



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

PROJET
D'AMÉLIORATION
DES SOINS DE SANTÉ

RAPPORT TECHNIQUE

Une évaluation de la fonctionnalité du programme des volontaires de santé communautaires à Madagascar

AVRIL 2013

Ce rapport technique a été préparé par University Research Co., LLC (URC) pour une revue par l'Agence des États-Unis pour le développement international (l'USAID). Ses auteurs sont : Christiane Wiskow (URC), Francis Antonio Homsí (URC), Sarah Smith (EnCompass LLC), Emily Lanford (URC), Tana Wuliji (URC) et Lauren Crigler (Initiatives Inc.). L'évaluation a été soutenue par le peuple américain à travers l'Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID (HCI), que est géré par URC.

RAPPORT TECHNIQUE

Une évaluation de la fonctionnalité du programme des volontaires de santé communautaires à Madagascar

AVRIL 2013

Christiane Wiskow, University Research Co., LLC
Francis Antonio Homsy, University Research Co., LLC
Sarah Smith, EnCompass LLC
Emily Lanford, University Research Co., LLC
Tana Wuliji, University Research Co., LLC
Lauren Crigler, Initiatives Inc.

AVERTISSEMENT

Les vues exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou du gouvernement des États-Unis.

Les auteurs

Ancienne consultante de University Research Co., LLC (URC), Christiane Wiskow a assuré la direction technique de la planification de l'évaluation, de la formation des facilitateurs de l'évaluation, des processus d'évaluation et de la rédaction du rapport. L'ancien consultant d'URC Francis Antonio Homsy a travaillé en étroite collaboration avec Christiane pour faciliter l'évaluation, en plus d'assurer la gestion de la logistique de l'évaluation, de s'entretenir avec les principaux évaluateurs et d'examiner des documents pour développer le contenu du rapport. Sarah Smith de EnCompass LLC a contribué de manière importante à l'élaboration et à la finalisation du rapport d'évaluation. Emily Lanford d'URC a rassemblé et résumé l'information de base et l'information sur le programme des agents de santé communautaires pour le rapport, a coordonné les apports des co-auteurs et a fourni un appui technique. Tana Wuliji (URC) a dispensé des conseils et une supervision technique pour la conception, la planification et la mise en œuvre de l'évaluation, et a contribué à la rédaction du rapport. Lauren Crigler d'Initiatives Inc. a fourni une assistance technique, a contribué au contenu du rapport sur la méthodologie de la Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC). Elle également apporté un feed-back sur la conception, la planification et la mise en œuvre de l'évaluation.

Remerciements

L'évaluation n'aurait pas été possible sans les conseils et la collaboration d'un large éventail de parties prenantes et d'experts durant toute la planification et l'exécution.

Le HCI souhaite remercier pour leurs efforts Robert Kolesar et Barbara Hughes de la Mission à Madagascar de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour leur soutien et leurs conseils qui ont été essentiels pour la planification et la réalisation de cette évaluation. Les auteurs voudraient aussi remercier Alyssa Finlay des Centers for Disease Control and Prevention Madagascar pour ses conseils relatifs à la planification de l'évaluation et à la coordination des efforts concernant le volet de l'évaluation quantitative. L'évaluation a largement bénéficié de la contribution technique et des conseils pour sa conception émanant de l'UNICEF Madagascar qui ont été déterminants pour permettre la participation des ASC et des superviseurs au processus d'évaluation ; les auteurs voudraient remercier particulièrement Paul Ngwakum, Denis Muhoza, Paul Richard Ralainirina et Paul Leon Rabarijaona. Le HCI apprécie grandement le soutien de Santénet2 et remercie Volkan Cakir et Nirina Ranaivoson pour leur feed-back et leur collaboration. Des experts régionaux ont contribué largement à la planification des évaluations dans chaque région en identifiant des participants à l'évaluation et en facilitant les évaluations ; le HCI remercie les consultants d'Analamanga, Herilala Randriamiarisoa et Charles Ony Raseta ; les consultants d'Atsinanana, Mamonjisoa Heriniana Andriarimanana et Edmond Andriamintansoa ; et les consultants d'Androy, Andriamihaja Andriantsoa, Rijarivelo Robjhon et Colas Emilien Rafanoharana. Nous remercions également le consultant du HCI Shahbaz Fawbush pour son soutien dans l'organisation d'un atelier de planification avec des parties prenantes clés pour examiner les outils d'évaluation et pour fournir un feed-back sur le processus d'évaluation. Les auteurs souhaitent aussi exprimer leur reconnaissance à Beth Goodrich d'URC pour son soutien rédactionnel inestimable pour la finalisation du présent rapport. Enfin, le HCI souhaite remercier tous les partenaires du programme des ASC, les ONG, les superviseurs, les ASC, les représentants de la communauté et autres experts qui ont activement participé aux ateliers d'évaluation, aux visites de validation et aux entretiens afin de partager leurs perspectives et leurs expériences.

La présente étude a été soutenue par le peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et son Projet d'amélioration des soins de santé (HCI). Le HCI est géré par URC dans le cadre de contrat no GHN-I-03-07-00003-00. Les sous-traitants d'URC pour le HCI comprennent EnCompass LLC ; FHI 360 ; Health Research, Inc. ; Initiatives Inc. ; l'Institute for Healthcare Improvement ; et le Center for Communication Programs de la Johns Hopkins University. Vous trouverez de plus amples détails sur le travail du HCI sur son site www.hciproject.org ou en écrivant au HCI à : hci-info@urc-chs.com.

TABLE DES MATIERES

Liste des encadrés, tableaux et figures.....	ii
Abréviations.....	iii
RÉSUMÉ ANALYTIQUE.....	v
I. INTRODUCTION.....	1
A. Le contexte	2
B. Indicateurs de santé de Madagascar	2
C. Politiques de Madagascar en matière de santé communautaire	3
D. Agents de santé communautaires malgaches	4
E. But de l'évaluation.....	5
F. Programmes évalués.....	6
II. MÉTHODOLOGIE	9
A. Méthodologie de la MEAP ASC.....	10
B. Évaluation qualitative de la supervision des ASC	13
C. Échantillonnage	13
D. Collecte de données	17
E. Analyse	18
III. RÉSULTATS.....	18
A. Résultats de la MEAP ASC.....	18
B. Supervision	28
IV. DISCUSSION	36
A. Synthèse	36
B. Limites	38
V. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS.....	39
VI. BIBLIOGRAPHIE	41
VII. APPENDICES	43
Appendice 1 : Les 15 éléments de la Matrice de la fonctionnalité des programme d'ASC.....	43
Appendice 2 : Interventions des ASC	53
Appendice 3 : Questionnaire de validation MEAP ASC (Crigler et al., 2011, p. VI-5-8).....	65
Appendice 4 : Recherche en supervision : Guides de DG et d'entretiens semi-structures (Disponible en français seulement).....	70

Citation recommandée : Wiskow C, Homsy FA, Smith S, Lanford E, Wuliji T, Crigler L. 2013. Une évaluation de la fonctionnalité du programme des volontaires de santé communautaires à Madagascar. *Rapport technique*. Publié par le Projet de l'USAID pour l'amélioration des soins de santé. Chevy Chase, MD : University Research Co., LLC (URC).

Liste des encadrés, tableaux et figures

Encadré 1 : La crise des agents de santé.....	1
Encadré 2 : ASC de Santénét2 (SN2)	4
Encadré 3 : Rôles clés de Santénét2.....	7
Encadré 4 : Rôles clés de l'UNICEF	8
Encadré 5 : Gestion d'évaluations portant sur plusieurs programmes.....	12
Encadré 6 : Exemple d'une intervention de soins prénatals.....	13
Tableau 1 : Indicateurs sélectionnés, Madagascar 2009.....	3
Tableau 2 : Données SN2 et UNICEF sur les ASC, par région.....	5
Tableau 3 : Nombre de ASC de niveau 2 du SN2, par région, ONG et type (Mère/nourrisson).....	8
Tableau 4 : Répartition géographique des activités d'évaluation.....	15
Tableau 5 : Participants à l'évaluation, par activité, région et catégorie.....	16
Tableau 6 : Activités de collecte de données, par volet et par région	17
Tableau 7 : Notes de fonctionnalité du programme d'Analamanga.....	19
Tableau 8 : Notes de fonctionnalité du programme d'Atsinanana : Composantes avec consensus pour tous les programmes.....	21
Tableau 9 : Notes relatives à la fonctionnalité dans la région d'Atsinanana : Composantes avec des différences entre programmes	23
Tableau 10 : Notes de fonctionnalité du programme d'Androy, SN2.....	24
Tableau 11 : Notes de fonctionnalité du programme d'Androy, ASC formés par l'UNICEF.....	27
Tableau 12 : Notes de fonctionnalité du SN2, trois régions.....	36
Tableau 13 : Forces et faiblesses, ensemble des programmes d'ASC.....	37
Figure 1 : Aperçu de la méthodologie d'évaluation.....	10
Figure 2 : Composantes d'un programme d'ASC dans la boîte à outils de la MEAP ASC.....	11
Figure 3: Régions de l'évaluation qualitative à Madagascar.....	14
Figure 4 : Participants par catégorie et genre (n = Nombre de participants).....	15

Abréviations

AIM	Association Intercoopération Madagascar
ASC	Agent de santé communautaire
ASN	Application de la stratégie nationale (GFATM)
ASOS	Actions Socio-sanitaire et Organisation Secours
AT	Assistant technique
BSS	Basé dans un centre de santé – ou un poste de santé (médecin et superviseur)
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CDS	Comité de développement social
CRS	Catholic Relief Services
DG	Discussions de groupe
GFATM	Global Fund for HIV/AIDS, TB and Malaria/Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GH Tech	Projet mondial d'assistance technique pour la santé (USAID)
HCI	Projet d'amélioration des soins de santé (USAID)
KMS	Kaominina Mendrika Salama (approche des communes champion certifiées)
MEAP ASC	Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires
MSIS	Multi-Service Information Systems
MSPPF	Ministère de la santé publique et de la planification familiale
MST	Maladies sexuellement transmissibles
ODDIT	Organisation diocésaine pour le développement de Toamasina
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIMEc	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire
PF	Planification familiale
PSI	Population Services International
SMNNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SN2	USAID/Santénet2
SPN	Soins prénatals
SR	Santé de la reproduction
TB	Tuberculose
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
WASH	Water, sanitation, and hygiene/Eau, assainissement et hygiène

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Dans le monde entier, plus de 3,5 millions d'agents de santé communautaires (ASC), des bénévoles pour la plupart, contribuent aux efforts visant à améliorer la santé. Dans le contexte de la crise des ressources humaines de santé que connaissent 57 pays, les ASC sont de plus en plus l'épine dorsale des services de soins de santé primaires. Il y a plus de 13 000 agents de santé communautaires (ASC) qui fournissent des services de santé à Madagascar, dont beaucoup ont été formés et supervisés par des ONG locales, internationales et confessionnelles avec un certain soutien de supervision provenant du système de santé public et des communautés. Les agents de santé communautaires sont souvent recrutés, gérés et appuyés par des programmes de soutien aux ASC. Dans le présent rapport, un programme de soutien est un système organisationnel ayant des structures et des processus qui fournissent un soutien opérationnel et technique aux ASC. Tandis que ces programmes de soutien sont portés à l'échelle, les parties prenantes cherchent à comprendre la fonctionnalité de ces systèmes de soutien. Une telle compréhension pourrait guider les efforts visant à améliorer et/ou à étendre les programmes de soutien existants, ou à en créer de nouveaux.

La Mission à Madagascar de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a demandé au Projet de l'USAID d'Amélioration des soins de santé (HCI) de : 1) évaluer la fonctionnalité des programmes de soutien aux ASC ; et 2) examiner en particulier les questions qui entourent la supervision de ces agents. Le HCI avait effectué auparavant des recherches qui ont identifié et défini, premièrement les 15 « composantes » du programme des ASC qui contribuent à la performance de ceux-ci, par exemple, la formation, les incitations et la supervision, et deuxièmement les interventions habituellement exécutés par les ASC dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile ; du VIH/SIDA ; et de la tuberculose. Cette recherche a contribué à l'élaboration de « La Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des ASC » (Crigler et al., 2011), une boîte à outils qui guide l'auto-évaluation de la fonctionnalité des programmes d'ASC. La méthodologie de la MEAP ASC a été utilisée à Madagascar pour évaluer la fonctionnalité des programmes de soutien aux ASC dans trois régions en septembre 2011.

Méthodologie

L'évaluation a appliqué l'approche de la boîte à outils pour évaluer la fonctionnalité des programmes qui soutiennent le travail des ASC. Une recherche qualitative complémentaire a examiné de plus près la supervision des ASC au moyen de discussions de groupe (DG) et d'entretiens. La recherche s'est concentrée sur les ASC qui étaient des agents (donc, des ASC) et qui avaient été formés pour fournir des services de soins de santé de base et des activités de promotion de la santé au sein de leur communauté dans les régions d'Atsinanana, Analamanga et Androy. Quatre programmes de soutien ont été évalués, notamment ceux de Santénet2 (SN2) dans toutes les trois régions et un programme de ASC géré par l'État dans la région d'Androy. L'UNICEF avait fourni la formation initiale des ASC gérés par l'État dans la région d'Androy. Nombre des fonctions de soutien du programme étaient assurées par le SN2 au moyen d'ONG locales, avec un certain soutien de supervision clinique provenant du système de santé public, la supervision générale étant fournie par les communautés. Le soutien aux ASC dans les régions appuyées par l'UNICEF provenait du secteur public, à travers la direction du district et les chefs des établissements de santé, avec une période initiale de six mois de soutien apportée par l'ONG ASOS.

La méthodologie de la MEAP ASC comporte trois étapes principales : 1) une revue documentaire ; 2) un atelier d'évaluation ; et 3) des visites de validation.

Pour la première étape, la documentation en rapport avec chaque programme de soutien a été rassemblée et passée en revue avant l'atelier de chaque région et les conclusions de la revue ont été triangulées avec celles de l'atelier et des visites de validation. Chaque atelier a impliqué un large éventail de parties prenantes qui ont noté chacune des 15 composantes de leur programme de soutien sur une échelle allant de 0 (non fonctionnelle) à 3 (meilleure pratique) ; des rapporteurs ont enregistré les votes.

Les participants aux ateliers ont ensuite examiné les listes des interventions en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNNI) ; planification familiale (PF) ; et eau, assainissement et hygiène (WASH). Après avoir établi si les interventions faisaient partie ou non de leur programme, les participants ont déterminé si les interventions étaient fonctionnelles. Les rapporteurs ont saisi les commentaires qui ont éclairé la manière dont fonctionnait le programme de soutien aux ASC.

Après chaque atelier, l'équipe de recherche se rendait dans les communautés n'ayant pas été représentées à l'atelier pour s'entretenir avec les parties prenantes sur place afin de valider et/ou de compléter les informations de l'atelier, ainsi que d'examiner de plus près les questions de supervision grâce à des discussions de groupe et des entretiens.

