)

Tableau 3.5 le degré de la qualité des améliorations dans les activités des agents communautaires (indicateur 2.5)

<Connaissance>

Thèmes	mai 2008	juillet 2008
Signes de danger	90.6%	99.3%
ARI	85%	100%
Diarrhée	93%	100%
Fièvre	93%	96%
Nutrition	87.5%	100%

<Prise en charge>

Thèmes	Mai 2008	juillet 2008
Bonne appréciation du poids comparé à l'âge	93%	100%
Toux et problèmes respiratoires	93%	97%
Diarrhée	97%	100%
Fièvre	100%	100%
Classification des signes de danger	98.5%	100%
Traitement (prescrire la dose appropriée de médicament)	93%	96%

<Dispensation de médicaments>

Thèmes	mai 2008	juillet 2008
Expliquer aux mères la fréquence et le dosage ainsi que la durée	90.3%	100%
Confirmation de la compréhension de la mère	74%	100%
Démonstration	81%	100%

Projet FAMI a mené avec succès plusieurs activités conjointes avec la communauté dans les District de Mahajanga I et II telles que la réunion de collaboration entre le CSB de Tsaranano et le CME, les festivals de la santé maternelle et infantile dans 6 CSB (indicateur 2.6). Les activités de sensibilisation sur les soins humanisés dans les villages ont été réalisées 6 fois en 2008 et 5 fois en 2009 avec un nombre de participants dépassant 1 800, Tableau 3.5 (indicateur 2.7).

Tableau 3.6 Nombre de Fokontany (villages) où les activités de sensibilisation sur les soins humanisés sont effectués (indicateur 2.7)

Date	District	lieu	Nombre de Participants	Nombre d'homologues
21/04/2008	Mahajanga I	Amborovy	150	20
	Mahajanga I	Hotel de Ville	200	2
22/04/2008	Mahajanga II	Betsako	100	15
	Mahajanga I	Hotel de Ville	150	2
24/04/2008	Marovoay	CSB d'Ankazomborona	70	15
	Marovoay	Marché d'Ankazomborona	100	15
	Mahajanga I	Hotel de Ville	70	2
20/10/2008	Mahajanga I	Tsararano	100	20
21/10/2008	Mahajanga II	Boanamary	80	20
23/10/2008	Marovoay	Ambalamanga	200	20
20/04/2009	Mahajanga II	Belobaka	90	20
21/04/2009	Ambato-boeni	Ankijabe	100	20
23/04/2009	Marovoay	Marovoay	90	20
26/10/2009	Mahajanga I	Mahabibo	50	14
29/10/2009	Mahajanga II	Bekobay	250	12

Le nombre enregistré d'accouchement à domicile n'est pas connu car la circulation du "carnet unique mère enfant", qui est utilisé pour compter le nombre d'accouchement à domicile, vient juste de commencer (Indicateur 2.8).

Quoi qu'il en soit, les indicateurs montrent que le Résultat 2 a été largement atteint.

Résultat 3: Le modèle pour le service de santé maternelle et infantile est mis en place dans la région du Boeny au niveau respectif d'activité (le niveau respectif d'activité se réfère à la région (hôpitaux universitaires (CHU/CME), district (hôpitaux de districts, centres de santé (CHD, CSB)), et communauté (communes et villages)

Indicateurs
3.1 Nombre de recommandations et plans de redressement formulés durant la supervision
3.2 Nombre de modèles de système de référence communautaire pour les soins maternels et néonataux urgents
3.3 Degré de fonctionnement du système de référence communautaire pour les soins d'urgence et néonataux
3.4 Nombre de compte rendu de réunions et rapports des activités d'URSR
3.5 Code professionnel des accoucheurs qualifiés
3.6 Amélioration de l'environnement pour des soins humanisés

Dans les districts de Mahajanga I et Mahajanga II plusieurs recommandations et plans de redressement ont été formulés durant la supervision, Tableau 3.6. La planification de formation a été formulée durant la supervision dans les districts de Mitsinjo et Soalala en Septembre 2009. Le plan a été étendu à deux autres districts (Marovoay et Ambato-Boeny) qui n'ont pas été inclus dans la zone pilote (indicateur 3.1).

Tableau 3.7 Nombre de recommandations et de plans de redressement formulés durant la supervision dans les districts de Mahajanga I et II (indicateur 3.1)

Mois/Année	District	Nombre de service de santé	Nombre de recommandations	Nombre de Plans de redressement
01-02/2009	Mahajanga I	6	Sur la formation: 4 Sur la collaboration avec la communauté: 5 Sur la rénovation des CSB: 1 Sur la collaboration avec le CME: 1	2 4 1 1
12/2008	Mahajanga II	3	Sur la collaboration avec la communauté: 5 Sur le FANOME: 8	5 2 (formation/ supervision)
04/2009	Mahajanga II	13	Sur le SSME: 6 Sur la rénovation de CSB : 3 Sur la formation: 11	2 2 3
09/2009	Mahajanga II	PCIMEC/SENN Site: 15	Sur la collaboration avec la communauté: 4 Sur la Supervision: 5	4 3

Un modèle de système de référence communautaire pour les soins maternels et néonataux d'urgence est en train d'être développé dans un CSB du district de Mahajanga I au moment où l'équipe effectue son évaluation (Indicateur 3.2 et 3.3). Les activités de l'URSR sont suspendues pour le moment d'où absence de compte rendu de réunions ou rapports (Indicateur 3.4). Le code de travail des accoucheurs qualifiés n'est pas encore établi ni élaboré (Indicateur 3.5). La sensibilisation et la collaboration de la communauté, y compris les accoucheurs traditionnels, sont nécessaires à la réalisation de ces activités. Aussi, leur mise en œuvre a-t-elle été retardée suite à la non-disponibilité de fonds des autres partenaires pour mener les interventions de promotion de l'auto-prise en charge de la santé au niveau communautaire. Cependant, l'équipe a reçu des informations selon lesquelles l'idée de soins humanisés a été introduite et a attiré l'attention durant la réunion de l'ordre national des sages femmes, qui pourrait constituer une préparation pour l'élaboration du code de travail.

L'amélioration de l'environnement pour les soins humanisés a été constatée dans plusieurs aspects, y compris l'introduction du 5S/TQM au CME, la mise en place d'installation destinée à protéger l'intimité des femmes et de leurs familles, et la rénovation des bâtiments des centres de

santé dans les districts de Mahajanga I et Mahajanga II (Indicateur 3.6).

Les indicateurs ci-dessus montrent que le Résultat 3 a été partiellement atteint au moment de l'évaluation.

3-4 Objectif du Projet

Objectif du Projet: Un service de santé maternelle et infantile de haute qualité basé sur l'EBM est offert à la population de la Région Boeny².

Indicateurs
1. Augmenter le taux de pratique de soins humanisés durant l'accouchement/ naissance dans la zone pilote
2. Réduire les interventions médicales inappropriées lors d'accouchement normal dans la zone pilote de la Région Boeny
3. Augmenter le taux d'utilisation approprié de médicaments durant un accouchement dans la zone pilote de la Région Boeny
4. Augmentation du taux de satisfaction des usagers du service de santé maternelle et infantile dans la zone pilote de la Région Boeny
5. Améliorer la capacité des prestataires de service de santé maternelle et infantile dans la zone pilote de la Région Boeny
6. Augmenter le taux de césarienne suivant une indication maternelle absolue dans la Région Boeny

Les indicateurs 1, 2, 3 et 5 ont clairement vu une amélioration si on prend en compte la comparaison entre les résultats de l'étude de base (De Juin à Décembre 2007) et l'étude finale (de Septembre et Octobre 2009) menée par l'équipe du Projet.

Dans la zone pilote, les pratiques de soins humanisés durant l'accouchement, comme "l'accompagnement par des membres de la famille durant l'accouchement" et "massage et relaxation", ont augmenté de façon significative (indicateur 1); les interventions médicales inappropriées lors d'accouchement normal, telles que "une position gynécologique de routine", ont diminué (indicateur 2); l'utilisation inappropriée de médicament lors de l'accouchement, comme "l'administration de ocytocine" est réduite (indicateur 3); et la capacité des prestataires dans le service de santé maternelle et infantile a été améliorée (indicateur 5)

² Même si l'énoncé de l'objectif du projet semble vouloir dire que le service de santé maternelle et infantile reflète l'idée d'une médecine basée sur le niveau de preuves est offert à la population de la Région Boeny, il a déjà été convenu entre les parties malgache et japonaise que ici la Région Boeny se réfère aux zones pilotes du projet, i.e. les districts de Mahajanga I et II comme sous-mentionné dans les indicateurs

La comparaison entre l'étude de base et l'étude finale pour le taux de satisfaction des usagers du service de santé de la mère et de l'enfant dans la zone pilote a produit des résultats variés (Indicateur 4). Alors que les résultats d'enquêtes sur les CSB ont montré une augmentation dans le taux de satisfaction, l'enquête sur le CME a montré une diminution du niveau de satisfaction. Même si les causes de ce résultat négatif du CME n'est pas clair pour le moment, car les résultats des enquêtes qualitatives restent encore à analyser, plusieurs facteurs ont pu causer ces résultats tels que le coût élevé des accouchements au CME et l'attitude de certains membres du personnel du CME selon les voix des femmes enquêtées. D'autres facteurs peuvent être incriminés tels que l'incompréhension par les usagers des informations sur le système de paiement des soins au CME et le coût élevé de certains médicaments spécialisés...

Le taux de césarienne par indications maternelles absolues dans la région du Boeny a augmenté après l'introduction par le gouvernement du système du tiers payant, un système appuyé par le Projet durant sa phase de préparation, même si le Projet n'a pas eu d'activités directement liées à l'indicateur 6 après l'introduction du système tiers payant et la modification du cadre logique (Indicateur 6).

Dans l'évaluation des indicateurs susmentionnés, l'Equipe a jugé que l'objectif de Projet FAMI sera atteint à la fin du Projet au mois de janvier 2010.

3-5 Objectif Général

Objectif Général : les politiques et programmes du gouvernement dans le domaine du service de santé de la mère et de l'enfant sont renforcés à Madagascar.

Indicateur
Jusqu'à quel point les résultats du projet seront reflétés dans les politiques et programmes du gouvernement dans le domaine du service de santé maternelle et infantile

L'équipe a constaté, à partir des discussions avec les cadres du Ministère de la Santé, que le Gouvernement a l'intention d'inclure le concept de soins humanisés, un des résultats de Projet FAMI, dans sa politique dans le domaine de la santé reproductive.

Même si l'objectif général ne pourra être atteint que quelques années après la fin du Projet, après avoir assuré la viabilité et d'autres éléments externes, certaines actions doivent être entreprises comme la promotion de l'EBM et les soins humanisés pour atteindre l'Objectif Général.

3-6 Le Processus de Mise en Œuvre

L'équipe a confirmé que le processus de mise en œuvre de Projet FAMI a été des plus appropriés la plupart du temps. Les points suivants sont les plus importants observés par l'équipe;

45

104

- (1) La communication entre les experts japonais et les homologues malgaches a été particulièrement appropriée et fréquente.
- (2) Il a été constaté qu'une grande partie de la sensibilisation et de la motivation des homologues malgaches ont changé de manière positive à travers le Projet, qui contribuerait à l'appropriation du Projet.
- (3) L'approche et la méthodologie du transfert de technologie durant le Projet ont été des plus appropriées car les experts japonais et les homologues malgaches sont généralement satisfaits de l'approche. Surtout qu'une « approche participative » où les homologues malgaches sont toujours impliqués dans le processus de prise de décisions aux différentes étapes des activités du Projet, a été des plus appropriée et bénéfique pour la partie japonaise et malgache.
- (4) Le cadre logique révisé a été introduit et signé officiellement en septembre 2008 suivant la visite de la mission de consultation de projet de la JICA à Madagascar, en réponse à la nécessité de confirmer l'approche du Projet, la nécessité de revoir les zones pilotes du Projet et l'introduction de nouvelles mesures politiques par le Ministère de la Santé (voir note de bas de page 3 et 3-4), qui ont toutes contribué à assurer l'efficacité des activités de Projet FAMI pour mieux réaliser l'Objectif . Les homologues ont pris l'initiative dans le processus de modification du cadre logique du Projet, montrant ainsi leur engagement total au projet.
- (5) Le suivi du projet a été effectué à la fois en interne et en externe par le CMC. Les rapports d'avancement ont été soumis par le Projet de façon périodique, quoique souvent avec des retards. Deux réunions du CMC ont été tenues jusqu'au moment de l'évaluation finale.

4. Résultats de l'Evaluation selon les Cinq Critères

Dans le travail d'évaluation, l'équipe a évalué la pertinence du Projet, son efficacité, son efficience, son impact et sa viabilité.

4-1 Pertinence

Le Projet est en accord avec les politiques de santé du gouvernement malgache, les besoins des bénéficiaires ainsi que la politique de coopération du gouvernement japonais ; il est donc clair que le Projet est très pertinent.

L'Objectif Général de Projet FAMI qui est : "Les politiques et programmes gouvernementaux dans le domaine de la santé maternelle et infantile sont renforcés à Madagascar" est tout à fait pertinent vis-à-vis du contexte et des politiques nationales de la sante maternelle et infantile, reflétés à travers le Plan de Développement du Secteur de la Santé 2007-2011, la Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile, et la Politique Nationale sur la Santé Infantile. Le Projet s'aligne aussi avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement qui fixent comme objectifs de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile.

L'Objectif Général et le But du Projet sont aussi en accord avec les besoins des bénéficiaires, à savoir les habitants et le personnel impliqué dans le système de santé maternelle et infantile. La plupart des homologues du Projet et les autres parties prenantes comme les AC des centres de santé et les personnes dans les zones pilotes ont montré de la satisfaction face aux activités de Projet FAMI. L'EBM et les Soins humanisés ont été mis en place comme concept-clé du Projet. Les homologues qui ont adopté ce concept ont formé le groupe d'étude. Durant la période du Projet, le groupe d'étude n'a cessé de gagner en importance jusqu'à jouer un rôle prépondérant dans le projet pour renforcer le concept. Ainsi, le concept d'EBM et de Soins humanisés est reconnu comme pertinent vis-à-vis du défi des prestataires de service d'améliorer les services de santé maternelle, néonatale et infantile en répondant aux attentes des usagers.

Projet FAMI s'aligne avec la politique générale du Japon dans sa coopération avec Madagascar, par laquelle le Japon vise à étendre sa coopération dans le domaine du développement des ressources humaines pour l'éducation et le secteur de la santé, afin que Madagascar réussisse à réduire la pauvreté par le biais de la croissance économique.

Il faut remarquer que le concept de soins humanisés a été développé explicitement au Japon, ce qui fait que la coopération japonaise est en bonne position pour l'introduction du concept. Cela sert de vérification quant à la pertinence du projet en plus du fait que le Japon n'a cessé de coopérer avec Madagascar dans le domaine de la santé depuis 1999.

4-2 Efficacité

L'efficacité de Projet FAMI est assez élevée. L'objectif du Projet serait atteint à la fin du Projet comme nous l'avons vu dans 3-4 et les résultats du Projet seraient évalués en rapport avec leur contribution à la réalisation des objectifs. Pour ce qui est de la condition externe statuée dans le cadre logique du projet pour la réalisation de l'objectif du Projet « la politique de santé de la mère et de l'enfant reste inchangée », elle a été maintenue pendant la durée du Projet.

Les facteurs suivants ont contribué à la réalisation de l'objectif de Projet FAMI ;

- La communication entre les experts japonais et les homologues malgaches a été assez appropriée et fréquente au point de faciliter la mise en œuvre des activités.
- La formation au Japon et dans les pays tiers a été utile et après leur retour les stagiaires ont transmis à leurs collègues les compétences/savoir acquis. Cela a énormément aidé le Projet.
- Le rôle du " groupe d'étude" mentionné dans 3-3, a été essentiel dans la réalisation de Projet FAMI. L'idée de former le groupe a été en premier lieu mentionnée par les experts japonais, et pour la plupart, les membres sont des personnels du CME, DRSP, SDSP des districts de Mahajanga I et II et de l'IFIRP. Les réunions sont organisées de façon régulière et traitent de thèmes spécifiques. On y discute aussi des diverses activités du Projet et quelquefois on y détermine les directions à suivre. Bien que l'adhésion soit volontaire, quelques 20 membres sont très assidus et actifs dans les réunions.
- Un plan d'action sur la dissémination de la notion de "soins humanisés" a été élaboré par le groupe Mandresy (voir 3-1). Parce que le groupe a formulé le curriculum de base de la formation sur les soins humanisés et l'EBM, leurs activités ont contribué à atteindre les Résultats et les Objectifs du Projet. De plus, les participants de la formation au Brésil ont été les principaux formateurs pour le curriculum.

Un des facteurs négatifs qui a fait obstacle au bon déroulement de Projet FAMI fut l'instabilité politique depuis le changement de gouvernement en mars 2009. De ce fait, l'envoi des experts japonais à court terme a été retardé ou annulé, la motivation du personnel malgache dans le travail a diminué. Les changements fréquents dans les postes principaux du Ministère de la Santé ont engendré des difficultés dans la gestion de Projet.

4-3 Efficience

Projet FAMI est suffisamment efficace. L'évaluation de l'efficience est détaillée ci-dessous

(1) Pertinence des contributions

Cinq experts japonais sur le long terme – bien que peu en nombre – se sont consacrés au



transfert de compétences/savoir, ce qui a satisfait la plupart des homologues. Plus de 15 experts sur le court terme ont aussi contribué pour les résultats du Projet.

Les matériels et les équipements pour le Projet ont été correctement installés, manipulés et utilisés à bon escient.

Environ 50 membres du personnel malgache ont participé aux formations au Japon et dans les pays tiers, comme mentionnés dans 3-1. La formation à l'étranger a été effectuée comme prévu. Presque tous les participants ont été satisfaits de la formation et depuis leur retour ont transmis au personnel malgache ce qu'ils ont acquis dans la formation. Cependant, on a observé quelques cas où l'orientation avant le départ est insuffisante. L'implication de quelques agents au sein du Projet et le partage des acquis après le retour à Madagascar n'étaient pas satisfaisants.

L'affectation des homologues a été correcte dans la mesure où ils étaient capables de mener les activités du Projet de part leurs compétences.

(2) Atteinte des résultats

Comme mentionné dans 3-3, quelques résultats n'ont pas été entièrement atteints. Cependant, le taux d'atteinte des résultats était suffisamment élevé pour contribuer à la réalisation de l'Objectif du Projet. Certaines activités qui n'ont pas été explicitement mentionnées dans le cadre logique (comme l'essai d'introduction du carnet de santé unique de la mère et de l'enfant et les exercices habituels dans les « classes maman ») ont contribué à l'atteinte des résultats.

4-4 Impact

Mise à part la possibilité d'atteindre l'Objectif Général mentionné 3-5, quelques impacts positifs du Projet sont à noter.

- L'idée de soins obstétricaux basée sur le niveau de preuves a été introduite dans le programme national de formation sur « les SONU », dispensé par le Ministère de la Santé et du Planning Familial. En plus, "les soins humanisés" ont été formulés comme un des 27 modules de formation.
- Des activités de promotion de l'EBM et des soins humanisés comme partie du Projet ont été mentionné lors d'atelier international³, attirant beaucoup d'attentions.
- La formation en EBM et en soins humanisés a apporté des changements d'attitude favorable chez les homologues, tels que l'adoption d'un point de vue plus ouvert sur la santé maternelle et infantile dans la communauté ; et une attitude plus participative dans la suivi de la formation en tant que stagiaire

³ Un atelier International sur les Soins continus a été organisé comme un des programmes de la SME aux pays bénéficiaires de la Coopération Japonaise avec les pays africains francophones

On n'a presque pas détecté d'impacts négatifs durant l'évaluation. Cependant, certains homologues ont mentionné qu'il y a une différence au sein du CME concernant les attitudes sur les soins humanisés entre ceux qui ont suivi une formation et ceux qui n'ont pas reçu de formation.

4-5 Viabilité

La viabilité du Projet n'est pas complètement garantie car il y a plusieurs facteurs qui pourraient se dresser comme obstacle à la continuité du projet. L'appui politique du gouvernement et les ressources financières seront nécessaires pour s'assurer de la pérennité du projet. Ce qui suit est l'évaluation détaillée de la viabilité du Projet.

(1) L'aspect politique

Comme mentionné en 4-4, le concept d'EBM et de soins humanisés ont été incorporés jusqu'à un certain point dans le programme national de formation dans le domaine de la santé. De plus, l'Equipe a constaté que le gouvernement avait l'intention d'incorporer les soins humanisés dans sa Politique Nationale de la Santé de la Reproduction. Cependant, il n'a pas encore été confirmé si la politique nationale de santé va inclure le concept et être validée officiellement.

(2) L'aspect technique

Techniquement, les homologues peuvent continuer eux-mêmes les formations en EBM et en Soins humanisés après la fin du projet surtout que le transfert technique s'est bien passé et les modules de formation ont été formulés et améliorés par les homologues mêmes.

Le concept de Soins humanisés est inclus dans le curriculum de la Faculté de Médecine de l'Université de Mahajanga alors que le concept de Soins humanisés est déjà enseigné dans les 6 IFIRP du pays, qui contribuera à la viabilité technique de Projet FAMI.

(3) L'aspect institutionnel

Au sein du Projet, le Groupe d'Etude a joué un rôle essentiel dans la planification, la mise en œuvre, et l'évaluation des activités de formation. Cependant, le groupe n'est pas une organisation formelle ayant reçu l'autorisation du gouvernement ou l'hôpital. On ne sait pas si le Groupe pourra continuer de fonctionner de façon continue comme avant après la fin du Projet.

L'unité formation du CME a joué un rôle essentiel dans la mise en œuvre de formation sur le tas en collaboration avec les autres organisations sous le projet en dépit de sa petitesse en termes de nombre de personnel. Cependant, son rôle et sa fonction après la fin du Projet ne sont pas encore clairement définis.

45

14

(4) L'aspect financier

L'aspect financier est peut-être le facteur déterminant le plus crucial pour déterminer la viabilité générale des activités du Projet. Dans Projet FAMI, les activités de formation ont nécessité certaines dépenses telles que le per diem et les frais de déplacement des participants aux formations et les formateurs. Ainsi, des sources de financement doivent être recherchées pour s'assurer de la continuité des activités de formation après la fin du Projet

5. Conclusion

Après les études sur terrain du Projet, les discussions parmi les membres de l'équipe, les échanges de points de vue et d'opinions avec les parties concernées, l'Equipe a abouti aux conclusions suivantes :

5-1 La réalisation du Projet

Il est facile d'envisager que l'Objectif du Projet sera certainement atteint à la fin du Projet en janvier 2010 car la plupart des indicateurs montrent déjà les résultats positifs. Même si l'Equipe d'évaluation a constaté que certaines activités n'ont pas été complètement mise en œuvre au moment de l'évaluation, les homologues malgaches ont montré de la volonté à continuer leurs efforts pour accomplir ces activités.

5-2 l'Evaluation par les cinq critères

Du point de vue des cinq critères, Projet FAMI a eu un haut degré de "pertinence", "d'efficacité", "d'efficience".

Concernant "l'impact", il n'est pas très sûr que l'Objectif Général du Projet sera atteint après les quelques années qui suivent la fin du Projet, parce que cela dépendra de la viabilité. Cependant, quelques impacts positifs additionnels ont été aussi observés.

Il a été observé que la viabilité politique est plus ou moins garantie, la viabilité technique est assez élevée, la viabilité institutionnelle n'est pas très élevée et la viabilité financière n'est pas assurée pour le moment. En somme, la viabilité du Projet ne serait pas suffisamment sécurisée.

6. Recommandations et Leçons Tirées

6-1 Recommandations

Afin d'atteindre l'objectif du Projet pendant la période restante et pour pouvoir continuer à améliorer efficacement le service de santé maternelle, néonatale et infantile après l'accomplissement du Projet, voici quelques recommandations:

1. Le Groupe d'étude

Puisque le Groupe d'Etude a bien fonctionné en tant que groupe unique et groupe-clé pour mettre en œuvre les activités du projet, la gestion de la formation de Projet FAMI incluse ; les rôles et les activités issus du groupe d'étude, y compris l'identification des actions nécessaires, devront continuer même après le départ du Projet. Alors que la discussion sur la continuation de ses rôles et de ses activités ont été déjà initiée, la partie malgache devrait continuer à explorer les moyens/facilitation appropriés ou accords entre les organisations/personnes concernées pour pérenniser le mécanisme de coordination parmi les organisations concernées qui est actuellement la fonction du Groupe d'Etude jusqu'à la fin de Projet FAMI.

2. Direction du CME

Projet FAMI devra conseiller au CME d'inclure de façon claire dans leurs visions et perspectives l'EBM et les Soins humanisés. Même si cela sort du cadre du projet, il est davantage conseillé que le CHUM inclut dans ses visions et perspectives l'EBM et les Soins humanisés, car en tant qu'organisation, le CHUM pourrait jouer un rôle et partager le concept avec les étudiants en médecine ou aux apprenants de l'IFIRP par des formations pratiques. En plus, l'introduction des soins humanisés et de l'EBM ne relève pas seulement du CHUM, on espère que cet élément sera pris en considération dans tous les centres de santé.

3. Activités communautaires

Projet FAMI devra partager ses expériences réussies sur les activités communautaires, y compris les efforts pour motiver les agents communautaires afin que ces activités communautaires continuent indépendamment même si le projet arrive à son terme. La partie malgache devra également identifier les leçons tirées des activités communautaires et les refléter dans les activités futures.

4. Acteurs Communautaires et Traditionnels

Les AT jouent un rôle très important dans la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau de la communauté particulièrement dans les zones enclavées, rôle reconnu par le Ministère de la Santé par de possible collaboration avec des associations des tradipraticiens ; le Projet FAMI

devra se pencher davantage sur la façon d'améliorer la collaboration déjà établie avec son appui entre les CSB et les acteurs clés dans la communauté tels que les AT, les AC, les chefs de fokontany (village), les chefs religieux, les guérisseurs traditionnels, les leaders traditionnels.

5. Formation au Japon et dans les pays tiers

Comme beaucoup des homologues de Projet FAMI ont suivi des formations au Japon et dans des pays tiers comme le Brésil, ces personnels formés ainsi que les leçons apprises par chaque participant dans telles activités de formation constituent des atouts précieux pour les homologues Malagasy. De plus, d'autres personnels du CME et des CSB ont pu apprendre des expériences de ces participants. La partie malgache devra aussi trouver le moyen d'organiser des FDF en Soins Humanisés et EBM afin de continuer, de maintenir et d'étendre les activités de formation à différents groupes cible. Cela devra être mené d'une manière autonome ou avec l'assistance éventuelle des partenaires du développement, dans la Région Boeny et ultérieurement dans d'autres régions de Madagascar.

6. Information du Public

Projet FAMI devra préparer un kit d'information du public pour ses activités y compris les concepts/stratégie de formation, la classe maman et sa chanson pour mieux expliquer clairement les résultats et les réalisations de Projet FAMI en vue de la mise à l'échelle, quand le projet arrivera à son terme.

7. Procédures de Formation

Le Projet FAMI devra établir les procédures d'organisation d'activités de formation telles que la gestion du budget, la nomination des formateurs, la sélection des stagiaires. Ainsi, les homologues Malagasy pourront mener à bien de telles formations de façon autonome ou avec l'assistance d'autres partenaires. Dans ce même élan, le Ministère de la Santé devra examiner le type de facilitation approprié pour étendre les activités de formation et clarifier le rôle et les activités des organismes responsables des formations dont l'Unité de Formation du CME.

8. Politique Nationale de la Santé

Le Ministère de la Santé a commencé à œuvrer pour la révision de sa Politique Nationale sur la Santé de la Reproduction afin d'inclure les Soins humanisés et l'EBM. Le Ministère devra terminer cette révision car cela aiderait à améliorer la santé maternelle, infantile et des nouveau-nés. Les concepts et la stratégie développés sous Projet FAMI devraient être validés par le MINSAN pour étendre les soins humanisés et l'EBM au-delà de la Région Boeny.

9. Enseignement Médical et Paramédical

Le concept des soins humanisés a été introduit dans le programme de formation de la Faculté de Médecine de Mahajanga. Le MINSAN a inclus ces concepts dans les IFIRP, il devra coordonner avec les organisations concernées pour développer davantage le contenu des Soins humanisés dans ces programmes d'enseignement.

6-2 Leçons Tirées

1. Projet FAMI a démontré que les étapes suivies lors de la préparation des activités communautaires, y compris la sélection des AC par le biais d'une collaboration étroite entre les chefs de Fokontany (village) et les CSB s'avèrent être une des clés de la réussite de ces activités.
2. Projet FAMI a prouvé que la bonne organisation des activités de formation au Japon et au Brésil pour les Soins humanisés pendant l'accouchement et la naissance ont beaucoup contribué à l'acquisition des compétences et attitudes nécessaires pour réaliser les soins humanisés à Madagascar et pour jouer le rôle de formateur-clé en soins humanisés à Madagascar .
3. Bien que le groupe d'étude ne soit pas encore institutionnalisé, Projet FAMI a démontré que ce mécanisme d'organisation développé par les homologues eux-mêmes a pu fonctionner en tant qu'acteur mettant en œuvre les activités du projet.
4. Projet FAMI a démontré que l'application de la méthode de laboratoire (apprentissage par expérience) a contribué non seulement à la reconnaissance de Soins humanisés par les homologues grâce à leur expérience personnelle mais aussi à la préparation des activités de formation efficaces et sur mesure
5. Le Projet FAMI a démontré que la coopération avec l'UNICEF contribue à une mise en œuvre efficace des activités communautaires de santé telles que la PCIMEC et le SENN.

Annex 1 Cadre Logique du Projet

Cadre Logique du Projet d'amélioration des services de santé maternelle, néonatale et infantile à la République de Madagascar

Version 2 (validé à Antananarivo, le 11 septembre 2008)

Durée du Projet: 3 ans (Février 2007 - Janvier 2010)

Institution d'exécution: Ministère de la santé et du planning familial

Résumé du projet	Indicateurs	Moyens d'obtention des indicateurs	Conditions externes
<p>Objectif supérieur</p> <p>Contribuer au renforcement des politiques/programmes de santé à Madagascar, notamment à l'amélioration des services de santé maternelle et infantile.</p>	<p>L'amélioration de services pour la santé maternelle et infantile du projet se reflètera dans les politiques/programmes de la santé à Madagascar</p>		
<p>Objectif du projet</p> <p>Offrir aux habitants de la région de Boeny, les services de santé maternelle et infantile de qualité fondés sur le niveau de preuve (Evidence)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le taux de mise en œuvre de soins humanisés pour l'accouchement et la naissance augmenté dans la zone pilote de la région de Boeny 2) Le taux des manœuvres inappropriés lors des accouchements normaux diminué dans la zone pilote de la région de Boeny 3) Le taux d'utilisation appropriée des médicaments à l'accouchement augmenté dans la zone pilote de la région de Boeny 4) Le niveau de satisfaction des utilisateurs des services de santé maternelle et infantile augmenté dans la zone pilote de Boeny 5) Le niveau de compétence des prestataires de santé maternelle et infantile augmenté dans la zone pilote de Boeny 6) Le taux de césarienne pour indications maternelles absolues augmenté dans la région de Boeny 	<p>Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny</p> <p>Données provenant des hôpitaux</p> <p>Étude au moyen du projet</p>	<p>La situation économique du pays ne s'aggrave pas brusquement</p>

Résultats	Indicateurs	Moyens d'obtention des indicateurs	Conditions externes
1. Un système de développement de ressources humaines en soins humanisés et en EBM est établi dans la région Boeny	<p>1.1 Une organisation responsable pour la formation continue sur la santé maternelle et infantile est mise en place en collaboration avec DRSPF, SDS and CME.</p> <p>1.2 Modules de formation sur les soins fondés sur le niveau de preuve (Evidence) sont élaborés principalement par l'adffie organisation (pour chaque catégorie d'intervenants)</p> <p>1.3 Les prestataires de santé maternelle et infantile de la zone pilote de Boeny terminent la formation sur les soins fondés sur le niveau de preuve (Evidence) (Evaluation de la compétence à la fin de chaque formation)</p> <p>1.4 Le nombre de formation et de personne qui a terminé la formation</p>	<p>- Données d'information de gestion sanitaire dans la Région</p> <p>- Étude au moyen du projet</p>	
2. Des modèles de système de santé communautaire reflétant les soins humanisés sont établis dans la région Boeny	<p>2.1 Le nombre de sites PCIMEC et prise en charge du couple mère nouveau-né au niveau communautaire</p> <p>2.2 Le taux d'utilisation des PCIMEC et prise en charge du couple mère nouveau-né au niveau communautaire</p> <p>2.3 Le nombre de suivis des agents communautaires effectués par les agents de santé</p> <p>2.4 Le nombre de suivis et évaluations effectués par la DRSPF, le SDS et la communauté</p> <p>2.5 Qualité de service offert par les agents communautaires satisfaisante</p> <p>2.6 Qualité de collaboration avec la communauté satisfaisante</p> <p>2.7 Le nombre de Fokontany (villages) sensibilisés sur les soins humanisés</p> <p>2.8 Le nombre des enregistrements des accouchements à domicile</p>	<p>- Données d'information de gestion sanitaire dans la Région</p> <p>- Étude au moyen du projet</p>	
3. Des modèles de services de santé pour les mères et les enfants sont établis au sein de chaque niveau* de la région Boeny	<p>3.1 Les recommandations ou plans de redressement proposés suite aux supervisions</p> <p>3.2 Le nombre de modèles de système de référence de la communauté vers les formations sanitaires pour accéder aux SONU</p> <p>3.3 La fonctionnalité des modèles de système de référence de la communauté vers les formations sanitaires pour accéder aux SONU</p> <p>3.4 Le nombre de procès-verbal et rapport d'activités de l'URSR</p> <p>3.5 Règles professionnelles pour les accoucheurs qualifiés</p> <p>3.6 Amélioration significative de l'environnement en faveur des soins humanisés</p>	<p>- Données d'information de gestion sanitaire dans la Région</p> <p>- Étude au moyen du projet</p> <p>- Cahiers de charge, rapports de supervision, observations</p>	

*à chaque niveau : niveaux region (CHU/CME), district (CHD, CSB), communes et Fokontany

Activités	Apports	Madagascar
<p>1.1 Redynamiser les fonctions de la Cellule Régionale de Formation pour organiser des formations pour les services de santé maternelle et infantile en collaboration avec la DRSPF, les SDS et le CME</p> <p>1.2 Elaborer et mettre en place les outils de gestion nécessaires pour des formations en soins humanisés et EBM (modules, matériels, équipements, etc.)</p> <p>1.3 Organiser des formations en soins humanisés et en EBM pour les agents de santé afin de renforcer leurs capacités</p> <p>1.4 Organiser des formations pour les personnels qui travaillent dans les formations sanitaires dans le but d'améliorer l'accueil des patients et de leurs familles</p> <p>1.5 Organiser des formations pour les chefs des services ou les chefs des centres pour accroître et améliorer le leadership</p> <p>1.6 Organiser des activités de suivi et des FDF afin de renforcer le nombre et la capacité des formateurs</p> <p>1.7 Organiser des ateliers et des réunions de réflexion des soins humanisés et EBM afin de partager le concept à tous les agents de santé de la région Boeny</p> <p>1.8 Intégrer les soins humanisés/EBM dans les formations initiales (Fac Med, FIRP)</p> <p>1.9 Mise en œuvre de formation sur le système de gestion et de maintenance préventive du matériel minimum nécessaire pour l'offre des services de santé maternelle et infantile dans les formations sanitaires pilotes</p> <p>2.1 Redynamiser la collaboration avec la communauté pour la mise en place des soins humanisés</p> <p>2.2 Organiser des réunions de collaboration entre les personnels du service de santé maternelle et infantile à chaque niveau, puis à tous les niveaux et au niveau communautaire</p> <p>2.3 Mettre en œuvre PCIMEC / prise en charge du couple mère nouveau-né au niveau communautaire</p> <p>2.4 Renforcer l'enregistrement des accouchements à domicile</p> <p>2.5 Assurer le suivi et évaluation du système de la collaboration par la DRSPF, les SDS et les autorités locales</p> <p>3.1 La DRSPF et les SDS assurent les supervisions formatives et le suivi de l'avancement des activités</p> <p>3.2 Établir des modèles de référence et contre référence au niveau communautaire pour pouvoir accéder aux SONU</p> <p>3.3 Créer un environnement agréable pour les soins humanisés des mères et des enfants dans les formations sanitaires</p> <p>3.4 Définir les règles professionnelles pour les accoucheurs qualifiés</p> <p>3.5 Redynamiser les fonctions de l'unité de renforcement de système de référence (URSR)</p>	<p>1. Envoi d'experts</p> <p>(1) Experts à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseiller principal / Santé publique - Santé maternelle et infantile - Coordinateur / Gestion de formation <p>(2) Experts à court terme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Néonatalogie - Gynécologie/Obstétrique - Soins obstétricaux - Communication et développement d'organisation - Economie des soins médicaux - Epidémiologie - Gestion des installations et du matériel - Autres si cela est nécessaire <p>2. Formation au Japon</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 personnes/an, un mois <p>3. Formation en pays tiers (Brésil)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 personnes/an, 2 semaines <p>4. Echanges techniques (Cambodge)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 personnes, 2 semaines <p>5. Fourniture de matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipements pour la formation et l'éducation - Equipements cliniques de base et fournitures - Equipements pour la gestion des informations - Equipements pour le transport - Equipements pour d'autres domaines qui s'y rattachent sur lesquels un accord mutuel a été fait en tant que nécessaire <p>6. Frais d'administration du projet</p>	<p>1. Personnel Administratif (Homologues)</p> <p>(1) Niveau Central</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant - Directeur de la Direction du Planning Familial - Directeur de Développement des Districts Sanitaires - Directeur des Hôpitaux de Référence des Régions - Directeur des Ressources Humaines <p>(2) Niveau Régional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directeur de la Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial (DRSPF) de Boeny - Chef du Volet Mère-Enfant de la DRSPF de Boeny - Médecins Inspecteurs des SDSPS dans la Région de Boeny - Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga (CHUM) - Coordinateur du Complexe Mère-Enfant <p>2. Installations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bureaux du projet (CHUM, DRSPF région de Boeny, MINSANPF) <p>3. Frais de gestion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frais de gestion et de maintenance des bureaux du projet

Annex II Liste des Experts

Nom	Domaine	Periode Impartie
MATSUI Mitsuaki	Conseiller Technique Principal / Santé Publique	23/01/2007 - 31/01/2010
YOSHIDA Mikiko	Administrateur du Projet / Gestion de Formation	23/01/2007 - 23/01/2008
TAKAHASHI Kenzo	Santé Infantile	31/01/2007 - 02/03/2007
NOGUCHI Makiko	Soins de la grossesse et de l'accouchement	26/02/2007 - 10/03/2007
OSANAI Yasuyo	Santé Maternelle et Infantile	26/03/2007 - 26/04/2008
SAKURAI Yukié	Soins Maternels	26/03/2007 - 12/05/2007
MISAGO Chizuru	Epidémiologie	06/08/2007 - 18/08/2007
TANAKA Yukie	Planning de Formation en Santé Maternelle et Infantile	20/08/2007 - 27/10/2007
INUKAI Sachiko	Soins Maternels	27/08/2007 - 27/10/2007
SHIMADA Mitsuhiro	Maintenance Préventive et Gestion des aménagements	17/09/2007 - 03/11/2007
HONDA Ayako	Economie de la Santé	07/01/2008 - 10/02/2008
NAKAKUBO Yuko	Administrateur du Projet / Gestion de Formations	07/01/2008 - 31/01/2010
IWAMOTO Azusa	Santé Infantile	08/02/2008 - 11/03/2008
URATA Ayumi	Communication	07/03/2008 - 12/04/2008
HORIKOSHI Yoichi	Développement organisationnel	07/03/2008 - 12/04/2008
INUKAI Sachiko	Soins Maternels	16/06/2008 - 09/08/2008
IWAMOTO Azusa	Santé Infantile	07/07/2008 - 05/08/2008
SAKURAI Miki	Planning de Formation en santé Maternelle et Infantile	07/07/2008 - 30/08/2008
SATO Mari	Santé Maternelle et Infantile	21/07/2008 - 31/01/2010
SO Shoko	Soins au cours de la grossesse et de l'accouchement	24/07/2008 - 08/08/2008
FUJITA Noriko	Soins Obstétricaux	06/12/2008 - 11/01/2009
KONAGAI Sachiko	Formation en soins au cours de la grossesse et de l'accouchement	09/01/2009 - 04/04/2009

Annex III Liste des équipements apportés par le Projet

1) Matériels de Formation

Désignation	Fabricant, Author, Editeur	Caractéristiques	Prix
Ordinateur Desk top			
The Cochrane Library (CD)	John Wiley and Sons		
Dans les silences des mères	André Agard-Maréchal (Albin Michel)	ISBN-13: 978-2226176196	
L'amour scientifié	Michel Odent (Jouvence)	ISBN-13: 978-2883532410	
Ocytocine : l'hormone de l'amour : Ses effets sur notre santé et nos comportements	Kerstin Uvnäs Moberg (Le Souffle D'or)	ISBN-13: 978-2840582854	
Le fermier et l'accoucheur : L'industrialisation de l'agriculture et de l'accouchement	Michel (Médecis) Odent	ISBN-13: 978-2853272247	
Césariennes : questions, effets, enjeux : Alerte face à la banalisation	Michel (Le Souffle D'or) Odent	ISBN-13: 978-2840582830	
Mère et bébé l'un contre l'autre : Du processus d'attachement à l'appartenance sociale	Willi Maurer (Le Souffle D'or)	ISBN-13: 978-2840582601	
Genèse de l'homme écologique : L'instinct retrouvé	Michel (EPI) Odent	ISBN-13: 978-2704501281	
Anthologie de l'allaitement maternel	Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau (Jouvence)	ISBN-13: 978-2883532908	
Pour une naissance à visage humain	Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau (Jouvence)	ISBN-13: 978-2883532168	
Sociologie de l'accouchement	Béatrice Jacques (Presses Universitaires de France)	ISBN-13: 978-2130558323	
La naissance, un voyage : L'accouchement à travers les peuples	Muriel Bonnet Del Valle (Editions L'Instant Présent)	ISBN-13: 978-2916032016	
Les nouveaux rites autour de l'accouchement : Quand l'obstétrique remplace croyances et coutumes	Blandine Poitel (Editions L'Instant Présent)	ISBN-13: 978-2916032047	
Accoucher en sécurité : Plaidoyer pour choisir une naissance plus naturelle	Sophie Gamelin-Lavois (Vivez Soleil)	ISBN-13: 978-2880584436	
Attendre un enfant et accoucher	Margot Thieux (Bayard)	ISBN-13: 978-2227137721	
Histoires de naissances : Les usagers de la maternité de Pithiviers parlent	Michel Odent (Desclée de Brouwer)	ISBN-13: 978-2220025568	
Au monde	Chantal Birman (La Martinière)	2-84675-040-8	
Les femmes et les bébés d'abord	Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin (Albin Michel)	ISBN-13: 978-2226127686	
40 questions sur le métier de sage-femme : mieux comprendre l'activité et la responsabilité de la sage-femme	Carène Ponte, Françoise Nguyen et Marie-Agnès Poulain (Masson)	2-29407467-X	

Désignation	Fabricant, Author, Editeur	Caractéristiques	Prix
Le nouvel art de la sage-femme	Lesley Ann Page (Elsevier)	ISBN-13: 978-2842995775	
Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle	Yvonne Kribiehler (ENSP, Rennes)	978-2-85952-947-5	
Active Birth: The New Approach to Giving Birth Naturally	Janet Balaskas (Harvard Common Pr)	ISBN-13: 978-1558320376	
L'Apprentie sage-femme	Karen Cushman (L'Ecole des loisirs)	ISBN-13: 978-2211036757	
Creative O.D. (5)	Entreprise Press Time		50,000yen
Training Manual for interpersonal relationship (Manuel de formation en Relation interpersonnelle)(48)	Entreprise Press Time		100,800yen
Williams Obstetrics	Mcgraw-Hill Professional	ISBN-10: 0071413154	
Williams Obstetrics 22nd Edition Study Guide	Mcgraw-Hill Professional	ISBN-10: 0071427821	
Maggie Apron (Tablier de Maggie)	JOICFP		
Pregnancy simulator (Simulateur de grossesse)	JOICFP		
DVD	Yajima maternity center		
Video	Telemac corporation	ISBN: 4-925162-10-1	
Video	Miwa Shoten		
Traducteur (Envoie ;1, Recevoie4)	TOA	TOA WT 1101 C11	147,000yen
Ordinateur Laptop (2)	FUJITSU	Ordinateur portable FUJITSU SIMENS	4,000,000Ar
Photocopieuse	CANON	CANON IR 2018	5,000,000Ar
Imprimantes	HP	HP Laser jet P1005	700,000Ar
Les longes(4)	-	Lallonge 3500	20,000Ar
UPS plus la longe (2)	UPS Technology	UTM 5	280,000Ar
Stabilisateur(3)	Semtomi	Stabivoft Semtomi 1000w	414,000Ar
Machine a reliure(1)	Laureat	Machine a relirer 20011501	100,000Ar
Frigo ;pour Formation pratique (1)	TOSHIBA	GRE 134	550,000Ar
Projecteur	Viewsonic	Video projecteur VIEWSONIC	1,900,000Ar
Table Blanches	-	Tableau Blanc 90*120 (3) Tableau Blanc 120*180 (2)	798,000Ar
Table Blanches	-	Tableau Blanc 90*120	450,000Ar
Stande de Flip chat(pour UF)	-	-	165,000Ar
Superposer(3 ;pour 6personnes, pour la formation pratique)	-	-	510,000Ar
Tables (2,pour la formation pratique)	-	-	130,000Ar
Les sieges(4)	-	-	80,000Ar

Désignation	Fabricant,Author,Editeur	Caractéristiques	Prix
Les Mattras (6, CSB Mahabibo)	-	-	228,000Ar
Les Mattras (6, CME)	-	-	228,000Ar
Stande de Flip chat(pour Majunga1)	-	-	165,000Ar
Sthetoscope(2)	-	Stetoscope bouleculaire	25,600Ar
Tensiometre(2)	TENSOMED	CEO483	88,000Ar
Pèse bébé	-	Pese bebe	198,000Ar
Pèse Adult	-	Pese personne	44,000Ar
Metre ruban	-	-	2,500Ar
Table à charger(2)	-	Table de discharge avec roulette	200,000Ar
Toise Adult portable	-	-	2,500Ar
Sthetoscope Obstetrical	-	Stethoscope obstetrical de pinard en Alu	42,540Ar
Kit d'accouchement	-	GYN310	500,000Ar
Toise Adult	ADE	MZ10017	49,400Ar
INSUFLATEUR DE REANIMATION NOUVEAU NE (2)	FAZZINI Insufflator	FAZZINI	875,000Ar
TOISE BEBE	Seca	TOISE BEBE MATELAS 0 A 99CM, Seca 210	527200Ar

2) Soins Obstetricaux

Désignation	Fabricant,Author, Editeur	Caractéristiques	Prix
Doppler (10)	Hadeco	ES-101EX, 2MHz	360,000yen
Sthetoscope Obstetrical (10)	Nakamura Ika		
Chaise active (Salle de travail) (5)	Atom Medical	Code Number ;17019	
Coussins(Salle de travail) (5)	Jono Shingu		
Matras (1metre caré, 8)	Ishii Kasei	EJM-15	
Tensiometres(19)	Spengler	SPG400	1,738,500Ar
Toise Adult(16)	TOIBE	Toise ruban Adult 2M	696,300Ar
Pèse Adult(11)	SECA	Pese personne 160kg	3,143,800Ar
Stetoscope(12)	Spengler	Stetoscope spengler listoner double pavillon	1,620,000Ar
Mat (1.4×1m, 2)	-	Yoga Mat 75*140	50,000Ar

3) Supports audiovisuels

Désignation	Fabricant,Author, Editeur	Caractéristiques	Prix
Camera numerique(l'appareil photo)	Canon	IXY	
Camera numerique(Camera)	Canon	IXY	
Appareil enregistreur numerique	Sanyo corporation	ICR-S280RM	
Disque dur de l'echographe	BK Medical	Disque dur de l'echographe BK Medical	1,960,356Ar

4) Ordinateurs

Désignation	Fabricant, Author, Editeur	Caractéristiques	Prix
Ordinateur portable			
Logiciel(SYSTRAN Professional Premium 6)	Informatique, Inc.		
Logiciel (Office XP, english ver)	Microsoft corporation		
Logiciel (Office XP Multilingual User Interface Pack)	Microsoft corporation		
Logiciel (Office XP Proofing Tools)	Microsoft corporation		
Logiciel (Anti-Virus)	Symantec	Norton AntiVirus 2007	
Hard Disque (500GB)	Logitec	LHD-ED500FU2	
Stabilisateur STAVOL	Matsunaga	SVC-600-NDII	
Stabilisateur STAVOL	Matsunaga	SVC-1000-NDII	35,000yen
Stabilisateur	SWALLOW	SWALLOW-AVR-1500E	48,000yen
Ordinateur Desk top	-	Ordinateur Complet Pentium 4 E 2200	1,218,000Ar
Photocopieuse	CANON	Photocopieur numerique CANON IR2018	3,400,000Ar
Ordinateur Laptop	HP	550 DT 5270	2,000,000Ar

5) Vehicles

Désignation	Fabricant, Author, Editeur	Caractéristiques	Prix
Land Creuser	TOYOTA		5,702,823yen
L200DC4X4 GL	MITSUBISHI		42,102,850Ar

Annex IV Liste des Formations reçues par les homologues du projet

1) Santé Maternelle & Infantile, 28/05/2007- 20/07/2007

Lieu de Formation: Bureau de la Coopération Internationale, Centre Médical International du Japon

Nom	Fonction
RAHARISOA Bernadette Marie	Ministère de la Santé et du Planning Familial
RAZAIARISOA Clarisse	Ministère de la Santé et du Planning Familial
RABESON Rosalie Aimée	Responsable SR, DRSP Boeny
RABESANDRATANA Helimina Norotiana	Médecin, Unité Néonatal, CME Mahajanga
RASOANOROLALA Ravaka	Sage femme Major, Unité de Formation, CME Mahajanga
RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé	Médecin Inspecteur du SDSPS de Mahajanga I

2) Gestion de Formation, 19/05/2008 – 14/06/2008

Lieu de Formation: Bureau de la Coopération Internationale, Centre Médical International du Japon

Nom	Fonction
RASAMOELISOLONJATOVO René	Médecin Inspecteur du Service de District de santé et de la protection sociale (SDSPS) de Mahajanga II
ANDRIANARISOA Vonimboahangy	Chef de Volet Mère -Enfant, SDSPS de Mahajanga I
RAZANAKINIAINA Olga	Surveillante en Chef, Direction des Soins Infirmiers (DSI), CHU Mahajanga
IHANGY Pamphile	Chef d'Unité de Formation, CME Mahajanga

3) Soins Maternels, 19/05/2008 – 18/07/2008

Lieu de Formation: Bureau de la Coopération Internationale, Centre Médical International du Japon

Nom	Fonction
RAVELOARINARIVO Malala Tiana	Sage-femme, Unité Mère, CME Mahajanga
RAMANAKOTO Harinoro	Sage-Femme, Référente en soins Pédiatrie, CHU Mahajanga

4) Formation au Cambodge (Gestion de Formation), 28/05/2007- 20/07/2007

Lieu de Formation: Centre National de Santé Maternelle et infantile de Cambodge

Nom	Fonction
RAHERISOANJATO Annie	Adjoint Technique, DSME
IHANGY Pamphile	Chef d'Unité de Formation, CME Mahajanga
VELONJARA Alice Olga	Médecin, Unité Néonatal, CME Mahajanga
RAMILIJAONA Julio	Chef SMS, DRSP Boeny

5) Formation au Brésil (Soins Maternels) 16/02/2008- 05/03/2008

Institut de Formation: Hôpital de Sofia Feldman

Nom	Fonction
RAFARATIANA Léa Félícia	Sage-femme, unité Mère, CME Mahajanga
ANDRIAMIRADO Herimanana Juanita	Sage-femme, Unité Mère, CME Mahajanga
RAZAFINDRAMANGA Cécile	Sage-femme, Unité Mère, CME Mahajanga
RAZANAMALALA Jeannette	Sage-femme, CSB Mahabibo, district de Mahajanga I
ZARASOA Victorine	Sage-femme, CSB Belobaka, district de Mahajanga II
RAMANANTSOA Volaravaka	Sage-femme, Service ORL, CHU Mahajanga

6) Formation au Maroc (Deuxième Cours : Appui à la Santé Maternelle et Infantile) 10 au 27 Juin 2008

Lieu de formation : Centre National de la Santé de la Reproduction Maternité des Orangers : Rabat-Maroc

Nom	Fonction
RAZAFINDRATSARANORO Lanto	Sage-femme, unité Néonatalogie, CME Mahajanga

7) Formation au Japon (Santé de la Mère et de l'enfant pour les pays francophones) 27/01/09 au 07/03/09

Lieu de formation : Bureau de la Coopération Internationale, Centre Médical International du Japon

Nom	Fonction
ARISON Nirina Ravalomanda	Directeur Régional de la Santé et des Affaires Sociales Boeny, DRSAS
RAVELOARIVONY Angeline	Responsable SME, SDAS Mahajanga II
RAZANAMASY Marie Jacqueline	Chef de Service SSE, DSME/MSPF

8) Formation au Maroc (Quatrième Cours : Appui à la Santé Maternelle et Infantile) 09 au 26 Juin 2009

Lieu de formation : Centre National de la Santé de la Reproduction Maternité des Orangers : Rabat-Maroc

Nom	Fonction
RABENJAMINA Dinasoa	Médecin, unité Néonatalogie, CME Mahajanga

9) Formation au Japon (Santé de la Mère et de l'enfant pour les pays francophones) 09/06/09 au 18/07/09

Lieu de formation : Bureau de la Coopération Internationale, Centre Médical International du Japon

Nom	Fonction
RAKOTONIRINA Simon	Directeur, DSME/MSPF
RAHELINORO Noéline Claire	Médecin MSR
SOANARENINA Florentine	Responsable Nutrition/PCIME, DRSAS Boeny

10) Formation au BRESIL (Soins Maternels) 08/10/09 au 01/11/09

Lieu de formation: Hôpital SOFIA FELDMAN Belo Horizonte

Nom	Fonction
RAKOTOZANANY Pascal Georges Bruno	Médecin chef CSBU Mahabibo
RANDRIANARISOA Jean Jacques Arsène	Médecin chef CSB2 Tsararano
RANDRIARIMANGA Zoéline Albertho	Sage femme CSB Tanambao SOTEMA
RANDRIANARISAINA Esméralda	Sage femme CSB Amborovy
ZAFIZANAKA Mélanie Thérance	Sage femme CME CHU Androva, unité Mère
RAHELINANTENAINA Voahirana	Sage femme CME CHU Androva, unité Mère
RAVAOARIMALALA Léonie Ignace	Sage femme CME CHU Androva, unité Néonatalogie
RATOLOJANAHARY Dauphin Andriamparany	Médecin unité Néonatalogie CME CHU Androva

11) Formation au Japon (Humanisation de l'accouchement et de la naissance) 12/10/09 au 19/12/09

Lieu de formation : Maison d'accouchement Matsugaoka

Nom	Fonction
RANALISOA Hantanirina Vanina	Sage femme CSBU Mahabibo
RAZAFINDRATIANA Suzelle	Sage femme CME CHU Androva

Annex V Liste des homologues clés du Projet

< Membres du Comité Mixte de Coordination >

De septembre 2008 jusqu'au Mars 2009

Nom	Fonction	Relation avec le Projet
RAHANTANIRINA Marie Perline	Vice Ministre	Président du CMC
RASAMIHAJAMANANA Eugénie Claire	Directeur, Direction de la Santé de la Mere et de l'enfant	Directeur de Projet
ARISON Nirina Ravalomanda	Directeur, DRSP Boeny	Chef de Projet
RASOLOFOMAHEFA Dieudonné Hubert	Directeur général de la Santé	Membre du CMC
RASOARANTO Ravelonirina Myriame	Directeur Général de la Protection Sociale	Membre du CMC
RAKOTOELINA Bako Nirina	Directeur, Direction du Planning Familial	Membre du CMC
RASOANAIVO Aimée	Directeur, Direction des Hôpitaux de Référence des régions	Membre du CMC
ANDRIAMBELO Raharinosy Lala	Directeur, Direction de développement des districts sanitaires	Membre du CMC
SOLOFONIRINA Lucie	Directeur, Direction de la Promotion de la santé	Membre du CMC
RANDRIAMANANTENA Marcellin	Directeur, Direction des Ressources Humaines	Membre du CMC
RANDRIANARIMANANA Dieudonnée	Directeur de Cabinet	Observateur du CMC
RALISON Andrianaivo	Directeur du CHUM Mahajanga	Membre du CMC

Décembre 2008 : changement de quelques responsables au niveau du Ministère de la Santé :

Nom	Fonction	Relation avec le Projet
RAKOTONIRINA Simon Christophe	Directeur, Direction de la santé de la mère et de l'enfant	Directeur de projet
RAHARISON Serge	Secrétaire Général du Ministère de la Santé et du Planning familial	Membre du CMC
RANDRIAMANATIANA Samuel	Directeur, Direction de la santé de base	Membre du CMC
RAKOTO Léon Jean	Directeur, Direction des hôpitaux de référence	Membre du CMC

A partir de Mai 2009 : membres du cabinet du Ministère de la Santé intégrés dans le CMC

Nom	Fonction	Relation avec le Projet
RAKOTONDRAMARINA Dimisoa Bell	Conseiller Spécial VPM	Président du CMC
RAKOTONIRINA Simon Christophe	Directeur, Direction de la santé de la mère et de l'enfant	Directeur de projet
ARISON Nirina Ravalomanda	Directeur, DRSP Boeny	Chef de Projet
TAFANGY Philémon Bernard	Directeur Général de la Santé	Membre CMC
MITSIMBINA Rakoto Isidore	Directeur, Direction de Soins de Santé de base	Membre CMC
ANDRIAMAHAZOMANDIMBY Jean	Directeur, Direction du Système Hospitalier	Membre CMC
RANAIVOARIMANANA Philibert	Directeur, Direction des Ressources Humaines	Membre CMC

< Ministère de la Santé et du Planning Familial >

Nom	Fonction	Relation avec le Projet
RAHERISOANJATO Annie	Adjoint Technique, DSME	Santé Maternelle et Infantile
RAHELINIRINA Ratsaraibe Faramalala	Chef de SMSR, DSME	Santé Maternelle et Infantile, Membre du CMC
RAZANAMASY Marie Jacqueline	Chef de SSE, DSME	Santé Maternelle et Infantile, Membre du CMC
RAHARISOA Marie Bernadette	Service de Suivi et d'Evaluation DSME	Santé Maternelle et Infantile
RAMANOELINA Saholiarisoa Elisa	Service de Suivi et d'Evaluation DSME	Santé Maternelle et Infantile