Les conclusions tirées de l'application de la méthodologie à Madagascar sont présentées dans ce rapport, de même que les recommandations, à la fois des participants et de l'équipe de recherche. Des limites sont également présentées et elles comprennent des faiblesses au niveau de la communication qui proviennent vraisemblablement de la traduction des outils et des discussions de français en malgache, et du fait qu'il n'y avait pas eu d'enregistrement audio des discussions.

Résultats

Utilisant le système de notation de la boîte à outils, dont la note maximum est de 45, les quatre ONG d'Atsinanana ont donné à leurs programmes de soutien les notes les plus élevées, allant de 39 à 41 points. Le programme du SN2 à Analamanga a obtenu 34 points mais n'était que partiellement fonctionnel dans un élément, ce qui signifiait, selon la méthodologie, que l'ensemble du programme n'était que partiellement fonctionnel. Le programme du SN2 de soutien dans la région d'Androy et le programme géré par l'État étaient tous les deux non fonctionnels, avec 28 et 19 points, respectivement.

Plusieurs tendances se sont dégagées parmi les 15 composantes du programme des ASC. Le recrutement était uniformément noté comme une meilleure pratique, avec des commentaires indiquant que l'implication de la communauté et/ou l'application des critères de sélection méritaient cette note élevée. Une telle implication consistait essentiellement en une participation de la communauté à la sélection d'un ASC et à sa supervision ; à la sensibilisation ; et, dans certaines communautés, à la construction d'une case où le ASC pourrait offrir ses services. Dans le cadre de la composante de la participation communautaire, la communication au niveau communautaire était souvent citée comme la raison pour laquelle les membres de la communauté n'étaient pas informés des limites des services des ASC.

Le matériel et les fournitures recevaient généralement des notes faibles (non fonctionnels dans deux régions et partiellement fonctionnels dans une autre), avec l'opinion exprimée maintes fois que l'État devrait fournir une aide à cet égard. (Exceptionnellement, trois ONG d'Atsinanana notaient cette composante comme meilleure pratique, citant l'aide fournie par les centres de santé lorsque des ruptures de stock se produisaient dans les communautés.) L'appropriation par le pays recevait aussi une note assez faible (non fonctionnelle dans deux programmes de soutien et partiellement fonctionnelle dans deux autres), généralement car elle ne contribuait pas aux efforts des ASC, si ce n'est pas pour fournir des formulaires et exiger des rapports. La faiblesse du soutien de l'État apparaissait souvent comme une cause d'inquiétude dans les discussions au sujet de la formation, des incitations et de la supervision. Les commentaires favorables à propos de l'État reconnaissaient sa politique de santé communautaire (MSPPF, 2009).

Les autres composantes recevaient des notes élevées ou faibles, sans qu'il y ait de schéma clair au niveau des programmes ou des composantes : l'implication de la communauté, les possibilités d'avancement, la documentation et la gestion de l'information, et l'évaluation de la performance du programme étaient généralement bien notées. Les participants aux ateliers attribuaient une fonctionnalité élevée aux ASC formés par l'UNICEF pour le rôle de ASC (du fait de la compréhension de ce rôle), à la formation initiale, au système de transfert et aux possibilités d'avancement.

La formation continue recevait des notes allant partiellement fonctionnelle à meilleure pratique, avec la région d'Atsinanana qui la classait comme meilleure pratique en raison des réunions de revue mensuelles au niveau de la communauté. De telles réunions permettent aux superviseurs locaux et aux représentants de la communauté de fournir un feed-back aux ASC. Le programme de soutien du SN2 d'Androy était noté comme meilleure pratique pour la formation initiale du fait notamment de l'implication de la communauté et des centres de santé dans cette formation.

Les systèmes de transfert ont reçu des notes élevées mais de nombreux commentaires ont indiqué que les ASC n'obtiennent pas de feed-back du centre de santé pour guider les soins de suivi.

Pour ce qui est des interventions (par exemple, les soins prénatals, les soins de l'accouchement) présentées dans la boîte à outils ou élaborées pour cette recherche, la plupart des ASC ont jugé que leurs activités étaient fonctionnelles pour tous les services qu'ils fournissaient ; les discussions ont mis en évidence les services qu'ils ne fournissent pas dans le cadre des tâches qui leur incombent actuellement et qui comprennent habituellement les soins à la naissance, les aliments thérapeutiques pour la nutrition et l'hygiène des adolescents. Les ASC d'Androy formés par l'UNICEF suivaient le paquet de services définis au niveau national et se concentraient donc sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIMEc).

Une évaluation séparée a examiné la supervision dans la perspective des ASC, des superviseurs et des communautés. Le SN2 encourage la supervision de soutien et a un programme de supervision important s'appuyant sur des formulaires et des incitations (pour les superviseurs) pour que les délais soient respectés. Généralement, ces trois groupes estimaient que la supervision était utile pour assurer la qualité des services. Ils incluaient l'approche de la supervision et rapportaient que c'était une bonne façon d'améliorer les services en associant contrôle, renforcement des capacités et soutien aux ASC pour résoudre les problèmes. Toutefois, certains participants semblaient ne pas faire de distinction entre les tâches d'évaluation et de supervision au sens plus large, par exemple l'apport de conseils au fur et à mesure des besoins et des demandes de matériel aux échelons les plus élevés du système de santé.

La supervision était assurée par des membres de la communauté (pour les relations avec la communauté), du personnel médical (pour la pratique clinique) et des agences parrainantes (pour la programmation). Une évaluation détaillée de la performance avait lieu généralement deux fois par an initialement, mais tous les trimestres au moment de l'évaluation. Les visites de supervision aux sites des ASC où des ASC pouvaient être observés en train de travailler avec un client étaient rares pour plusieurs raisons (distances, manque de moyens de transport et de temps, et du fait que les ASC étaient souvent des agriculteurs et n'étaient pas disponibles pendant la journée). Les pratiques de supervision comprenaient habituellement une revue du matériel/des fournitures des ASC et de leur organisation, l'examen de rapports sur les activités et de documents relatifs aux patients, ainsi que des questions afférentes aux connaissances et aux méthodes de travail. Des exercices de simulation sur les services et les interventions habituels des ASC étaient effectués essentiellement lors des réunions de revue mensuelles pendant lesquelles les activités des ASC étaient discutées.

Les superviseurs dans toutes les trois régions ont montré qu'ils avaient une compréhension commune de la supervision qu'ils considéraient comme une combinaison du contrôle de la qualité des activités des ASC et du soutien aux ASC dans le but d'assurer la qualité des services et d'encourager les ASC dans leurs efforts. Ils considéraient l'identification des problèmes et l'aide aux ASC dans la recherche de solutions comme une tâche de supervision fondamentale, tout comme l'explication des rôles et des tâches des ASC et le renforcement des relations entre les ASC et leur communauté. Ils associaient la supervision réussie à la motivation des ASC pour qu'ils améliorent leurs performances.

Les représentants de la communauté étaient les superviseurs les plus proches des ASC et assuraient la liaison entre les ASC (hommes ou femmes) et leur communauté de manière plus générale. Ils exhortaient les villageois à profiter de la présence de ASC, et les chefs de village à soutenir les ASC

comme ils étaient les seuls à pouvoir le faire. Un représentant d'une communauté a rapporté que la culture n'avait pas adopté facilement le changement de comportement mais que des progrès étaient faits dans le sens d'un renforcement du soutien aux ASC. Ils ont aussi examiné les données et les statistiques sanitaires pour aider à l'élaboration de plans communautaires et au suivi des plans d'action.

Recommandations

Les quatre programmes n'étaient guère différents pour ce qui est des recommandations. Ils demandent une coordination plus solide entre le programme des ASC et les autres entités, notamment les représentants de la communauté, le centre de soins de santé et le système de santé public de manière générale. Une coordination plus solide, de l'avis des participants, susciterait un plus grand respect pour les ASC et leurs programmes et une meilleure compréhension de ceux-ci, des approvisionnements plus fiables et une meilleure supervision. Pour le programme des ASC géré par l'État, les parties prenantes ont souligné la nécessité d'utiliser l'information générée par les ASC et les échelons plus élevés du système de soins de santé pour guider judicieusement la prise de décision et l'action ; seule la région d'Atsinanana a demandé que la formation initiale se fasse dans la communauté.

Les ASC percevaient de manière positive les attitudes et le comportement des superviseurs et ils rapportaient que la supervision avait des effets positifs. Leurs attentes des superviseurs étaient diverses : les ASC d'Analamanga voulaient des encouragements et de nouvelles connaissances ; ceux d'Atsinanana voulaient que le superviseur lie les ASC à d'autres entités (par exemple, une NGO ou un centre de santé) et ceux d'Androy voulaient davantage d'aide pour résoudre leurs problèmes. Le dernier groupe recommandait des visites de supervision plus fréquentes avec plus de temps consacré à la supervision individuelle ; plus d'orientations, de coaching et de conseils adaptés à leur situation de travail ; et un feedback sur les résultats des séances d'évaluation. Un ASC d'Androy a également recommandé des visites par les donateurs et autres autorités pour mieux comprendre les situations des ASC.

Les superviseurs ont recommandé des visites à domicile au cours desquelles les superviseurs pourraient observer et coacher un ASC et durant lesquelles les communautés pourraient être sensibilisées sur la valeur des ASC ; ils mentionnaient aussi toutefois des contraintes de temps. Ils ont demandé des téléphones portables et une aide pour résoudre les ruptures de stock.

Les représentants de la communauté estimaient que les programmes de soutien aux ASC amélioraient la santé du public et ils considéraient favorablement la supervision, mais ils estimaient qu'ils étaient gênés par le manque de moyens de transport, et parfois par le manque d'informations sur les résultats de la supervision clinique et de la supervision du programme. Ils recommandaient un soutien, essentiellement sous forme de fonds, de fournitures et de formation. L'un des superviseurs s'est dit préoccupé du temps qui est exigé des ASC.

Conclusions

Le SN2 et l'UNICEF devraient être reconnus pour leurs efforts visant à étendre et à renforcer les programmes de ASC. Globalement, on a trouvé que les programmes de soutien aux ASC étaient plus solides dans le recrutement, la formation initiale, les possibilités d'avancement, et la documentation et la gestion de l'information. Les plans pour l'avenir devraient chercher à conforter ces forces et à remédier aux faiblesses identifiées en ce qui concerne le matériel et les fournitures, l'évaluation de la performance individuelle et l'appropriation par le pays. Comblé ces lacunes créerait des opportunités pour un apprentissage partagé, une meilleure coordination entre les parties prenantes, et l'application de méthodes d'amélioration pour élaborer et tester des interventions qui ciblent les faiblesses programmatiques et améliorent l'efficacité et la durabilité des programmes de ASC.

I. INTRODUCTION

Les agents de santé communautaires (ASC) sont reconnus au niveau international pour leur contribution au recul de la morbidité et de mortalité. Depuis 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) encourage la promotion des ASC pour l'exécution de diverses tâches au niveau communautaire (OMS, 1989). « ASC » désigne généralement des personnes qui, avec une formation et un soutien limités, dispensent des soins de santé et une éducation sanitaire à des personnes qui vivent dans leur communauté. Un ASC est un agent de santé qui : 1) dispense une série de services de santé essentiels ; 2) reçoit une formation standardisée en dehors des programmes officiels de soins infirmiers ou de médecine ; et 3) a un rôle bien défini au sein de la communauté et du système de santé de manière plus générale. Selon le contexte, les ASC ont non seulement des titres divers (tels que agents de santé communautaires, promoteurs de la santé, agents de vulgarisation, guides sanitaires villageois et éducateurs de pairs) mais ils effectuent aussi des tâches différentes (OMS, 1989). Ils dispensent habituellement des soins de santé de base et des services de promotion de la santé en dehors d'établissements sanitaires et dans un contexte communautaire, effectuant une sensibilisation communautaire, des visites à domicile et une éducation du public ; mobilisant la fréquentation des dispensaires ; et parfois travaillant dans de petits postes de santé ou des postes mobiles. De plus en plus, dans certains pays, ils étendent aussi la portée du système de santé à l'intérieur des établissements de santé, se chargeant de tâches telles que la promotion de la surveillance de la croissance de l'enfant, la mise à jour des dossiers des patients et l'apport d'une éducation sanitaire et d'un soutien aux patients, allégeant ainsi la tâche de professionnels de la santé qui sont surchargés.

Le rôle des ASC devient de plus en plus important tandis que les gouvernements ont du mal à remédier aux pénuries de main-d'œuvre sanitaire résultant de migrations, de pathologies liées au VIH et d'une infrastructure inadéquate (voir Encadré 1). En outre, il devient de plus en plus clair que le nombre de prestataires professionnels est nettement inférieur aux besoins pour fournir des soins aux populations rurales dans des pays n'ayant que peu de ressources (OMS, 1989).

Comme c'est le cas dans d'autres pays, les problèmes de Madagascar tiennent à une répartition inégale de la main-d'œuvre sanitaire ; par exemple, la région d'Analamanga, qui entoure la capitale, a près de 50 pour cent de la main-d'œuvre qualifiée du pays mais cette main-d'œuvre ne dessert que 15 pour cent de la population de la région. En outre, plus de 40 pour cent de la population vit dans des zones géographiques n'ayant qu'un accès très limité à des formations sanitaires (Agarwal *et al.*, 2011). Le nombre insuffisant de professionnels de la santé, leur répartition inégale et la pénurie d'établissements se traduisent par un accès limité et inégal à des soins de santé.

Appartenant souvent à la communauté dans laquelle ils travaillent, les ASC peuvent être des sources fiables d'informations et de services. Ils peuvent constituer un lien critique entre la communauté et le système de santé, permettant à celui-ci de fournir des soins culturellement appropriés et d'un bon rapport coût-efficacité, tout en augmentant l'implication de la communauté dans les résultats de santé, et tout en créant une implication à long terme dans le système de soins de santé primaires (IntraHealth, 2012). En effectuant des tâches de santé de base, les ASC permettent aux prestataires qualifiés de se concentrer sur des soins plus complexes.

Encadré 1 : La crise des agents de santé

Le Groupe de travail de haut niveau sur le financement novateur des systèmes de santé a estimé en 2009 qu'il faudrait 3,5 millions d'agents de santé de plus dans 49 pays à faible revenu — soit en gros deux fois plus que le nombre actuel dans ces pays — pour parvenir aux Objectifs de développement pour le millénaire (ODM, 2005). Cinquante-sept pays — 36 d'entre eux en Afrique subsaharienne — souffrent d'une pénurie critique de main-d'œuvre, définie comme une densité de professionnels de la santé inférieure à 2,3 pour 1 000 personnes. La situation de Madagascar est particulièrement difficile, avec 2,9 médecins et 3,2 infirmiers/infirmières pour 10 000 personnes (Observatoire des ressources humaines pour la santé de l'Afrique, 2007).

Chose peut-être plus importante, les ASC peuvent accroître, pour les populations rurales et éloignées, la disponibilité de services de santé primaires qui sauvent des vies, et améliorer l'accès à ces services. À Madagascar, « agent de santé communautaire » (ASC) est le terme qui convient le mieux pour les décrire, étant donné qu'ils ne sont pas rémunérés pour leurs services. Madagascar a 22 régions, 119 districts, 1 579 communes, 17 485 *fokontany* (ici, « villages »), et 121 679 localités (INSTAT, ND). Certaines communes, mais pas toutes, ont des centres de santé, et certains villages, mais pas tous, ont au moins un ASC. Madagascar compte plus de 13 000 ASC et envisage de porter leur nombre à 34 000.