< Direction Regionale de Santé et du Planning Familial de Boeny >

Nom	Fonction	Relation avec le Projet	Remarques
RAKOTOMAHEVA Maurice	Chef de Volet Mère -Enfant	GT, GE, Membre du CMC	
RABESON Rosalie	Responsable Santé de la Reproduction	GE	
RAVONIARIVELO Robertine	Responsable PCIMEC/ Nutrition	Santé Publique/ Santé Maternelle et Infantile	mutée à d'autre- fonction
RAZAFIARISOA Berthe	Collaborateur, Santé de la Reproduction	GE	
TONGA Denise	Collaborateur Nutrition	Santé Publique/ Santé Maternelle et Infantile	
AVANANTSOA Sophie	Responsable Vaccination	Santé Publique/ Santé Maternelle et Infantile	
RASOLOFOMANANA Armand	Chef Centre de Santé Internationale	GE	
RAMILIJAONA Julio	Chef de service médico sanitaire	GT, GE	
RAZANAMALALA	Conseiller Pédagogique de l' IFIRP	GE	
SOANARENINA Florentine	Responsable PCIMEC/ Nutrition	GE	Occupe ce poste depuis Jan 2009

< Service de District de la Santé et de la Protection Sociale >

Nom	Fonction	Relation avec le Projet	Remarques
RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé	Médecin Inspecteur, Mahajanga I	GT, GE, Membre du CMC	
SOANIRINA Emma	Adjoint Technique, Mahajanga I	Santé Publique/ Santé Maternelle et Infantile	affectée
ANDRIANARISOA Vonimboahangy Rachel	Chef de Volet Mère -Enfant, Mahajanga I	GE	Devenue Adjoint Technique de Mahajanga I
RASAMOELISOLONJATOVO René	Médecin Inspecteur, Mahajanga II	GT, GE, Membre du CMC	
RASOANIRINA Euphrasie	Responsable de la Santé de la Reproduction, Mahajanga II	Santé Publique/ Santé Maternelle et Infantile	
RAVELOARIVONY Thérèse Angeline	Chef de Volet Mère -Enfant, Mahajanga II	Santé Publique/ Santé Maternelle et Infantile	
RAZANAMALALA Jeannette	Sage femme, CSB Mahabibo, Mahajanga I	Soins de la grossesse et de l'accouchement, C/P	
ZARASOA Victorine	Sage femme, CSB Belobaka, Mahajanga II	Soins de la grossesse et de l'accouchement, C/P	

43

44

< Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga >

Nom	Fonction	Relation avec le Projet	Remarques
RALISON Andrianaivo	Directeur	GT, Membre du CMC	
ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory	Directeur Adjoint Technique	GT	
RAZANAKINIAINA Olga	Directeur des Soins Infirmiers	GE	
BEANJARA Agnès	Major du Service de Pédiatrie	Santé Maternelle et Infantile (SMI)	
RAMANAKOTO Harinoro	SF Référente en soins, Pédiatrie	GE	
RAFARAMIHAMINA Jeannette	SF Major, Service CPN/PF	GE	
RAMANANTSOA Volaravaka	SF Major, Service ORL	SMI	
RAMANAMBAHY Valisoa Jocelyn	Responsable des Statistiques	Economie de la Santé	
HARIMALALA Romule	Responsable de Logistique	Maintenance des aménagements	
RAZANAKOTO Lanto Mikanony	Responsable de la maintenance	Maintenance des aménagements	
LALAOHARISOA Clarisse	Gestionnaire	Economie de la Santé	
RANDAHOARISON Pierana Gabriel	Professeur en Gynéco-Obstétrique	SMI, Membre du CMC	Nommé Coordinateur du CME depuis Mai 09
ANDRIANARIMANANA Diavolana	Professeur en pédiatrie	SMI	
RAFARALALAO Lucienne	Coordonnateur du Complexe Mère et Enfant (CME)	GT	retraîtée
IHANGY Pamphile	Chef, Unité de Formation, CME	GE	
ANDRIAMIANDRISOA Aristide	Chef, Unité Mère, CME	GE	
RAKOTOARISOA Honoré Christophe	Médecin Unité Mère CME	SMI	
RABESANDRATANA Helimina Norotiana	Chef, Unité Néonatal, CME	GE	
VELONJARA Alice Olga	Médecin, Unité Néonatalogie CME	SMI	
RALINORO Justine	Surveillante Générale, Complexe Mère et enfant de la province de Mahajanga	GE	
RASOANOROLALA Ravaka	SF Major, unité de formation, CME Mahajanga	GE	
RAFARATIANA Léa Félicia	SF Major, Unité Mère, CME Mahajanga	GE	

Nom	Fonction	Relation avec le Projet	Remarques
RALIBENJA Narindra	Infirmière Major, Unité Néonatat, CME Mahajanga	SMI	
RAZAIARIMANANA Fidèle	Infirmier Major, Bloc opératoire, CME Mahajanga	SMI	
RAVELOARINARIVO Malala Tiana	SF, Unité Mère, CME de Mahajanga	SMI	
ANDRIAMIRADO Herimanana Juanita	SF, Unité Mère, CME Mahajanga	SMI	
RAZAFINDRAMANGA Cécile	SF, Unité Mère, CME Mahajanga	SMI	
RAZAFINDRATSARANORO Lantsoa	SF, Unité Néonatat, CME Mahajanga	SMI	
RAZAFITSOA Nivoarimalala	SF, Unité Mère, CME Mahajanga	SMI	
RAZANAMAHAFFEHY Maran'ata	SF, Unité Mère, CME Mahajanga	SMI	
RAZAFINDRANASY Suzanna	SF, Unité Mère, CME Mahajanga	SMI	
RAHELINANTENAINA Voahirana	SF, Unité Mère, CME Mahajanga	SMI	
RAZAIARIVELO Linah	SF, Unité Mère, CME Mahajanga	SMI	

Note: Groupe de travail = GT, Groupe d'étude = GE

**MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
THE JAPANESE FINAL EVALUATION TEAM
AND
OFFICIALS CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF MADAGASCAR
ON
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR IMPROVEMENT OF
MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH SERVICE
IN THE REPUBLIC OF MADAGASCAR**

The Japanese Final Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), conducted an evaluation study from 18 October to 7 November, 2009, for the purpose of the final evaluation on the Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service in the Republic of Madagascar (hereinafter referred to as “FAMI Project”).

During its visit to the Republic of Madagascar, the Team had collected relevant data and information, evaluated the achievement of the Project and had a series of discussions with the officials concerned of the Project.

As a result, both Japanese and Malagasy sides agreed upon the issues referred to in the document attached hereto.

Antananarivo, 6 November, 2009

Dr RAKOTONDRAMARINA Dimisoa Bell
Special Advisor
Vice Prime Minister Office in charge of Public
Health
Republic of Madagascar

Ms. Tomoko Takeuchi
Team Leader
Final Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan

ATTACHED DOCUMENT

Attachment 1: Summary of Findings
Attachment 2: Final Evaluation Report

SUMMARY OF FINDINGS

1. Conclusion

1-1. Achievement of the Project

It is reasonably prospected that FAMI Project Purpose will be mostly achieved at the completion of FAMI Project in January 2010 as most of the indicators already show the positive results. Although the Evaluation Team found that some activities have not been fully implemented up to the time of the evaluation, Malagasy C/P showed intention to continue their effort to accomplish those activities.

1-2. Evaluation by five criteria

From the viewpoint of five evaluation criteria, FAMI Project has had fairly high “relevance”, “effectiveness” and “efficiency”.

As for “impact”, it is not very clear that Overall Goal would be achieved after a few years of the termination of FAMI Project, because it would be dependent on sustainability. However, some positive impacts were further observed.

It is observed that whereas policy sustainability is secured to some extent and technical sustainability is fairly high, institutional sustainability is not highly assured and financial sustainability is not guaranteed at the moment. In total, the “sustainability” of FAMI Project would not be secured enough.

2. Recommendations

2-1 Recommendations

In order to achieve the project purpose in the remaining period of FAMI Project and to continue to improve maternal, newborn and child health service effectively after the completion of FAMI Project, the followings are recommended:

1. Study Group

Since the Study Group has well functioned as a key and unique group to implement project activities including training management of FAMI Project, the roles and activities borne by the Study Group including identifying necessary actions should be continued after the completion of FAMI Project. While the discussion to continue its roles and activities has already started, Malagasy side should continue exploring the appropriate way and/or facilitation among concerned organizations and/or agreement among concerned organizations/persons to continue facilitated mechanism among concerned organizations which is currently functioned by the Study Group, during the FAMI Project remaining period.

2. Direction of CME

FAMI Project should advise that CME would clearly include humanized care and EBM under its visions and perspectives. Although it is beyond the project scope of FAMI Project, it is further suggested that CHUM would have its visions and perspectives which include humanized care and EBM as an organization whole, since CHUM could play a role to expand such concept to medical and paramedical students through practical training. Moreover, the introduction of humanized care and EBM is not an issue of CHUM solely, but it is expected that this issue will be considered in all health facilities.

3. Community Activities

FAMI Project should share success cases for community activities including the efforts to motivate community agents during the FAMI Project remaining period, so that community activities could be continued after the completion of FAMI Project in a self-reliant manner. Also, Malagasy side should identify lessons learned for community activities and reflect such lessons for future activities.

4. Community Actors and Traditional Practitioners

Since a traditional practitioner such as TBA plays an important role for maternal, newborn and child health in community level especially in remote area, and MOH has already recognized their importance with possible collaboration with traditional practitioner associations, FAMI Project should further explore the way to improve collaboration, which has been conducted under community activities of FAMI project, among CSB and key actors in community such as TBA, CA, *fokontany* (village) chief, traditional leader, religious leader, traditional healer.

5. Training in Japan and Third Countries

Since a lot of counterpart personnel of FAMI Project participated in the training in Japan and third countries such as Brazil, the trained staffs and lessons learned by each participant of such training would be precious assets for Malagasy counterparts, and other staffs in CME and CSB could share the experience of participants. Malagasy side should also explore the way to prepare training of trainers (TOT) for humanized care and EBM in order to continue, maintain and expand training activities for various targeting groups for trainees, in a self-reliant manner or with the possible support of development partners, in Boeny Region and other regions of Madagascar in the future.

6. Information for Public Relations

FAMI Project should prepare information for public relations for its activities including training concepts/strategy, mama class and mama class song during the FAMI Project remaining period, in order to effectively explain the outcome and achievements of FAMI Project and further scale up after the completion of FAMI Project.

7. Procedures about Training

FAMI Project should provide procedures about training activities including the preparation of trainings such as managing budget, finding trainers, and recruiting trainees, so that the Malagasy counterparts could further conduct such training in a self-reliant manner or with the possible support of other partners. In this connection, MOH should examine what kind of facilitation would be suitable to expand training activities and clarify the role and activities of concerned organizations for training including CME Training Unit.

8. National Health Policy

While MOH has started its work to revise National Reproductive Health Policy to include humanized care and EBM, MOH should complete such revision, since it would help improving maternal, newborn and child health. Especially, the concepts and strategy developed under FAMI Project should be authorized by MOH to expand humanized care and EBM not only in Boeny Region but also in other regions of Madagascar.

9. Medical and Paramedical Education

Notion of humanized care has been included in medical education and paramedical education in Mahajanga, and also MOH has included such concept for paramedical education all over Madagascar. MOH should coordinate with concerned organizations to further develop the content of humanized care in such education.

2-2 Lessons Learned

1. FAMI Project demonstrates that a key to success is the well preparation for community activities including the appointment of CA through close coordination between *fokontany* (village) chiefs and CSB.
2. FAMI Project demonstrates that the well organized training activities in Japan and Brazil for humanized care during delivery and birth contributed a lot to acquire necessary skill and attitude to realize humanized care in Madagascar and play a role as a key trainer in humanized care training in Madagascar.
3. FAMI Project demonstrates that the organizational mechanism developed by counterparts own efforts could function well as an actor to implement project activities even though it is not formal organization, i.e. the Study Group in FAMI Project.
4. FAMI Project demonstrates that utilization of laboratory method contributed to the recognition of humanized care as personal experience for Malagasy counterparts and preparation for tailor-made effective training activities as well.

5. FAMI Project demonstrates that partnership with UNICEF contributed for effective implementation of community health activities such as PCIMEC and SENN.

The detailed result of the evaluation is described in the Final Evaluation Report attached as the Attachment 2.

**FINAL EVALUATION REPORT
ON
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR IMPROVEMENT OF MATERNAL, NEWBORN AND
CHILD HEALTH SERVICE
IN
THE REPUBLIC OF MADAGASCAR**

NOVEMBER 2009

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

Contents

Abbreviations	1
1. Introduction	5
1-1 Background.....	5
1-2 Final Evaluation Objectives	5
1-3 Evaluation Study Team	6
1-4 Schedule of Evaluation Study	6
2. Methodology of Evaluation.....	8
2-1 Evaluation Process	8
2-2 Sources of Information.....	8
2-3 Evaluation Criteria	8
3. Project Performance and Implementation Process	10
3-1 Input.....	10
3-2 Activity	10
3-3 Output.....	11
3-4 Project Purpose	17
3-5 Overall Goal.....	18
3-6 Implementation Process	19
4. Results of Evaluation by Five Criteria	20
4-1 Relevance.....	20
4-2 Effectiveness	20
4-3 Efficiency	21
4-4 Impact.....	22
4-5 Sustainability.....	22
5. Conclusion	24
5-1 Achievement of the Project	24
5-2 Evaluation by Five Criteria	24
6. Recommendations and Lessons Learned.....	25
6-1 Recommendations	25
6-2 Lessons Learned	27
Annex I Project Design Matrix.....	28
Annex II List of Experts	31
Annex III List of Equipments	33
Annex IV List of Training Activities	39
Annex V List of Counterparts	42

Abbreviations

ABBREVIATIONS	LANGUAGE	DESCRIPTION
ANC	(E)	Antenatal care
Ar	(M)	Malagasy Ariary
BEFE	(F)	Bureau exécutif du fonds d'équité
CA	(E)	Community agent
CHD	(F)	Centre hospitalier de district
CHU	(F)	Centre hospitalier universitaire
CHUM	(F)	Centre hospitalier universitaire de Mahajanga Mahajanga University Hospital Center (E)
CME	(F)	Complexe Mère et Enfant Maternal and Child Health Center (E)
C/P	(E)	Counterpart
CSB	(F)	Centre de santé de base / Health Center (E)
DAC	(E)	Development Assistance Committee
DDDS	(F)	Direction de développement des districts sanitaires
DEP	(F)	Direction des études et de la planification
DSH	(F)	Direction du Systeme Hospitalier (ex DHRR, Direction des hôpitaux de référence des régions)
DRH	(F)	Direction des Ressources Humaines
DRSP	(F)	Direction Régionale de Santé Publique Regional Office for Public Health (E)
DSME	(F)	Direction de la Santé de la Mère et de l'enfant (ex DSF, Direction de la Santé de la Famille)
DSRP	(F)	Document de Stratégies pour la Réduction de la Pauvreté
EBM	(E)	Evidence-based Medicine Médecine fondée sur le niveau de preuve / sur des faits ((F))
EDS	(F)	Enquête démographique et de santé
EF	(E)	Equity Fund

ABBREVIATIONS	LANGUAGE	DESCRIPTION
EmOC	(E)	Emergency Obstetric Care
EPI	(E)	Expanded programme of immunization
FAMI	(M)	Ny Fahasalamanay Mianaka (Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service) FAMI Project (E) / Projet FAMI (F)
FANOME	(F)/(M)	Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop des Médicaments /Fandraisana Anjara No Mba Entiko (M)
FDf	(F)	Formation des formateurs
FE	(F)	Fonds d'équité
FGD	(E)	Focus group discussion
IFIRP	(F)	Institut de Formation Inter Regional des Paramédicaux
IMCI	(E)	Integrated Management of Childhood Illness
IMR	(E)	Infant mortality rate
ITN	(E)	Insecticide Treated Nets
JCC	(E)	Joint Coordination Committee
JICA	(E)	Japan International Cooperation Agency
MCH	(E)	Maternal and child health
MOFA	(E)	Ministry of Foreign Affairs of Japan
MOH	(E)	Ministry of Health and Family Planning
M/M	(E)	Minutes of Meeting
MMR	(E)	Maternal Mortality Ratio
MSR	(F)	Maternité sans Risque
NCU	(E)	Neonatal care unit
NGO	(E)	Non-governmental organization
ODA	(E)	Official Development Assistance
OECD	(E)	Organization for Economic Cooperation and Development
OMS	(F)	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	(F)	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

ABBREVIATIONS	LANGUAGE	DESCRIPTION
PCIMEC	(F)	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l' Enfant au niveau Communautaire
PDM	(E)	Project Design Matrix
PEV	(F)	Programme Elargi de Vaccination
PFU	(F)	Participation Financière des Usagers
PRSP	(E)	Poverty reduction strategic paper
PTA	(F)	Plan du Travail Annuel
PO	(E)	Plan of Operation
PTME	(F)	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
R/D	(E)	Record of Discussions
RMA	(F)	Rapport mensuel des activités
RMSD	(F)	Rapport Mensuel Synthèse de District
SBA	(E)	Skilled Birth Attendant
SDSP	(F)	Service de District de la santé publique (ex SDSPF) District Office for Public Health (E)
SENN	(F)	Soins essentiels au Nouveau-Né
SFPP	(F)	Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel
SHD	(F)	Service des hopitaux des districts
SHRR	(F)	Service des hopitaux de référence des régions
SMSR	(F)	Service de la maternité sans risque (ex SSR-MSR, Service de santé de la reproduction et maternité sans risque)
SONU	(F)	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	(F)	Santé de la Réproduction
SSEv	(F)	Service de suivi et evaluation
SSSa	(F)	Service de statistique sanitaire
SV	(F)	Service de vaccination
TBA	(E)	Traditional Birth Attendant
TOT	(E)	Training of trainer

ABBREVIATIONS	LANGUAGE	DESCRIPTION
UNICEF	(E)/(F)	United Nations Children's Fund
URSR	(F)	Unité de renforcement de système de référence Unit for Reinforcement of Referral System (E)
VPSP	(F)	Vice Primature charge de la Sante Publique (ex MINSANPF, Ministère de la santé et du planning familial)
WHO	(E)	World Health Organization
5S/TQM	(E)	5S (Set, Sort, Shine, Standardize, Sustain, (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke (J)) /Total Quality Management

(F) French, (E) English, (M) Malagasy, (J) Japanese

1. Introduction

1-1 Background

Japanese government supported through grant aid and technical cooperation for the expansion and improvement of the facility of Mahajanga University Hospital Center (*Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga*, CHUM) under “the Project for Global Improvement of Mahajanga University Hospital” (1999-2004). This has contributed to the improvement of health care service in CHUM as well as the increase number of referral cases; on the other hand, it was identified that the major portion of the referred patients were mother, newborn and child. Therefore, the government of the Republic of Madagascar has requested the grant assistance to improve the situation of mother, newborn and child in Boeny Region.

With response to such request, grant assistance “The Project for Improving Maternal and Child Health Facilities in Mahajanga Province” for the construction of Maternal and Child Health Center (*Complexe mère et enfant*, CME) in the ground of CHUM was agreed in the fiscal year 2005, and CME construction was completed in 2007. Also, as the preparation for further technical cooperation, “The Improvement of Provincial Mother and Child Health by Utilizing the Function of the Mahajanga University Center Hospital” was conducted from 2005 to 2006. Based on this study, technical cooperation “the Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service” (*Projet Ny Fahasalamanay Mianaka*, hereinafter referred to as “FAMI Project”) was formulated with the project purpose of providing high quality maternal and child health service based on evidence-based medicine (EBM) to the people in Boeny Region. The project design also reflected the experience of participation by MOH officials in the JICA training programme of “Maternal and Child Health for French-Speaking African Countries” which started from fiscal year 2003. In January 2007, FAMI Project started to provide health service which reflects the concept of humanized care and EBM in Boeny Region as a three years project from January 2007 to January 2010. FAMI Project has supported (1) human resource development to provide humanized care and EBM in Boeny Region with utilizing CME as the base for activities, (2) establishment of model for community health system which reflects humanized care, and (3) establishment of model for maternal and child health service in respective activity level (region, district, community).

1-2 Final Evaluation Objectives

Since FAMI Project will complete on January 31, 2010, the final evaluation has been conducted from October 18 to November 7, 2009. The objectives of the final evaluation of FAMI Project are:

- (1) to review the achievements and impacts of FAMI Project, making use of available indicators, data, reports and through consultation with relevant officials;
- (2) to produce recommendations in order for FAMI Project to achieve its goal set in the Project Design Matrix;

- (3) to discuss the future plan after the termination of FAMI Project; and
- (4) to draw lessons learned from FAMI Project for the better implementation of other relevant projects.

1-3 Evaluation Study Team

The members of final evaluation team (hereinafter referred to as “the Team”) are as follows:

Name	Responsibility	Affiliation
Tomoko TAKEUCHI	Team Leader	Director, Reproductive Health Division, Health Systems and Reproductive Health Group, Human Development Department, Japan International Cooperation Agency
Yasuo SUGIURA	Maternal and Child Health	2nd Expert Service Division, Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan
Sonoko TAKAHASHI	Evaluation Plan	Assistant Director, Reproductive Health Division, Health Systems and Reproductive Health Group, Human Development Department, Japan International Cooperation Agency
Izumi SAKAYA	Evaluation Analysis	Senior Consultant, Global Group 21Japan, Inc.

1-4 Schedule of Evaluation Study

Date	Member			
	Ms. TAKEUCHI	Dr. SUGIURA	Ms. TAKAHASHI	Mr. SAKAYA
Oct1 Sun 8				Arrival at Antananarivo
19 Mon				- Meeting with JICA Madagascar office
20 Tue				- Move to Mahajanga
21 Wed				- Meeting with C/P - Explanation of evaluation purpose/method by consultant
22 Thu				- Survey on project activities

Date	Member			
	Ms. TAKEUCHI	Dr. SUGIURA	Ms. TAKAHASHI	Mr. SAKAYA
23 Fri				- Survey on project activities
24 Sat				- Survey on project activities
25 Sun				- Survey on project activities
26 Mon				- Survey on project activities
27 Tue	<ul style="list-style-type: none"> - Arrival at Antananarivo - Move to Mahajanga 			
	<ul style="list-style-type: none"> - Internal meeting - Interview with Project Manager 			
28 Wed	<ul style="list-style-type: none"> - Reporting about project activities by C/P - Visit CME - Interview with CME coordinator 			
29 Thu	- Field visit to Mahajanga II (SDSP Mahajanga II, CSB Bekobay, MCH week activities, PCIMEC site in Marofiatsaka, Ambodiadabo)			
30 Fri	<ul style="list-style-type: none"> - Field visit to Mahajanga I (SDSP Mahajanga I, CSB Mahabibo, CSB Sotema, CSB Tsararano, CSB Amborovy) - Interview with Japanese experts - Internal meeting 			
31 Sat	<ul style="list-style-type: none"> - Interview with Japanese experts - Preparation of evaluation report, seminar 			
Nov Sun	- Preparation of evaluation report, seminar			
1	- Discussion with Japanese experts			
2 Mon	- Discussion with C/P from MOH central office			
3 Tue	- Seminar about evaluation results			
4 Wed	<ul style="list-style-type: none"> - Preparation of reporting, evaluation report, M/M - Move to Antananarivo 			
5 Thu	<ul style="list-style-type: none"> - Preparation of evaluation report, M/M - Discussion with MOH regarding evaluation report, M/M 			
6 Fri	<ul style="list-style-type: none"> - JCC - Signing of M/M - Report to Embassy of Japan - Report to JICA Madagascar 			
7 Sat	- Departure from Antananarivo			

2. Methodology of Evaluation

2-1 Evaluation Process

In the first step of the evaluation, the Team assessed the degree and prospects of achievement of the project purpose and outputs based on the PDM. In the second step, the Team analyzed and evaluated the Project from the viewpoints of five criteria as shown later, namely, “Relevance”, “Effectiveness”, “Efficiency”, “Impacts” and “Sustainability”. Finally, the Team made the conclusion and recommendation.

2-2 Sources of Information

The following sources of information were used in this evaluation study:

(1) Official Documents agreed on by both sides prior to and/or during the course of FAMI Project implementation, such as: Minutes of Meeting (M/M), Record of Discussions (R/D), and Project Design Matrix (PDM).

(2) Records of inputs from both sides and activities of FAMI Project; Staff, JICA Experts, Participants in Training in Japan and the third countries, equipment, budget allocation, etc.

(3) Data, statistics and information which indicate the degree of achievement of FAMI Project.

(4) Interviews with and questionnaires to personnel who have been involved in FAMI Project activities, JICA experts, ex-participants in training courses in Japan and the third countries (Cambodia and Brazil) and other stakeholders.

2-3 Evaluation Criteria

The evaluation was carried out on the basis of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)’s Development Assistance Committee (DAC) guidelines which propose the following five evaluation criteria for assessing development of projects.

(1) Relevance

Relevance refers to validity and necessity of FAMI Project. It is examined if FAMI Project is appropriate methodology to tackle with identified issues and obstacles in the respective sector in Madagascar. The consistency and conformity between project purposes and the needs of target groups and development policy of the Malagasy government are focused. Consistency with the Official Development Assistance policy of Japanese government is confirmed as well.

(2) Effectiveness

This criterion refers to the extent of the achievement of Project Purposes. Causality between achievement and output described on PDM is one of important points to be focused during analysis. External assumptions which might affect the project activities are considered as well. Positive and/or negative factors for the achievement of Project Purpose would be analyzed as significant lessons for further cooperation.

(3) Efficiency

Efficiency refers to the productivity which the inputs of the project was efficiently converted into the outputs and the project purpose. Appropriateness of quantity, quality and timing of the inputs by the Malagasy and Japanese sides, relative to the level of the outputs, is examined.

(4) Impact

This criterion mainly refers to the prospect for achievement of the Overall Goal described in the PDM, which would be achieved a few years after the termination of FAMI Project, if the activities of FAMI Project are maintained and further expanded. Direct and indirect impacts, both positive and negative, which were caused by FAMI Project and were unforeseen before, are also examined.

(5) Sustainability

Sustainability refers to the extent to which the project impact can be remained after the completion of the project period. It will be confirmed from such aspects as organizational and financial commitment, government policy, and technological adaptation.

3. Project Performance and Implementation Process

3-1 Input

The Team confirmed that FAMI Project has fulfilled the following input along with the plan stated in the M/M and PDM.

[Japanese side]

(1) Deployment of experts to Madagascar

Five long-term experts have been deployed and 17 short-term experts were deployed to FAMI Project as shown in Annex II. 2 short-term experts are planned to be deployed in January, 2010.

(2) Provision of machinery/equipment

Machinery and equipment such as a vehicle, medical equipment and computers in total valued at 14,478,000 Japanese yen were provided for FAMI Project as shown in Annex III.

(3) Training of counterpart personnel in Japan and the third countries

20 counterpart personnel were dispatched to Japan for training, and another one counterpart personnel is scheduled to be dispatched before the completion of FAMI Project, as shown in Annex IV.

Four counterpart personnel were dispatched to Cambodia for the third country training as shown in Annex IV.

20 counterpart personnel were dispatched to Brazil for the third country training as shown in Annex IV.

(4) Supplemental cost of local expenditure

A total amount of 53,777,000 Japanese yen was provided to supplement a portion of local expenditure for activities (including hiring local consultant) as of October, 2009.

[Malagasy side]

(1) Appointment of counterpart personnel and other staff

List of counterpart personnel assigned in FAMI Project is shown in Annex 6.

(2) Provision of facilities

FAMI Project offices (incl. utility expenses) and vehicles for field trips have been provided.

3-2 Activity

The Team confirmed that FAMI Project has mostly fulfilled the activities along with the plan stated in the M/M and PDM, except for some activities which have not been fully carried out so far; including:

- 3.4 Prepare professional code of SBA
- 3.5 Reactivate URSR (Unit for Reinforcement of Referral System)

3-3 Output

The Team confirmed that FAMI Project has fulfilled the following output along with the plan stated in the M/M and PDM. The degrees of fulfillment are shown under each output.

Output 1: Human resource development system is established to provide humanized care and evidence-based medicine in Boeny Region.

Indicators
1.1 Establishment of organization for continuous in service training in the field of maternal and child health, under the collaboration among DRSP, SDSP and CME
1.2 Formation of training modules of evidence-based care by the above-mentioned organization for training (for each job category)
1.3 Number of trainees who completed the training course for evidence-based care among the MCH service providers in the pilot zone of Boeny Region
1.4 Number of other training courses practiced and the number of trainees who completed the course

Within FAMI Project, “The Study Group” was formulated as a platform for planning and implementing activities, including training activities. The Study Group has been active and playing an essential role in FAMI Project, although it is not a permanent organization. In addition, Malagasy C/P voluntarily formulated “Mandresy group” which consists of training participants in Brazil (February 2008) and in Japan (May-July 2008). The aim of the group is to implement an action plan which was formulated during a training course on “training management” and “midwifery care” in Japan. The Mandresy group has contributed to formulate core curriculum of training course on humanized care and evidence-based care in FAMI Project (Indicator 1.1).

A set of training modules was formulated for paramedics in charge of mother and child health service provision, which consists of 6 modules; normal delivery, evidence based medicine, humanized care, basic newborn care, newborn resuscitation and laboratory method learning by experience. The modules were also adapted to other job categories such as doctors (Indicator 1.2).

As for the numbers of training courses practiced and the numbers of trainees who completed the courses for EBM and other subjects, they have been more or less implemented as planned and have covered many of maternal and child health service providers who had been supposed to be trained (Indicators 1.3 and 1.4) as seen in Tables 3.1 and 3.2¹.

¹ Data source of all the tables in this report is FAMI Project.

Table 3.1 Number of trainees who completed the training course for evidence-based care among the MCH service providers in the pilot zone of Boeny Region (Indicator 1.3)

Month/Year	Trainees from	No. of Participants	Remarks
02/2008	CME	4	Trainer's training Training in Brazil
	SDSP Mahajanga I	1	
	SDSP Mahajanga II	1	
07/2008	CME	5	Trainer's training
09/2008	CME	2	Training in Brazil
	Mahajanga Paramedical School	1	
	Dep.MCH, MOH	3	
01-02/2009	CME	19	
	Mahajanga Paramedical School	2	
09/2009	SDSP Mahajanga I	22	
	Paramedical School	2	
10/2009	Marovoay District	6	
	Ambato-boeny District	7	
	Soalala District	5	
	Mitsinjo District	7	
	DRSP Boeny	6	
10-11/2009	CME	4	Training in Brazil
	SDSP Mahajanga I	4	
10-12/2009	CME	1	Training in Japan, Midwifery care
	SDSP Mahajanga I	1	
11-12/2009 (planned)	CME	1	Training in Japan, Obstetric care

Table 3.2 Number of other training courses practiced and the number of trainees who completed the course (Indicator 1.4)

Month/Year	Training on	Trainees from	No. of participants	Remarks
05/2008	Basic newborn care (Trainer's training)	DRSP, Boeny	2	Joint operation with UNICEF, BASICS
		SDSP Mahajanga II	2	
		CME	1	
11/2008	Basic newborn care ,Basic emergency obstetric care and newborn care	CSB Chiefs, SDSP Mahajanga II	13	Joint operation with UNICEF, BASICS
07-08/2009	Community IMCI	CAs, SDSP Mahajanga II	5	
		Betsako Ambalakida	4	
07-08/2009	Community basic newborn care	CAs, SDSP Mahajanga II	6	
		Bekobay	6	
		Belobaka Boanamary	6	
09/2009	FANOME	CAs, SDSP Mahajanga II	5	
		Ambalakida	3	
		Andranoboka Antanambao	4	

All these results indicate that Output 1 has been mostly fulfilled.

Output 2: The model for community health system which reflects humanized care is established.

Indicators
2.1 Number of sites where community IMCI and newborn care are practiced
2.2 Usage rate of community IMCI and newborn care
2.3 Number of follow-up by medical staff for activities by community health agents
2.4 Number of follow-up of joint activities by DRSP, SDSP and communities and number of its evaluation
2.5 Degree of quality improvement in activities by community health agents
2.6 Degree of quality improvement in joint activities with communities
2.7 Number of <i>Fokontany</i> (villages) where sensitization activities of humanized care are practiced
2.8 Registered number of delivery at home

Community IMCI has been so far practiced in 15 sites (5 new sites and 10 sites for follow up), while newborn care has been practiced in 9 sites, as shown in Table 3.3, and these sites have been well utilized (Indicators 2.1 and 2.2).

Table 3.3 Number of sites where community IMCI and newborn care are practiced (Indicator 2.1)

<Community IMCI: 15 sites>

Area	Site (Village)	Remarks
Bekobay	Ambodiadabo	Follow-up
	Marofiatsaka/Tsararivotra	Follow-up
	Anosikely	Follow-up
Belobaka	Ankazomenavony	Follow-up
	Antsaboaka	Follow-up
	Amparemahitsy	Follow-up
Boanamary	Ambatomalama	Follow-up
	Amboanio	Follow-up
	Befotaka	Follow-up
Betsako	Ankilahila	New
	Ambalika	New
	Antsiatsiaka	New
Ambalakida	Ankivonjy	New
	Mahamavo	New
	Ambovondramanesy	Follow-up

<Newborn care: 9 sites>

Area	Site (Village)
Bekobay	Ambodiadabo
	Marofiatsaka/Tsararivotra
	Anosikely
Belobaka	Ankazomenavony
	Antsaboaka
	Amparemahitsy
Boanamary	Ambatomalama
	Amboanio
	Befotaka

Follow-up by medical staff for activities by community health agents, and follow-up by joint activities of DRSP, SDSP and community, with the support of partners, have been conducted though not very frequently, as seen in Table 3.4 (Indicators 2.3 and 2.4).

Table 3.4 Number of follow-up by medical staff for activities by community health agents (Indicator 2.3) and Number of follow-up of joint activities by DRSP, SDSP and community and number of its evaluation (Indicator 2.4)

Year	Month	Indicator 2.3	Indicator 2.4
2008	02	0	2
	03	1	0
	04	2	0
	05	0	1
	06	1	1
	07	0	1
	08	0	0
	09	1	0
	10	1	0
	11	0	0
	12	0	0
	2009	01	0
02		0	0
03		0	0
04		0	1
05		0	0
06		1	0
07		0	0
08		1	0
09		0	1
Total		8	7

As for quality of activities of community health agents, improvement was observed according to the comparison data of improvement between May and July 2008, as a result of supervision in collaboration with UNICEF, as Table 3.5 shows (Indicator 2.5).

Table 3.5 Quality improvement in activities by community health agents (Indicator 2.5)

<Knowledge>

Items	May 2008	July 2008
Danger signs	90.6%	99.3%
ARI	85%	100%
Diarrhoea	93%	100%
Fever	93%	96%
Nutrition	87.5%	100%

<Case management>

Items	May 2008	July 2008
Correct assessment of weight compared to age	93%	100%
Cough and respiratory problems	93%	97%
Diarrhoea	97%	100%
Fever	100%	100%
Classification of danger signs	98.5%	100%
Treatment (giving the correct dose of medicine)	93%	96%

<Explanation of medicine intake>

Items	May 2008	July 2008
Explaining to mother the frequency, the dose and the duration	90.3%	100%
Confirming mother's understanding	74%	100%
Demonstration	81%	100%

FAMI Project has successfully conducted many joint activities with communities in Mahajanga I District and Mahajanga II District such as collaboration meeting between Tsararano CSB and CME, and maternal and child health festivals in 6 CSB (Indicator 2.6). Sensitization activities of humanized care in villages were practiced 6 times in 2008 and 5 times in 2009, with the number of participants totaling more than 1,800, as shown in Table 3.6 (Indicator 2.7).

Table 3.6 Number of Fokontany (villages) where sensitization activities of humanized care are practiced (Indicator 2.7)

Date	District	Venue	Approx. Number of Participants	Number of C/P attended
21/04/2008	Mahajanga I	Amborovy	150	20
	Mahajanga I	City hall	200	2
22/04/2008	Mahajanga II	Betsako	100	15
	Mahajanga I	City hall	150	2
24/04/2008	Marovoay	Ankazomborona CSB	70	15
	Marovoay	Ankazomborona Market	100	15
	Mahajanga I	City hall	70	2
20/10/2008	Mahajanga I	Tsararano	100	20
21/10/2008	Mahajanga II	Boanamary	80	20
23/10/2008	Marovoay	Ambalamanga	200	20
20/04/2009	Mahajanga II	Belobaka	90	20
21/04/2009	Ambato-boeni	Ankijabe	100	20
23/04/2009	Marovoay	Marovoay	90	20
26/10/2009	Mahajanga I	Mahabibo	50	14
29/10/2009	Mahajanga II	Bekobay	250	12

Registered number of delivery at home is not known as the circulation of "mother and child handbook" with which the registered number of delivery at home will be acquired, has just started recently (Indicator 2.8).

Overall, the indicators show that Output 2, to a large extent, has been duly produced.

Output 3: The model for maternal and child health service is established in Boeny Region at the respective activity level (Respective activity level refers to region (university hospitals (CHU/CME), district (district hospitals, health centers (CHD, CSB)), and community (communes and villages))

Indicators
3.1 Number of recommendations and plans formulated at the supervision
3.2 Number of models for community referral system to the emergency obstetric and neonatal care
3.3 Degree of functioning of community referral system to the emergency obstetric and neonatal care
3.4 Number of minutes of meetings and reports of URSR (Unit for Reinforcement of Referral System) activities
3.5 Professional code of SBA
3.6 Improvement of environment in humanized care

In Mahajanga I and Mahajanga Districts, besides, many recommendations and plans formulated at the supervision, as shown in Table 3.7. Besides, planning of training was formulated at the time of supervision in Mitsinjo District and Soalala District in September 2009. The plan has been expanded to other 2 Districts (Marovoay and Ambato-boeny) which had not been included in the pilot zone (Indicator 3.1).

Table 3.7 Number of recommendations and plans formulated at the supervision in Mahajanga I and Mahajanga II Districts(Indicator 3.1)

Month/Year	District	Number of Health Service Facilities	Number of Recommendations	Number of Plans
01-02/2009	Mahajanga I	6	On training: 4 On collaboration with community: 5 On CSB renovation: 1 On collaboration with CME: 1	2 4 1 1
12/2008	Mahajanga II	3	On collaboration with community: 5 On FANOME: 8	5 2 (training/supervision)
04/2009	Mahajanga II	13	On SSME: 6 On CSB renovation: 3 On training: 11	2 2 3
09/2009	Mahajanga II	PCIMEC/SENN Site: 15	On collaboration with Community: 4 On supervision: 5	4 3

Models for community referral system for the urgent maternal and newborn care is, at the time of

evaluation by the Team, being developed in one CSB in Mahajanga I District (Indicators 3.2 and 3.3). Because URSR activities have been suspended for the moment, no minutes of meetings or reports are available (Indicator 3.4). The professional code of SBA has not yet been established or drafted (Indicator 3.5). While understanding and collaboration of the community including TBA are necessary for these activities, their implementation has been put on hold following a delay in the disbursement of fund from other partners to conduct promotion activities encouraging communities to take full responsibility for health related issues in their villages. However, the Team received information that the idea of humanized care was introduced and drew the attention at the meeting of the national association of midwives, which could be preparation of establishing professional code

Improvement of environment for humanized care has been observed in several aspects, including introduction of 5S/TQM in CME, provision of facilities to protect privacy of women and her family, and renovation of buildings of health centers in Mahajanga I District and Mahajanga II District (Indicator 3.6).

Above indicators show that Output 3 has been fulfilled only partly at the time of evaluation.

3-4 Project Purpose

Project Purpose: High quality maternal and child health service based on evidence-based medicine is provided to the people in Boeny Region².

Indicators
1. Increasing rate of practice of humanized care during delivery/birth in the pilot zone of Boeny Region
2. Decrease in inappropriate medical intervention for normal delivery in the pilot zone of Boeny Region
3. Increasing rate of appropriate use of medicines for delivery in the pilot zone of Boeny Region
4. Increase in satisfaction level of users of maternal and child health service in the pilot zone of Boeny Region
5. Improvement in capacity of providers of maternal and child health service in the pilot zone of Boeny Region
6. Increasing rate of Caesarean section by absolute maternal indications in Boeny Region

The Indicators 1, 2, 3 and 5 have clearly improved according to the comparison of results of

² Although the sentence of Project Purpose appears to mean that maternal and child health service that reflects the idea of evidence based medicine is provided to the people in all Boeny Region, it has been already agreed by both Malagasy and Japanese sides that in here Boeny Region refers to pilot zones of the Project, i.e., Mahajanga I District and Mahjanga II District, as implied in indicators.

baseline survey (in June to December 2007) and end line survey (in September to October 2009) conducted by FAMI Project. In the pilot zone, practices of humanized care during delivery, such as “Accompanied by family during delivery” and “massage for relaxation”, significantly increased (Indicator 1); inappropriate medical intervention for normal delivery, such as “routine gynecological position”, decreased (Indicator 2); inappropriate use of medicines for delivery, such as “administration of oxytocin” decreased (Indicator 3); and capacity of providers of maternal and child health service was improved (Indicator 5).

Comparison between the results of baseline and end line surveys for satisfaction level of users of maternal and child health service in the pilot zone, on the other hand, showed rather mixed results (Indicator 4). While the survey results on CSB showed increase in satisfaction level, those on CME showed decrease in the level. Although reasons for negative results for CME are not clear at the moment as results of the qualitative survey are yet to be analyzed, according to those women who have been interviewed, several factors could have affected the results such as high cost of delivery and attitude of some staff of CME. Other factors can also explain such as the lack of understanding of users on CME’s payment system, the high cost of some specialized medicines, etc.

The rate of Caesarean section by absolute maternal indications in Boeny Region has increased after the Government’s introduction of system of third party payment³, which FAMI Project supported during its preparation phase, although FAMI Project did not have activities directly connected to the Indicator 6 after the introduction of the third party payment system and the modification of the PDM (Indicator 6).

Assessing the above indicators, the Team judged that FAMI Project Purpose would be mostly achieved at the time of completion of FAMI Project in January 2010.

3-5 Overall Goal

Overall Goal: Government policies and programs in the field of maternal and child health service is reinforced in Madagascar.

Indicator
To what extent the results of FAMI Project will be reflected to the Government policies and programs in the field of maternal and child health service

The Team has found, through discussion with officials of Ministry of Health, that the Government has intention to include the concept of humanized care, one of the results of FAMI

³ National program introduced in May 2008 to public health facilities in selected area, including CHUM, where the costs of treatment for diseases on pregnancy and birth, etc., are paid by the Government.

Project, into its policy in the field of reproductive health.

On the other hand, although Overall Goal should be achieved in a few years of the termination of FAMI Project, with sustainability secured and external condition hold, some actions would need to be taken such as promotion of the concept of EBM and humanized care to achieve the Overall Goal.

3-6 Implementation Process

The Team confirmed that the implementation process of FAMI Project has been mostly appropriate. The following are the major points observed by the Team;

- (1) Communications between Japanese Experts and Malagasy C/P have been very appropriate and frequent.
- (2) It is observed that most of Malagasy C/P's awareness and motivation have changed for the positive direction through Project, which would be contributing to establishment of ownership of FAMI Project.
- (3) Approach and methodology of technology transfer during FAMI Project have been mostly appropriate as Japanese Experts and Malagasy C/P are generally satisfied with the approach. Especially, a "participatory approach" where Malagasy C/P plays a central role in decision making process at various levels of FAMI Project activities has been appropriate and beneficial for both Japanese and Malagasy sides.
- (4) The revised PDM was introduced and officially signed in September 2008 following the visit of JICA Project Consultation mission to Madagascar, in response to the necessity of confirming Project approach, the necessity of revising pilot zones, and the introduction of a new policy measure by the Ministry of Health and Family Planning (see footnote 3 of 3-4), all of which made FAMI Project activities efficient towards the achievement of FAMI Project Purpose. The C/P took initiative in the process of modifying PDM, showing their sincere commitment in FAMI Project.
- (5) Monitoring of FAMI Project has been carried out both internally by FAMI Project and externally by the JCC. The progress/monitoring reports have been submitted by FAMI Project periodically, though frequently with delay. The JCC meetings were held twice up to the time of the Final Evaluation.

4. Results of Evaluation by Five Criteria

Through the evaluation work, the Team assessed the project's relevance, effectiveness, efficiency, impact, and sustainability.

4-1 Relevance

FAMI Project is consistent with the health policies of the Malagasy Government as well as needs of the beneficiaries, and with the cooperation policy of the Japanese Government; hence it is clear that the relevance of FAMI Project is high.

The Overall Goal of FAMI Project "Government policies and programs in the field of maternal and child health service is reinforced in Madagascar" is completely relevant to national policies of maternal and child health, such as Health Sector Development Plan 2007-2011, Roadmap to reduction of Maternal and Child Mortality, and National Policy of Child Health. FAMI Project is also consistent with the Millennium Development Goals which sets targets of reducing infant and maternal mortality rates.

FAMI Project Purpose and the Overall Goal are also relevant to needs of the beneficiaries, namely, inhabitants and the staff involved in maternal and child health care as most of C/P of FAMI Project and other stakeholders such as CA of health centers and people in pilot zones show satisfaction about FAMI Project activities. EBM and Humanized care was set up as core concept of FAMI Project. Counterparts who had accepted the concept formulated a Study Group. During the project period, the Study Group has grown to play a central role of FAMI Project to strongly promote the concept. Therefore, EBM and Humanized care is recognized to be relevant to service providers' challenge to improve maternal, newborn and child health services through responding to the voices of users.

FAMI Project is consistent with Japan's basic cooperation policy with Madagascar, in which Japan is aimed to extend cooperation in the field, among others, of human resources development for education and health sectors, for Madagascar to achieve poverty reduction by economic growth.

It should be noted that the concept of humanized care approach has been explicitly developed in Japan, which means Japan's cooperation has an advantage in the introduction of the concept. This verifies the relevance of FAMI Project in addition to the fact that Japan has continuously had cooperation with Madagascar in the field of health sector since 1990s.

4-2 Effectiveness

The effectiveness of FAMI Project is reasonably high. The project purpose would be mostly achieved at the time of termination as seen in 3-4, and it is evaluated that the outputs of FAMI

Project have contributed to the achievement of the Purpose. As for the external condition stated in PDM to achieve FAMI Project Purpose “Maternal and child health policy is not changed”, has been maintained during FAMI Project period.

All the following factors have promoted to the achievement of FAMI Project Purpose;

- Communication between Japanese Experts and Malagasy C/P was quite proper and frequent to smoothly implement activities.
- Training in Japan and in the third countries was useful and the trainees’ skills/knowledge were transferred to other staff after they returned, contributing much to FAMI Project.
- The role of the Study Group, as mentioned in 3-3, is quite essential in FAMI Project. The Group was initially introduced by Japanese Experts, and the members mainly comprise staff of CME, DRSP, SDSP of Mahajanga I and II Districts and Mahajanga Paramedical School. Meetings are held regularly on specific themes and various Project activities are discussed and directions are sometimes determined there. Although the membership is voluntary, some 20 members are very active in attending and operating the meetings.
- An action plan on dissemination of notion of “humanized care” was realized by the Mandresy group (see 3-3). Since the group has formulated core curriculum of training course on humanized care and evidence-based care, their activity contributed to achievement of Project Output and Project Purpose. Besides, the participants of the training in Brazil have been involved as core trainers for the curriculum.

On the other hand, one of the negative factors to hinder smooth implementation of FAMI Project was the current instable political condition since government change in March 2009. Due to this, dispatch of some Japanese Short Term Experts was postponed or cancelled; motivation in their work of Malagasy staff diminished; and frequent changes in main personnel posts of Ministry of Health and Family Planning caused some difficulty in Project management.

4-3 Efficiency

FAMI Project is sufficiently efficient. Assessment of efficiency is as stated below.

(1) Appropriateness of input

Five Japanese Long Term Experts, though small in number, have fully dedicated themselves to FAMI Project transferring skills/knowledge with which most of C/P are satisfied. More than 15 Short Term Experts also generally contributed much to FAMI Project outputs.

Machinery and equipment for FAMI Project, have been appropriately installed, operated and duly utilized.

Approximately 50 Malagasy staff members participated in training courses in Japan and in

the third countries, as mentioned in 3-1. The training abroad was carried out mostly as scheduled. Almost all of the participants are satisfied with the training and have been transferring what they acquired in training to other Malagasy staff since they returned. However, a few cases were observed where orientations before the departure were not sufficient. Also, a few agents were not fully involved into FAMI Project and sharing of experience after the return to Madagascar was not enough.

The allocation of C/P has been appropriate as their capability is good enough to conduct activities.

(2) Achievement of output

As mentioned in 3-3, not all output has been fully achieved. However, the degree of achievement of the output is high enough to contribute to the achievement of FAMI Project Purpose. Some activities not explicitly mentioned in the PDM (such as trial introduction of mother and child handbook and regular “mother class” activity) have contributed to the achievement of the output.

4-4 Impact

Apart from the likeliness of achieving Overall Goal mentioned in 3-5, some positive impacts of FAMI Project are observed.

- The idea of evidence based obstetric care has been introduced to national training program of “emergency obstetric newborn care” administered by the Ministry of Health and Family Planning. Moreover, “humanized delivery care” has been formulated as one of 27 modules of the training.
- Promotional activities of EBM and humanized care by FAMI Project were reported in international workshop⁴, attracting attentions.
- Training in EBM and humanized care brought about favorable changes in attitude of C/P, such as gaining wider viewpoints from the perspective of maternal and child health in the community; and more participative attitude while carrying out training as trainer.

Unexpected negative impacts were hardly observed during the evaluation. However, it was pointed out by some C/P that in CME there is a gap in attitudes towards humanized care between those staff who had training and those who did not.

4-5 Sustainability

The sustainability of FAMI Project is not firmly secured because there are a number of

⁴ International workshop for continuum of care was held as one of MCH programs to the target countries of Japanese cooperation to French speaking African countries.

factors which may cause hindrance to continuity of FAMI Project. The policy support by the government and financial resources will be necessary to assure the sustainability. The following is the detailed assessment of sustainability of FAMI Project.

(1) Policy Aspect

As mentioned in 4-4, the concept of EBM and humanized care has already been incorporated into the national health training program to certain extent. Further, the Team found that the Government had intention to incorporate humanized care into its National Reproductive Health Policy and programs. However, it is not still confirmed that the national health policy will validate and officially include the concept.

(2) Technical Aspect

Technically, C/P can continue training on EBM and humanized care by themselves after the termination of FAMI Project since technical transfer has been appropriately implemented and training modules were formulated and improved by C/P themselves.

Humanized care is included in the curriculum of the medical school of Mahajanga University while the concept of humanized care is already being taught in all 6 paramedical schools of the country, which will contribute to technical sustainability.

(3) Institutional Aspect

In FAMI Project, Study Group has been playing a central role in planning, implementing and evaluating training activities. However, the Group is not a formal organization authorized by the government or the hospital. It is uncertain whether the Group will be able to continuously function as before even after FAMI Project is terminated.

The training unit of CME has been essential in implementing in-service training in collaboration with other organizations under FAMI Project despite its smallness in number of staff. However, its role and function after the termination of FAMI Project, is not well defined yet.

(4) Financial Aspect

Financial aspect may be the most crucial factor to determine overall sustainability of FAMI Project activities. Within FAMI Project, training activities required certain expenses including per diem and transportation cost for trainees and trainers. As such, financial resources should be sought for the continuity of the training activities after the termination of FAMI Project.

5. Conclusion

The Team came to the following conclusion through the field survey of FAMI Project, discussion among the members of the Team and exchange views and opinions with concerned parties.

5-1 Achievement of the Project

It is reasonably prospected that FAMI Project Purpose will be mostly achieved at the completion of FAMI Project in January 2010 as most of the indicators already show the positive results. Although the Evaluation Team found that some activities have not been fully implemented up to the time of the evaluation, Malagasy C/P showed intention to continue their effort to accomplish those activities.

5-2 Evaluation by Five Criteria

From the viewpoint of five evaluation criteria, FAMI Project has had fairly high “relevance”, “effectiveness” and “efficiency”.

As for “impact”, it is not very clear that Overall Goal would be achieved after a few years of the termination of FAMI Project, because it would be dependent on sustainability. However, some positive impacts were further observed.

It is observed that whereas policy sustainability is secured to some extent and technical sustainability is fairly high, institutional sustainability is not highly assured and financial sustainability is not guaranteed at the moment. In total, the “sustainability” of FAMI Project would not be secured enough.

6. Recommendations and Lessons Learned

6-1 Recommendations

In order to achieve the project purpose in the remaining period of FAMI Project and to continue to improve maternal, newborn and child health service effectively after the completion of FAMI Project, the followings are recommended:

1. Study Group

Since the Study Group has well functioned as a key and unique group to implement project activities including training management of FAMI Project, the roles and activities borne by the Study Group including identifying necessary actions should be continued after the completion of FAMI Project. While the discussion to continue its roles and activities has already started, Malagasy side should continue exploring the appropriate way and/or facilitation among concerned organizations and/or agreement among concerned organizations/persons to continue facilitated mechanism among concerned organizations which is currently functioned by the Study Group, during the FAMI Project remaining period.

2. Direction of CME

FAMI Project should advice that CME would clearly include humanized care and EBM under its visions and perspectives. Although it is beyond the project scope of FAMI Project, it is further suggested that CHUM would have its visions and perspectives which include humanized care and EBM as an organization whole, since CHUM could play a role to expand such concept to medical and paramedical students through practical training. Moreover, the introduction of humanized care and EBM is not an issue of CHUM solely, but it is expected that this issue will be considered in all health facilities.

3. Community Activities

FAMI Project should share success cases for community activities including the efforts to motivate community agents during the FAMI Project remaining period, so that community activities could be continued after the completion of FAMI Project in a self-reliant manner. Also, Malagasy side should identify lessons learned for community activities and reflect such lessons for future activities.

4. Community Actors and Traditional Practitioners

Since a traditional practitioner such as TBA plays an important role for maternal, newborn and child health in community level especially in remote area, and MOH has already recognized their importance with possible collaboration with traditional practitioner associations, FAMI Project should further explore the way to improve collaboration, which has been conducted under community

activities of FAMI project, among CSB and key actors in community such as TBA, CA, *fokontany* (village) chief, traditional leader, religious leader, traditional healer.

5. Training in Japan and Third Countries

Since a lot of counterpart personnel of FAMI Project participated in the training in Japan and third countries such as Brazil, the trained staffs and lessons learned by each participant of such training would be precious assets for Malagasy counterparts, and other staffs in CME and CSB could share the experience of participants. Malagasy side should also explore the way to prepare training of trainers (TOT) for humanized care and EBM in order to continue, maintain and expand training activities for various targeting groups for trainees, in a self-reliant manner or with the possible support of development partners, in Boeny Region and other regions of Madagascar in the future.

6. Information for Public Relations

FAMI Project should prepare information for public relations for its activities including training concepts/strategy, mama class and mama class song during the FAMI Project remaining period, in order to effectively explain the outcome and achievements of FAMI Project and further scale up after the completion of FAMI Project.

7. Procedures about Training

FAMI Project should provide procedures about training activities including the preparation of trainings such as managing budget, finding trainers, and recruiting trainees, so that the Malagasy counterparts could further conduct such training in a self-reliant manner or with the possible support of other partners. In this connection, MOH should examine what kind of facilitation would be suitable to expand training activities and clarify the role and activities of concerned organizations for training including CME Training Unit.

8. National Health Policy

While MOH has started its work to revise National Reproductive Health Policy to include humanized care and EBM, MOH should complete such revision, since it would help improving maternal, newborn and child health. Especially, the concepts and strategy developed under FAMI Project should be authorized by MOH to expand humanized care and EBM not only in Boeny Region but also in other regions of Madagascar.

9. Medical and Paramedical Education

Notion of humanized care has been included in medical education and paramedical education in Mahajanga, and also MOH has included such concept for paramedical education all over Madagascar. MOH should coordinate with concerned organizations to further develop the content of humanized care in such education.

6-2 Lessons Learned

1. FAMI Project demonstrates that a key to success is the well preparation for community activities including the appointment of CA through close coordination between *fokontany* (village) chiefs and CSB.
2. FAMI Project demonstrates that the well organized training activities in Japan and Brazil for humanized care during delivery and birth contributed a lot to acquire necessary skill and attitude to realize humanized care in Madagascar and play a role as a key trainer in humanized care training in Madagascar.
3. FAMI Project demonstrates that the organizational mechanism developed by counterparts own efforts could function well as an actor to implement project activities even though it is not formal organization, i.e. the Study Group in FAMI Project.
4. FAMI Project demonstrates that utilization of laboratory method contributed to the recognition of humanized care as personal experience for Malagasy counterparts and preparation for tailor-made effective training activities as well.
5. FAMI Project demonstrates that partnership with UNICEF contributed for effective implementation of community health activities such as PCIMEC and SENN.