A. Le contexte

Les principaux bailleurs de fonds ont gelé leur soutien budgétaire direct et autre aide au développement depuis le coup d'État du début de 2009 à Madagascar. Cette situation est particulièrement catastrophique étant donné que Madagascar était très tributaire de cette aide, avec 45 pour cent du budget de l'État qui était financé en 2007 par l'aide extérieure ; 76,8 pour cent de ces sommes était utilisé pour l'investissement public. (MDS, 2012) La première revue sanitaire conjointe en deux ans, effectuée en décembre 2010, a suscité des inquiétudes concernant la diminution de l'enveloppe budgétaire globale attribuée au secteur de la santé et la détérioration de la situation des centres de santé communautaires qui manquent de médicaments, de produits pharmaceutiques et de matériel, notamment de produits de base qui sauvent des vies pour le traitement de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës, du paludisme et de la malnutrition grave.

Il y a des risques potentiellement élevés d'une augmentation du nombre d'enfants non vaccinés ou ayant des vaccinations incomplètes ; d'une couverture vaccinale faible ; et enfin, d'une résurgence d'épidémies en raison de ruptures de la chaîne du froid résultant elles-mêmes essentiellement de pénuries de carburant pour les congélateurs/réfrigérateurs au niveau sous-national. La plupart des centres de santé n'ont pas reçu en totalité leur allocation mensuelle de carburant ou de crédits depuis janvier 2009 (MSPPF, 2012). Au moment de l'évaluation, certains centres n'effectuaient qu'une ou deux séances de vaccination par mois du fait de ruptures de la chaîne du froid. Les activités mobiles et communautaires se sont ralenties (et, dans certains cas, elles ont cessé) par manque de fonds. Le budget pour l'achat de médicaments essentiels a chuté de 30 pour cent entre 2009 et 2011, avec des paiements régulièrement en retard en 2010 (MSPPF, 2011). En octobre 2011, les mouvements politiques malgaches ont finalement signé une feuille de route négociée avec la SADC, la Communauté de développement de l'Afrique australe, pour un gouvernement de transition multipartite. Depuis lors, les Nations Unies et un certain nombre d'organisations multilatérales (Union européenne, Banque mondiale, Banque africaine de développement) se sont réengagées progressivement aux niveaux central et périphérique dans des plans transitoires.

B. Indicateurs de santé de Madagascar

Les taux de mortalité juvénile-infantile à Madagascar ont diminué au cours des dix dernières années avec un taux de mortalité néonatale qui est tombé de 40 pour 1 000 naissances vivantes (EDS, 1997) à 24 pour 1 000 naissances vivantes (EDS, 2008) et un taux de mortalité chez les moins de cinq ans qui a chuté de 159 pour 1 000 naissances (EDS, 1997) à 58 pour 1 000 (OMS, 2009). Toutefois, des défis — en rapport avec l'accessibilité et la qualité des services, la disponibilité des médicaments et des fournitures, l'utilisation de données pour la planification et le suivi, et les capacités de gestion des services de santé — sont des obstacles non seulement à l'amélioration de l'état de santé mais aussi au développement social et économique. Madagascar a le sixième taux de malnutrition dans le monde, avec environ 20 pour cent de la population qui est affectée, et les taux de mortalité maternelle restent extrêmement élevés avec 440 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Environ 50% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique (retard de croissance) (INSTAT et ICF Macro, 2010). Le Tableau 1 regroupe un certain nombre d'indicateurs de santé relatifs à Madagascar.

Tableau 1 : Indicateurs sélectionnés, Madagascar 2009

	Madagascar
Population totale (milliers)	19 625
Espérance de vie à la naissance (années)	65
Taux de mortalité des adultes (pour 1 000 adultes 15–59 ans)	236
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes)	58
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	440
Prévalence du VIH (pour 1 000 adultes 15–49 ans)	2
Prévalence de la tuberculose (pour une population de 100 000)	478
Pourcentage of la population vulnérable au paludisme (%)	90
Taux de mortalité toutes causes confondues chez les moins de cinq ans (pour une population de 1 000)	72
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (années)	49

Source: OMS (2009)

C. Politiques de Madagascar en matière de santé communautaire

En 2007, le gouvernement a lancé le Plan d'action de Madagascar (2007–2012) énonçant les objectifs de santé à atteindre d'ici à la fin de 2012, notamment une diminution de moitié du taux de mortalité infantile (de 76 à 38 pour 1 000 naissances vivantes), une diminution de 40 pour cent du taux de mortalité maternelle (de 550 à 330 pour 100 000 naissances vivantes) et une diminution de 75 pour cent du nombre de cas rapportés de paludisme (Nations Unies, 2006). L'accent a été mis également sur la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans. Les activités spécifiques du Plan d'action comprennent un soutien aux activités de prévention et de surveillance, l'amélioration des soins aux patients et de la prise en charge des cas, le renforcement des programmes existants et la mise en œuvre d'un système de données pour la prise de décisions. En réponse à cela, le Ministère de la santé publique et de la planification familiale (MSPPF) a préparé un Plan national de stratégie et de développement de la santé qui définit dans leurs grandes lignes les interventions nécessaires — avec un cadre logique de priorités, d'activités et de résultats — pour parvenir aux objectifs du Plan d'action (RTI, 2008).

En 2009, le MSPPF a publié la Politique nationale de santé communautaire pour guider la promotion et l'harmonisation des services de santé communautaire en évaluant les leçons tirées des multiples initiatives de santé à petite échelle (MSPPF, 2009 ; Agarwal et al., 2011). Les objectifs principaux de la politique étaient d'accroître la demande de services en rapport avec la santé, de promouvoir la disponibilité de ces services et d'établir leur prestation au niveau local. Toutefois, la crise politique ultérieure, en plus de financements limités, a empêché la mise en œuvre au niveau régional. L'Application de la stratégie nationale (ASN) du Fonds mondial à Madagascar en 2009 décrivait des plans pour parvenir à 34 000 ASC qui seraient formés et équipés pour fournir des tests de diagnostic rapide et une thérapie combinée à base d'artémisinine (GF, 2012). Les estimations suggèrent que plus de 62 organisations non gouvernementales et autres soutiennent les programmes d'ASC de Madagascar ; ces organisations ont également été associées à l'élaboration de la politique nationale. En outre, il y a une collaboration entre ces organisations et les bailleurs de fonds, ainsi qu'entre ces organisations et des centres de santé pris individuellement. Le MSPPF lance un guide visant à épauler l'établissement de meilleures pratiques pour les politiques nationales en rapport avec la santé communautaire.

D. Agents de santé communautaires malgaches

Le gouvernement malgache reconnaît que les ASC constituent un moyen efficace pour atteindre une population majoritairement rurale. Les ASC ont été formés entre 2007 et 2009, avec la mise en œuvre de la PCIMEc à travers l'ASN, à partir de 2010. Plus de 13 000 ASC fournissent des services de santé, beaucoup d'entre eux formés et supervisés par des ONG locales, internationales et confessionnelles. L'USAID/Madagascar met en œuvre deux grands projets intégrés de soins de santé primaires communautaires dans le cadre desquels des ASC fournissent des services de planification familiale, de santé maternelle et de prise en charge des cas au niveau communautaire, ainsi que de communications, et des services en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH).

Les tâches qu'exécutent les ASC se distinguent par niveau de formation et par catégorie. Les ASC de niveau 1 ont été formés pour fournir des conseils et une éducation sanitaire de base, tandis que ceux de niveau 2 ont une formation plus poussée leur permettant de diagnostiquer également certaines pathologies et de fournir quelques traitements. Par exemple, pour la planification familiale, les ASC de niveau 1 offrent la méthode des jours fixes (perles correspondant au cycle menstruel), des condoms et des pilules, et ils orientent vers des méthodes de longue durée et permanentes, tandis que les ASC de niveau 2 fournissent aussi des contraceptifs injectables.

Après six mois de pratique au niveau 1, et après avoir achevé une formation avancée, les niveaux 2 doivent démontrer qu'ils sont capables d'appliquer les connaissances/compétences acquises pendant cette formation. Ils sont évalués par les superviseurs pour déterminer s'ils satisfont aux attentes. Si tel est le cas, ils reçoivent un certificat de niveau 2. Les ASC de l'un ou l'autre niveau peuvent se concentrer sur l'une des deux catégories suivantes : « AC-mère » qui fournit des services de santé maternelle et de santé de la reproduction ; « AC-enfant » qui se concentre sur les soins de santé de l'enfant. Chaque niveau et catégorie varient pour ce qui est des tâches et du champ d'activité (autorisation de pratiquer). Madagascar cherche à porter tous les ASC au niveau 2. En conséquence, il est possible que cesse la distinction entre ces niveaux. L'Encadré 2 illustre les services fournis par les AC-mère et les AC-enfant dans les programmes qui sont soutenus par SantéNet2.

Encadré 2 : ASC de SantéNet2 (SN2)

ASC/Mère

Niveau 1 : Promotion des soins intégrés de santé de la reproduction (SR) et de planification familiale (PF)

- Information sur les méthodes de PF et distribution de contraceptifs oraux, méthodes de barrière et méthode des jours fixes
- Messages sur la prévention des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH
- Maternité sans risques (soins prénatals, traitement préventif intermittent, nutrition)
- PF postpartum

Niveau 2 : Tous les services fournis dans le cadre du niveau 1, plus le contraceptif injectable Depo-Provera

ASC/Enfant

Niveau 1 : Promotion des services de santé de l'enfant

- Mesures nutritionnelles essentielles
- Suivi et promotion de la croissance
- Promotion du Programme élargi de vaccination
- Prévention du paludisme, de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës

Niveau 2 : Tous les services fournis dans le cadre du niveau 1, plus la prise en charge communautaire des cas de paludisme, diarrhée et infections respiratoires aiguës.

Le Tableau 2 montre la répartition des ASC dans toutes les 22 régions, séparant les ASC appuyés par le SN2 de l'USAID et ceux formés par l'UNICEF. Toutes les régions ont des programmes de ASC mais Androy est la seule à avoir un programme du SN2 et un programme géré par l'État soutenant les ASC (formés par l'UNICEF).

Tableau 2 : Données SN2 et UNICEF sur les ASC, par région

Région	Population (est. 2004)	Nombre	
		SN2 ¹	Formés par l'UNICEF ²
Diana	485 800	0	0
Sava	805 300	793	0
Itasy	643 000	357	0
Analamanga	2 811 500	608	0
Vakinankaratra	1 589 800	1 133	0
Bongolava	326 600	0	0
Sofia	940 800	0	0
Boeny	543 200	235	30
Betsiboka	236 500	0	66
Melaky	175 500	0	
Alaotra-Mangoro	877 700	555	374
Atsinanana	1 117 100	1 199	36
Analanjirifo	860 800	870	310
Amoron'i Mania	693 200	704	0
Haute Matsiatra	1 128 900	1 057	0
Vatovavy-Fitovinany	1 097 700	1 145	0
Atsimo-Atsinanana	621 200	582	95
Ihorombe	189 200	306	0
Menabe	390 800	0	
Atsimo-Andrefana	1 018 500	1 080	254
Androy	476 600	981	312
Anosy	544 200	453	0
	17 573 900	12 058	1 476

Sources : ¹ Communication personnelle du Dr Josoia Samson, directeur, Système de santé communautaire, SN2, février 2012 ; ² UNICEF.

Les ASC sont souvent des agriculteurs/agricultrices qui consacrent jusqu'à un tiers de leur journée à leurs activités de ASC. Le MSPPF, au moment de l'évaluation, était en train d'officialiser une structure pour les reconnaître et pour renforcer leur relation avec les dispensaires de santé publique (DOHE, 2012).

Comme dans d'autres pays ayant des conditions socio-économiques similaires, les ASC malgaches sont confrontés à de nombreux défis. Ils ne peuvent pas être reconnus comme des prestataires légitimes, ce qui tient à un large éventail d'attentes et à un travail dans des contextes communautaires, et qui réduit leur visibilité pour les superviseurs et leur crédibilité en tant qu'agents de santé publique dans l'optique de la communauté. En outre, il leur manque souvent une éducation ou une formation formelle, ce qui limite les possibilités d'étendre leurs responsabilités (Assemblée nationale des services de santé, 2006). Les ruptures de stock de médicaments essentiels, ainsi qu'un manque de fournitures et de matériel pour faciliter le diagnostic et le traitement, entravent la prestation de services des ASC et, en conséquence, leur crédibilité. De ce fait, les clients s'abstiennent souvent de se faire soigner et ou s'adressent à un centre de santé — deux situations qui sapent la confiance de la communauté en ses ASC (IntraHealth International, 2012).

E. But de l'évaluation

Les ASC ne travaillent pas de manière isolée et ils sont appuyés par des *programmes de soutien* — définis dans ce rapport comme un système organisationnel comprenant des structures et des processus qui fournissent un appui opérationnel et technique aux ASC. Un tel soutien est important pour permettre

aux ASC de faire leur travail et de répondre aux besoins de la communauté. La Mission de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) à Madagascar a demandé une évaluation de la fonctionnalité, de l'efficacité et de la durabilité des programmes qui appuient les ASC malgaches dans la fourniture de services de soins de santé primaires aux communautés rurales. Les principaux objectifs de l'évaluation étaient :

1. Évaluer la fonctionnalité des programmes de soutien aux ASC pour identifier les forces et les faiblesses dans trois régions, et
2. Examiner les pratiques de supervision des ASC.

L'application d'approches à la fois qualitatives et quantitatives permettait une compréhension approfondie et large. Les rapports d'évaluation aideront à l'expansion des réseaux de ASC dans le cadre de l'Application stratégique nationale du Fonds mondial et du projet Mahefa financé par l'USAID et mis en œuvre par le John Snow Research & Training Institute (JSI, 2011).

Ce rapport présente les conclusions de l'évaluation qualitative qui a été réalisée par le Projet d'amélioration des soins de santé (HCI), géré par University Research Co., LLC (URC). Ce volet a utilisé la boîte à outils de la Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC) (Crigler et al., 2011) pour évaluer la fonctionnalité de ces programmes, tant au niveau organisationnel qu'au niveau du système, et a examiné l'utilisation des outils et des pratiques de supervision. À ce jour, la MEAP ASC a été appliquée dans plus de 25 cas par un large éventail de parties prenantes.

Le Projet mondial d'assistance technique pour la santé de l'USAID (GH Tech), de pair avec les Centers for Disease Control and Prevention et autres parties prenantes, a entrepris l'évaluation quantitative, évaluant la qualité des services des ASC au moyen d'enquêtes transversales d'un échantillon de l'USAID/SN2 basé sur la probabilité et des ASC dans les régions soutenues par l'UNICEF. Bien que menées séparément, les études quantitative et qualitative sont complémentaires. Les conclusions de ce rapport et celles de GH Tech seront triangulées et synthétisées en un rapport unique qui comprendra des recommandations à l'intention des partenaires de la mise en œuvre pour les activités futures de soutien aux ASC malgaches. L'évaluation qualitative s'est concentrée essentiellement sur les programmes de soutien du SN2 dans trois régions, même si elle comprenait dans une région le programme de soutien des ASC géré par l'État (ASC formés par l'UNICEF), non à des fins de comparaison mais pour permettre un partage d'expériences et des leçons apprises.