Annex I Project Design Matrix

PDM - Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service in the Republic of Madagascar

Version 2 - Approved by JCC, 11 September 2008

Project Period: Three years (February 2007 to January 2010)

Implementing Agency: Ministry of Health and Family Planning

Summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal</p> <p>Government health policies and health programs especially in the field of improvement of maternal and child health service is reinforced in Madagascar.</p>	<p>To what extent the results of the Project will be reflected to the Government health policies and health programs especially in the field of maternal and child health</p>	<p>National policy on maternal and child health</p> <p>National Programs on maternal and child health</p>	
<p>Project Purpose</p> <p>High quality maternal and child health service based on evidence-based medicine is provided to the people in Boeny Region.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Increasing rate of practice of humanized care during delivery/birth in the pilot zone of Boeny Region 2) Decrease in inappropriate medical intervention for normal delivery in the pilot zone of Boeny Region 3) Increasing rate of appropriate use of medicines for delivery in the pilot zone of Boeny Region 4) Increase in satisfaction level of users for maternal and child health service in the pilot zone of Boeny Region 5) Improvement in capacity of service providers for maternal and child health service in the pilot zone of Boeny Region 6) Increasing rate of Caesarean section by absolute maternal indications in Boeny Region 	<p>Health statistics in Boeny Region</p> <p>Statistics of hospitals Survey by the Project</p>	<p>Economic conditions of Madagascar are not drastically deteriorated</p>

<p>Outputs</p> <p>1. Human resource system is established to provide care and evidence-based medicine in Boeny Region</p>	<p>1.1 Establishment of organization for continuous in service training in the field of maternal and child health, under the collaboration among DRSP, SDSP and CME</p> <p>1.2 Formation of training modules of evidence-based care by the above-mentioned organization for training (for each job category)</p> <p>1.3 Number of trainees who completed the training course for evidence-based care among the MCH service providers in the pilot zone of Boeny Region</p> <p>1.4 Number of other training courses practiced and the number of trainees who completed the course</p>	<p>Health statistics in Boeny Region Survey by the Project</p>	
<p>2. The model for community health system which reflects humanized care is established</p>	<p>2.1 Number of sites where community IMCI and newborn care are practiced</p> <p>2.2 Usage rate of community IMCI and newborn care</p> <p>2.3 Number of follow-up by medical staff for activities by community health agents</p> <p>2.4 Number of follow-up of joint activities by DRSP, SDSP and communities and number of its evaluation</p> <p>2.5 Degree of quality improvement in activities by community health agents</p> <p>2.6 Degree of quality improvement in joint activities with communities</p> <p>2.7 Number of <i>Fokontany</i> (village) where sensitization activities of humanized care are practiced</p> <p>2.8 Registered number of delivery at home</p>	<p>Health statistics in Boeny Region Survey by the Project</p>	<p>Maternal and child health policy is not changed.</p>
<p>3. The model for maternal and child health service is established in Boeny Region at the respective activity level*</p> <p>*Respective activity level refers to region (university hospitals (CHU/CME), district (district hospitals, health centers (CHD, CSB)), and community (communes and villages)</p>	<p>3.1 Number of recommendations and plans formulated at the supervision</p> <p>3.2 Number of models for community referral system to the emergency obstetric and neonatal care</p> <p>3.3 Degree of functioning of community referral system to the emergency obstetric and neonatal care</p> <p>3.4 Number of minutes of meetings and reports of URSR (Unit for Reinforcement of Referral System) activities</p> <p>3.5 Professional code of SBA</p> <p>3.6 Improvement of environment for humanized care</p>	<p>Health statistics in Boeny Region Survey by the Project Reports of supervision</p>	

Activities	Input Japanese	Input Madagascar
<p>1.1 Reactivate the function of training unit to facilitate training for improving MCH services under the cooperation of DRSP, SDSP and CME</p> <p>1.2 Develop management tools (modules, materials, equipment, etc.) necessary for the trainings for humanized care and EBM</p> <p>1.3 Conduct necessary training courses to improve capacity of medical workers in humanized care and EBM.</p> <p>1.4 Conduct training courses for staffs working at health service facilities to improve receiving arrangement for users and their family.</p> <p>1.5 Conduct training courses to foster and improve leadership of responsible person for providing services and managers for facility management of medical facility.</p> <p>1.6 Conduct follow-ups and training courses for refreshers to increase the number and improve capacity of trainers</p> <p>1.7 Conduct workshops and meetings for all medical workers to disseminate the idea of humanized care and EBM</p> <p>1.8 Introduce humanized care and EBM into pre service training at medical and paramedical education</p> <p>1.9 Conduct training courses of preventive maintenance and management system of machinery and equipment necessary at the minimum for maternal and child health services at the pilot facilities</p> <p>2.1 Reactivate collaboration with local communities to practice humanized care</p> <p>2.2 Hold meetings of medical workers on maternal and child health to explore collaboration at respective level (region, district and medical facility) followed by all and national levels</p> <p>2.3 Conduct community IMCI and newborn care activities</p> <p>2.4 Strengthen registration of delivery at home</p> <p>2.5 Follow up and evaluate collaboration system by concerned persons of Boeny DRSP, SDSP and community</p> <p>3.1 Conduct supportive supervision and follow up of progress of activities by Boeny DRSP and SDSP</p> <p>3.2 Develop referral and counter referral models accessible to emergency obstetric and neonatal care at the local level</p> <p>3.3 Improve environment of medical facilities necessary for humanized care of mother and child</p> <p>3.4 Prepare professional code of SBA</p> <p>3.5 Reactivate URSR (Unit for Reinforcement of Referral System)</p>	<p>1. Experts (1) Long term - Chief advisor/ Public health - Maternal and child health - Project Coordinator/ Training cycle management (2) Short term - Neonatology - Obstetrics - Pregnancy care - Communication/ Organization development - Health economics - Epidemiology - Maintenance and management for facility - Other experts necessary for the Project</p> <p>2. Training in Japan - 5 persons per year, 1 month</p> <p>3. Training in third country (Brazil) - 5 persons per year, 2 weeks</p> <p>4. Training in third country (Cambodia) - 5 persons, 2 weeks</p> <p>5. Equipment - Equipment for training - Basic medical equipment - IT management equipment - Vehicle - Other equipment necessary for the Project</p> <p>6. Local expenses</p>	<p>1. Main C/P (1) Central government (MOH) - Director General, Maternal and Child Health Dept - Director General, Family Planning Dept - Director, General District Health Development Dept - Director General, Referral Hospital Dept - Director General, Human Resources Dept (2) Boeny Region - Director General, Health, Family Planning and Social Security Dept, DRSP, Boeny Region - Director, Maternal and Child Health, Health, Family Planning and Social Security Dept, DRSP, Boeny Region - Chief, SDSP, Boeny Region - Director, CHUM - Head, CME</p> <p>2. Facility - Project offices (CHUM, DRSP, Health and Family Planning Dept, MOH)</p> <p>3. Operational cost - Necessary cost to maintain Project Offices</p>

This English version is an unofficial translation from French/Japanese versions of PDM.

Annex II List of Experts

Name	Field	Dispatched period
MATSUI Mitsuaki	Chief Advisor/ Public health	23/01/2007 - 31/01/2010
YOSHIDA Mikiko	Project Coordination/ Training cycle management	23/01/2007 - 23/01/2008
TAKAHASHI Kenzo	Child health	31/01/2007 - 02/03/2007
NOGUCHI Makiko	Care during pregnancy and childbirth	26/02/2007 - 10/03/2007
OSANAI Yasuyo	Maternal and child health	26/03/2007 - 26/04/2008
SAKURAI Yukie	Midwifery care	26/03/2007 - 12/05/2007
MISAGO Chizuru	Epidemiology	06/08/2007 - 18/08/2007
TANAKA Yukie	Planning of Training on maternal and child health	20/08/2007 - 27/10/2007
INUKAI Sachiko	Midwifery care	27/08/2007 - 27/10/2007
SHIMADA Mitsuhiro	Preventive Maintenance and Management for Facility	17/09/2007 - 03/11/2007
HONDA Ayako	Health economics	07/01/2008 - 10/02/2008
NAKAKUBO Yuko	Project Coordination/Training Cycle Management	07/01/2008 - 31/01/2010
IWAMOTO Azusa	Child health	08/02/2008 - 11/03/2008
URATA Ayumi	Communication	07/03/2008 - 12/04/2008
HORIKOSHI Yoichi	Organization Development	07/03/2008 - 12/04/2008
INUKAI Sachiko	Midwifery care	16/06/2008 - 09/08/2008
IWAMOTO Azusa	Child health	07/07/2008 - 05/08/2008
SAKURAI Miki	Planning of Training on Maternal and Child Health	07/07/2008 - 30/08/2008
SATO Mari	Maternal and child health	21/07/2008 - 31/01/2010
SO Shoko	Care during pregnancy and childbirth	24/07/2008 - 08/08/2008
FUJITA Noriko	Obstetric Care	06/12/2008 - 11/01/2009

Name	Field	Dispatched period
KONAGAI Sachiko	Training on care during pregnancy and childbirth	09/01/2009 - 04/04/2009

Annex III List of Equipments

1) Training Materials

Designation	Manufacturer, Author, Editor	Characteristics	Price
Desk top Computer			
The Cochrane Library (CD)	John Wiley and Sons		
In mother's slence	André Agard-Maréchal (Albin Michel)	ISBN-13: 978-2226176196	
Love in science	Michel Odent (Jouvence)	ISBN-13: 978-2883532410	
Oxytocine :The hormone of love: Its effects on our health and on our behavior	Kerstin Uvnäs Moberg (Le Souffle D'or)	ISBN-13: 978-2840582854	
The farmer and the birth attendant. The industrialization of farming and delivery	Michel Odent (Médicis)	ISBN-13: 978-2853272247	
Caesareans : questions, effects, stakes : Alert face to the banalization	Michel Odent (Le Souffle D'or)	ISBN-13: 978-2840582830	
Mother and baby, one against the other one: Attachment process to the social membership	Willi Maurer (Le Souffle D'or)	ISBN-13: 978-2840582601	
Genesis of ecological human: The instinct found	Michel Odent (EPI)	ISBN-13: 978-2704501281	
Anthology of maternal breastfeeding	Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau (Jouvence)	ISBN-13: 978-2883532908	
For a birth in human face	Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau (Jouvence)	ISBN-13: 978-2883532168	
Sociology of delivery	Béatrice Jacques (Presses Universitaires de France)	ISBN-13: 978-2130558323	
The birth, a trip : The delivery through people	Muriel Bonnet Del Valle (Editions L'Instant Présent)	ISBN-13: 978-2916032016	

Designation	Manufacturer, Author, Editor	Characteristics	Price
New rites around the delivery : when obstetrical replaces beliefs and customs	Blandine Poitel (Editions L'Instant Présent)	ISBN-13: 978-2916032047	
Deliver safely: Advocate in order to choose a birth more natural	Sophie Gamelin-Lavois (Vivez Soleil)	ISBN-13: 978-2880584436	
Wait for a child and deliver	Margot Thieux (Bayard)	ISBN-13: 978-2227137721	
Birth story: The maternity of Pithiviers'users are speaking	Michel Odent (Desclée de Brouwer)	ISBN-13: 978-2220025568	
In the world	Chantal Birman (La Martinière)	2-84675-040-8	
First of all, women and baby	Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin (Albin Michel)	ISBN-13: 978-2226127686	
40 questions on midwife's job : better understand the activity and the responsibility of midwife	Carène Ponte, Françoise Nguyen et Marie-Agnès Poulain (Masson)	2-29407467-X	
The new midwife's skill	Lesley Ann Page (Elsevier)	ISBN-13: 978-2842995775	
Deliver : women, midwives and doctors from the middle of XXth century	Yvonne Knibiehler (ENSP, Rennes)	978-2-85952-947-5	
Active Birth: The New Approach to Giving Birth Naturally	Janet Balaskas (Harvard Common Pr)	ISBN-13: 978-1558320376	
Midwife's learning	Karen Cushman (L'Ecole des loisirs)	ISBN-13: 978-2211036757	
Creative O.D. (5)	Entreprise Press Time		50,000yen
Training Manual for interpersonal relationship (48)	Entreprise Press Time		100,800yen
Williams Obstetrics	Mcgraw-Hill Professional	ISBN-10: 0071413154	
Williams Obstetrics 22nd	Mcgraw-Hill Professional	ISBN-10: 0071427821	

Designation	Manufacturer, Author, Editor	Characteristics	Price
Edition Study Guide			
Maggie Apron	JOICFP		
Pregnancy simulator	JOICFP		
DVD	Yajima maternity center		
Video	Telemac corporation	ISBN: 4-925162-10-1	
Video	Miwa Shoten		
Translator (sending ;1, receiving :4)	TOA	TOA WT 1101 C11	147,000yen
Laptop computer (2)	FUJITSU	Laptop computer FUJITSU SIMENS	4,000,000Ar
Photocopier	CANON	CANON IR 2018	5,000,000Ar
Printing	HP	HP Laser jet P1005	700,000Ar
Extension cords (4)	-	Extension cord 3500	20,000Ar
UPS plus extension cord (2)	UPS Technology	UTM 5	280,000Ar
Stabilizer(3)	Semtomi	Stabivoft Semtomi 1000w	414,000Ar
Binding machine (1)	Laureat	Binding machine 20011501	100,000Ar
Fridge ; for practical training (1)	TOSHIBA	GRE 134	550,000Ar
Projector	Viewsonic	projector video camera VIEWSONIC	1,900,000Ar
White tables	-	White tables 90*120	450,000Ar
Flip chart Stand (for training Unit)	-	-	165,000Ar
Bunk beds (3 ;for 6 persons, for practical training)	-	-	510,000Ar
Tables (2, for practical training)	-	-	130,000Ar
Chairs (4)	-	-	80,000Ar
Mattress (6, CSB Mahabibo)	-	-	228,000Ar
Mattress (6, CME)	-	-	228,000Ar

Designation	Manufacturer, Author, Editor	Characteristics	Price
Flip chart Stand (for Mahajanga1)	-	-	165,000Ar
Stethoscope(2)	-	Stethoscope bouleculaire	25,600Ar
Sphygmomanometer(2)	TENSOMED	CEO483	88,000Ar
Baby's weight scale	-	Baby's weight scale	198,000Ar
Adult weight scale	-	Weight scale	44,000Ar
Measure tape	-	-	2,500Ar
Loading table (2)	-	Rolling discharge table	200,000Ar
Portable height scale adult	-	-	2,500Ar
Obstetrical Stethoscope	-	obstetrical Stethoscope of pinard in Alu	42,540Ar
Delivery Kit	-	GYN310	500,000Ar
Adult height scale	ADE	MZ10017	49,400Ar
RESUSCITATION INSUFFLATOR FOR NEWBORN (2)	FAZZINI Insufflators	FAZZINI	875,000Ar
Baby's height scale	Seca	Baby's height scale mattress 0 A 99CM, Seca 210	527200Ar

2) Obstetrical care

Designation	Manufacturer, Author, Editor	Characteristics	Price
Doppler (10)	Hadeco	ES-101EX, 2MHz	360,000yen
Obstetrical stethoscope (10)	Nakamura Ika		
Active Chair (Salle de travail) (5)	Atom Medical	Code Number ;17019	
Cushions (Labor room) (5)	Jono Shingu		
Mattress (1metre caré, 8)	Ishii Kasei	EJM-15	
Sphygmomanometer(19)	Spengler	SPG400	1,738,500Ar
Adult height scale(16)	TOIBE	Adult height ribbon 2M	696,300Ar
Adult weight scale (11)	SECA	Weight scale 160kg	3,143,800Ar
Stethoscope(12)	Spengler	Stethoscope spengler listoner double pavillon	1,620,000Ar
Mat (1.4×1m, 2)	-	Yoga Mat 75*140	50,000Ar

3) Visual aids supports

Designation	Manufacturer, Author, Editor	Characteristics	Price
Numerical camera	Canon	IXY	
Numerical video Camera	Canon	IXY	
Numerical recording device	Sanyo corporation	ICR-S280RM	
Scanner hard disk	BK Medical	Scanner hard disk BK Medical	1,960,356Ar

4) Computers

Designation	Manufacturer, Author, Editor	Characteristics	Price
Laptop computer			
Software (SYSTRAN Professional Premium 6)	Informatique, Inc.		
Software (Office XP, English ver)	Microsoft corporation		
Software (Office XP Multilingual User Interface Pack)	Microsoft corporation		
Software (Office XP Proofing Tools)	Microsoft corporation		
Software I (Anti-Virus)	Symantec	Norton AntiVirus 2007	
Hard Disk (500GB)	Logitec	LHD-ED500FU2	
Stabilizer STAVOL	Matsunaga	SVC-600-NDII	
Stabilizer STAVOL	Matsunaga	SVC-1000-NDII	35,000yen
Stabilizer	SWALLOW	SWALLOW-AVR-1500E	48,000yen
Desk top computer	-	Pentium 4 complete computer E 2200	1,218,000Ar
Photocopier	CANON	Numerical Photocopier CANON IR2018	3,400,000Ar
Laptop computer	HP	550 DT 5270	2,000,000Ar

5) Vehicles

Designation	Manufacturer, Author, Editor	Characteristics	Price
Land Creuser	TOYOTA		5,702,823yen
L200DC4X4 GL	MINISUBISHI		42,102,850Ar

Annex IV List of Training Activities

1) Maternal and child health, 28/05/2007- 20/07/2007

Training institution: International cooperation office, International Medical Center of Japan

Name	Function
RAHARISOA Bernadette Marie	Ministry of health and family planning / Monitoring and evaluation division, Maternal health bureau
RAZAIARISOA Clarisse	Ministry of health and family planning/
RABESON Rosalie Aimée	Person in charge of reproduction health, DRSP Boeny
RABESANDRATANA Helimina Norotiana	Doctor, Neonatal Unit, CME Mahajanga
RASOANOROLALA Ravaka	Head nurse midwife, Training unit, CME Mahajanga
RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé	Chief of District office of SDSPS of Mahajanga I

2) Training management, 19/05/2008 – 14/06/2008

Training institution: International cooperation office, International Medical Center of Japan

Name	Function
RASAMOELISOLONJATOVO René	Chief of District office of SDSPS of Mahajanga II
ANDRIANARISOA Vonimboahangy	Subsection chief, Maternal , SDSPS of Mahajanga I
RAZANAKINIAINA Olga	Chief supervisor, Director nursing Department, CHU Mahajanga
IHANGY Pamphile	Director, training Unit, CME Mahajanga

3) Midwifery care 19/05/2008 – 18/07/2008

Training institution: International cooperation office, International Medical Center of Japan

Name	Function
RAVELOARINARIVO Malala Tiana	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga
RAMANAKOTO Harinoro	Midwife, Referent in pediatric care, CHU Mahajanga

4) Training in Cambodia (Training cycle management), 28/05/2007- 20/07/2007

Training institution: Materna land child health National center of Cambodia

Name	Function
RAHERISOANJATO Annie	Vice Director, Maternal health bureau , DSME
IHANGY Pamphile	Director, training Unit, CME Mahajanga
VELONJARA Alice Olga	Doctor, Neonatal Unit, CME Mahajanga
RAMILJAONA Julio	Section Chief, Sanitary bureau

5) Training in Brazil (Midwifery care) 16/02/2008- 05/03/2008

Training institution: Sofia Feldman Hospital

Name	Function
RAFARATIANA Léa Félicia	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga
ANDRIAMIRADO Herimanana Juanita	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga
RAZAFINDRAMANGA Cécile	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga
RAZANAMALALA Jeannette	Midwife CSB Mahabibo, district of Mahajanga I
ZARASOA Victorine	Midwife , CSB Belobaka, district of Mahajanga II
RAMANANTSOA Volaravaka	Midwife, Service ORL, CHU Mahajanga

6) Training in Maroc (Second course: Support to the maternal and child health) 10 to 27 June 2008

Training institution: Maternal reproduction health National Center of Orangers: Rabat-Maroc

Name	Function
RAZAFINDRATSARANORO Lanto	Midwife, Neonate Unit, CME Mahajanga

7) Training in Japan (Maternal and Child health for French speaking Countries) 27/01/09 to 07/03/09

Training institution: International cooperation office, International Medical Center of Japan

Name	Fonction
ARISON Nirina Ravalomanda	Director, DRSAS Boeny
RAVELOARIVONY Angeline	Person in charge of MCH , SDAS Mahajanga II
RAZANAMASY Marie Jacqueline	Department chief of monitoring-evaluation, DSME/MSPF

8) Training in Maroc (Fourth course: Support to the maternal and child health) 09 to 26 June 2009

Training institution: Maternal reproduction health National Center of Oranges: Rabat-Maroc

Name	Function
RABENJAMINA Dinasoa	Doctor, Neonate Unit, CME Mahajanga

9) Training Unit (Maternal and Child health for French speaking Countries) 09/06/09 to 18/07/09

Training institution: International cooperation office, International Medical Center of Japan

Name	Function
RAKOTONIRINA Simon	Director, DSME/MSPF
RAHELINORO Noëline Claire	Doctor, Safe motherhood
SOANARENINA Florentine	Person in charge in Nutrition/PCIME, DRSAS Boeny

10) Training in Brazil (Midwifery care) 08/10/09 to 01/11/09

Training institution: SOFIA FELDMAN Belo Horizonte Hospital

Name	Function
RAKOTOZANANY Pascal Georges Bruno	Chief Doctor CSBU Mahabibo
RANDRIANARISOA Jean Jacques Arsène	Chief Doctor CSB2 Tsararano
RANDRIARIMANGA Zoéline Albertho	Midwife CSB Tanambao SOTEMA
RANDRIANARISAINA Esméralda	Midwife CSB Amborovy
ZAFIZANAKA Mélanie Thérance	Midwife CME CHU Androva, Mother Unit
RAHELINANTENAINA Voahirana	Midwife CME CHU Androva , Mother Unit
RAVAOARIMALALA Léonie Ignace	Midwife CME CHU Androva, Neonate Unit
RATOLOJANAHARY Dauphin Andriamparany	Doctor Neonate Unit CME CHU Androva

11) Training in Japan (Delivery and birth Humanization) 12/10/09 to 19/12/09

Training institution: Home delivery of Matsugaoka

Name	Function
RANALISOA Hantanirina Vanina	Midwife CSBU Mahabibo
RAZAFINDRATIANA Suzelle	Midwife CME CHU Androva

Annex V List of Counterparts

< Members of Joint Coordinating Committee >

From September 2008 to March 2009

Name	Function	Relation to the Project
RAHANTANIRINA Marie Perline	Vice Minister	JCC chair person
RASAMIHAJAMANANA Eugénie Claire	Director general, maternal and child health bureau	Project Director
ARISON Nirina Ravalomanda	Director, DRSP Boeny	Project Manager
RASOLOFOMAHEFA Dieudonné Hubert	Health Director general	JCC member
RASOARANTO Ravelonirina Myriame	Director general, social protection bureau	JCC member
RAKOTOELINA Bako Nirina	Director general, Family Planning bureau	JCC member
RASOANAIVO Aimée	Director general, Referral bureau	JCC member
ANDRIAMBELO Raharinosy Lala	Director general, District development bureau	JCC member
SOLOFONIRINA Lucie	Director general, Health promotion bureau	JCC member
RANDRIAMANANTENA Marcellin	Director general, Human resource bureau	JCC member
RANDRIANARIMANANA Dieudonnée	Chief Secretary	JCC Observer
RALISON Andrianaivo	Director of CHUM Mahajanga	JCC member

December 2008: change of some persons in charge in Ministry of Health:

Name	Function	Relation to the project
RAKOTONIRINA Simon Christophe	Director general, maternal and child health bureau	Project Director
RAHARISON Serge	General Secretary of health Ministry and family planning	JCC member
RANDRIAMANATIANA Samuel	Director, Basic health bureau	JCC member
RAKOTO Léon Jean	Director, Referral hospitals bureau	JCC member

From May 2009: members of health Ministry staff integrated in JCC

Name	Function	Relation to the project
RAKOTONDRAMARINA Dimisoa Bell	Special Advisor, Vice Prime Minister Office	JCC Chair person
RAKOTONIRINA Simon Christophe	Director general, maternal and child health bureau	Project Director
ARISON Nirina Ravalomanda	Director, DRSP Boeny	Project Manager
TAFANGY Philémon Bernard	General Secretary of health	JCC member
MITSIMBINA Rakoto Isidore	Director, Basic healthcare bureau	JCC member
ANDRIAMAHAZOMANDIMBY Jean	Director of Hospital System	JCC member
RANAIVOARIMANANA Philibert	Director , Human Resources bureau	JCC member

< Ministry of Health and Family Planning >

Name	Function	Relation to the project
RAHERISOANJATO Annie	Vice director, Maternal health bureau	Maternal and child health
RAHELINIRINA Ratsaraibe Faramalala	Section chief, Maternal health division, maternal health bureau	Maternal and child health, JCC member
RAZANAMASY Marie Jacqueline	Section Chief, Pediatric division, maternal health bureau	Maternal and child health, JCC member
RAHARISOA Marie Bernadette	Monitoring and evaluation division, Maternal health bureau	Maternal and child health
RAMANOELINA Saholiarisoa Elisa	Monitoring and evaluation division, Maternal health bureau	Maternal and child health

< Health regional bureau and family planning of Boeny >

Name	Function	Relation to the project	Remarks
RAKOTOMAHEVA Maurice	Section chief, Maternal and Child health	Study Group, Working group, JCC member	
RABESON Rosalie	Person in charge of reproduction health	Study Group	
RAVONIARIVELO Robertine	Person in charge of C-IMCI / Nutrition	Public health/ Maternal and child health	Transferred to other function
RAZAFIARISOA Berthe	Collaborator, reproduction health	Study Group	
TONGA Denise	Collaborator, Nutrition	Public health/ Maternal and child health	

Name	Function	Relation to the project	Remarks
AVANANTSOA Sophie	Person in charge of Vaccination	Public health/ Maternal and child health	
RASOLOFOMANANA Armand	Section Chief, International health bureau	Study Group	
RAMILJAONA Julio	Section Chief, Sanitary bureau	Working group, Study Group	
RAZANAMALALA	Counselor, Midwifery school	Study Group	
SOANARENINA Florentine	Person in charge C-IMCI / Nutrition	Study Group	Hold another position from January 2009

< Health district department and Social protection >

Name	Function	Relation to the project	Remarks
RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé	Chief of District office of SDSPS of Mahajanga I	Working group, Study Group, JCC member	
SOANIRINA Emma	Vice manager Mahajanga I district	Public health/ Maternal and child health	Transferred
ANDRIANARISOA Vonimboahangy Rachel	Subsection chief, maternal health, Mahajanga I district	Study Group	Becomes technical vice of Mahajanga I
RASAMOELISOLONJATOVO René	Chief of District office of SDSPS of Mahajanga II	Working group, Study Group, JCC member	
RASOANIRINA Euphrasie	Person in charge of reproduction health, Mahajanga II	Public health/ Maternal and child health	
RAVELOARIVONY Thérèse Angeline	In charge of maternal health, Mahajanga II district	Public health/ Maternal and child health	
RAZANAMALALA Jeannette	Midwife, CSB Mahabibo, Mahajanga I	Care during pregnancy and childbirth, Counterpart	
ZARASOA Victorine	Midwife, CSB Belobaka, Mahajanga II	Care during pregnancy and childbirth, Counterpart	

< CHU of Mahajanga >

Name	Function	Relation to the project	Remarks
RALISON Andrianaivo	Director	Working group, JCC member	
ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory	Vice director	Working group	
RAZANAKINIAINA Olga	Director nursing department	Study Group	
BEANJARA Agnès	Head nurse, pediatrics	Maternal and child health	
RAMANAKOTO Harinoro	Midwife, care referent , Pediatrics	Study Group	
RAFARAMIHAMINA Jeannette	Head nurse/family planning	Study Group	
RAMANANTSOA Volaravaka	Head nurse, Otorhinolaryngology	Maternal and child health	
RAMANAMBAHY Valisoa Jocelyn	In charge of statistics	Health economics	
HARIMALALA Romule	In charge of facility	Equipping maintenance	
RAZANAKOTO Lanto Mikanony	In charge of maintenance	Equipping maintenance	
LALAOHARISOA Clarisse	Head manager	Health economics	
RANDAHOARISON Pierana Gabriel	Professor, obstetrics and gynecology	Maternal and child health, JCC member	Appointed Head of CME from May 09
ANDRIANARIMANANA Diavolana	Professor, pediatrics	Maternal and child health	
RAFARALALAO Lucienne	Head of CME	Working group	retire

Name	Function	Relation to the project	Remarks
IHANGY Pamphile	Director, training department, CME	Study Group	
ANDRIAMIANDRISOA Aristide	Director, Mother Unit, CME	Study Group	
RAKOTOARISOA Honoré Christophe	Doctor, Mother Unit CME	Maternal and child health	
RABESANDRATANA Helimina Norotiana	Chief, Neonate Unit, CME	Study Group	
VELONJARA Alice Olga	Doctor, Neonate Unit CME	Maternal and child health	
RALINORO Justine	General supervisor, CME	Study Group	
RASOANOROLALA Ravaka	Midwife, head nurse, Training Unit, CME Mahajanga	Study Group	
RAFARATIANA Léa Félicia	Midwife, head nurse, Mother Unit, CME Mahajanga	Study Group	
RALIBENJA Narindra	Nurse, head nurse, Neonate Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	
RAZAIARIMANANA Fidèle	Nurse, head nurse, Surgery Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	
RAVELOARINARIVO Malala Tiana	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	
ANDRIAMIRADO Herimanana Juanita	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	
RAZAFINDRAMANGA Cécile	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	
RAZAFINDRATSARANORO Lantoso	Mahajan Midwife, Neonate Unit, CME Mahajanga ga	Maternal and child health	
RAZAFITSOA Nivoarimalala	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	

Name	Function	Relation to the project	Remarks
RAZANAMAHA FEHY Maran'ata	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	
RAZAFINDRANASY Suzanna	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	
RAHELINANTENAINA Voahirana	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	
RAZAIARIVELO Linah	Midwife, Mother Unit, CME Mahajanga	Maternal and child health	

マダガスカル共和国母子保健サービス改善プロジェクト プロジェクトデザインマトリックス

プロジェクト期間 3年間 (2007年2月～2010年1月)

実施機関 マダガスカル共和国保健家族計画省

要約 上位目標 マダガスカル共和国の母子保健分野の保健政策及びプログラムが強化される。	指標 プロジェクト成果が、マダガスカル共和国の特に母子保健分野の保健政策及びプログラムに反映される。	指標入手手段 母子保健国家政策 母子保健国家プログラム	外部要因
<p>プロジェクト目標</p> <p>マジヤンガ州ブエニ県の住民に對して根拠に基づいた質の高い母子保健サービスが提供される。</p>	<p>1) ブエニ県パイロット地区において、出産・出生における人間的ケアの実施率が増加</p> <p>2) ブエニ県パイロット地区において、正常分娩への不必要な医療介入が減少</p> <p>3) ブエニ県パイロット地区において、出産での医薬品適正利用率が増加</p> <p>4) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス利用者の満足度が向上</p> <p>5) ブエニ県パイロット地区において、母子保健サービス提供者の能力が向上</p> <p>6) ブエニ県において、絶対的母体適応による帝王切開率が増加</p>	<p>ブエニ県衛生統計 病院統計 プロジェクトによる調査</p>	<p>国の経済状況が急激に悪化しない。</p>

<p>成 果</p> <p>1. ブエニ県で人間的ケアと根拠に基づいた医療を提供するための人材育成システムが構築される。</p>	<p>1.1 ブエニ県保健・家族計画局・郡保健事務所・CMEが協働して、母子保健分野の卒業継続研修のための研修組織が設置される。</p> <p>1.2 上記研修組織を中心に、根拠に基づいたケアの研修モジュールが策定される（各医療職ごと）。</p> <p>1.3 ブエニ県パイロット地域の母子保健サービス提供者が、根拠に基づいたケアの研修を修了する（研修修了時に評価を実施）。</p> <p>1.4 研修の実施数及び修了者数</p>	<p>ブエニ県衛生統計 プロジェクトによる調査</p>	
<p>2. ブエニ県において人間的ケアの考え方を反映させた地域保健システムのモデルが構築される。</p>	<p>2.1 コミュニティ IMCI と新生児ケアの実施サイト数</p> <p>2.2 コミュニティ IMCI と新生児ケアの利用率</p> <p>2.3 医療従事者による地域保健員の活動フォローアップ実施数</p> <p>2.4 県保健局、郡保健事務所、及びコミュニティが行った協働活動のフォローアップと評価数</p> <p>2.5 地域保健員による活動の質が向上</p> <p>2.6 コミュニティと実施した協働活動の質が向上</p> <p>2.7 人間的ケアに関する啓発活動を実施した村（Fokontany）の数</p> <p>2.8 自宅分娩の登録数</p>	<p>ブエニ県衛生統計 プロジェクトによる調査</p>	<p>母子保健政策が変更されない。</p>
<p>3. ブエニ県の母子保健サービスモデルが各活動レベル*で構築される。</p>	<p>3.1 スーパービジョン時に策定された提言や計画の数</p> <p>3.2 緊急産科・新生児ケアにアクセスするための、地域から保健施設へのリファラル・システムのモデル数</p> <p>3.3 緊急産科・新生児ケアにアクセスするための地域から保健施設へのリファラル・システムの機能性</p> <p>3.4 URSR(リファラルシステム強化組織)の活動時の会議録や報告書の数</p> <p>3.5 SBAの業務規範</p> <p>3.6 人間的ケアに対する環境が明らかに改善される</p>	<p>ブエニ県衛生統計 プロジェクトによる調査 巡回指導報告書</p>	

*各活動レベルとは、県レベル（大学病院）、郡レベル（郡病院・保健センター）、地域（コミュニティ及び村）レベルを指す。

活動	投入	マダガスカル
<p>1.1 ブエニ県保健・家族計画局・郡保健事務所・マジャンガ母子保健施設協力の下、母子保健サービス向上研修を編成するための県研修担当室の機能を再活性化させる。</p> <p>1.2 人間的ケアと根拠に基づいたケアの研修に必要なマネジメントツールを開発整備する（マニュアル、資料、教材、機材その他）。</p> <p>1.3 医療従事者の人間的ケアと根拠に基づいた医療に関する能力を向上させるために、必要な研修を実施する。</p> <p>1.4 医療施設における利用者と家族の受入体制を改善するために、医療施設で働く人々に対して研修を実施する。</p> <p>1.5 サービス責任者及び医療施設管理者のリーダーシップを育成、改善するための研修を実施する。</p> <p>1.6 研修指導者数の増加と能力向上のためフォローアップとリフレッシュャー研修を実施する。</p> <p>1.7 人間的ケアと根拠に基づいた医療の考え方を広めるため、すべての医療従事者を対象としたワークショップや検討会を実施する。</p> <p>1.8 人間的ケアと根拠に基づいた医療を（医学部と看護・助産学校の）卒前教育に導入する。</p> <p>1.9 パイロット施設での母子保健サービス実施に最低限必要な機材の予防的保守点検管理システムに関する研修実施。</p> <p>2.1 人間的ケア実施のため、地域との協働を再活性化させる。</p> <p>2.2 協働の方策について、母子保健にかかわる医療従事者の会議を、各レベル（県・郡・医療施設）で実施し、次いで全レベル及び地域でも実施する。</p> <p>2.3 コミュニティIMCIと新生児ケアの活動を実施する。</p> <p>2.4 自宅分娩の登録を強化する。</p> <p>2.5 ブエニ県保健・家族計画局・郡保健事務所・地域の関係者が、協働のシステムの関するフォローアップと評価を実施する。</p> <p>3.1 ブエニ県保健家族計画局・郡保健事務所が支持的スーパービジョンと活動の進捗フォローアップを実施する。</p> <p>3.2 地域レベルで緊急産科・新生児ケアにアクセス可能なリファラル、カウンター・リファラルのモデルを構築する。</p> <p>3.3 母子に対する人間的ケアに必要な医療施設内の環境を整備する。</p> <p>3.4 SBAの業務規範を策定する。</p> <p>3.5 URSR（リファラルシステム強化組織）の機能の再活性化。</p>	<p>1. 技術協力専門家</p> <p>(1) 長期専門家</p> <ul style="list-style-type: none"> - チーフアドバイザー/公衆衛生 - 母子保健 - 業務調整/研修マネジメント <p>(2) 短期専門家</p> <ul style="list-style-type: none"> - 新生児科 - 産婦人科 - 妊産婦ケア - コミュニケーション/組織開発 - 医療経済 - 疫学 - 施設/機材管理 - その他プロジェクト目標達成に必要と判断される他の専門家 <p>2. 本邦研修</p> <ul style="list-style-type: none"> - 年間5名、1カ月間 <p>3. 第三国技術交換（ブラジル）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 年間5名、2週間 <p>4. 第三国技術交換（カンボジア）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5名、2週間 <p>5. 機材供与</p> <ul style="list-style-type: none"> - 教育研修機材 - 基本的医療機材 - 情報管理機材 - 車両 - その他プロジェクト目標達成に必要と判断される他の機材 <p>6. 在外事業強化費</p>	<p>1. 主なカウンタートパー</p> <p>(1) 中央省庁</p> <ul style="list-style-type: none"> - 保健・家族計画省母子保健局長 - 保健・家族計画省家族計画局長 - 保健・家族計画省保健地域開発局長 - 保健・家族計画省リファラル病院局長 - 保健・家族計画省人材局長 <p>(2) ブエニ県</p> <ul style="list-style-type: none"> - ブエニ県保健・家族計画社会保障局長 - ブエニ県保健・家族計画社会保障局 - 母子保健担当課長 - ブエニ県内各郡保健事務所長 - マジャンガ大学病院センター長 - マジャンガ母子保健施設長 <p>2. 施設</p> <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト事務所 - (マジャンガ母子保健施設、ブエニ県保健・家族計画局、保健・家族計画省) <p>3. 運営費</p> <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト事務所維持管理経費

4. 評価グリッド

実績と実施プロセス

評価項目	必要データ	情報源	データ収集方法	Remarks
A. 上位目標達成度				
A-1. マダガスカル共和国の母子保健分野の保健政策及びプログラムが強化される。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト成果の、母子保健分野の保健政策及びプログラム、への反映度 	<ul style="list-style-type: none"> 保健・家族計画省 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー 質問票 	
B. プロジェクト目標達成度				
B-1. マジャンガ州ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた質の高い母子保健サービスが提供される。	<ul style="list-style-type: none"> パイロット地区での、出産・出生における人間的ケア実施率 パイロット地区での、正常分娩への不必要な医療介入頻度 パイロット地区で、出産における医薬品適正利用率 パイロット地区での、母子保健サービス利用者満足度 パイロット地区での、母子保健サービス提供者の能力向上度 ブエニ県での、絶対的母体適応による帝王切開率 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトによる調査 統計 専門家 C/P 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー 質問票 	
C. 成果達成度				
C-1. ブエニ県で人間的ケアと根拠に基づいた医療を提供するための人材育成システムが構築される。	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健分野の卒後継続研修組織の設置状況 根拠に基づいたケアの研修モジュール策定状況（マニュアル、研修教材等の作成状況） 根拠に基づいたケアの研修実施状況 研修の実施数及び修了者数 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー マニュアル、教材確認 インタビュー 	
C-2. ブエニ県において人間的ケアの考え方を反映させた地域保健システムのモデルが構築される。	<ul style="list-style-type: none"> コミュニティ IMCI と新生児ケアの実施サイト数 コミュニティ IMCI と新生児ケアの利用率 医療従事者による地域保健員の活動フォローアップ実施数 県保健局、郡保健事務所、及びコミュニティが行った協働活動のフォローアップ 地域保健員による活動の質の向上度 コミュニティと実施した協働活動の質の向上度 人間的ケアに関する啓発活動を実施した村の数 自宅分娩の登録数 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー 	
C-3. ブエニ県の母子保健サービスモデルが各活動レベルで構築される。	<ul style="list-style-type: none"> スーパービジョン時に策定された提言や計画の数 緊急産科・新生児ケアにアクセスするための、地域から保健施設へのリファラル・システムのモデル数 緊急産科・新生児ケアにアクセスするための地域から保健施設へのリファラル・システムの機能度 URSR(リファラル・システム強化組織)の活動時の会議録や報告書の数 SBA の業務規範 人間的ケアに対する環境の改善状況 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー 	

D. 投入実施状況				
D-1. 日本側投入	<ul style="list-style-type: none"> ● 専門家派遣状況 ● 本邦研修実施状況 ● 機材供与実施状況 	<ul style="list-style-type: none"> ● JICA ● プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー 	
D-2. マダガスカル側投入	<ul style="list-style-type: none"> ● C/P 配置状況 ● プロジェクト予算実行状況 ● 建物、設備、機材の状況 	<ul style="list-style-type: none"> ● JICA ● プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー 	
E. プロジェクト実施プロセス				
E-1. プロジェクトのマネジメント体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 意思決定プロセス ● モニタリング（プロジェクト進捗管理）体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● 専門家 ● C/P 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
E-2. 専門家と C/P のコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ● スタッフ会議の頻度 ● 日常のコミュニケーションの状況 	<ul style="list-style-type: none"> ● 専門家 ● C/P 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
E-3. オーナーシップの確立	<ul style="list-style-type: none"> ● C/P の認識変化 	<ul style="list-style-type: none"> ● 専門家 ● C/P 	<ul style="list-style-type: none"> ● インタビュー ● 質問票 	
E-4. 技術移転の方法	<ul style="list-style-type: none"> ● 技術移転手段の妥当性 	<ul style="list-style-type: none"> ● C/P ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● インタビュー ● 質問票 	
E-5. PDM の変更	<ul style="list-style-type: none"> ● PDM の変更有無、理由 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー 	

5 項目評価

評価項目	必要データ	情報源	データ収集方法	
1. 妥当性				
1-1. プロジェクト目標、上位目標と政策との整合性	<ul style="list-style-type: none"> ● 国家開発計画 ● 母性保健政策 ● 小児保健政策 ● 関連政策、計画 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健家族計画省 ● プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● 質問票 	
1-2. プロジェクト目標、上位目標と受益者ニーズとの整合性	<ul style="list-style-type: none"> ● 母子保健サービス実施者のニーズ ● 母子保健サービス利用者のニーズ 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● C/P ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● 質問票 ● インタビュー 	
1-3. 日本の対マダガスカル協力政策との整合性	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本の対マダガスカル協力方針、計画、重点分野 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本外務省 ● JICA 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー 	
1-4. 日本による協力の優位性	<ul style="list-style-type: none"> ● 過去の類似分野協力実績 ● C/P、専門家による見解、評価 	<ul style="list-style-type: none"> ● JICA ● C/P ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● 質問票 ● インタビュー 	
2. 有効性				
2-1. プロジェクト目標の達成度、見込み	B-1 参照	B-1 参照	B-1 参照	
2-2. プロジェクト目標達成のための外部条件の状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 母子保健政策 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健家族計画省 ● プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
2-3. プロジェクト目標達成に貢献した要因	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト目標達成に貢献した要因の有無、内容 	<ul style="list-style-type: none"> ● C/P ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
2-4. プロジェクト目標達成の阻害要因	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト目標達成の阻害となった要因の有無、内容 	<ul style="list-style-type: none"> ● C/P ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
3. 効率性				
3-1. 成果達成度	C-1～C-3 参照	C-1～C-3 参照	C-1～C-3 参照	
3-2. 投入の質、量、タイミングの適正度				
3-2-1. 専門家	<ul style="list-style-type: none"> ● 人数、専門分野。派遣期間。派遣時期の適正度 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● C/P ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
3-2-2. 日本側提供機材	<ul style="list-style-type: none"> ● 機材内容、導入時期の適正度 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● C/P ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 ● 目視 	
3-2-3. 本邦研修	<ul style="list-style-type: none"> ● 人数、研修分野、研修期間、研修時期の適正度 ● 研修フィードバック 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● C/P ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
3-2-4. C/P の配置	<ul style="list-style-type: none"> ● 人数、専門分野、能力の適正度 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
3-2-5. マダガスカル側提供施設・建物・機材	<ul style="list-style-type: none"> ● 提供施設・建物・機材の適正度 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 ● 目視 	
3-2-6. 費用	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト支出の適正度 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
3-3 合同調整委員会の機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 開催頻度 ● プロジェクトへの影響度 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	
3-4. 実施機関以外の組織との連携	<ul style="list-style-type: none"> ● 連携の有無、内容。 	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト ● 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> ● 資料レビュー ● インタビュー ● 質問票 	

4. インパクト				
4-1. 上位目標の達成負度、見込み	A-1 参照	A-1 参照	A-1 参照	
4-2. 予期されていなかったプロジェクト実施によるインパクト	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト実施が及ぼした正・負のインパクト（経済面、社会面、環境面、技術面、組織面等） 	<ul style="list-style-type: none"> C/P 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> インタビュー 質問票 	
5. 自立発展性				
5-1 組織・財務面				
5-1-1. プエニ県の母子保健サービス実施体制・組織	<ul style="list-style-type: none"> プエニ県保健・家族計画局組織図、人員数 将来計画 	<ul style="list-style-type: none"> 保健・家族計画省 プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー 質問票 	
5-1-2. プエニ県の母子保健サービス実施予算	<ul style="list-style-type: none"> 収入状況 支出状況 将来計画 	<ul style="list-style-type: none"> 保健・家族計画省 プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー 質問票 	
5-2 制度・政策面				
5-2-1. 政府による母子保健サービス政策・計画	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健政策・計画 政情変化に伴う影響 	<ul style="list-style-type: none"> 保健・家族計画省 プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー 質問票 	
5-3. 技術面				
5-3-1. 技術の改善	<ul style="list-style-type: none"> C/P の能力、知識の向上度 C/P の離職状況、離職理由 採用計画 研修制度、計画 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト C/P 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー 質問票 	
5-3-2. 機材・施設のメンテナンス	<ul style="list-style-type: none"> メンテナンスの計画と実施状況 メンテナンスマニュアルの有無 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト C/P 専門家 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー 質問票 	

5. 質問票の回答結果

評価調査団は、質問票として、プロジェクト向け（プロジェクト・ディレクター）、C/P向け、日本人専門家向けの3種類用意し、配付した。質問票はそれぞれ添付のとおりである。その結果、プロジェクト、C/P47名、日本人専門家3名から回答を得た。プロジェクト及び日本人専門家の回答結果は、評価において参考とした。以下、C/P向け質問票の回答結果について示す。

カウンターパート向け質問票の回答結果概要

調査対象：C/P56名に配布したところ、47名より回答を得た。

回答者の属性は下記のとおり。

保健・家族計画省	7
ブエニ県保健・家族計画局	5
マジュンガ1郡郡保健局・CSB	3
マジュンガ2郡郡保健局・CSB	7
CHUM・IFIRP	10
CME	15

調査期間：2009年10月下旬から11月上旬にかけて回収

質問票のうち、選択式質問に対する回答内訳を以下にまとめた。記入式質問については、回答結果の一部を記す。

I. プロジェクト実施プロセスに関する質問

1) 専門家とのコミュニケーションは良かったか

大変良好	23	48.9%
良好	22	46.8%
まあ良い	0	0.0%
悪い	0	0.0%
その他・わからない	0	0.0%
無回答	2	4.3%

2) 専門家の技術移転アプローチは適切だったか

大変適切	23	48.9%
適切	16	34.0%
不適切	3	6.4%
その他・わからない	1	2.1%
無回答	4	8.5%

「不適切」の内容として、機器の使用・整備に関して技術移転が不十分との回答があった。

3) 専門家の数、専門性、管理能力は適正だったか

大変適正	15	31.9%
適正	19	40.4%
まあ適正	1	2.1%
適正でない	1	2.1%
その他・わからない	3	6.4%
無回答	8	17.0%

専門家の数が（ブエニ県を対象とするには）少ないとの回答が複数あった。

II. 評価5項目に関する質問

1. 妥当性

プロジェクトは受益者（ブエニ県住民及び母子保健サービス関係者）のニーズに合致していたか

完全に合致	31	66.0%
ある程度合致	13	27.7%
合致していない	1	2.1%
その他・わからない	0	0.0%
無回答	2	4.3%

2. 有効性

1) プロジェクト目標は終了までに達成できるか

十分に達成	22	46.8%
ある程度達成	17	36.2%
達成しない	0	0.0%
その他・わからない	0	0.0%
無回答	8	17.0%

「ある程度達成」と答えた回答者は、その説明として次のような点を挙げている。

- ・ プロジェクト期間3年間は短い。
- ・ すべての健康推進員に研修を実施する必要あり。
- ・ パイロット地区以外にも活動すべき。
- ・ パイロット地区における人間的ケアの実施結果の分析と、実施のシステム化（資源、構成、手続き）が必要。
- ・ プロジェクトでは妊産婦と新生児ケアに関しては実施したが、新生児以降の子どものケアは扱っていない。

2) 自身の能力はプロジェクト目標達成に寄与するほどに向上したか

十分に向上	19	40.4%
ある程度向上	19	40.4%
向上していない	2	4.3%
その他・わからない	4	8.5%
無回答	3	6.4%

3. 効率性

本邦研修・第三国研修は能力向上に役立つ満足なものだったか

大変満足	21	44.7%
満足	12	25.5%
不満	0	0.0%
その他・わからない	3	6.4%
研修に参加していない	5	10.6%
無回答	6	12.8%

(注：本プロジェクト以前に参加した研修について回答した回答者もいると思われる)

4. インパクト

想定していなかった何らかのプロジェクトによる正負いずれかのインパクトはあったか

次のような回答があった。

- ・ 本邦研修・第三国研修参加により昇進したスタッフが多数いる。
- ・ 母子手帳の試験導入は妊産婦に好評。
- ・ 人間的ケアによるマダガスカル側スタッフや保健推進員の意識・行動の変化。
- ・ EBMにより不要な治療が減り、支出が削減できた。
- ・ 人間的ケア研修の受講者と一部の非受講者の間に意識のギャップが生じた。

5. 自立発展性

ブエニ県ではプロジェクト期間中と同様の母子保健サービスの提供を、プロジェクト終

了後も継続あるいは拡大できるか

十分に提供可能	3	6.4%
ある程度提供可能	25	53.2%
提供できない	4	8.5%
その他・わからない	11	23.4%
無回答	4	8.5%

本質問については、「ある程度提供可能」「その他」の回答とともにその理由・内容を記述した回答が多くあった。主な内容は次のとおり。

<財政面>

- ・ 活動資金の確保のため、別のパートナーを見つけるか、政府予算による手当てが必要。
- ・ 現在の政治状況では、政府の予算投入は見込めない。
- ・ 活動に必要な機器や消耗品の整備・購入予算を確保する当てがない。

<政策面>

- ・ 政府の方針次第である。政府がこのプロジェクトをどの程度重視しているかによる。
- ・ 活動を拡大するには政府の支援と日本人専門家の協力継続が必要。
- ・ 政情が好転すれば、国内他県にも活動を拡大できる。北部地域は既に興味を示している。

<技術面>

- ・ 知識、技能は既に移転されている。
- ・ 母子保健の研修を受けたばかりなので、まだ経験は不十分。日本人専門家のサポートはまだ必要。
- ・ 経験を積んだスタッフの数はまだ少ない。
- ・ トレーナーの知識・能力はプロジェクト終了後も残る。

<その他>

- ・ プロジェクト関係者全員が母子保健の改善に前向きであれば、自立発展性はある程度確保できる。
- ・ 人間的ケアの継続性は保健サービス従事者各個人の意思に依存する。
- ・ 病院及び郡保健事務所のトップマネジメントの方針に左右される。

**Terminal Evaluation of the Project for Improvement of
Maternal, Newborn and Child Health Service
Questionnaire for the Project Director**

Dear Sir/Madam,

This is a questionnaire for the terminal evaluation of "the Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service" by Ministry of Health and Family Planning of Madagascar/JICA. The Project started in January 2007 for the duration of three years to January 2010. With less than three months remaining before the termination of the Project, we are now performing evaluation work on the various aspects of the Project.

This questionnaire is expected to be responded by the Project Director as its official views, so please provide answers carefully in consultation with responsible persons for each item.

The questions below are based on the five evaluation criteria, namely, relevance, effectiveness, efficiency, impacts and sustainability. Please answer them with supporting data/materials attached, if appropriate

Thank you for your cooperation.

JICA Evaluation Team

1. Questions about Relevance

- 1) Are there any changes in policy on maternal and child health under the current government?
- 2) Indicate the effects of the recent political unrest in the country on the Project, if any.

2. Questions about Effectiveness

- 1) Is the Project Purpose likely to be achieved at the completion of the Project? If so, apart from the indicators stated in the PDM, are there any reasons or evidences of the achievement?
- 2) Have you observed any negative factors to hinder the achievement of the Project Purpose during the Project period? Please elaborate them, if any.

3. Questions about Efficiency

- 1) Have quarterly reports and other progress reports, if any, of the Project implementation been prepared and submitted as scheduled?
- 2) In general, was communication between Japanese Experts and Madagascar Counterpart Personnel (C/P) good and frequent enough? Narrate the situation, including frequency of the periodical meetings and day-to-day conduct.
- 3) Has any kind of problems/troubles been observed with regards to the relation/communication between Japanese Experts and Madagascar C/P? If so, how have those problems/troubles been solved/overcome?
- 4) Has any kind of problems/troubles been observed with regards to the relation/communication

between the Project Team and JICA (Madagascar office and Head office)? If so, how have those problems/troubles been solved/overcome?

- 5) In the process of Project implementation, have you had any cooperation/joint activities with other government organizations/other donors/NGOs which are not directly involved in the Project? Please list such activities and explain how such activities have made the Project efficient.
- 6) Has Joint Coordinating Committee (JCC) been functioning properly? Elaborate the effects of JCC's function (advices, direction, etc.) on the Project.

4. Questions about Impact

- 1) How do you estimate the extent to which the Overall Goal of the Project will be achieved in the future? What are the reasons of the estimation?
- 2) Are there any impacts/effects of the Project, either positive or negative, which were not expected at the early stage of the Project? Those impacts could be social, environmental, economical or technological.

5. Questions about Sustainability

- 1) Has technology, i.e. knowledge, knowhow and skills, been transferred from Japanese Experts to C/P sufficiently? In other words, has C/P obtained knowledge/knowhow/skills, to sustain the Project activities without corporation of Japanese Experts?
- 2) Please illustrate the current situation of human resources engaged in maternal and child health service at the various levels in Boeni Region, with quantitative data of recent years, if available.
- 3) Is it reasonably expected that human resources and budget will be properly allocated to the activities of maternal and child health service in Boeni Region after the termination of the Project? Please show a plan of human resource allocation and budget allocation, if available.
- 4) Are there any possible negative factors to hinder the sustainability of the Project activities?

**Terminal Evaluation of the Project for Improvement of
Maternal, Newborn and Child Health Service
Questionnaire for the Individual Counterpart Personnel (C/P)**

Dear Sir/Madam,

This is a questionnaire for the terminal evaluation of "the Project for Improvement of Maternal, Newborn and Child Health Service" by Ministry of Health and Family Planning of Madagascar/JICA. The Project started in January 2007 for the duration of three years to January 2010. With less than three months remaining before the termination of the Project, we are now performing evaluation work on the various aspects of the Project.

In this questionnaire we ask you several questions for the purpose of evaluating the Project, from the viewpoint of: i) implementation Process and ii) five evaluation criteria; relevance, effectiveness, efficiency, impacts and sustainability of the Project. Although the analysis of collective answers may be presented in the evaluation report, the answer of each respondent will be kept confidential.

This questionnaire is designed to be responded by every C/P as individual, so please answer the question based on your own view or opinion. Fill in the questionnaire by ticking boxes and/or writing answers as instructed. You may skip some questions if they require information difficult to disclose for secrecy reason, or irrelevant to your activities in the Project.

Thank you for your cooperation.

JICA Evaluation Team

<i>Name of Respondent</i>	
<i>Title and organization</i>	
<i>Task/assignment in the Project</i>	

I. Questions about Project Implementation Process

- 1) Do you think that your communication with Japanese Experts has been good enough through the Project?
- Very Good Good Fair Bad Other/Do not know

Please specify the details and suggestions

- 2) Was the approach/method of Japanese Experts for technology transfer (transfer of knowledge/knowhow/skills) appropriate?
- Very appropriate Appropriate Not appropriate Other/Do not know

Please specify its reasons/provide the details

- 3) Do you think that the number, capability, and management ability of Japanese Experts were good enough for project activities in the Project?
- Very Good Good Fair Bad Other/Do not know

Please specify its reasons/provide the details

II. Questions based on Five Evaluation Criteria

1. Questions about Relevance

- 1) Do you think that the Project is consistent with the needs of the beneficiaries, i.e. inhabitants and maternal and child health service staff of Boeny Region?
- Yes, very much Yes, to some extent No Other/Do not know

Please specify its reasons

2. Questions about Effectiveness

- 1) Do you think the Project as a whole will achieve its Purpose, "Offrir aux habitants de la région de Boeny, les services de santé maternelle et infantile de qualité fondés sur le niveau de preuve (Evidence)", at the end of the Project period?
- Yes, very much Yes , to some extent No Other/Do not know

Please specify reasons

- 2) In your task/assignment in the Project, do you think that your own capability is now good enough to contribute to achieving the Project purpose?
- Yes, very much Yes, to some extent No Other/Do not know

Please specify details

3. Questions about Efficiency

- 1) If you have participated Counterpart Training in Japan or other countries under the Project, how did you find the Training in upgrading your capability?
- Excellent Satisfactory Not satisfactory Other/Do not know
 Not participated

Please provide the reasons/details

- 2) If you have participated Counterpart Training in Japan or other countries under the Project, how did you utilize knowledge knowhow/skills which you acquired in the training, in the Project after you returned?

Please provide the details

4. Questions about Impacts

- 1) Have you observed any kind of unexpected impacts of the Project, either positive or negative, on society, economy, environment or any, apart from previously projected effects?

If any, please specify

5. Questions about Sustainability

- 1) Do you think that in Boeny Region, the maternal and child health service which has been provided under the Project will be continuously provided or expanded after the end of the Project, without Japanese Experts? Please elaborate your answer by giving reasons
- Yes, very much Yes, to some extent No Other

Please provide the reasons

6. Other

Any comments on the Project?

Thank you very much for your kind cooperation.