F. Programmes évalués

Au moment de l'évaluation, en septembre 2011, deux organisations — le SN2 financé par l'USAID et l'UNICEF — appuyaient les activités des ASC à Madagascar. Dans les deux cas, les ASC n'étaient pas en relation directe avec le bailleur de fonds mais participaient plutôt à un programme géré par une ONG sous-traitante du bailleur de fonds ou à un programme géré par l'État. Le parrainage du programme du SN2 consistait à fournir une formation, à demander des rapports sur les activités, à envoyer occasionnellement un superviseur de l'organisation aux sites des ASC pour essayer d'offrir une assistance et/ou des orientations, et à faire effectuer par le superviseur une évaluation de la performance couvrant des questions organisationnelles (mais non les compétences cliniques). Le soutien aux ASC fourni par l'UNICEF entre 2007 et 2009 consistait principalement en une formation, avec l'essentiel un soutien qui était fourni par le système de santé public.

Le SN2 a conclu des contrats avec 16 partenaires de mise en œuvre (trois organisations internationales et 13 ONG locales) pour appliquer l'approche des Kaominina Mendrika Salama (KMS) — ou communes champion certifiées. Cette approche habilite les communautés et responsabilise les services de santé. Elle cherche à renforcer le développement de la participation de la communauté en : 1) créant un cadre organisationnel qui comprend la mise en place d'un Comité de développement social (CDS) dans chaque communauté ; et 2) en renforçant les capacités des leaders communautaires en matière d'évaluation des

besoins, plans d'action et suivi des interventions sanitaires. Les CDS comprennent uniquement les leaders communautaires qui supervisent les ASC du point de vue de la communauté, plus particulièrement pour ce qui est de la sensibilisation, de la promotion de la demande et des activités de stimulation.

1. Santénet2

Le SN2 (2008–2013) est un programme de cinq ans mis en œuvre par RTI International. Ses activités sont axées sur le renforcement des services au niveau communautaire (Encadré 2) dans des régions géographiques choisies pour parvenir aux buts de santé fixés par le gouvernement malgache. En collaboration avec 16 partenaires de mise en œuvre, le SN2 cible 800 *Kaominina Mendrika (KM)*, ou communes championnes, dans 16 régions (sur 22), couvrant environ les deux tiers du pays.

Le SN2 est un volet majeur de la quatrième phase de l'assistance de l'USAID au secteur de la santé à Madagascar dans le cadre de l'Objectif stratégique 5, qui comprend :

- L'amélioration de la survie, de la santé et de la nutrition de l'enfant ;
- La diminution des grossesses non souhaitées et l'amélioration des comportements de santé de la reproduction ;
- La prévention des maladies infectieuses majeures et la lutte contre ces maladies ; et
- La diminution de la transmission et de l'impact du VIH/SIDA (RTI, 2008).

Encadré 3 : Rôles clés de Santénet2

- Renforcer la prestation des services des ASC dans les communautés situées à plus de cinq kilomètres d'un centre de santé (RTI, 2008) ;
- Accompagner plus de 12 000 ASC qui fournissent une information et des services en santé maternelle, néonatale et infantile (SMNNI) ; nutrition ; PF et SR ; paludisme ; MST/VIH/SIDA ; et eau, assainissement et hygiène (WASH) ;
- Habilitier les adolescentes et jeunes femmes (de 15 à 24 ans) pour qu'elles gèrent leur santé de manière proactive afin d'améliorer les résultats de santé dans le temps (RTI, 2008) ;
- Accroître la demande et l'utilisation de services de santé communautaires par la promotion de la santé, l'information sur la santé et les campagnes d'éducation ;
- Améliorer la formation des ASC tout en encourageant des liens plus solides entre les parties prenantes et les chaînes d'approvisionnement communautaires pour les médicaments essentiels et les fournitures ; et
- La promotion de l'adoption de visites de supervision plus fréquentes aux sites de travail des ASC (RTI, 2008).

SN2 emploie un cadre conceptuel constitué de trois volets : 1) développer et renforcer des aspects clés du système de santé communautaire ; 2) faciliter la participation de la communauté et la responsabiliser en fixant des buts de santé communautaire et en les atteignant ; et 3) lier les deux volets précédents pour avoir un plus grand impact dans la diminution de la mortalité maternelle et juvénile, du taux de fécondité, de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans et de la prévalence du paludisme. Le SN2 s'efforce aussi d'élargir l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène et s'emploie à maintenir le taux de prévalence du VIH à un faible niveau.

Le SN2 coordonne avec les autorités sanitaires de district seulement pour partager l'information (et non pour collaborer, par exemple pour une supervision conjointe des ASC), et il a donc ajouté des « superviseurs indépendants » au système de supervision, ce qui met à disposition des médecins basés dans un centre de santé ou un poste de santé (BSS) qui font partie du système national de santé publique (communication personnelle d'un informateur clé) et des membres de CDS.

Sur les 12 058 ASC (2 008 de niveau 1 et 10 050 de niveau 2) qui travaillent dans le programme du SN2, plus de la moitié des ASC de niveau 2 (x) étaient basés dans les trois régions évaluées (Tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de ASC de niveau 2 du SN2, par région, ONG et type (Mère/nourrisson)

Région	ONG	ASC niveau 1 (Mère)	ASC niveau 2 (Nourrisson)	TOTAL
Atsinanana	CRS	138	128	266
	CARE	158	143	301
	ODDIT	53	218	271
	MSIS	46	45	91
Analamanga	AIM	424	421	845
	SN2	25	25	50
Androy	ASOS	319	358	677
	CRS	222	228	450
Total		1 385	1 566	2 951

Note : CRS est l'abréviation de Catholic Relief Services ; CARE, Cooperative for Assistance and Relief Everywhere ; ODDIT, l'Organisation diocésaine pour le développement de Toamasina ; MSIS, Multi-Service Information Systems ; AIM, Association Intercoopération Madagascar ; et ASOS, Action Socio-Sanitaire et Organisation Secours.

Au moment de l'évaluation, le SN2 se préparait à clôturer progressivement son programme des ASC qui prendrait fin en juillet 2013. Son évaluation trimestrielle des programmes de ASC des ONG a examiné la mise en œuvre du programme et l'engagement de la communauté en termes généraux. Le SN2 donne un feed-back aux ASC sur leur performance pendant les réunions mensuelles de revue des activités, lorsque les représentants de la communauté et les superviseurs sont présents.

2. Programme de PCIMEc de l'UNICEF

L'UNICEF Madagascar opère dans le cadre général de son programme de survie maternelle/infantile et de développement, et il se concentre sur les activités des ASC pour la santé, l'hygiène et la nutrition des enfants (Encadré 3). Il encourage les ASC comme méthode efficace pour améliorer les résultats de santé de personnes qui autrement n'ont pas accès à un traitement.

Encadré 4 : Rôles clés de l'UNICEF

- Porter à l'échelle l'initiative de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIMEc) dans 26 districts sur 111, couvrant 252 800 personnes (UNICEF, ND). Cette approche à base communautaire, initialement lancée par l'OMS et l'UNICEF en 1995, cible des questions de santé courantes qui affectent les enfants de moins de cinq ans en se concentrant sur la promotion de la santé, la prévention de maladies et la prise en charge communautaire des cas, en accordant une importance particulière à la plupart des pathologies courantes de l'enfant.
- Accompagner les ASC pour qu'ils éduquent les gens au sujet de l'importance des mécanismes de détection précoce de la malnutrition. L'UNICEF a travaillé avec des organisations partenaires pour dépister 260 000 enfants dans le sud de Madagascar en 2011, tout en lançant simultanément une campagne dans ce secteur pour distribuer des compléments alimentaires afin d'aider à la prévention de la malnutrition (UNICEF/Madagascar, ND).
- Renforcer la relation entre les services de santé et les communautés et améliorer des pratiques familiales sélectionnées (Agarwal *et al.*, 2011).
- Former les ASC sur la PCIMEc.
- Former les superviseurs des ASC sur la PCIMEc dans les centres de santé.
- Encourager la supervision des ASC.

L'UNICEF a lancé une formation en PCIMEc pour les ASC d'Androy en 2009, à la demande d'une ONG locale, Action Socio-Sanitaire et Organisation Secours (ASOS), alors que la région connaissait une urgence nutritionnelle. La première phase de la formation était un programme pilote qui ciblait 12 des 19 communes. Les informateurs clés ont rapporté que la sélection des ASC posait problème cette année, étant donné qu'il était difficile de trouver des personnes capables parmi une population peu éduquée — en conséquence, un seul ASC par village était formé. L'UNICEF a financé la formation et le

stock initial de matériel et de fournitures, notamment les outils de gestion et les médicaments, et a passé un contrat de six mois avec ASOS pour mettre en œuvre la phase pilote.

La phase pilote s'est heurtée à des problèmes du fait d'un manque de coordination entre l'ONG et le système de santé. Les responsables des centres de santé n'étaient pas impliqués dans cette étape de la formation des ASC, ce qui a affecté négativement leur supervision. Par contre, l'ONG ASOS a fourni un soutien au MSP pour l'exécution de la phase pilote du programme de PCIMEc, et l'équipe de l'ONG et les responsables des centres de santé ont travaillé ensemble sur la formation des ASC et sur le suivi du programme. Des visites de supervision régulières étaient prévues toutes les six semaines mais elles ne se sont pas matérialisées en 2009. En 2010, les responsables des centres de santé ont été formés en PCIMEc et ont commencé à superviser les ASC. L'UNICEF n'est pas chargée de fournir un programme de soutien aux ASC d'Androy et elle était responsable essentiellement de la formation initiale des formateurs, du matériel et des fournitures pendant les six premiers mois.

Des difficultés en rapport avec la coordination entre l'ONG et le système de santé ont été observées pendant la phase pilote du programme. Alors que l'objectif était d'avoir des visites de supervision toutes les six semaines, cela ne s'est pas produit en 2009. En 2010, des responsables de centres de santé ont été formés en PCIMEc et ont commencé à superviser les ASC. L'UNICEF était principalement responsable de fournir la formation, le matériel et les fournitures au départ, pendant les six premiers mois du programme. À l'époque de l'évaluation, des ruptures de stock de médicaments et autres matériels suscitaient des inquiétudes.

Les ASC recevaient des médicaments directement des centres de santé par l'intermédiaire de Population Services International dans le cadre d'un financement du troisième round de financement du GFATM. La personne au niveau du district chargée des ASC a rapporté une rupture de stock complète des médicaments en janvier 2010 mais n'a pas mentionné que le district ait essayé de demander des fournitures.

Les équipes de santé de district ont déclaré qu'elles ne pouvaient pas faire un suivi des ASC par manque de moyens de transport et de fonds. Ne disposant pas de fonds pour effectuer spécifiquement cette tâche, les équipes allaient visiter les responsables des centres de santé tous les trimestres — tout en effectuant des activités de terrain d'autres programmes, lorsque c'était possible — et elles demandaient aux responsables comment ils travaillaient avec les ASC.

L'Application de la stratégie nationale (ASN) est un programme qui est financé par le neuvième round du GFATM pour aider à la mise en œuvre du Plan stratégique national de lutte contre le paludisme. Des fonds de l'ASN ont également été affectés au soutien du passage à l'échelle de la PCIMEc et au renforcement du soutien aux ASC grâce à la supervision et à une formation de recyclage. Les programmes d'appui des ASC et les interventions n'avaient pas encore été soutenus par des fonds de l'ASN au moment de cette évaluation.

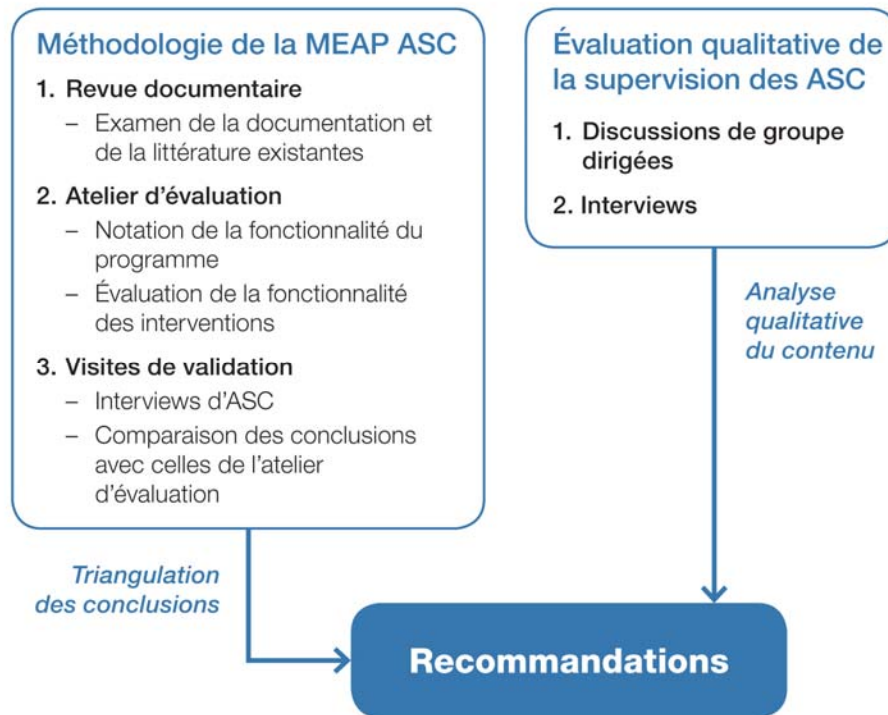
II. MÉTHODOLOGIE

Comme cela a déjà été noté, les objectifs de cette évaluation étaient d'évaluer : 1) la fonctionnalité des programmes de soutien aux ASC à Madagascar dans trois régions ; et 2) les pratiques de supervision des ASC. L'évaluation a examiné les programmes de soutien du SN2 dans ces trois régions et le soutien aux ASC formés par l'UNICEF dans une région. Les deux ont été examinés en septembre 2011, non pas à des fins de comparaison mais plutôt pour faciliter le partage d'expériences et des leçons apprises. Pour évaluer les programmes des ASC de Madagascar de manière qualitative, l'évaluation a appliqué deux approches (Figure 1) :

I. La méthodologie de la MEAP ASC qui a évalué la fonctionnalité des programmes ; et

2. Des discussions de groupe (DG) et des entretiens semi-structurés qui ont examiné les pratiques de supervision.

Figure 1 : Aperçu de la méthodologie d'évaluation

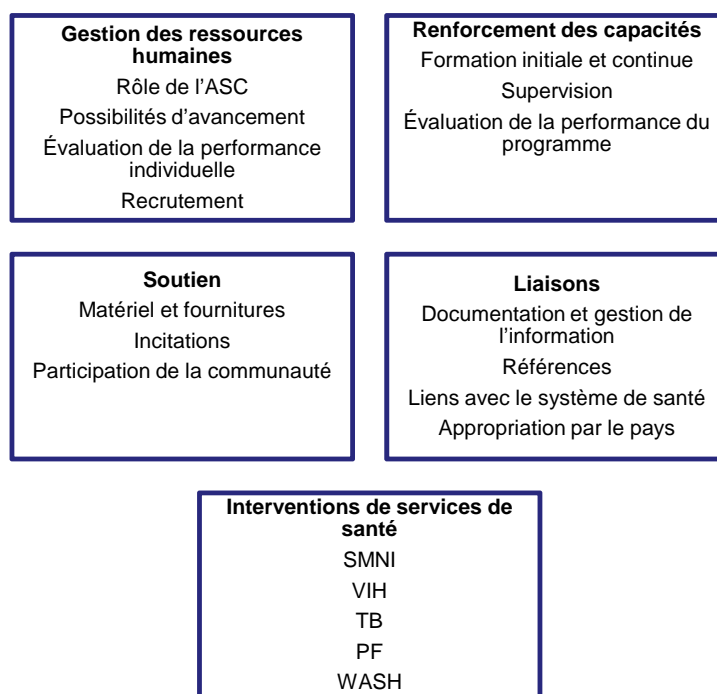


A. Méthodologie de la MEAP ASC

Le HCI a mis au point la boîte à outils de la MEAP ASC (Crigler *et al.*, 2011) pour aider les organisations à : 1) évaluer la fonctionnalité de leurs programmes d'ASC ; et 2) améliorer la performance des programmes. Elle a été appliquée à 25 pays par une vaste gamme d'organisations pour évaluer et améliorer les programmes des ASC. La méthodologie de la MEAP ASC comporte trois étapes principales : 1) la revue documentaire ; 2) un atelier d'évaluation ; et 3) des visites de validation.