マダガスカル共和国母子保健サービス改善プロジェクト終了時評価調査 専門家個人向け質問票

標記プロジェクトの終了時評価に関する情報収集の一環として、本質問票への回答をお願いいたします。本質問票はプロジェクトに参加された専門家個人のお考えをお伺いするものです。

質問は、以下の二つの観点から構成されております。

I. これまでの実施プロセスの観点

II. JICA 評価手法の 5 項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点

ご回答いただきました結果は、プロジェクトの実績・実施プロセスおよび 5 項目評価のひとつの判断材料とさせていただきますと考えております。なお、担当分野・業務においては該当しない設問等、回答が困難な設問に関しては、回答を省略していただいて結構です。

お忙しいところ恐縮ですが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

JICA 終了時評価調査団

専門家氏名	
担当分野	

I. これまでの実施プロセスに関する質問

1) 全体にプロジェクトの中で、担当分野の運営・管理は適切に推移していますか？

適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由

- 2) 担当分野の C/P とのコミュニケーションは頻度・方法・内容の観点から見て適切だったと思いますか？ これらの点での主要な課題と改善方法は何かと思いますか？

適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由・改善方法

- 3) 担当分野の C/P とのプロジェクト活動を通じて、概して C/P の意識・行動に変化が見られましたか？

良い変化があった 特に変化はなかった 悪い変化があった その他

変化の内容

- 4) 担当分野の C/P への技術移転方式/方法は適切だったと思いますか？一層適切と考えられる技術移転とするには、どのような改善策が求められると考えますか？

適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由・改善方法

II. 評価5項目に関する質問

1. 妥当性に関する質問

- 1) 本プロジェクトのデザイン (PDM) は、ブエニ県住民および母子保健サービス関係者のニーズに合致したものでしたか？

完全に合致 ほぼ合致 あまり合致せず その他

理由・内容

- 2) 本プロジェクト全体の目的やデザイン(PDM)を担当 C/P は完全に理解していますか？

完全に理解 ほぼ理解 あまり理解せず その他

理解が不足している点・理由

- 3) 本プロジェクトの目的やデザイン (PDM) はプロジェクトの途中で変更されています。それによってプロジェクトの妥当性 (政策や受益者ニーズとの整合性など) は改善されましたか。

改善された どちらかといえば改善された 改善されていない その他

理由

2. 有効性に関する質問

- 1) プロジェクト目標の「マジュンガ州ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた母子保健サービスが提供される」はプロジェクト終了までに達成されると思いますか？

目標通りに達成 ほぼ達成 あまり達成されていない その他

理由

- 2) プロジェクト目標の達成を阻害する要因があったとすれば、それは何ですか？ それはどのように改善されましたか？ あるいはどのように今後改善できると考えますか？

理由・改善方法

3. 効率性に関する質問

- 1) 専門家（長期・短期）の派遣人数、専門分野、派遣期間、派遣タイミングは技術移転のために適切でしたか？ 本プロジェクトの実施を更に効率的にするには、専門家の派遣をどのようにすべきですか？

非常に適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由・改善方法

- 2) 日本側供与機材の種類・量・設置時期はプロジェクトの効率的な実施のために適切でしたか？ 本プロジェクトの実施を更に効率的にするには、資機材の供与をどのように行うべきですか？

非常に適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由・改善方法

- 3) マダガスカル側は建物、設備、資機材等を適切に提供していましたか？ 本プロジェクトの実施を更に効率的にするには、これらの提供施設の内容等に何らかの改善策があると感じられましたか？

非常に適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由・改善方法

- 4) 研修員（本邦研修・第三国研修）の受入人数・分野・研修内容・研修期間・受入時期は適切でしたか？ プロジェクト実施を更に効率的にするには、研修生の受入をどのようにすべきと考えますか？

非常に適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由・改善方法

- 5) 現地業務費の負担額・内容・タイミングはプロジェクトの実施のために適切でしたか？
一層効率的な実施とするには、どのような改善方法がありますか？

非常に適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由・改善方法

- 6) C/P の人数・配置状況（他業務との兼任状況を含む）・能力はプロジェクト実施にあたって適切でしたか？ 更に効率的な実施を行うには、C/P の人員配置はどのようにあるべきですか？

非常に適切 ほぼ適切 不適切 その他

理由・改善方法

- 7) 合同調整委員会（JCC）の役割・機能はプロジェクトの実施に役立ったと考えられますか？ 更に役立つようにするには、合同調整委員会をどのように活用したらよいと考えますか？

非常に役立った ほぼ役立った あまり役立たず その他

理由・改善方法

8) 他政府機関や他ドナー、NGO との連携・共同作業があった場合、それによってプロジェクトがより効率的に実施できたと考えますか？

- 非常に効率的になった やや効率的になった 効率は変わらず
連携自体がなかった その他

理由

4. インパクトに関する質問

1) プロジェクトの上位目標「マダガスカル共和国の母子保健分野の保健政策およびプログラムが強化される」はプロジェクト終了後約3年以内に達成できると思いますか？

- 強く思う やや思う そう思わない その他

理由

2) プロジェクト開始前に想定した影響以外に、本プロジェクトの実施がもたらした何らかのプラスあるいはマイナスのインパクトはありましたか？ 環境、経済、社会面等において、何らかの影響があればお知らせください。

5. 持続可能性に関する質問

- 1) マダガスカル保健家族計画省は、プロジェクト終了後も、引き続き母子保健サービスの計画、実施、評価、フィードバックをプロジェクト活動と同様に実施し、さらに発展させていくことが可能だと思われますか？ 困難である場合は、何をしたら可能になりますか？

十分に可能 ほぼ可能 困難 その他

理由

- 2) C/P 今後、プロジェクトで使用された提供機材の維持管理・更新を自主的に行うと考えられますか？

可能 不可能 不明 その他

理由

- 3) ブエニ県における母子保健サービス提供者の人員配置は、今後、プロジェクトで実施した活動を持続・発展できる程度に継続・拡充されると思いますか？

継続される 困難である 不明 その他

理由

6. その他

その他ご意見等がありましたら記載してください。

ご協力ありがとうございました。

6. 供与機材一覧

機材名	メーカー、出版社	仕様、ISBN	購入価格
研修関連機材			
デスクトップ PC	Fujitsu	Fujitsu Desktop	2,541,000Ar
The Cochrane Library (CD)	John Wiley and Sons		US\$310
Dans les silences des mères	André Agard-Maréchal (Albin Michel)	ISBN-13: 978-2226176196	3,257 円
L'amour scientifique	Michel Odent (Jouvence)	ISBN-13: 978-2883532410	3,442 円
Ocytocine : l'hormone de l'amour : Ses effets sur notre santé et nos comportements	Kerstin Uvnäs Moberg (Le Souffle D'or)	ISBN-13: 978-2840582854	4,653 円
Le fermier et l'accoucheur : L'industrialisation de l'agriculture et de l'accouchement	Michel Odent (Médicis)	ISBN-13: 978-2853272247	3,955 円
Césariennes : questions, effets, enjeux : Alerte face à la banalisation	Michel Odent (Le Souffle D'or)	ISBN-13: 978-2840582830	3,838 円
Mère et bébé l'un contre l'autre : Du processus d'attachement à l'appartenance sociale	Willi Maurer (Le Souffle D'or)	ISBN-13: 978-2840582601	5,234 円
Anthologie de l'allaitement maternel	Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau (Jouvence)	ISBN-13: 978-2883532908	3,372 円
La naissance, un voyage : L'accouchement à travers les peuples	Muriel Bonnet Del Valle (Editions L'Instant Présent)	ISBN-13: 978-2916032016	5,700 円
Accoucher en sécurité : Plaidoyer pour choisir une naissance plus naturelle	Sophie Gamelin-Lavois (Vivez Soleil)	ISBN-13: 978-2880584436	3,372 円
Attendre un enfant et accoucher	Margot Thieux (Bayard)	ISBN-13: 978-2227137721	3,475 円
Les femmes et les bébés d'abord	Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin (Albin Michel)	ISBN-13: 978-2226127686	3,163 円
40 questions sur le métier de sage-femme : mieux comprendre l'activité et la responsabilité de	Carène Ponte, Françoise Nguyen et Marie-Agnès Poulain (Masson)	2-29407467-X	6,747 円

機材名	メーカー、出版社	仕様、ISBN	購入価格
la sage-femme			
Le nouvel art de la sage-femme	Lesley Ann Page (Elsevier)	ISBN-13: 978-2842995775	13,495 円
Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle	Yvonne Knibiehler (ENSP, Rennes)	978-2-85952-947-5	4,420 円
L'Apprentie sage-femme	Karen Cushman (L'Ecole des loisirs)	ISBN-13: 978-2211036757	2,209 円
Creative O.D.人間のための組織開発シリーズ	プレスタイム		50,000 円
新版/クリエイティブ ヒューマンリレーションズ人間関係トレーニングマニュアル	プレスタイム		100,800 円
Williams Obstetrics	Mcgraw-Hill Professional	ISBN-10: 0071413154	20,532 円
Williams Obstetrics 22nd Edition Study Guide	Mcgraw-Hill Professional	ISBN-10: 0071427821	8,961 円
マギーエプロン	JOICFP		35,400 円
妊娠シミュレーター	JOICFP		76,700 円
DVD「産む～私が産みました～」	矢島助産院		10,500 円
ビデオ「愛されるために生まれてきた」	株式会社テレマック	ISBN: 4-925162-10-1	3,800 円
ビデオ「もっと自由な出産を」フリースタイル出産の介助	三輪書店		8,000 円
ワイヤレスガイドシステム：携帯型送信機 1 個、受信機 4 個	TOA	TOA WT 1101 C11	147,000 円
ラップトップ型コンピューター (2 台)	FUJITSU	Ordinateur portable FUJITSU SIMENS	4,000,000Ar
高速印刷機	CANON	CANON IR 2018	5,000,000Ar
プリンター	HP	HP Laser jet P1005	700,000Ar
延長コード (4 個)	-	Lallonge 3500	20,000Ar
UPS (延長コード付き) (2 個)	UPS Technology	UTM 5	280,000Ar
自動定電圧装置(3 台)	Semtomi	Stabivoft Semtomi 1000w	414,000Ar
研修用配布資料と	Laureat	Machine a relirer	100,000Ar

機材名	メーカー、出版社	仕様、ISBN	購入価格
じ機 machine a reliure(1個)		20011501	
冷蔵庫（実習夜勤 用）（1個）	TOSHIBA	GRE 134	550,000Ar
プロジェクター(1 個)	Viewsonic	Video projecteur VIEWSONIC	1,900,000Ar
ホワイトボード(5 個)	-	Tableau Blanc 90*120 (3) Tableau Blanc 120*180 (2)	798,000Ar
ホワイトボード(3 個)	-	Tableau Blanc 90*120	450,000Ar
フリップチャート スタンド（1台）	-	-	165,000Ar
実習夜勤用 2 段ベ ット（3セット）	-	-	510,000Ar
実習用テーブル(2 台)	-	-	130,000Ar
実習用いす（4台）	-	-	80,000Ar
実習夜勤用マット レス（6枚）	-	-	228,000Ar
実習夜勤用マット レス（6枚）	-	-	228,000Ar
フリップチャート スタンド（1台）	-	-	165,000Ar
聴診器（2個）	-	Stethoscope bouleculaire	25,600Ar
血圧計（2個）	TENSOMED	CEO483	88,000Ar
子ども用体重計(1 個)	-	Pese bebe	198,000Ar
おとな用体重計(1 個)	-	Pese personne	44,000Ar
メジャー（1個）	-	-	2,500Ar
研修物品積載用テ ーブル（2個）	-	Table de discharge avec roulette	200,000Ar
メジャー(身長計) (1個)	-	-	2,500Ar
トラウベ（2個）	-	Stethoscope obstetrical de pinard en Alu	42,540Ar
出産介助用医療金 属セット（2箱）	-	GYN310	500,000Ar
おとな用身長計(1 個)	ADE	MZ10017	49,400Ar
新生児蘇生アンビ ューセット INSUFLATEUR DE REANIMATION POUR NOUVEAU NE（2セット）	FAZZINI Insufflator	FAZZINI	875,000Ar
新生児・幼児身長 計	Seca	TOISE BEBE MATELAS 0 A 99CM、Seca 210	527,200Ar

機材名	メーカー、出版社	仕様、ISBN	購入価格
TOISE BEBE			
助産ケア関連機材			
胎児ドップラー (10台)	株式会社 Hadeco	ES-101EX, 2MHz	360,000 円
トラウベ (10台)	中村医科		21,000 円
陣痛室用安楽イス: アクティブチェア (5台)	アトムメディカル	製品コード: 17019	320,000 円
陣痛室用クッション: 「60丸ビーズクッション」 (5個)	城野寝具		22,400 円
マット (1m 四方、 8枚)	石井化成工業	EJM-15	112,000 円
血圧計(19台)	Spengler	SPG400	1,738,500Ar
おとな用身長計 (16台)	T O I B E	Toise ruban Adult 2M	696,300Ar
おとな用体重計 (11台)	S E C A	Pese personne 160kg	3,143,800Ar
聴診器 (12台)	Spengler	Stetoscope spengler listoner double pavillon	1,620,000Ar
マット (1.4×1m、 2枚)	-	Yoga Mat 75*140	50,000Ar
分娩台	FANEM	Labor/delivery/recovery Bed MP 7697	US\$5,471
視聴覚教材作成機材			
デジタルビデオカメラ	キャノン	IXY	108,800 円
デジタルカメラ	キャノン	IXY	55,160 円
デジタルボイスレコーダー (2台)	三洋電機	ICR-S280RM	50,000 円
エコー用ディスク	BK Medical	Disque dur de l'echographe BK Medical	1,960,356Ar
コンピュータ関連機材			
ポータブル PC	Fujitsu	V 3515	3,894,000Ar
ソフトウェア (Anti-Virus)	Symantec	Norton AntiVirus 2007	13,200 円 + 220,000Ar
ハードディスク (500GB)	ロジテック	LHD-ED500FU2	77,100 円
自動定電圧装置 STAVOL	松永製作所	SVC-600-NDII	27,000 円
自動定電圧装置 STAVOL	松永製作所	SVC-1000-NDII	35,000 円
海外用交流定電圧 電源装置	SWALLOW	SWALLOW- AVR-1500E	48,000 円
デスクトップ型 コンピューター	-	Ordinateur Complet Pentium 4 E 2200	1,218,000Ar

機材名	メーカー、出版社	仕様、ISBN	購入価格
印刷機	キャノン	Photocopieur numerique CANON IR2018	3,400,000Ar
ラップトップ型コンピュータ	HP	550 DT 5270	2,000,000Ar
車両			
Land Creuser	TOYOTA		5,702,823 円
L200DC4X4 GL	MITSUBISHI		42,102,850Ar

(注) 1Ar は約 0.05 円

7. 研修コース一覧

(1) 本邦研修

研修名	期間	受入機関	参加者（役職）	
母子保健	2007年5月21日～ 2007年7月22日	国立国際医療センター	RAHARISOA Bernadette Marie	保健家族計画社会保障省 母子保健局 モニタリング・評価担当
			RAZAIARISOA Clarisse	保健家族計画社会保障省 母子保健局 母性保健課
			RABESON Rosalie Aimée	保健家族計画社会保障局 母性保健係長
			RABESANDRATANA Helimina Norotiana	マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 新生児科 部長
			RASOANOROLALA Ravaka	マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 看護師長
研修マネージメント	2008年5月13日～ 2008年6月15日	国立国際医療センター	RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé	マジャングI郡保健事務所 所長
			RASAMOELISOLONJATOVO René	マジャングII郡保健事務所 所長
			ANDRIANARISOA Vonimboahangy	マジャングI郡保健事務所 母子保健係長
			RAZANAKINIAINA Olga	マジャング大学病院センター 看護部 部長
			IHANGY Pamphile	マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 研修部 部長
助産ケア	2008年5月13日～ 2008年7月20日	松が丘助産院 国立国際医療センター	RAVELOARINARIVO Malala Tiana	マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 主任助産婦
			RAMANAKOTO Harinoro	マジャング大学病院センター 小児科 主任看護師
母子保健	2009年1月26日～ 2009年3月8日	国立国際医療センター	RAZANAMASY Marie Jacqueline	保健家族計画省 母子保健局 小児保健課長
			RAVELOARIVONY Thérèse Angeline	マジュンガII郡保健事務所 母子保健係長
母子保健	2009年6月8日～ 2009年7月19日	国立国際医療センター	ARISON NIRINA Ravalomanda	ブエニエ保健家族計画局 局長
			RAKOTONIRINA Simon Christophe	保健家族計画省 母子保健局 局長
助産ケア	2009年10月11日～ 2009年12月20日	松が丘助産院 国立国際医療センター	RAHARINORO Noeline Claire	保健家族計画省 母子保健局 母性保健課 課次長
			SOANARENINA Florentine	ブエニエ保健家族計画局 母子保健担当課 小児保健係長
産科ケア	2009年11月16日～ 2009年12月20日	国立国際医療センター	RANALISOA Hantanirina Vanina	マジュンガI郡保健事務所 マビブ保健センター 主任助産婦
			RAZAFINDRATIANA Suzelle	マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 主任助産婦
			RAKOTOARISOA Honoré Christophe	マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 産科主任

(2) 第三国研修

研修名	期間	受入機関(国名)	参加者(役職)	
研修マナー・ジメメント	2007年11月23日～ 2007年12月8日	国立母子保健センター (カンボジア)	RAHERISOANJATO Annie IHANGY Pamphile VELONJARA Alice Olga RAMILJAONA Julio	保健家族計画社会保障省 母子保健局 副局長 マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 研修部 部長 マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 新生児科 プエ二県保健家族計画局 医療社会課 課長
助産ケア	2008年2月16日～ 2008年3月5日	Sofia Feldman 病院 (ブラジル)	RAFARATIANA Léa Félicia ANDRIAMIRADO Herimanana Juanita RAZAFINDRAMANGA Cécile RAZANAMALALA Jeannette ZARASOA Victorine RAMANANTSOA Volaravaka	マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 看護師長 マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 助産婦 マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 助産婦 マジュンガ1郡保健事務所 マビブ保健センター 主任助産婦 マジュンガII郡保健事務所 ペルバカ保健センター 主任助産婦 マジャング大学病院センター 耳鼻咽喉科 看護師長 (助産婦)
出産と出生のビュー・マ ニゼーション	2008年9月13日～ 2008年9月29日	Sofia Feldman 病院 保健省、他 (ブラジル)	RAHELINIRINA Ratsaraibe RANDAOHARISON Pierana RAKOTOARISOA Honoré RAMANOELINA Saholiarisoa RAHAROTIANA Charlotte MINOARIVÉLO Hantanirina Léa	保健家族計画省 母子保健局 母性保健課長 マジュンガ大学産婦人科 教授 マジャング大学病院センター マジャング母子保健施設 産科主任 保健家族計画省 母子保健局 モニタリング・評価担当 保健家族計画省 母子保健局 緊急産科新生児ケア担当 マジュンガ看護・助産学校 主任

研修名	期間	受入機関(国名)	参加者(役職)	
出産と出生のヒューマン 二ゼーション	2009年10月8日～ 2009年11月1日	Sofia Feldman 病院 (ブラジル)	RAKOTOZANANY Pascal Georges Bruno	マジュンガ 郡保健事務所 マビブ保健センター センター長
			RANDRIANARISOA Jean Jacques Arsène	マジュンガ 郡保健事務所 ツアラノ保健センター センター長
			RANDRIARIMANGA Zoéline Albertho	マジュンガ 郡保健事務所 ソテマ保健センター 主任助産婦
			RANDRIANARISAINA Esméralda	マジュンガ 郡保健事務所 アングオルヴィ保健センター 主任助産婦
			ZAFIZANAKA Mélanie Thérance	マジュンガ 郡保健センター マジュンガ 郡保健センター 主任助産婦
			RAHELINANTENAINA Voahirana	マジュンガ 郡保健センター マジュンガ 郡保健センター 主任助産婦
			RAVAOARIMALALA Léonie Ignace	マジュンガ 郡保健センター マジュンガ 郡保健センター 主任助産婦
			RATOLOJANAHARY Dauphin	マジュンガ 郡保健センター マジュンガ 郡保健センター 主任助産婦

8. カウンターパート一覧

(1) マダガスカル側 カウンターパートの変遷

	2007年1月 ＜R/D締結は2006年10月＞	2007年6月 ＜第1回JCC＞	2008年9月 ＜第2回JCC＞	2008年12月 ＜保健省組織改編＞	2009年5月 ＜保健省組織改編＞
P/D	家族保健局長 Rahantanirina Marie Perline	母子保健局長 RASAMIHAJAMANANA Eugénie Claire	←	母子保健局長 RAKOTONIRINA Simon	←
P/M	プエニ県保健家族計画局長 ARISON NIRINA Ravalomanda	←	←	←	←
JCC 議長	次官 RALAINIRINA Paul Richard	副大臣（母子保健・社会保障担当） Rahantanirina Marie Perline	←	←	←
JCC 委員 ＜中央＞		次官 RALAINIRINA Paul Richard	（不在）	次官 RAHARISON Serge	次官 RAKOTONDRAMARINA Dimisoa
		保健総局長 RASOLOFOMAHEFA Dieudonné Hubert	←	←	保健総局長 Tafangy Philémon Bernard
		社会保障総局長 RASOARANTO Ravelonirina Myriame	←	←	←
	家族計画局長 RAKOTONOELINA Bako	←	←	←	←
	保健地域開発局長 RASOLOFOMAHEFA Dieudonné Hubert	保健地域開発局長 ANDRIAMBELO Raharinosy Lala	←	基礎保健サービス局長 RANDRIAMANANTIANA Samuel	基礎保健サービス局長 MITSIMBINA Rakoto Isidore
	県リファラル病院局長 RASOANAIVO Aimé	←	←	病院システム局長 RAKOTO Léon Jean	病院システム局長 ANDRIAMAHAZOMANDIMBY Jean
	人材局長 RANDRIANANDRASANA Eryck	人材局長 RANDRIAMANANTENA Marcellin	←	総務人材局長 RANDRIAMANANTENA Marcellin	人材局長 RANAIVOARIMANANA Philibert
	家族保健局 リプロダクティブ・ヘルス課 長 Rahelinirina Ratsaraibe Faramalala	母子保健局 母性保健課長 Rahelinirina Ratsaraibe Faramalala	←	←	←
	プエニ県保健家族計画局 母子保健担当 課長 RAKOTOMAHEVA Maurice	母子保健局 小児保健課長 RAZANAMASY Marie Jacqueline	←	←	←
＜県＞		←	←	←	←
	マジュンガ大学病院センター長 RALAIVY Florette	マジュンガ大学病院センター長 RALISON Andrianaivo	←	←	←
	マジュンガ母子保健施設長 （施設完工前のため不在）	マジュンガ母子保健施設長 Rafaralalao Lucienne	←	←	マジュンガ母子保健施設長 RANDAHOARISON Pierana

	2007年1月 <R/D締結は2006年10月>	2007年6月 <第1回JCC>	2008年9月 <第2回JCC>	2008年12月 <保健省組織改編>	2009年5月 <保健省組織改編>
			マジュンガII郡保健事務所長 RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé	←	←
			マジュンガII郡保健事務所長 RASAMOELISOLONJATOVO René	←	←

(2)プロジェクト運営に関わる(関わった)幹部

氏名	現職名	プロジェクトにおける役割(期間)	備考
RAKOTONIRINA Simon	母子保健局 局長	プロジェクトディレクター(2008.12～)	2009年度 本邦研修「仏語圏アフリカ母子保健」
ARISON Nirina Ravalomanda	プエニエ県保健家族計画局 局長	プロジェクトマネージャー(2007.1～)	2008年度 本邦研修「仏語圏アフリカ母子保健」
RAKOTOELINA Bako Nirina	家族計画局 局長	合同調整委員会 委員(2007.1～)	2005年度 本邦研修「仏語圏アフリカ母子保健」
RAHANTANIRINA Marie Perline	国立公衆衛生・地域保健院	合同調整委員会 議長(2007.6～2008.3)	元 家族計画局長、前 副大臣 2003年度 本邦研修「仏語圏アフリカ母子保健」
RASAMIHAJAMANANA Eugénie Claire	次官付け技術顧問	プロジェクトディレクター(～2008.12)	前 母子保健局長 2005年度 本邦研修「仏語圏アフリカ母子保健」
RASOLOFOMAHEFA Dieudonné Hubert	(なし)	合同調整委員会 委員(～2008.5)	前 保健総局 局長 2006年度 本邦研修「仏語圏アフリカ母子保健」
RASOARANTO Ravelonirina Myriame	(なし)	合同調整委員会 委員(～2008.5)	前 社会保健総局 局長
RASOANAIVO Aimé	(なし)	合同調整委員会 委員(～2008.5)	前 リアララル病院局 局長
ANDRIAMBELO Raharinosy Lala	(なし)	合同調整委員会 委員(～2008.5)	前 保健地域開発局 局長
RANDRIAMANANTENA Marcellin	(なし)	合同調整委員会 委員(～2008.5)	前 人材局 局長
RANDRIANARIMANANA Dieudonnée	国立公衆衛生・地域保健院	合同調整委員会 オブザーバー(～2008.5)	前 大臣官房 官房長

(3) 保健家族計画省 母子保健局 主要関係者

氏名	現職名	プロジェクトにおける役割 (期間)	備考
RAHERISOANJATO Annie	副局長	(2007.4～)	2007年度カンボジア研修
RAHELINIRINA Ratsaraibe Fatamalala	母性保健課 課長	(2007.1～)	2006年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」 2008年度 ブラジル研修
RAZANAMASY Marie Jacqueline	小児保健課 課長	(2007.4～)	2008年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
RAHARINORO Noeline Claire	母性保健課 課次長	(2007.1～)	2009年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
RAHARISOA Marie Bernadette	モニタリング・評価担当	(2007.1～)	2007年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
RAMANOELINA Saholiarisoa Elisa	モニタリング・評価担当	(2007.4～)	2008年度 ブラジル研修
RAHAROTIANA Charlotte	緊急産科・新生児ケア担当	(2007.1～)	2008年度 ブラジル研修

(4) プロジェクトサイト (旧マジュンガ州、現ブエニ県) 主要関係者

氏名	現職名	プロジェクトにおける役割 (期間)	備考
RAKOTOMAEVA Maurice	ブエニ県保健家族計画局 母子保健担当課長	WG, SG (2007.1～)	2006年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
RABESON Rosalie	ブエニ県保健家族計画局 母性保健係長	SG (2007.1～)	2007年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
SOANARENINA Florentine	ブエニ県保健家族計画局 小児保健係長	SG (2008.4～)	2009年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
RAVONIARIVELO Robertine	ブエニ県保健家族計画局 小児保健担当	SG (2007.1～)	2006年度 本邦研修 「地域保健」
RASOLOFOMANANA Armand	ブエニ県保健家族計画局 衛生課 課長	SG (2008.1～)	
RAMILIJAONA Julio	ブエニ県保健家族計画局 医療社会課 課長	WG, SG (2007.1～)	2007年度カンボジア研修
RAZANAMALALA	マジヤンガ看護・助産学校 教務主任	SG (2007.4～)	2007年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健人材育成」
MINOARIVELO Hantanirina Léa	マジヤンガ看護・助産学校 教員	妊産婦・新生児ケア (2008.9～)	2008年度 ブラジル研修
RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé	マジヤンガ1郡保健事務所 所長	WG, SG (2007.1～)	2007年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」

氏名	現職名	プロジェクトにおける役割 (期間)	備考
ANDRIANARISOA Vonimboahangy Rachel	マジャンガ I 郡保健事務所 副所長	SG (2007.1～)	2008年度本邦研修 「研修マネージメント」
RAKOTOZANANY Pascal Georges Bruno	マジャンガ I 郡 マビブ保健センター 施設長	妊産婦・新生児ケア (2008.7～)	2009年度ブラジル研修 (予定)
RANDRIANARISOA Jean Jacques Arsène	マジャンガ I 郡 ツアララノ保健センター 施設長	妊産婦・新生児ケア (2008.7～)	2009年度ブラジル研修 (予定)
RAZANAMALALA Jeannette	マジャンガ I 郡 マビブ保健センター 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2008.7～)	2007年度ブラジル研修
RANALISOA Hantanirina Vanina	マジャンガ I 郡 マビブ保健センター 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2009.4～)	2009年度本邦研修 「助産ケア」(予定)
RASAMOELISOLONJATOVO René	マジャンガ II 郡保健事務所 所長	WG, SG (2007.1～)	2008年度本邦研修 「研修マネージメント」
RAVELOMANANTSOA Vincent	マジャンガ II 郡保健事務所 副所長	母子保健 (2008.7～)	
RAVELOARIVONY Thérèse Angeline	マジャンガ II 郡保健事務所 母子保健係長	母子保健 (2008.2～)	2008年度本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
RASOANIRINA Euphrasie	マジャンガ II 郡 保健事務所 小児保健担当	母子保健 (2007.4～)	
RABENARISON Louis Julien	マジャンガ II 郡 ベルバカ保健センター 施設長	母子保健 (2008.2～)	
JOSOA Elisa Marie Solo	マジャンガ II 郡 ベクバイ保健センター 施設長	母子保健 (2008.2～)	
RAVOAHANGINIRINA Eulalie Doriane	マジャンガ II 郡 プアナマリ保健センター 施設長	母子保健 (2008.2～)	
RASOLONIAINA Patrice	マジャンガ II 郡 ベツアコ保健センター 施設長	母子保健 (2008.7～)	
ZARASOA Victorine	マジャンガ II 郡 ベルバカ保健センター 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2008.2～)	2007年度ブラジル研修
RALISON Andrianaivo	マジュンガ大学病院センター センター長	WG (2008.7～)	
RAZANAKINIAINA Olga	マジュンガ大学病院センター 総看護部長	WG (2007.1～)	2008年度本邦研修 「研修マネージメント」
BEANJARA Agnès	マジュンガ大学病院センター 小児科 看護部長	妊産婦・新生児ケア (2007.1～)	2002年度本邦研修
RAMANANTSOA Volaravaka	マジュンガ大学病院センター 耳鼻咽喉科 看護部長 (助産婦)	妊産婦・新生児ケア (2008.2～)	2007年度ブラジル研修
RAMANAKOTO Harinoro	マジュンガ大学病院センター 小児科 主任看護師	SG (2007.4～)	2008年度本邦研修 「助産ケア」
RAFARAMIHAMINA Jeannette	マジュンガ大学病院センター 家族計画 看護部長	SG (2007.1～)	

氏名	現職名	プロジェクトにおける役割 (期間)	備考
LALAOHARISOA Clalisse	マジュンガ大学病院センター 事務長	医療経済 C/P (2007.1～2008.8)	
RAMANAMBAHY Valisoa Jocelyn	マジュンガ大学病院センター 統計担当	医療経済 C/P (2007.1～2008.8)	
HARIMALALA Romule	マジュンガ大学病院センター 施設担当	施設管理 C/P (2007.9～11)	
RAZANAKOTO Lanto Mikanony	マジュンガ大学病院センター メンテナンス担当	施設管理 C/P (2007.9～11)	
RANDAHOARISON Pierana Gabriel	マジュンガ母子保健施設 施設長	妊産婦・新生児ケア (2007.1～) WG (2009.4～)	2003年度 本邦研修
IHANGY Pamphile	マジュンガ母子保健施設 研修部長	SG (2007.6～)	2008年度 本邦研修 「研修マネージメント」
ANDRIAMIANDRISOA Aristide	マジュンガ母子保健施設 産婦人科部長	SG (2007.1～)	2006年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
RAKOTOARISOA Honoré Christophe	マジュンガ母子保健施設 産科医長	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	2009年度 本邦研修 「産科ケア」(予定)
RABESANDRATANA Helimina Norotiana	マジュンガ母子保健施設 新生児科部長	SG (2007.1～)	2007年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
VELONJARA Alice Olga	マジュンガ母子保健施設 新生児科医師	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	2007年度 カンボジア研修
RALINORO Justine	マジュンガ母子保健施設 看護師長	SG (2007.1～)	2002年度 本邦研修
RASOANOROLALA Ravaka	マジュンガ母子保健施設 看護師長	SG (2007.1～)	2007年度 本邦研修 「仏語圏アフリカ母子保健」
RALIBENJAH Narindra	マジュンガ母子保健施設 看護師長	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	
RAZAIARIMANANA Fidèle	マジュンガ母子保健施設 看護師長	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	
RAVELOARINARIVO Malala Tiana	マジュンガ母子保健施設 看護師長	SG (2007.6～)	2008年度 本邦研修 「助産ケア」
RAFARATIANA Léa Félicia	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	2007年度 ブラジル研修
ANDRIAMIRADO Herimanana Juanita	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	2007年度 ブラジル研修
RAZAFINDRAMANGA Cécile	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	2007年度 ブラジル研修
RAZAFITSOA Nivoarimalala	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	
RAZANAMAHAFEHY Maran'Ata	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	
RAZAFINDRANASY Suzanna	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	
RAHELINANTENAINA Voahirana	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	2009年度 ブラジル研修 (予定)
RAZAFINDRANASY Venance Suzanna	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2007.6～)	2009年度 本邦研修 「助産ケア」(予定)
ZAFIZANAKA Mélanie Thérance	マジュンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2008.9～)	2009年度 ブラジル研修 (予定)

氏名	現職名	プロジェクトにおける役割 (期間)	備考
RAZAFINDRATSARANORO Lanitsoa	マジンガンガ母子保健施設 助産婦	妊産婦・新生児ケア (2008.9～)	
RAVAOARIMALALA Léonie Ignace	マジンガンガ母子保健施設 助産婦 (なし)	妊産婦・新生児ケア (2008.9～)	2009年度ブラジル研修(予定)
RALAIIVY Florette	(なし)	WG (～2007.7)	前 マジューンガ大学病院センター センター長
TONGA Denise	(なし)	SG (～2008.3)	前 プエニ県保健家族計画局 小児保健係
RAZAFIARISOA Berthe	(なし)	SG (～2009.6)	前 プエニ県保健家族計画局 母性保健係
SOANIRINA Emma	(なし)	SG (～2008.10)	前 マジューンガ1郡保健事務所 副所長
RAFARALALAO Lucienne	(なし)	WG (～2009.4)	前 マジューンガ母子保健施設 施設長