La méthodologie guide les parties prenantes dans l'exécution d'une auto-évaluation participative (« auto » car les parties prenantes ont un intérêt dans le programme qu'elles évaluent) pour noter la fonctionnalité des 15 éléments de soutien, ou « composantes » — comme le recrutement, la formation et les incitations — qui sont nécessaires pour qu'un programme d'ASC fonctionne efficacement (Figure 2, les composantes sont définies dans l'Appendice 1). Ces volets ont été identifiés par une revue systématique de la littérature existante et par des tests de terrain ultérieurs dans divers contextes de pays. La boîte à outils de la MEAP ASC comprend aussi des listes de contrôle des *interventions* de santé (c'est-à-dire des services) en soins de SMNNI, VIH/SIDA et tuberculose (Crigler *et al.*, 2011, p. III-1-7 pour les interventions de SMNNI). Ces listes de contrôle aident les parties prenantes à évaluer la fonctionnalité des services fournis par les ASC et elles ont été adaptées au contexte malgache lors d'un atelier des parties prenantes en août 2011. L'Appendice 2 indique les interventions utilisées à Madagascar : celles de SMNNI (provenant de la boîte à outils) et celles de PF et de WASH qui ont été élaborées pour cette évaluation.

Figure 2 : Composantes d'un programme d'ASC dans la boîte à outils de la MEAP ASC



Les préparatifs menant à l'intervention ont compris l'adaptation des listes de contrôle des interventions de services au contexte du pays et la formation de facilitateurs locaux pour mettre en œuvre le processus de la MEAP ASC. Le HCI a organisé un atelier de formation à Madagascar (12–13 septembre 2011) pour renforcer la capacité de dix participants dans le pays à appliquer la méthodologie de la MEAP ASC, y compris six experts régionaux et quatre représentants d'organisations partenaires clés.

1. Revue documentaire

L'évaluation a commencé par une revue de documents par l'équipe d'évaluation afin de regrouper l'information de base nécessaire sur l'organisation et la gestion du programme. Cette revue est guidée par un questionnaire standardisé et structuré (Crigler et al., 2011, p. VI-2–4), et ses résultats aident l'équipe d'évaluation à diriger le séminaire d'évaluation avec une information ciblée. Lorsqu'il n'y a pas de documentation disponible, on a parfois demandé aux informateurs clés de fournir des détails. À Madagascar, deux programmes dans deux régions ne disposaient pas de la documentation requise : le programme de Catholic Relief Services (CRS) à Atsinanana (un partenaire de la mise en œuvre du SN2) et le programme de soutien aux ASC formés par l'UNICEF à Androy.

2. Évaluation de l'atelier

Cet atelier fait participer un groupe divers de parties prenantes à la discussion et à l'évaluation de la fonctionnalité des composantes du programme des ASC (recrutement, formation, etc.) et des interventions fournies par les ASC (en SMNNI, etc.). Le processus participatif demande aux parties prenantes d'examiner d'abord individuellement (bien qu'ils soient dans un contexte de groupe) leur propre expérience dans leur programme afin de noter la fonctionnalité, et ensuite de parvenir à un consensus en tant que groupe. Le groupe identifie ensuite les lacunes dans la fonctionnalité et discute de mesures possibles pour une amélioration.

Notation de la fonctionnalité du programme des ASC

Pendant l'atelier, les parties prenantes utilisent une matrice qui comprend la définition de chaque composante et quatre niveaux de critères de fonctionnalité : Non fonctionnel (note de 0), partiellement

fonctionnel (note de 1), fonctionnel (note de 2) ou meilleure pratique (note de 3). Les critères utilisés à chaque niveau pour chaque composante décrivent des situations couramment constatées dans des programmes d'ASC et ils fournissent suffisamment de détails pour que les parties prenantes puissent noter la composante/l'intervention dans leur perspective (voir Appendice 1).

Les facilitateurs peuvent utiliser une session plénière pour discuter de chaque composante en profondeur avant de demander aux participants de les noter. Parfois des séances en petits groupes sont utilisées, si le groupe est trop important ou s'il faut évaluer plus d'un programme. Une fois que les participants ont évalué individuellement toutes les composantes, ils se retrouvent en plénière pour essayer de dégager un consensus sur les notes au moyen de discussions de groupe et d'un partage d'expériences. Pour être considérée comme fonctionnelle, chaque composante du programme doit obtenir une note d'au moins 2 (fonctionnelle), ce qui donne une note cumulative de 30 au minimum.

Évaluation de la fonctionnalité des interventions fournies par les ASC

Une fois que les composantes du programme ont été notées et qu'un consensus a été obtenu, les parties prenantes passent aux listes des interventions (voir Appendice 2), consacrant la deuxième partie de l'atelier à les noter. Travaillant en groupes, les parties prenantes notent les interventions en fonction des tâches attendues des ASC — si les parties prenantes conviennent que les tâches attendues sont effectuées, l'intervention est considérée comme fonctionnelle.

Encadré 5 : Gestion d'évaluations portant sur plusieurs programmes

La méthodologie de la MEAP ASC suggère qu'un programme de soutien soit évalué par atelier, mais elle est suffisamment souple pour permettre des évaluations de plusieurs programmes au moyen de petits groupes spécifiques à un programme. Pour cette évaluation, le consensus parmi les ONG appuyées par une source de soutien commune a été facilité mais n'a pas été imposé lorsque des différences avaient été identifiées. Les points suivants décrivent la gestion des trois ateliers régionaux d'évaluation.

- Dans la région Analamanga (SN2), l'atelier d'évaluation s'est concentré sur un programme de soutien géré par une ONG. Le consensus a été facilité.
- Dans la région d'Atsinanana (SN2), quatre ONG gèrent des programmes de soutien des ASC, et les participants se sont donc divisés en groupes spécifiques aux ONG pour noter la fonctionnalité.
- Dans la région d'Androy (SN2 et UNICEF), les participants se sont divisés en trois groupes : deux ONG financées par le SN2 et un groupe pour les ASC formés par l'UNICEF et appuyés par l'État.

Les interventions listées dans la boîte à outils de la MEAP ASC sont considérées comme étant des interventions à fort impact, basées sur la preuve, et elles ont été formulées par des experts techniques, des groupes de travail de l'USAID et d'autres parties prenantes clés avant d'être testées dans divers pays. Elles n'ont pas pour but de définir ce que *devrait* fournir chaque programme de ASC comme enveloppe de services mais elles cherchent plutôt à proposer un menu de services que les ASC *pourraient* fournir. Une réunion des parties prenantes préalable à l'évaluation (le 4 août 2011 à Antananarivo) a passé en revue ces listes et a effectué des modifications pour mieux les aligner sur les tâches que les ASC malgaches sont censés exécuter et pour qu'elles soient complémentaires des questions de l'enquête quantitative. Pour cette évaluation, les listes des interventions de SMNNI, PF et WASH ont été utilisées pour les programmes de soutien du SN2, et les interventions de SMNNI ont été utilisées pour les ASC formés par l'UNICEF, en conformité avec l'enveloppe définie au niveau national.

Dans les petits groupes spécifiques à des interventions, les participants à l'atelier ont cherché à déterminer si leur programme de ASC fournissait les services/activités/sous-activités attendus et si l'activité comprenait les conseils, la prestation de services ou le transfert (Encadré 6). La méthodologie permet aux parties prenantes de présélectionner les services approuvés dans le cadre du rôle des ASC (comme lors de l'atelier d'août 2011), ou si les services listés ne font pas partie du rôle des ASC, ils

peuvent recevoir la mention « Non applicable ». Cet exercice n'évalue pas la qualité des services fournis, mais détermine si chacun est fourni.

Encadré 6 : Exemple d'une intervention de soins prénatals

À l'intérieur des SMNNI, les soins prénatals (SPN) comprennent cinq activités possibles (selon la boîte à outils de la MEAP ASC [Crigler *et al.*, 2011, p. III-1] dont la première est les conseils d'anticipation (Appendice 2, première intervention listée). Dans les conseils d'anticipation, on attendrait d'un ASC que ses conseils portent sur deux aspects : la préparation à la naissance et à des complications éventuelles, et les soins au nouveau-né. Cette activité devrait être considérée comme complète et donc fonctionnelle si le ASC donne des conseils à la fois sur ces deux points. On n'attend pas du ASC qu'il fournisse nécessairement d'autres services de SMNNI, à moins qu'ils n'aient été identifiés comme faisant partie de son rôle.

3. Visite de validation

Pour valider les notes de l'atelier et pour mieux s'informer au sujet de la mise en œuvre, la méthodologie prévoit des visites aux communautés pour des entretiens semi-structurés avec jusqu'à trois ASC n'ayant pas participé à l'atelier. Sur la base de ces entretiens, les notes et les recommandations de l'atelier peuvent être révisées. À Madagascar, les visites de validation dans chaque région étaient effectuées dans deux communautés, et des entretiens avaient lieu avec deux ASC dans chaque communauté.

4. Suivi

Alors que la méthodologie de la MEAP ASC comporte trois étapes *principales* (revue documentaire, atelier d'évaluation et visites de validation), il y a également une quatrième étape qui a été mise en œuvre dans le cadre de cette évaluation. La quatrième étape prévoit que, pendant l'atelier d'évaluation, les parties prenantes tiennent des discussions sur les forces et les faiblesses de leur programme et entreprennent l'élaboration d'un plan d'action pour une amélioration comme suivi à l'atelier. Les plans d'action qui ont commencé pendant les ateliers d'évaluation sont encore renforcés par les visites de validation, et les plans d'action complets comprennent des manières suggérées de suivre la mise en œuvre et un plan pour une revue périodique des progrès. Pour cette évaluation, des suggestions ont été recueillies auprès de tous les participants à l'atelier pour faciliter la discussion et la planification par les principales parties prenantes.

B. Évaluation qualitative de la supervision des ASC

La Mission de l'USAID à Madagascar a demandé au HCI d'examiner la supervision des ASC au-delà du champ de la boîte à outils de la MEAP ASC. Les principales parties prenantes ont fourni des suggestions pour déterminer les aspects de la supervision — pertinence, utilité et faiblesses — qui devraient être examinés et sur lesquels on pourrait s'entendre. Leurs commentaires ont aidé à l'élaboration du guide pour les entretiens et les discussions de groupe, et ont recommandé que l'on cible les ASC, les superviseurs et les communautés (Appendice 3).

C. Échantillonnage

1. Sélection de régions

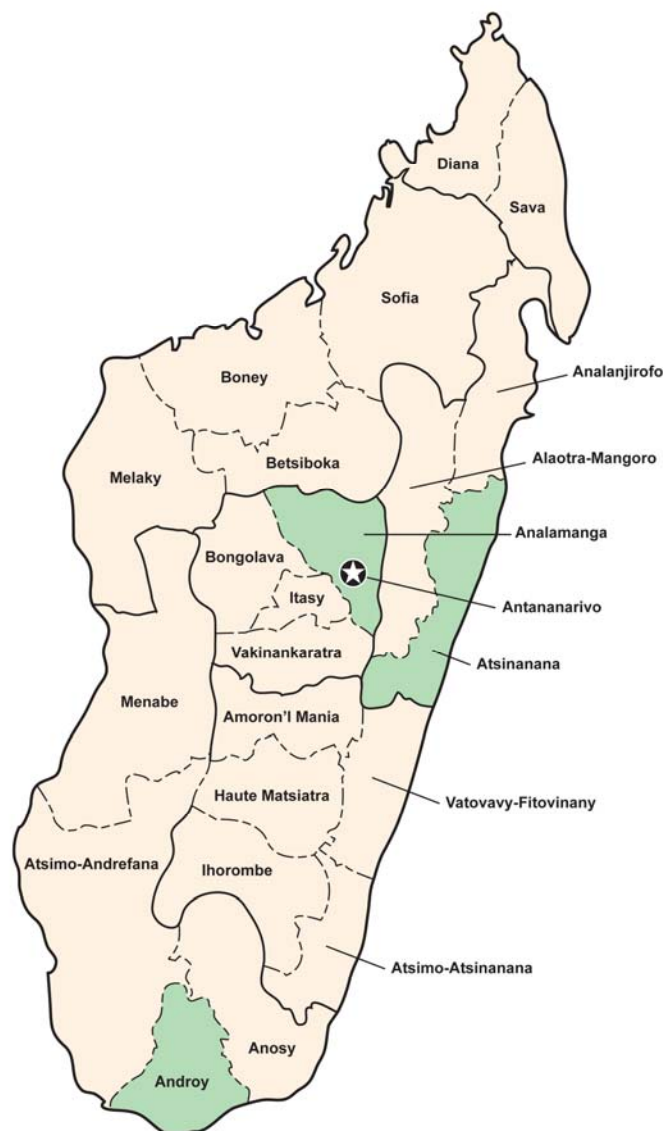
Les trois régions sont indiquées sur la Figure 3. La sélection de régions a été étroitement coordonnée avec l'équipe effectuant l'évaluation quantitative pour s'assurer que les conclusions puissent être comparées. De brèves descriptions des régions figurent ci-après.

Analamanga se situe dans la partie centrale de Madagascar et entoure la capitale. Sa population est de 2,65 millions. La région est divisée en huit districts et en 132 communes. Dans cette région, l'Association Intercoopération Madagascar (AIM) est la seule ONG qui mette en œuvre le programme du SN2.