9. 活動実績

項目	活動		最終到達目標
	実績	成果	
1.1 プエニ県保健・家族計画局・郡保健事務所・マジュンガ母子保健施設協力の下、母子保健サービス向上研修を編成するための県研修担当室の機能が再活性化される。	<ul style="list-style-type: none"> スタディ・グループの形成と会議の定例化 県・郡・CME 協働による研修の実施 県活動レビューでの研修実施計画の策定 人間的な出産・出生ケアを提供することを関係者が考えるセミナーを実施 研修マネジメント研修の実施 県研修担当室の設置 県・郡・CME のメンバーが選定されたが実質的には機能していない。 研修担当室の一部機能を担う Mandresy グループが形成され、トレーナーの集合体として認識されている。 CME 研修部に対する技官・事務官増員を保健省に対して要請 	<ul style="list-style-type: none"> スタディ・グループの定例化 プロジェクトからの会議出席に対する金銭的インセンティブ支出は行っていない プロジェクト活動の協議と決定は、ほとんどが、この会議による。 研修計画の策定・実施・評価を実質的に担う組織となっている。 設置が必要という認識の下、組織化が図られた、ということが実績か。 Mandresy グループと、上述スタディ・グループとの役割・機能分担は、明確にされていない ベルリン副大臣、アリンソンプエニ県保健局長と協議を行い、増員による CME 研修部の機能強化を合意したが、政変と副大臣職の消滅により、協議は停止 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトが取り組んだ「根拠に基づいたケア」「人間的な出産・出生ケア」の考え方を、カウンターパートが今後もマダガスカルに広めていく意思をもつこと。 その意思の下、研修の計画策定・実施・評価・フォローアップを行うための組織が確認されること。 例えば、CME 研修部が、卒後教育実施のための機関として、プエニ県保健局母子保健担当課の一部として併任されること。 あるいは、CME 全体の TOR が保健省として確認され、そのなかで研修部の TOR が確立すること、などが考えられる。 現在の人教構成のまま、特に CME 研修部が研修の実施に専念してかわるることができるよう、事務官のロジ面での能力強化を図ること。
1.2 人間的ケアと根拠に基づいたケアの研修に必要なマネジメントツールを開発整備する(モジュール、資材、機材その他)。	<ul style="list-style-type: none"> 出産・出生ケア研修の実施に伴う研修モジュールの策定 保健省母子保健局の緊急産科・新生児ケア研修のなかにも、人間的な出産ケアモジュールが策定され組み込まれた 根拠に基づいた出産ケアを実践するための機材の導入・作成(マット、ハンディドップラー、カーテンの設置) マジュンガ I 郡マビブ保健センターでの出産・出生ケア研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 正常出産と出生の解剖・生理 Evidence-based Medicine 基本的新生児ケア 新生児蘇生 人間的な出産・出生ケア ラボラトリリー方式体験学習 人間的な出産・出生ケアモジュール、及び国家保健政策が策定された CME における出産環境の改善 同保健センターにおける出産環境の改善 	<ul style="list-style-type: none"> モジュールの保健省による validation 保健政策の validation が 2009 年の政変以来スタックしているため、これを完遂

項目	活動		最終到達目標
	実績	成果	
1.3 医療従事者の人間的ケアと根拠に基づいた医療に関する能力を向上させるために、必要な研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・根拠に基づいた出産ケアセミナー # 2007年8月11日 マジヤンガ96名出席 # 2007年8月14日 タナ83名出席 ・ 出産・出生ケアセミナー # 2007年9月1日 マジヤンガ54名 # 2008年8月6日 タナ42名出席 ・ トレーナー研修 # 本邦研修 (2008、2009年度) # ブラジル研修 (2007、2008、2009年度) # 郡保健事務所 (マルヴァイ、アンバトブエニ、ミツインジヨ、ソアララ)・県保健局職員研修 ・ 助産婦研修 # 2008年7月 5名 # 2009年1~2月 21名 # 2009年9月 24名 ・ 緊急産科ケア、基本新生児ケア研修 # マジユンガII 郡医師対象13名 ・ FANOME 研修 # 2009年9月12名 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人間的なケアなどの実践の増加 (プロジェクト目標指標参照のこと) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在計画中の研修の実施 ・ 今後の研修実施計画の策定
1.4 医療施設における利用者や家族の受入体制を改善するために、医療施設で働く人々に対して研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活動1.3の研修に包含して実施 		
1.5 サービス責任者及び医療施設管理者のリーダーシップを育成、改善するための研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健センターでの5S/TQM研修の実施 (計画段階) 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在計画中の研修の実施
1.6 研修指導者数の増加と能力向上のためフォローアップとリフレッシュ研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ ラボラトリ方式体験学習ファシリテーターのフォローアップ研修を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 異なる機関が協働して、研修計画の策定・実施・評価を行えるようになった。 	
1.7 人間的ケアと根拠に基づいた医療の考え方を広めるため、すべての医療従事者を対象としたワークショップや検討会を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ CMEでの症例検討会の定例化 ・ 継続ケア国際ワークショップでの活動報告 ・ 活動1.3と一部が重複 	<ul style="list-style-type: none"> ・ パイロット施設におけるケアの実践と知識の増加 	

項目	活動		最終到達目標
	実績	成果	
1.8 人間的ケアと根拠に基づいた医療を（医学部と看護・助産学校の）卒前教育に導入する。	<ul style="list-style-type: none"> ・マジュンガ看護・助産学校教員に対する研修（活動1.3に包含して実施）に3名が参加 ・スタディ・グループに看護・助産学校教員が定期的に参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・助産実習中に人間的なケア、根拠に基づいたケアの指導が行われている 	
1.9 パイロット施設での母子保健サービス実施に最低限必要な機材の予防的保守点検管理システムの導入と組織化。	<ul style="list-style-type: none"> ・CHUM/CMEの施設・機器管理の調査 ・首都圏連医療施設及びブエニオス県保健局の施設・機器管理の調査 ・CHUM/CMEの予防的施設・機器管理システム確立の提言 ・医療施設・機器の予防的管理に関するセミナー実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・CHUM/CMEにおける予防的施設・機器維持管理マニュアルの策定 	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル内容の確認と利用の徹底
2.1 人間的ケア実施のため、地域との協働を再活性化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・マジュンガI郡保健事務所主催で、地域長及び村長を招へいし、協働の方策について協議・策定 ・マジュンガII郡保健事務所主催で、地域長を招へいし、協働の方策について協議・策定 ・マジュンガI郡で、全村との協働により母子手帳の配布、妊産婦登録、出生登録を実施 ・母子保健週間での出産・出生ケアに関する啓発活動の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・PCIMEC/SENNの実施 ・母子手帳の導入と利用 ・CSBとの協働による母子保健祭りの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・2010年以降も活動を継続するために必要な予算の確保、活動計画の策定 ・母子手帳の継続実施について保健省、他の開発パートナーと協議
2.2 協働の方策について、母子保健にかかわる医療従事者の会議を、各レベル（県・郡・医療施設）で実施し、次いで全レベル及び地域でも実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・マジュンガI郡での会議：2008年1月、2009年5月と9月 ・マジュンガII郡での会議：2009年5月 	<ul style="list-style-type: none"> ・2.1に準じる 	
2.3 コミュニティ IMCI と新生児ケアの活動を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・マジュンガII郡5地域、計15カ村でPCIMECの実施を推進（地域保健員選定、研修及びスーパービジョン実施） ・マジュンガII郡3地域、計9カ村でSENNの実施を推進（地域保健員選定、研修及びスーパービジョン実施） 	<ul style="list-style-type: none"> ・2.1に準じる 	
2.4 自宅分娩の登録を強化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・マジュンガI郡で、全村との協働により母子手帳の配布、妊産婦登録、出生登録を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・2.1に準じる 	

項目	活動		最終到達目標
	実績	成果	
2.5 ブエニ県保健・家族計画局・郡保健事務所・地域の関係者が、協働のシステムに関するフォローアップと評価を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> マジュンガI郡で、全村との協働により母子手帳の配布、妊産婦登録、出生登録を実施 ミツインジョ、ソアララでの研修計画策定に向けたスーパービジョンの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 2.1に準じる 左記2郡を含む4郡に対する研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 研修終了後、今後のフォローアップに向けた活動計画の策定
3.1 ブエニ県保健・家族計画局・郡保健事務所が支持的スーパービジョンと活動の進捗フォローアップを実施する。	<ul style="list-style-type: none"> マジュンガI郡の保健センターで、地域との協働による妊産婦・新生児搬送モデル確立を概索中 母子手帳を用いた新たなリファラル・カウンタリーリファラル情報共有を構築 	<ul style="list-style-type: none"> 概索段階 	<ul style="list-style-type: none"> モデルの確立と、今後の継続及びフォローアップに向けた組織体制の確認及び活動計画の策定
3.2 地域レベルで緊急産科・新生児ケアにアクセス可能なリファラル、カウンター・リファラルのモデルを構築する。	<ul style="list-style-type: none"> CMEでの5S/TQM導入による環境改善 CMEでの女性及び家族のプライバシーを守る設備の導入 自由な分娩体位を担保するマット・分娩台の導入 自由な分娩体位の選択に関してマジュンガI郡の全施設での情報提供 保健センターでの5S/TQM研修の実施（計画段階） マジュンガI郡及びII郡の一部保健センターの改修 	<ul style="list-style-type: none"> 同左 	<ul style="list-style-type: none"> 医療施設の環境を維持するために必要なメンテナンス・予算確保の計画策定
3.3 母子に対する人間的ケアに必要な医療施設内の環境を整備する。	<ul style="list-style-type: none"> 助産師協会を中心に、根拠に基づいた人間的な出産・出生ケアの実践方法及び展開について協議 		<ul style="list-style-type: none"> 助産師協会で、根拠に基づいた人間的な出産・出生ケアの実践に必要な規範を策定
3.4 SBAの業務規範を策定する。	<ul style="list-style-type: none"> URSRの活動が実質的に停止していることにより、活動は行われていない URSRとは別に、活動3.2でCSBレベルでの搬送モデル確立を概索中 		<ul style="list-style-type: none"> URSRの活動には拘泥せず、マジュンガI郡での搬送モデル確立に専念する
3.5 URSR（リファラルシステム強化組織）の機能の再活性化。	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開及び新生児医療受療者の費用支払い状況調査 	<ul style="list-style-type: none"> 第三者支払いシステムの実施における交通費支払いの重要性をマダガスカル政府に対して提言 	<ul style="list-style-type: none"> 既にPDM-2からは削除
4.1 CHUM/CMEにおいて、産婦人科・新生児科領域の重症貧困患者に対する経済的支援システムの確立。			

項目	活動		最終到達目標
	実績	成果	
4.2 CHUM/CME 医療経済に対する EBM の観点からのモニタリング・評価の実施。	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開の実施数と適応を継続的にモニタリング UON 手法を用いた解析 	<ul style="list-style-type: none"> 第三者支払いシステムの実効性についての提言をマダガスカル政府に対して実施 	
4.3 CHUM での貧困者対策システムのモニタリング・評価の強化。	<ul style="list-style-type: none"> 貧困者対策基金の導入中止と第三者支払いシステムの実施により、プロジェクトこれらの活動を実施しなかった 		
4.4 CHUM での貧困者対策システムに関する情報の住民と衛生行政担当者の両方に対する提供。			
4.5 CHUM での貧困者対策システム運営に関する中央省庁との調整。			

10. エンドライン調査結果の概要

プロジェクトは、2007年6月から12月にかけてベースライン調査を、2009年9月から10月にかけてエンドライン調査を実施した。調査は医療従事者を対象とした量的調査と医療施設において出産ケアサービスを利用した女性を対象とした量的調査からなる。概要は下記のとおり。

医療従事者に対する調査

医療従事者に対する調査は、根拠に基づいた妊娠出産ケアについて、(1) どのようにとらえているか、(2) どのような実践をしているのか、の2点の変化を定量的に確認した。結果の解釈は、WHO “Care in Normal Birth - a practical guide” の以下の分類に従い、プロジェクト目標の指標と対応させた。

WHO 分類	期待される変化	対応するプロジェクト目標
A:有用性であり実践が推奨されるべき事項	実践が増加する	1、5
B:有害または無効であり実践すべきでない事項	実践が減少する	2、5
D:しばしば不適切に実施される医療介入	実践が減少する	2、3、5

解析は、エンドライン時点でのパイロット地域を「介入地域」として、パイロット地区におけるベースライン時点（「ベースライン」）、エンドライン時点での非パイロット地区（「対照地域」）、の2種類で行った。また有意差検定を Pearson のカイ 2 乗検定により実施した。

調査 I. 出産ケアに対する考え方に関する指標

調査別の回答者内訳は以下のとおり。

属性		調査（回答者数）		
		ベースライン (176)	対照地域 (45)	エンドライン (61)
性別	女性	81%	60%	92%
	男性	18%	40%	8%
	無回答	1%	-	-
資格	助産婦	43%	13%	69%
	看護師	26%	38%	16%
	医師	25%	36%	10%
	保健補助員	6%	13%	5%
勤務先	ブエニ県保健局	7%	-	-
	マジュンガ I 郡保健事務所	2%	-	3%
	マジュンガ I 郡保健センター	24%	-	34%
	マジュンガ II 郡保健事務所	3%	-	3%

マジュンガII郡保健センター	11%	-	-
ブエニ県内他4郡保健事務所	-	16%	-
ブエニ県内他4郡病院	-	16%	-
ブエニ県内他4郡保健センター	-	69%	-
マジュンガ大学病院	49%	-	52%
マジュンガ看護・助産学校	3%	-	8%

WHO 分類 A: 有用性が確認されており実践が推奨されるべき事項について

分娩経過中には飲食は制限した方が良い。

	完全に 同意する	部分的に 同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	14%	20%	66%	あり (<0.001)	175
対照地域	12%	14%	74%	あり (<0.05)	42
エンドライン	3%	5%	92%	-	61

項目 A-4 として、分娩経過中に自由に飲食することが推奨されている。介入地域では、飲食制限を行うことに対して、反対意見が有意に増加した。

産婦は医療従事者の指示に常に従うべきである

	完全に 同意する	部分的に 同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	41%	28%	31%	あり (<0.001)	163
対照地域	45%	30%	25%	あり (<0.001)	44
介入地域	12%	10%	78%	-	60

項目 A-5 として、分娩経過中の女性に対しては十分に情報提供と説明を行い、そのうえで女性の自由な選択を尊重することが推奨されている。介入地域では、「女性は単に医療従事者の指示に従えば良い」という考えに対して、反対意見が有意に増加した。

出産には女性が望む人、または家族が立ち会っていた方が良い

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	74%	14%	12%	あり (<0.001)	175
対照地域	60%	18%	22%	あり (<0.001)	45
介入地域	100%	0%	0%	-	61

項目 A-10 として、分娩経過中女性が望む人の立ち会いが推奨されている。介入地域では、完全に同意するが 100%となり、有意に増加した。

産婦をリラックスさせるようなマッサージを分娩進行中に実施した方が良い

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	58%	17%	25%	あり (<0.001)	173
対照地域	35%	20%	45%	あり (<0.001)	40
介入地域	98%	0%	2%	-	61

項目 A-11 として、マッサージなどの非薬物的方法を用いた疼痛緩和の実施が推奨されている。介入地域では、完全に同意するが 98%となり、有意に増加した。

WHO 分類 B: 有害または無効であるため実践すべきでない事項

出産は常に砕石位で実施すべきである

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	38%	24%	38%	あり (<0.001)	172
対照地域	65%	16%	19%	あり (<0.001)	43
介入地域	0%	5%	95%	-	61

項目 B-9 として、碎石位での分娩は有害であることが示されている。介入地域では、碎石位での出産に否定的な意見が 95%となり、有意に増加した。

分娩第 2 期には持続的な長い「いきみ」を行うべきである。

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	75%	17%	7%	あり (<0.001)	163
対照地域	47%	12%	42%	あり (<0.01)	43
介入地域	17%	17%	66%	-	59

項目 B-10 として、持続的な長いいきみは有害であることが示されている。介入地域では、その実施に否定的な意見が有意に増加した。

子宮内清掃は分娩後に必ず実施すべきである

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	27%	23%	50%	あり (<0.001)	171
対照地域	30%	20%	50%	あり (<0.001)	44
介入地域	2%	5%	93%	-	61

項目 B-15 として、ルーチンに子宮内容清掃を行うことで子宮内感染が増加することが示されている。介入地域では、その実施に否定的な意見が有意に増加した。

WHO 分類 D: しばしば不適切に実施される医療介入

分娩 active phase には毎時間内診を実施すべきである

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	55%	22%	23%	あり (<0.01)	174
対照地域	75%	11%	14%	あり (<0.001)	44
介入地域	40%	14%	46%	-	57

項目 D-6 として、頻繁な内診の実施が不適切に行われていることが示されている。介入地域では、その実施に否定的な意見が有意に増加した。

分娩経過中のオキシトシン投与は常に行うべきである

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	3%	20%	78%	なし	169
対照地域	11%	14%	75%	なし	44
介入地域	5%	7%	88%	-	60

項目 D-7 として、オキシトシン投与が挙げられているが、ベースライン時点よりルーチンの投与に対しては否定的な意見が多く、エンドライン時点でも有意な分布の変化はみられなかった。

初産婦には会陰切開を常に行うべきである。

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	0%	12%	88%	あり (<0.05)	171
対照地域	2%	18%	80%	なし	45
介入地域	3%	5%	92%	-	60

項目 D-13 として、会陰切開があげられている。ベースライン時点から比較すると、そのルーチンの実施に対する否定的な意見が少数ではあるが有意に増加した。

その他、WHO 分類にはないが、分娩に臨むうえで重要な事項

分娩時間は短ければ短いほど良い。

	完全に同意する	部分的に同意する	同意しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	62%	25%	12%	あり (<0.001)	169
対照地域	58%	27%	16%	あり (<0.01)	45
介入地域	37%	14%	49%	-	59

常に分娩時間が短くあるべきであると考えていると、正常な分娩経過すらも待つことがで

きなくなり、不必要な薬物の投与や医療介入が増加する一因となる。介入地域では、ベースライン及び対照地域と比べて、否定的な意見が有意に増加した。

調査Ⅱ. 出産ケアの実践状況に関する指標

調査別の回答者内訳は以下のとおり。

属性		調査（回答者数）		
		ベースライン (108)	対照地域 (38)	エンドライン (48)
性別	女性	85%	47%	100%
	男性	14%	53%	-
	無回答	1%	-	-
資格	助産婦	55%	16%	81%
	看護師	26%	42%	13%
	医師	15%	26%	-
	保健補助員	5%	16%	6%
勤務先	ブエニ県保健局	2%	-	-
	マジュンガⅠ郡保健事務所	2%	-	-
	マジュンガⅠ郡保健センター	32%	-	40%
	マジュンガⅡ郡保健事務所	1%	-	-
	マジュンガⅡ郡保健センター	17%	-	-
	ブエニ県内他4郡保健事務所	-	13%	-
	ブエニ県内他4郡病院	-	16%	-
	ブエニ県内他4郡保健センター	-	71%	-
	マジュンガ大学病院	42%	-	52%
	マジュンガ看護・助産学校	4%	-	8%

WHO 分類 A: 有用性が確認されており実践が推奨されるべき事項

飲食制限の実施

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	20%	10%	70%	なし	106
対照地域	13%	8%	79%	なし	38
介入地域	23%	2%	75%	-	44

ベースライン時点から飲食制限の実施が少なかったためか、エンドラインでの変化はみられなかった。

家族立ち会の実施

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	66%	19%	15%	あり (<0.001)	111
対照地域	58%	11%	32%	あり (<0.001)	38
介入地域	96%	4%	0%	-	48

介入地域での家族の立ち会い実施は、ベースライン、対照地域、両者と比べて有意に増加した。

産婦をリラックスさせるようなマッサージ

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	14%	29%	57%	あり (<0.001)	111
対照地域	5%	11%	84%	あり (<0.001)	38
介入地域	77%	19%	4%	-	47

介入地域での分娩経過中のマッサージの実施は、ベースライン、対照地域、両者と比べて

有意に増加した。

WHO 分類 B: 有害または無効であるため実践すべきでない事項

分娩経過中のオキシトシンの筋肉内注射による投与

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	12%	7%	81%	なし	102
対照地域	14%	6%	81%	なし	36
介入地域	8%	3%	89%	-	38

分娩経過中のオキシトシンの筋肉内投与は、その効果を一切コントロールできないことから、危険な投薬方法であり、理想的にはゼロになるべきである。介入地域において若干の減少がみられているが、有意差は観察できなかった。

ルーチンの砕石位による分娩

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	79%	7%	13%	あり (<0.001)	107
対照地域	84%	8%	8%	あり (<0.001)	38
介入地域	7%	20%	73%	-	44

分娩体位は、必ずしも砕石位にルーチンに固定する必要はないが、ベースライン時点、また対照地域と比べて、介入地域における実践の有意な増加が確認できた。

分娩第2期の持続的な長い「いきみ」

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	98%	2%	0%	あり (<0.001)	111
対照地域	56%	28%	17%	あり (<0.01)	36
介入地域	33%	10%	57%	-	42

有害とされる分娩第2期の長いいきみは、その実施が介入地域で有意に減少した。

子宮内容清掃

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	39%	32%	28%	あり (<0.001)	109
対照地域	31%	31%	37%	あり (<0.001)	35
介入地域	5%	16%	80%	-	44

有害なルーチンの子宮内容清掃は、その実施が介入地域で有意に減少した。

WHO 分類 D: しばしば不適切に実施される医療介入

ルーチンの毎時間ごとの内診

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	62%	21%	17%	あり (<0.001)	109
対照地域	77%	11%	11%	あり (<0.001)	35
介入地域	34%	13%	53%	-	47

ルーチンの毎時間ごとの内診は、介入地域で有意に減少した。

オキシトシンの投与

	いつも、しばしば実施	ときどき実施	ほとんど、全く実施しない	有意差 (p 値)	有効回答数
ベースライン	2%	31%	68%	あり (<0.05)	111
対照地域	8%	29%	63%	あり (<0.01)	38
介入地域	0%	10%	90%	-	48

オキシトシンの投与は、介入地域において、有意に減少した。

医療施設において出産ケアサービスを利用した女性を対象とする調査

2-1 医療従事者のサービス提供に関する指標

医療施設において出産ケアサービスを利用した女性を対象とする調査は、出産ケアの実施状況を、(1) 会陰切開の実施、(2) 注射や点滴の実施、(3) 自分が望む人の分娩立ち会いの有無、について、定量的に確認した。

調査対象は、2009年8月から10月にかけて、プロジェクトのパイロット地域にある医療施設で出産をした女性とした。終了時評価時点で調査は継続的に実施中であったが、10月20日までに収集したデータに基づいて解析を行った。

調査施設別及び分娩様式別の回答者数は、以下のとおり。

施設		分娩様式	
		経膈分娩	帝王切開
マジュンガ母子保健施設		30	48
保健センター	CSBU Mahabibo	38	-
	CSB-2 Mahavoky	10	-
	CSB-2 Tsararano	17	-
	CSB-2 Tanambao SOTEMA	12	-
	CSB-2 Amborovy	1	-
	CSB-2 Belobaka	8	-
(小計)		(116)	-

目的とした出産ケアの実施状況を知るために、以下の 3 つの質問に対して、ベースラインとエンドラインで、医療施設（マジュンガ母子保健施設、保健センター）別に比較を行った。調査前後での変化について、有意差検定を回答者の割合については Pearson のカイ 2 乗検定により実施した。

質問項目

出産の際に、会陰を切開されたか

入院してから出産までに、何らかの点滴や注射をされたか

出産の際、自分の望む人が立ち会うことができたか

出産の際に、会陰を切開されたか

<マジュンガ母子保健施設>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	8 (16%)	50
エンドライン	5 (17%)	29

有意差なし

<保健センター>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	5 (2%)	254
エンドライン	1 (1%)	85

有意差なし

マジュンガ母子保健施設では、16～17%程度の会陰切開率で変化がない。保健センターと比べると高率であるが、産科異常症例が搬送されてくることを考えると、高くなる可能性は

否めない。

保健センターでの会陰切開率は、ベースライン時点から低率であったが、エンドライン調査でもその結果を確認するにとどまった。

入院してから出産までに、何らかの点滴や注射をされたか

<マジュンガ母子保健施設>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	30 (90%)	50
エンドライン	18 (60%)	30

有意差あり (p<0.01)

<保健センター>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	69 (27%)	254
エンドライン	11 (13%)	86

有意差あり (p<0.01)

マジュンガ母子保健施設では、注射あるいは点滴の実施率は有意に低下した。保健センターにおいても統計学的有意差をもって割合が低下した。

出産の際、自分の望む人が立ち会うことができたか

<マジュンガ母子保健施設>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	42 (84%)	50
エンドライン	30 (100%)	30

有意差あり (p<0.05)

<保健センター>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	223 (88%)	253
エンドライン	85 (99%)	86

有意差あり (p<0.01)

マジュンガ母子保健施設、保健センターともに、女性が望む人が分娩に立ち会う割合は、有意に増加した。

2-2 サービス利用者に関する指標

母子保健サービス利用者の満足度を確認するため、出産サービスを利用した女性を対象とした量的調査が実施された。調査は、(1) 医療従事者との関係性、(2) 医療サービスについての感想、について、プロジェクト開始時点と 2009 年 8～10 月時点での変化を定量的に把握することを目的とした。

1) 解析方法

I. 医療従事者との関係性に関する事項

以下の 10 の質問に対して、質問群 1 に対して「はい」の回答、あるいは質問群 2 に対して「いいえ」の回答があった場合、医療従事者と産婦との関係性が適切に築けていないネガティブな回答と判断した。

質問群	質問項目
1	医療従事者の態度は偉そうであったか
	医療従事者は出産の受入れにネガティブであったか
	医療従事者に無視されたと感じたことがあったか
	医療従事者に不愉快な言葉を言われたことがあったか
	医療従事者のことを怖いと感じたことがあったか
	医療従事者に対して言いたいことを言うのをやめた、ということがあったか
2	医療従事者を心から信頼できたか
	医療従事者は、家族に接するように接してくれたか
	医療従事者に励まされたか
	医療従事者の気遣いを感じた

解析は、上記の 10 の質問のいずれかに対して、

- (1) ひとつでもネガティブな回答をした人の割合、
- (2) ひとりの女性がしたネガティブな回答数、

の 2 点について、ベースラインとエンドラインで比較を行った。

また比較は医療施設（マジュンガ母子保健施設、保健センター）別に行った。

調査前後での変化について、有意差検定を回答者の割合については Pearson のカイ 2 乗検定により、1 人当たり平均回答数については平均値の 95%信頼区間を求めた。

II. 医療サービスに対する感想

以下の 3 つの質問に対して、ベースラインとエンドラインで、医療施設（マジュンガ母子保健施設、保健センター）別に比較を行った。

調査前後での変化について、有意差検定を回答者の割合については Pearson のカイ 2 乗検定により実施した。

質問項目

- 今回の出産で、医療的ケアには満足したか
- 今回の出産で、満足のいく世話を受けたと思うか
- 次のお産でも、同じ施設を利用したいと思うか

2) 結果

ベースライン調査と回答者の特性を合わせるために、回答者のうち、経膈分娩症例のみに対して解析を実施した。

医療施設別、調査別の回答者数は次のとおりである。

医療施設	エンドライン	ベースライン
マジュンガ母子保健施設	30	50
保健センター	86	257

(1) 医療従事者との関係性に関する事項

10 の質問項目のうち、いずれか1つにでもネガティブな回答をした女性の割合を下記に示す。

医療施設	調査	ネガティブな回答の割合	有効回答数	有意差 (p 値)
マジュンガ母子保健施設	ベースライン	10%	50	あり (<0.01)
	エンドライン	37%	33	
保健センター	ベースライン	23%	257	あり (<0.01)
	エンドライン	9%	86	

マジュンガ母子保健施設、保健センター別のネガティブな回答の割合の推移

また 10 の質問項目のうち、回答者 1 人当たり平均のネガティブ回答数を下表に示す。

医療施設	調査	ネガティブな回答数	
		平均	(95%信頼区間)
マジュンガ母子保健施設	ベースライン	0.10	(0.01-0.19)
	エンドライン	0.63	(0.21-1.05)
保健センター	ベースライン	0.30	(0.22-0.38)
	エンドライン	0.12	(0.03-0.21)

マジュンガ母子保健施設と保健センターで、対照的な結果が認められた。

マジュンガ母子保健施設では、ベースラインではネガティブな意見は 10%であったが、エンドラインでは約 4 割までに上昇し、有意な増加を認めた。また 1 人当たりのネガティブ

な質問回答数も有意に増加した

保健センターでのサービスに対しては、ベースライン時点と比べてネガティブな意見をもった人の数、また1人当たりのネガティブな意見数、ともに有意な減少を認めている。

(2) 医療サービスに対する感想

サービスに関する3つの質問項目のそれぞれについて、ベースラインからエンドラインへの変化を、医療施設別に下記に示す。それぞれベースライン時点での満足度が高く、エンドライン時点での有意な変化は観察されなかった。

今回の出産で、医療的ケアには満足したか

<マジュンガ母子保健施設>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	49 (98%)	50
エンドライン	30 (100%)	30

有意差なし

<保健センター>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	247 (97%)	254
エンドライン	85 (99%)	86

有意差なし

今回の出産で、満足のいく世話を受けたと思うか

<マジュンガ母子保健施設>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	50 (100%)	50
エンドライン	29 (94%)	31

有意差なし

<保健センター>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	239 (94%)	254
エンドライン	85 (99%)	86

有意差なし

次のお産でも、同じ施設を利用したいと思うか

<マジュンガ母子保健施設>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	47 (94%)	50
エンドライン	25 (83%)	30

有意差なし

<保健センター>

	「はい」の回答者数（割合）	有効回答数
ベースライン	247 (97%)	254
エンドライン	79 (95%)	83

有意差なし