Atsinanana est située dans une zone rurale de la côte est. Sa population était estimée à 1,12 million en 2004. Elle est divisée en sept districts. Les quatre ONG qui ont mis en œuvre le programme du SN2 étaient CRS, Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (CARE), Multi-Service Information Systems (MSIS) et l'Organisation diocésaine pour le développement de Toamasina (ODDIT), chacune ayant une organisation et une structure distinctes pour appuyer les mêmes services de ASC.

Androy se trouve dans le sud et est caractérisée par plusieurs problèmes : insécurité alimentaire chronique, pauvreté, faible niveau d'instruction, manque d'accès à l'eau, pénuries alimentaires et malnutrition. La région est divisée en quatre districts, 51 communes et 881 *fokontany* (villages). Un programme du SN2, ainsi qu'un programme de soutien aux ASC formés par l'UNICEF, ont été inclus dans l'évaluation pour permettre un partage d'expériences et de leçons entre les participants, et non à des fins de comparaison. L'UNICEF a été l'une des premières organisations à piloter des programmes de ASC dans la région d'Androy, d'où sa portée de par le nombre de ASC qu'elle avait recrutés.

Figure 3 : Régions de l'évaluation qualitative à Madagascar



2. Communes sélectionnées

Pour chaque région, l'équipe d'évaluation a sélectionné un certain nombre de commune pour assurer : 1) une vaste couverture de communautés et de participants ; et 2) et pour que les personnes ayant participé à l'atelier n'aient pas participé aux visites de validation. Certaines de ces communautés servaient aussi de sites pour des entretiens avec des représentants de la communauté pour la recherche en supervision. Le Tableau 4 montre la répartition géographique des activités d'évaluation, couvrant 12 localités.

Tableau 4 : Répartition géographique des activités d'évaluation

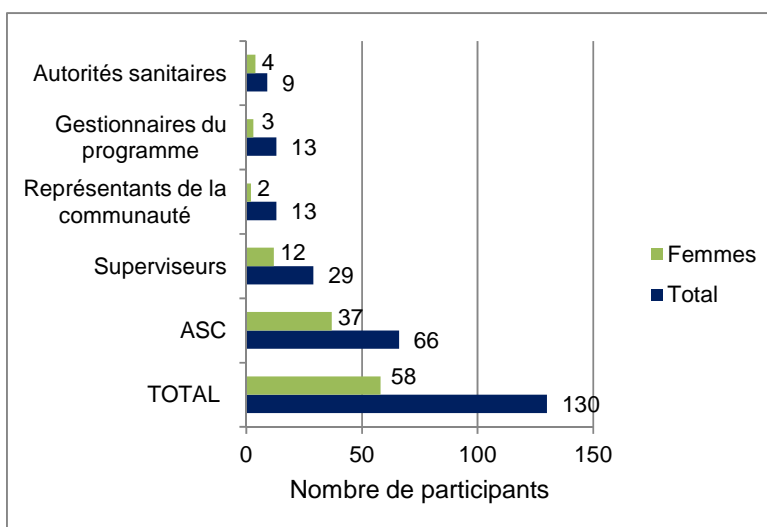
Activité	Localité : Région et commune/village		
	Analamanga	Atsinanana	Androy
MEAP ASC			
Atelier	Antananarivo	Mahanoro	Ambovombe
Première visite de validation	Anjeva Gare	Sosobahy/ Ampasimadinika	Ambanisarika
Deuxième visite de validation	Ambanitsena	Tsarasambo	Tsimananada
Supervision			
DG avec ASC et superviseurs	Merimandroso	Vatomandry	Ambovombe
Entretien CDS 1	Anjeva Gare	Sosobahy/ Ampasimadinika	Ambanisarika & Ambovombe
Entretien CDS 2	Ambanitsena	Tsarasambo	Sans objet

3. Sélection des participants

Les participants à l'atelier ont été soigneusement sélectionnés de sorte que l'atelier reflète une représentation équilibrée de tous les groupes de personnels du programme (gestionnaires, superviseurs et ASC) et des autres parties prenantes clés impliquées dans des activités des ASC (les autorités sanitaires et autres autorités publiques aux niveaux du district et de la région, et des représentants d'organisations partenaires ou d'organisations de bailleurs de fonds).

Un peu moins de la moitié (45 pour cent) des participants étaient des femmes (Figure 5). Tandis que la figure montre que, dans l'ensemble, moins de la moitié des superviseurs étaient des femmes, et beaucoup plus de la moitié se trouvaient à Analamanga.

Figure 4 : Participants par catégorie et genre (n = Nombre de participants)



Pour des raisons déontologiques, faire participer des ASC exigeait que l'on prenne en compte les implications pour leurs clients, étant donné que retirer les ASC de leur travail réduisait l'accès des clients à des services de santé.

Pour sélectionner les participants, les critères suivants ont été appliqués :

- Les participants devaient représenter plusieurs districts dans chaque région.
- Les ASC participants devaient comprendre à la fois des ASC-mère et des ASC-enfant de niveau 2, qui étaient censés être mieux à même d'utiliser et d'évaluer la méthodologie que ceux de niveau 1.
- Les autres participants à l'atelier devaient représenter tous les niveaux de personnel du programme et les parties prenantes pertinentes ; nous avons invité différentes catégories de personnels du programme selon leur profession, leurs fonctions et leur niveau hiérarchique, ainsi que des représentants des autorités de santé publique et des parties prenantes clés de programmes de ASC.
- Les ASC interrogés pendant les visites de validation ne devaient pas avoir participé à l'atelier.
- Les participants aux discussions de groupe et aux entretiens pour la composante de la supervision ne devaient pas avoir participé à des activités d'évaluation MEAP ASC.

En outre, dans le cadre de la KMS, la communauté désigne deux personnes pour suivre la mise en œuvre des activités de KMS. Parmi les membres de la communauté, ce sont les personnes les mieux informées au sujet des activités de KMS, et donc l'évaluation les a contactées et les a interrogées en tant que représentants de la communauté pendant les visites de validation. D'autres représentants de communautés ont aussi été sélectionnés, selon leur rôle et leurs fonctions. Par exemple, dans le programme du SN2, la communauté est impliquée dans la supervision des ASC à travers un CDS. Au sein de ce comité de 15 membres, certains membres sont responsables de questions afférentes à la qualité sociale, notamment de toutes les questions concernant les CDS. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec des membres de CDS dans chacune des régions appuyées par le SN2.

Pour l'évaluation de la supervision, trois groupes ont été sélectionnés : des ASC, des superviseurs et des représentants de la communauté impliqués dans la supervision. Les superviseurs (responsables de districts) avaient été invités, tandis que tous les autres participants avaient été sélectionnés du fait qu'ils n'avaient pas participé à l'application de la MEAP ASC. Ce critère de sélection assurerait que les discussions de supervision ne seraient pas influencées par les discussions relatives à la MEAP ASC. Des ASC de niveau 2 avaient été sélectionnés parmi les ASC les plus performants et les moins performants de la localité, et l'inspecteur médical responsable des services de santé dans le district et des représentants des ONG ont également participé. Les 130 participants à l'évaluation sont décrits dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Participants à l'évaluation, par activité, région et catégorie

Activité	Participants			
	Analamanga	Atsinanana	Androy	TOTAL
Atelier MEAP ASC et visites de validation	19	28	28	75
Atelier d'évaluation	15	24	24	63
<i>Participants à l'atelier par catégorie</i>				
ASC	7	8	12	27
Superviseur (BSS et AT)	5	6	3	14
Responsable de programmes d'ONG	2	5	6	13
Autorité de santé publique régionale/de district	1	5	3	9
Visite de validation des ASC	4	4	4	12
Supervision : DG et entretiens	19	19	17	55
<i>Participants à la supervision par catégorie</i>				
ASC	10	8	9	27
Superviseur (BSS et AT)	5	7	3	15
Représentant de la communauté (CDS)	4	4	5	13
TOTAL	38	47	45	130

Note : AT désigne un assistant technique d'une ONG qui supervise les ASC dans l'optique de l'ONG ; les programmes de soutien du SN2 ont des AT mais n'ont pas d'activités soutenues par l'UNICEF.

D. Collecte de données

Les activités d'évaluation qualitative se sont déroulées du 14 septembre au 2 octobre 2011. L'équipe d'évaluation de base comprenait un consultant technique international et un coordinateur local. Dans chaque région, une équipe de deux experts régionaux a accompagné les activités locales de préparation. Elle a assuré notamment la liaison avec les responsables de programmes de ASC, examiné les documents, et aidé aussi à faciliter l'atelier, les DG et les entretiens. Elle a aussi aidé à documenter les résultats de l'évaluation. Aucune des discussions n'a été enregistrée sur magnétophone en raison de contraintes logistiques et budgétaires. Des notes ont été prises à chaque point de collecte de données.

Les langues de travail de l'équipe d'évaluation étaient le français et le malgache. Toutes les activités impliquant des participants et des parties prenantes se déroulaient en malgache, sauf dans la région d'Androy où les facilitateurs locaux communiquaient dans le dialecte local (Antandroy). Certains outils (listes relatives à la fonctionnalité et aux interventions, notation de la fonctionnalité et fiches de documentation, guides pour les DG et les entretiens) étaient traduits de français en malgache. Le guide de revue documentaire était traduit en français.

Les ateliers et la plupart des notes des DG et des entretiens étaient enregistrées en malgache et traduites en français. Les DG et les entretiens se déroulaient en malgache et les notes relatives aux deux étaient résumées en français. Le Tableau 6 montre les activités de collecte de données, par volet et par région.

Tableau 6 : Activités de collecte de données, par volet et par région

	Activité	Analamanga	Atsinanana	Androy	TOTAL
MEAP ASC	Atelier	1	1	1	3
	Visites de validation : entretiens individuels semi-structurés avec des ASC	4	4	4	12
Supervision	DG avec des ASC	1	1	1	3
	DG avec des superviseurs	1	1	1	3
	Entretiens semi-structurés avec un superviseur pour les ASC formés par l'UNICEF	Non applicable	Non applicable	1	1
	Entretiens semi-structurés avec des membres de CDS	2	2	1	5

1. Atelier

Chaque atelier comprenait des séances en petits groupes pour noter la fonctionnalité des composantes et des interventions ; chaque petit groupe choisissait un rapporteur pour prendre des notes et faire un compte rendu en plénière. Les recommandations d'action ont été discutées en plénière et consignées séparément par programme.

2. Visites de validation

Des visites de terrain ont eu lieu dans deux communautés dans chaque région et elles comprenaient :

1. Pour ce qui est de la MEAP ASC : Deux experts régionaux interrogeait chacun un ASC et un ASC-mère ou un ASC-enfant (ces ASC n'avaient pas participé à l'atelier).
2. Pour ce qui est de la supervision : Le coordinateur national et l'expert international ont utilisé le guide du questionnaire pour effectuer des entretiens semi-structurés avec les deux membres pertinents du CDS.

Un seul superviseur dans la région d'Androy appuyant des ASC formés par l'UNICEF a été interrogé. Aucun représentant de la communauté n'a été interrogé pendant les visites à des ASC formés par l'UNICEF.

L'information et les données ont été collectées pendant les activités d'évaluation et enregistrées de différentes manières.

3. Méthodologie de la MEAP ASC

L'information issue de la revue documentaire (par des experts régionaux) a été consignée dans un questionnaire détaillé guidant la revue (Crigler *et al.*, 2011, p. VI 2–4). Les experts régionaux ont demandé aux ONG des documents et ont essayé de répondre aux questions basées sur le questionnaire. Ils n'ont pas pu obtenir de copies des documents originaux en malgache.

Les notes pour la fonctionnalité et leur justification, en plus des actions recommandées, ont été enregistrées par les rapporteurs qui ont inscrits les notes finales et leur justification sur une feuille spéciale (Crigler *et al.*, 2011, p. VI 9–10). Les participants à l'atelier ont examiné et noté la portée de la prestation des services de SMNNI des ASC sur des copies des listes des interventions. Les experts régionaux qui se sont entretenus avec des ASC dans le cadre de visites de validation ont utilisé un guide d'entretien provenant de la boîte à outils (Crigler *et al.*, 2011, p. VI-5–8 et Appendice 3). Ils ont noté l'information directement sur le guide.

Les résultats ont été examinés par les équipes régionales, respectivement. La revue finale et la synthèse ont été effectuées par le consultant technique international sur la base du matériel traduit.

4. Composantes de la supervision

Les DG et les entretiens semi-structurés étaient les principaux moyens d'étudier les perceptions, les vues et les recommandations des responsables de programmes, des ASC et des superviseurs. Trois DG ont eu lieu avec chacun de ces groupes cible. Les groupes avaient de cinq à dix participants. Les DG se déroulaient avec chaque groupe cible séparément pour deux raisons : 1) dans des groupes séparés, les questions peuvent être mieux alignées sur les rôles des ASC du programme et sur les fonctions de ces programmes ; et 2) les discussions de groupe entre collègues facilitent un échange ouvert de vues et d'opinions. Il y a eu cinq entretiens avec des membres de CDS dans les trois régions.

L'évaluation a élaboré des guides de discussion pour chaque groupe afin de se conformer à la situation spécifique de participants pour ce qui est de leurs rôles et leurs fonctions (Appendice 4). Pour chaque groupe cible, les mêmes guides de questions étaient utilisés dans toutes les régions. Certaines questions recoupaient des sujets de l'atelier, permettant une validation.

Les experts régionaux utilisaient les guides de discussion pour mener des DG et des entretiens dont la durée était généralement de 60 à 100 minutes. Un membre de l'équipe d'évaluation prenait des notes qui étaient examinées et consolidées en malgache avant d'être résumées en français.

E. Analyse

L'information relative à l'évaluation a été compilée et triangulée conformément à la méthodologie de la MEAP ASC. Tous les renseignements provenant des synthèses des DG et des entretiens ont été analysés pour extraire, identifier et structurer les principaux thèmes et déclarations. Cette information considérable a été structurée en fonction de thèmes définis au préalable.

III. RÉSULTATS

A. Résultats de la MEAP ASC

Cette section présente les résultats de l'application de la méthodologie de la MEAP ASC et de la recherche de supervision effectuées dans les trois régions ; l'application a impliqué sept ONG mettant

en œuvre l'approche KMS sous les auspices du projet SN2 de l'USAID, ainsi que du programme géré par l'État pour les ASC formés par l'UNICEF dans la région d'Androy. Cette section décrit la fonctionnalité du programme par région afin de fournir une information spécifique au contexte en vue de la préparation de l'action de suivi. Les résultats des programmes de la région d'Androy sont décrits séparément.

Les participants à l'atelier ont fait état de points communs ainsi que des différences entre les programmes de ASC, dont certains résultaient de différences : 1) dans les conditions socio-économiques régionales ; et/ou 2) entre ONG.

1. Analamanga

Fonctionnalité du programme

Les participants à l'atelier d'Analamanga ont attribué au programme du SN2 34 points (sur un maximum de 45). Ils ont estimé qu'il constituait une meilleure pratique dans cinq des 15 composantes, qu'il était fonctionnel dans neuf composantes et qu'il était partiellement fonctionnel dans une autre. Étant donné qu'une composante était notée comme étant partiellement fonctionnelle, l'ensemble du programme n'était que partiellement fonctionnel, conformément aux directives de la boîte à outils de la MEAP ASC. Les conclusions sont résumées au Tableau 7.

Tableau 7 : Notes de fonctionnalité du programme d'Analamanga

Composante du programme ASC	Justification de la notation de la composante et commentaires sur la documentation et sur la base des visites de validation
3. Meilleure pratique	
Recrutement	Les ASC étaient choisis au sein de communautés où il y avait une participation de la communauté. Des critères de recrutement clairs étaient appliqués. Étayé par des documents.
Implication de la communauté	Les communautés appuyaient activement les ASC. Étayé par des documents.
Possibilités d'avancement	Les participants estimaient que des possibilités d'avancement étaient offertes aux ASC ayant de bonnes performances et qui étaient intéressés. Pas de documents trouvés.
Documentation et gestion de l'information	Les ASC et les communautés travaillaient avec le superviseur pour utiliser des données afin de résoudre des problèmes au niveau communautaire ainsi que pour entreprendre des plans d'action. Étayé par des documents.
Évaluation de la performance du programme	Dans chaque communauté, deux membres de CDS étaient chargés d'évaluer et de guider les activités des ASC. Ils avaient des réunions régulières, généralement deux fois par an, avec des ASC et des représentants d'ONG pour évaluer le programme. Pas de documents trouvés.
2. Fonctionnelle	
Rôle des ASC	Les participants rapportaient que, tandis que les ASC comprenaient le rôle leur incombant, le personnel des centres de santé et le personnel au niveau du district avaient parfois des attentes qui dépassaient le rôle et les capacités des ASC. Les superviseurs communautaires l'ont confirmé pendant les DG, disant qu'il y a parfois des conflits entre la population et les ASC lorsque les attentes des gens dépassent la portée des tâches incombant aux ASC. Certains superviseurs ont rapporté qu'ils avaient dû à maintes reprises informer les membres de la communauté que les ASC n'étaient ni des médecins ni des infirmiers/infirmières et qu'ils ne pouvaient donc fournir que des services limités. La Politique de santé communautaire (MSPPF, 2009) constitue un cadre général pour guider la mise en œuvre des programmes de santé communautaire et les grandes lignes des domaines d'intervention des ASC mais elle n'énonce pas les rôles et les tâches des ASC.
Formation initiale	Les participants ont rapporté que le système de santé public n'était pas impliqué dans la formation initiale ou continue et que certains ASC ont dû attendre plus de six mois après leur formation initiale pour des cours complémentaires.
Formation continue	
Supervision	Les participants estimaient que la supervision était bien faite mais le manque de visites à la

Composante du programme ASC	Justification de la notation de la composante et commentaires sur la documentation et sur la base des visites de validation
	communauté par des superviseurs limitait l'efficacité de la supervision.
Évaluation de la performance individuelle	Deux fois par an, les superviseurs effectuaient des évaluations structurées de la performance individuelle, mais aucune récompense n'était donnée pour une bonne performance. La documentation a indiqué que les communautés ne participaient pas à ces évaluations.
Incitations	Les incitations financières se limitaient aux recettes provenant de la vente de produits de santé et aux indemnités journalières pendant les formations et les événements de supervision. Les incitations non financières comprenaient la formation proprement dite ; des certificats ; et du matériel tel que des uniformes, des sacs à dos et des imperméables.
Système de transfert	Le système de transfert était considéré comme bien organisé et fonctionnel mais les ASC disaient qu'ils n'avaient reçu aucun feed-back des sites de transfert, même si la documentation montrait qu'une fiche de transfert demandait au médecin d'enregistrer des renseignements appropriés et de renvoyer ladite fiche au ASC.
Liens avec le système de santé	Les participants ont reconnu qu'il y avait un manque d'intégration dans l'utilisation des données. D'autres facteurs, tels qu'un échange informel d'informations et/ou de matériel provenant du système vers les ASC, ont peut-être influé sur cette note, mais d'autres informations n'avaient pas été enregistrées.
Appropriation par le pays	L'évaluation a observé qu'il n'y avait pas de crédits de l'État pour les programmes des ASC. Le représentant d'une communauté a déclaré qu'il ne comprenait pas pourquoi les crédits n'étaient pas alloués aux activités de santé de sorte que la communauté puisse gérer elle-même ces ressources. Ce représentant comprend peut-être mal la situation car on n'a pas pu trouver de documents indiquant que des fonds provenant du budget national n'étaient pas attribués à des activités de ASC. Il n'existait pas de poste budgétaire pour les programmes des ASC dans le budget national de la santé.
I. Partiellement fonctionnelle	
Matériel et fournitures	La disponibilité de matériel et de fournitures était considérée comme satisfaisante mais les ruptures de stock des médicaments étaient courantes : les participants signalaient des ruptures de stock régulières pour le matériel essentiel (en particulier les formulaires de compte rendu) durant plus d'un mois, deux ou trois fois par an.

Listes des interventions

L'ensemble des interventions/services fournis par les ASC d'Analamanga était fonctionnel, à l'exception d'une activité de la liste WASH.

Liste des interventions de SMNNI

Les services des ASC couvraient tous les services du tableau des interventions de SMNNI (Appendice 2), à l'exception des soins lors de l'accouchement. Pour ce qui est de la prévention du paludisme, l'évaluation a trouvé que les moustiquaires imprégnées étaient en rupture de stock au niveau régional, et que les ASC étaient donc dans l'impossibilité d'exécuter des tâches en rapport avec les moustiquaires.

Liste des interventions de PF

On estimait que toutes les tâches sur la liste de la PF étaient exécutées, à l'exception des conseils en PF pour les hommes.

Liste des interventions WASH

La promotion de l'hygiène au niveau des ménages, de l'assainissement et de la manutention de l'eau propre était l'une des priorités des ASC. Toutes les activités suggérées comme étant essentielles par la liste de contrôle étaient offertes, sauf pour l'installation et le nettoyage des réservoirs de stockage de l'eau.

Les ASC effectuaient pleinement la promotion des activités WASH au niveau communautaire, à l'exception de la participation aux activités internationales, telles que la Journée mondiale de l'eau, qui de l'avis des participants aux ateliers et des parties prenantes interrogées, faisaient partie du rôle de l'ASC. Aucune explication n'a été donnée pour cette lacune.

Recommandations des participants

Les participants à l'atelier ont recommandé une plus grande implication du système de santé public au niveau local et à celui des districts : 1) dans la sélection, la formation et les activités des ASC ; 2) dans les dépenses de santé au niveau communautaire ; et 3) dans l'accompagnement des activités de santé communautaire.

Ils ont aussi recommandé que les représentants sanitaires de la communauté au sein du Comité de sécurité, une structure communautaire antérieure au CDS, discutent de la manière de motiver les ASC.

Concernant les interruptions dans les approvisionnements, les participants ont prôné davantage d'efforts pour s'assurer que les fournitures soient livrées et disponibles de manière continue.

2. Atsinanana

Fonctionnalité

Les quatre ONG de cette région ont travaillé en petits groupes séparés pour noter leurs programmes et sont convenues de notes élevées pour la fonctionnalité dans une fourchette étroite : CARE a obtenu 39 points ; CRS 41 ; MSIS 39 ; et ODDIT 39. Huit des composantes des programmes ont été notées comme étant de meilleures pratiques. Trois des quatre programmes ont été jugés fonctionnels par toutes les quatre ONG. L'ODDIT a noté un volet (évaluation de la performance individuelle) comme partiellement fonctionnel, rendant partiellement fonctionnel l'ensemble du programme. Le Tableau 8 résume les conclusions pour les composantes qui ont fait l'objet d'un consensus de la part des quatre ONG.

Tableau 8 : Notes de fonctionnalité du programme d'Atsinanana : Composantes avec consensus pour tous les programmes

Composante du programme	Justification de la notation de la composante et commentaires sur la documentation et sur la base des visites de validation
3. Meilleure pratique	
Recrutement	Tous les quatre groupes estimaient que leur composante de recrutement constituait une meilleure pratique car les communautés participaient à la sélection des ASC ; les critères de sélection définis étaient respectés ; et la sélection des ASC était officiellement reconnue et appuyée par les membres du CDS et les médecins-superviseurs BSS.
Rôle du ASC	Le rôle du ASC semblait compris par les ASC et les communautés, bien que certaines faiblesses aient été notées dans la communication entre la population et les ASC. La documentation a montré qu'une ONG avait des descriptions de tâches écrites pour les ASC.
Formation continue	Les participants considéraient les réunions mensuelles de revue au niveau communautaire comme une meilleure pratique pour la formation continue car elles favorisaient un feed-back des médecins-superviseurs et des représentants de la communauté vers les ASC.
Implication de la communauté	La participation de la communauté a été notée comme étant une meilleure pratique pour trois raisons. Les membres des CDS facilitaient la participation de la communauté ; pendant les visites aux villages et dans les centres de santé, les CDS se liaient avec la population et encourageaient une collaboration avec les ASC ; et les visites de validation dans cette région ont trouvé que les deux communautés avaient bâti des cases de santé qui servaient de local aux ASC pour recevoir leurs patients.
Système de transfert	On considérait comme une meilleure pratique le fait que les centres de santé fournissaient un feed-back aux ASC, permettant un suivi des patients. Toutefois, tel n'était peut-être pas le cas ailleurs dans la région : dans certaines discussions, les participants ont signalé qu'il n'y avait pas un tel feed-back.

Possibilités d'avancement	La possibilité d'une progression du niveau de ASC 1 au niveau 2 faisait des possibilités d'avancement une meilleure pratique ; d'autres formes d'éducation continue étaient également signalées.
Documentation et gestion de l'information	Les notes de l'atelier sur la documentation et la gestion de l'information ne donnent pas de justification pour la note élevée attribuée à cette composante ; il n'y a peut-être pas eu de commentaires simplement parce que les participants étaient pleinement satisfaits de sa fonctionnalité.
Évaluation de la performance du programme	L'évaluation de la performance du programme était considérée comme une meilleure pratique car elle avait des indicateurs clairs (par exemple, le suivi du poids des enfants) pour mesurer les résultats atteints. Cependant, de tels indicateurs n'existaient qu'au niveau du programme, et non à celui de la performance des ASC, et il n'y en avait aucun pour les activités de PF.
2. Fonctionnelle	
Supervision	Le médecin-superviseur BSS local supervisait les aspects cliniques, les AT des ONG supervisaient la logistique et les membres du CDS supervisaient les relations avec la communauté. Toutefois, la note de consensus pour cette composante a été révisée à la baisse — de meilleure pratique à fonctionnelle — après validation en raison de l'absence de visites à domicile qui auraient permis aux superviseurs d'observer les ASC dans l'exercice de leurs tâches. On a également signalé que l'AT des ONG et les superviseurs BSS n'avaient pas de contacts avec la communauté.
Incitations	Il a été signalé que les incitations se limitaient aux recettes provenant de la vente de médicaments et des indemnités journalières. Il y avait des différences d'une ONG à l'autre concernant les récompenses provenant de la communauté : certaines ONG ont noté l'absence de telles récompenses alors que d'autres signalaient de petits cadeaux. La documentation a indiqué que les incitations n'étaient pas basées sur la performance et que le MSPPF ne fournissait pas de soutien financier.
Liens avec le système de santé	Les liens avec le système de santé étaient considérés comme fonctionnels (par exemple, du fait des transferts, de l'utilisation de données et de la supervision) mais limités en raison d'un manque de soutien matériel pour les activités des ASC. Une ONG a noté que le centre de santé aidait à fournir des médicaments lors de ruptures de stock au niveau de la communauté ou des ONG.
Appropriation par le pays	L'appropriation par le pays était jugée fonctionnelle grâce à la politique nationale du programme des ASC. La principale critique pour cette composante était le manque de financement par l'État.

Différences parmi les programmes d'Atsinanana

La troisième colonne du Tableau 9 met en évidence les différences dans la fonctionnalité des programmes des ASC sur les points où n'y avait pas eu de consensus.

Deux ONG considéraient la formation initiale comme fonctionnelle plutôt que d'être une meilleure pratique (note obtenue par les deux autres ONG) (colonne trois, Tableau 9) car la formation se déroulait physiquement en dehors de la communauté et qu'il n'y avait pas de participation de celle-ci.

Pour ce qui est de Santenet2, les communautés sélectionnaient les candidats ASC. La formation était effectuée sur la base du programme de formation et d'outils conformes aux directives et normes aux niveaux national et international. Des formateurs qualifiés étaient mobilisés pour assurer la formation. Les communautés n'avaient pas de rôle dans la formation des ASC car elles n'étaient pas habilitées à participer à la formation technique du programme.

Pour ce qui est du matériel et des fournitures, trois organisations ont attribué à leurs programmes des notes de meilleures pratiques, tandis qu'une a noté cette composante comme fonctionnelle : certains de ces programmes ont reçu un soutien des centres de santé lors de ruptures de stock.

L'ODDIT a noté sa composante de la performance individuelle comme partiellement fonctionnelle seulement, en raison de l'absence de récompense pour une bonne performance.

Tableau 9 : Notes relatives à la fonctionnalité dans la région d'Atisanana : Composantes avec des différences entre programmes

Niveau de fonctionnalité	Consensus sur tous les programmes	Différences entre programmes
3: Meilleure pratique	Recrutement Rôle du ASC Formation continue Implication de la communauté Système de transfert Possibilités d'avancement Documentation et gestion de l'information Évaluation de la performance du programme	Formation initiale : CRS, ODDIT Matériel et fournitures : CRS, MSIS, ODDIT Évaluation de la performance individuelle : CARE, CRS
2: Fonctionnel	Supervision Incitations Liens avec les systèmes de santé Appropriation par le pays	Formation initiale : CARE, MSIS Matériel et fournitures : CARE Évaluation de la performance individuelle : MSIS
1: Partiellement fonctionnel	Non applicable	Évaluation de la performance individuelle : ODDIT
0: Non fonctionnel	Non applicable	Non applicable

Note : La colonne intitulée « Différences entre programmes » donne la liste des programmes ayant reçu la note indiquée dans la première colonne. Par exemple, CRS et l'ODDIT ont obtenu une note de meilleure pratique dans la formation initiale mais tel n'a pas été le cas pour CARE et MSIS (elles ont été notées comme étant au niveau fonctionnel).

Listes des interventions

Toutes les ONG ont passé en revue les listes des interventions : les services étaient les mêmes pour toutes les ONG et toutes les trois régions ont été jugées fonctionnelles.

Liste des interventions de SMNNI

Les ASC effectuaient toutes les tâches relatives aux soins lors de l'accouchement figurant dans leur champ d'activités. Dans la catégorie des soins post-natals, les ASC ne fournissaient pas de soins spéciaux pour les nouveau-nés d'un faible poids à la naissance. En outre, ils ne fournissaient pas deux méthodes de PF post-partum (éducation sur l'aménorrhée de la lactation et méthodes permanentes).

Liste des interventions de PF

Les participants ont noté les limites de la portée des interventions pour la méthode contraceptive des deux jours. En outre, les services spécifiques de PF pour les adolescents et les hommes n'étaient pas attribués et les ASC ne fournissaient pas d'activités de PF dans les centres de santé. Tandis qu'il était tout à fait courant que les ASC fournissent des services soit à leur propre domicile soit à celui de leurs clients, ils accompagnaient aussi les patients au centre de santé, le cas échéant.

Les informateurs clés ont noté que les CRS excluaient de leurs services certains contraceptifs, tels que les condoms, pour des raisons religieuses, mais ces informateurs n'ont pas indiqué si les ASC du CRS observaient cette restriction.

Liste des interventions WASH

Les limites à la portée des interventions WASH étaient les suivantes : 1) aucune date ni aucun moment n'était convenu avec les ménages pour les visites de suivi ; 2) l'amélioration, l'entretien et le nettoyage des réservoirs communautaires d'eau et des réservoirs de stockage de l'eau ne faisaient pas partie des tâches des ASC.

Recommandations des participants

Les participants ont offert plusieurs suggestions pour des améliorations. Ils ont recommandé une amélioration des communications entre les ASC et la population, par exemple par des explications plus nombreuses et répétées sur la nature et la portée des services des ASC. Ils ont également dit que la formation initiale devrait avoir lieu au sein de la communauté et impliquer celle-ci. Les superviseurs devraient accompagner régulièrement les ASC lors de visites à domicile, disaient les participants. Ils suggéraient des récompenses pour ceux qui travaillaient dur et qui parvenaient aux objectifs fixés. Pour motiver les ASC, ils disaient qu'ils sensibiliseraient davantage la communauté sur l'importance du travail des ASC pour que les villageois reconnaissent et respectent ces agents. Ils considéraient comme nécessaire l'amélioration du système de transfert par une bonne coordination avec les autorités sanitaires le cas échéant, et ils recommandaient une stratégie pour les transferts d'urgence. Pour améliorer la gestion de l'information, les participants préconisaient l'organisation de discussions avec les villageois pour fournir une information sur les réalisations et les résultats des activités des ASC. Pour une meilleure participation du système de santé, les participants suggéraient que les centres de santé fournissent du matériel et des fournitures. On pensait que les ASC travaillaient en collaboration avec le système de santé public pour que la politique de santé communautaire nationale puisse être mise en œuvre, notamment pour que les programmes de ASC disposent de ressources suffisantes. Enfin, les participants disaient que l'État devrait conclure des accords avec les bailleurs de fonds pour le financement des programmes.

3. Androy : SN2

Fonctionnalité

Le programme du SN2 dans la région d'Androy a été noté comme non fonctionnel. Alors que la plupart des composantes étaient notées à des niveaux fonctionnels, la note totale du programme était de 28 points, ce qui est inférieur au minimum de 30. En outre, quatre composantes ont été notées comme seulement partiellement fonctionnelles. Les deux ONG sont parvenues à un consensus sur toutes les interventions. Les conclusions sont résumées au Tableau 10.

Tableau 10 : Notes de fonctionnalité du programme d'Androy, SN2

Composante du programme ASC	Justification de la notation de la composante et commentaires sur la documentation et sur la base des visites de validation
3. Meilleure pratique	
Recrutement	Les critères de recrutement étaient bien définis et respectés pendant le processus de sélection et la communauté participait à la sélection des ASC.
Formation initiale	Des représentants de la communauté (les deux membres du CDS) et les centres de santé participaient à la formation. La formation couvrait tous les sujets en rapport avec les tâches des ASC.
2. Fonctionnelle	
Rôle du ASC	Le rôle des ASC était considéré comme fonctionnel mais l'un des participants a noté que les tâches et les responsabilités des ASC n'étaient pas bien connues de l'Équipe de gestion sanitaire régionale et que les ASC n'étaient pas soutenus par les parties prenantes. Les entretiens avec les représentants de la communauté ont conforté cette conclusion avec des informations indiquant que certains chefs étaient réticents à accepter les activités des ASC.
Formation continue	On considérait que cette formation n'était pas bien coordonnée avec les centres de santé. Par exemple, si la formation des ASC et la revue mensuelle avaient lieu le même jour, le centre de santé ne pouvait pas participer à la formation.
Supervision	La supervision était jugée comme étant fonctionnelle, toutefois on remarquait que les superviseurs ne pouvaient pas visiter les ASC à leurs sites de village, principalement en raison du manque de moyen transport. Les DG avec les superviseurs l'ont confirmé.
Incitations	Les communautés ne contribuent pas aux incitations financières ou aux incitations en

Composante du programme ASC	Justification de la notation de la composante et commentaires sur la documentation et sur la base des visites de validation
	nature attribuées aux ASC.
Implication de la communauté	Étant donné qu'ils ne visitaient pas les villages, les superviseurs BSS et les superviseurs des AT ne communiquaient pas suffisamment avec les communautés.
Système de transfert	Le système de transfert était jugé positivement dans les deux directions, transfert et feed-back mais, étant donné que les communautés manquaient de moyens de transport quels qu'ils soient pour acheminer les patients vers les centres de santé, les participants estimaient que cette composante était non fonctionnelle.
Possibilités d'avancement	Les possibilités d'avancement étaient considérées comme fonctionnelles, étant donné que les ASC compétents pouvaient améliorer leurs qualifications par la formation, passant du niveau 1 au niveau 2.
Documentation et gestion de l'information	La documentation et la gestion de l'information ont été notées comme étant fonctionnelles ; les participants ont observé que les communautés étaient informées au sujet des rapports d'activité des ASC et qu'il n'y avait pas de discussions entre superviseur et communauté.
Liens avec le système de santé	La faiblesse des liens entre le programme du SN2 et le système de santé public semblait imputable aux restrictions sur le type d'interactions permises entre le SN2 et le système de santé public.
I. Partiellement fonctionnelle	
Matériel et fournitures	Il a été rapporté que l'approvisionnement en matériel et de fournitures ne fonctionnait pas bien. Au niveau communautaire, de longues périodes de ruptures de stock pour certains produits — tels que l'Actipal, un traitement pour le paludisme — ont été signalées.
Évaluation de la performance individuelle	Les participants ont noté l'absence d'outils d'évaluation, et la documentation ne mentionnait aucun processus d'évaluation. Les visites de validation ont révélé qu'il n'y avait eu aucune évaluation officielle l'année précédente. Certaines informations contradictoires sont apparues : il a été confirmé que les listes de contrôle de la supervision du SN2 étaient utilisées et qu'elles comprenaient un élément sur la performance individuelle. La performance était observée individuellement et le ASC était classé selon un mécanisme standardisé. Toutefois, l'évaluation se faisait dans le cadre de la supervision et non pas comme une évaluation distincte de la performance.
Évaluation de la performance du programme	L'évaluation trimestrielle par le SN2 des programmes des ONG examinait la mise en œuvre des programmes et l'engagement de la communauté en termes généraux. Les participants ont attiré l'attention sur le fait que la communauté ne recevait pas de feedback sur les activités. La documentation justifiait la faiblesse de la note, étant donné que l'évaluation de la performance des ASC n'était pas basée sur les objectifs et les indicateurs des programmes.
Appropriation par le pays	Les participants ont fait remarquer que l'appropriation par le pays était limitée car les ASC n'étaient pas officiellement reconnus comme faisant partie intégrale du système de santé public. Ils disaient que la situation politique avait affaibli la collaboration entre le programme du SN2 et le système de santé. La documentation a révélé l'existence d'une note ministérielle décrivant les termes de référence des ASC, et le fait que le système de santé, par le biais des superviseurs BSS, jouait un rôle dans la supervision des ASC, mais l'absence de crédits de l'État pour les programmes de santé communautaire limitait la note de cette composante.

Listes des interventions

Les services offerts dans les trois domaines étaient fonctionnels, sauf certaines activités en rapport avec WASH.

Liste des interventions de SMNNI

La plupart des services étaient fournis, à l'exception des soins lors de l'accouchement. Deux tâches — conseils sur les soins au nouveau-né et transfert en cas d'hémorragie chez la mère — étaient notées

comme non effectuées mais elles étaient considérées comme faisant partie du travail. Les raisons de la non-exécution de ces tâches n'étaient pas enregistrées.

Liste des interventions de PF

Toutes les interventions de planification familiale étaient mises en œuvre, sauf la méthode des deux jours et les implants, et CRS n'autorisait pas la fourniture de certaines méthodes de contraception. (Un informateur de CRS disait que, dans la pratique, les ASC de CRS fournissaient des condoms qu'ils avaient obtenus d'autres sources.) Au niveau logistique, les ASC ne géraient pas les stocks mais ils faisaient savoir au centre de santé ou à l'ONG soutenant le programme des ASC s'ils avaient besoin de davantage de fournitures.

Liste des interventions WASH

Les ASC ne fournissaient pas d'interventions en rapport avec le stockage et la manutention de l'eau ; les pratiques d'entreposage des aliments (endroits spéciaux, protégés pour le stockage des aliments et séparation des aliments crus et des aliments cuits.)

Recommandations des participants

La fourniture de matériel et de fournitures au niveau communautaire devrait être améliorée, peut-être par l'intermédiaire des centres de santé. Les participants ont proposé l'élaboration d'instruments pour l'évaluation de la performance individuelle et pour une meilleure coordination de toutes les parties prenantes dans l'exécution des évaluations. Ils ont vivement recommandé une sensibilisation de la communauté au travail des ASC pour accroître l'implication de la communauté.

Les participants ont aussi recommandé l'amélioration de la communication entre les ONG et le MSPPF, et que le Directeur régional de la santé reçoive les plans des activités de santé communautaire. Ils ont recommandé en outre l'intégration des activités des ASC dans le système de santé public et l'amélioration de la coordination entre le MSPPF et les gestionnaires du programme, en commençant avant le lancement d'un projet.

4. Androy : programme de soutien aux ASC formés par l'UNICEF

Fonctionnalité

Le programme a obtenu un total de 19 points — ce qui est inférieur au minimum requis de 30 points pour la fonctionnalité — par le processus de notation/consensus, et il est donc estimé comme étant non fonctionnel. Une composante a été notée comme meilleure pratique, cinq comme fonctionnelles, six comme partiellement fonctionnelles et trois autres comme non fonctionnelles (Tableau 11).

Liste des interventions

Le point focal du programme se limitait à la santé de l'enfant et, de ce fait, les participants n'ont examiné que les interventions de SMNNI (ou le paquet de PCIMEc). Les services fonctionnels comprenaient les VPN, les conseils sur l'allaitement maternel pendant les six premiers mois, les vaccinations des enfants et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Recommandations des participants

Pour motiver les ASC, les participants ont recommandé qu'on encourage les communautés à reconnaître, respecter et soutenir les ASC dans leur travail. Pour sensibiliser davantage les leaders de la communauté et les superviseurs à propos du rôle du ASC, pour renforcer le soutien aux ASC et accroître la participation de la communauté, ils préconisaient l'organisation de réunions communautaires. Ils recommandaient d'informer la population au sujet du contenu de la formation des ASC pour que les gens puissent comprendre les limites des services des ASC. Le système de santé devrait aussi fournir un plus grand soutien, disaient-ils, en particulier par le renforcement de la supervision.

Tableau 11 : Notes de fonctionnalité du programme d'Androy, ASC formés par l'UNICEF

Composante du programme ASC	Justification de la notation de la composante et commentaires sur la documentation et sur la base des visites de validation
3 : Meilleure pratique	
Recrutement	Les critères de sélection des ASC étaient respectés et appliqués.
2: Fonctionnelle	
Rôle du ASC	Les participants ont noté que les autorités locales ne soutenaient pas les ASC dans leur travail.
Formation initiale	Les participants ont indiqué que les communautés ne participaient pas à la formation initiale.
Incitations	Les participants ont fait état d'incitations financières et non financières pendant la formation, et la visite de validation a mis en évidence une certaine reconnaissance et des remerciements lors des assemblées communautaires.
Système de transfert	Tout en attribuant une note de fonctionnelle, les participants ont commenté le manque de feed-back des centres de santé vers les ASC concernant les patients transférés.
Possibilités d'avancement	L'augmentation des connaissances par le travail et l'éventualité d'une formation continue ont été décrites par les participants comme des possibilités d'avancement des ASC.
1 : Partiellement fonctionnelle	
Formation continue	La formation continue était considérée comme n'étant que partiellement fonctionnelle car elle n'était pas mise en œuvre conformément au plan établi du programme.
Implication de la communauté	Les participants ont noté que les membres de la communauté ne participaient qu'occasionnellement aux activités des ASC.
Documentation et gestion de l'information	La principale critique concernant la documentation et la gestion de l'information était le manque d'échange de données et la non-utilisation de données dans la prise de décisions.
Liens avec le système de santé	On considérait que le soutien partiel fourni par le système de santé public s'expliquait par des liens avec le système de santé.
Évaluation de la performance du programme	Les participants ont indiqué que parfois il n'y avait pas d'évaluation de la performance du programme et qu'aucun feed-back n'était donné au sujet de la performance.
Appropriation par le pays	L'appropriation par le pays a reçu une note faible en raison du manque de financements de l'État. Le programme était essentiellement financé par les bailleurs de fonds, principalement par l'UNICEF.
0 : Non fonctionnelle	
Matériel et fournitures	La composante du matériel et des fournitures était considérée comme non fonctionnelle car l'approvisionnement était mal organisé. Les visites de validation et les informateurs clés ont confirmé des ruptures de stock des médicaments et d'autres matériaux qui duraient plus d'une année.
Supervision	Pour ce qui est de la supervision et de l'évaluation de la performance individuelle, la frustration des ASC était particulièrement sensible : ils disaient qu'il n'y avait ni supervision ni évaluation. Pendant la visite de validation, un ASC a dit qu'il voyait son superviseur moins de deux fois par an.
Évaluation de la performance individuelle	

Les participants ont également recommandé une amélioration de la mise en œuvre qui suivrait le plan du programme de formation établi. Pour ce qui est des fournitures, ils ont noté la nécessité d'une collaboration solide et étroite entre les différents acteurs du programme. Concernant la supervision et l'évaluation, ils ont prôné un plan d'action et une stratégie qui seraient respectés. Ils ont également demandé des cours réguliers de recyclage ou d'autres cours. Ils ont dit que le feed-back vers les ASC et l'échange d'informations devraient être améliorés, pour un retour d'information sur les patients transférés, ainsi que pour la documentation en général. L'information contenue dans les rapports des ASC devrait être prise en compte pour la planification et les décisions.

Enfin, les participants ont suggéré de faciliter l'avancement des ASC qui font un bon travail.

B. Supervision

Cette section commence avec une description des pratiques de supervision dans les trois régions. Elle donne ensuite les résultats des DG et des entretiens effectués pour l'évaluation de la supervision.

Différents programmes impliquent différents acteurs — les médecins BSS ; les assistants techniques des ONG (AT, limités aux programmes du SN2) ; les membres des CDS ; l'inspecteur médical ; et occasionnellement les responsables du programme du SN2 — pour superviser conjointement ou séparément les ASC. Quelqu'un dans la région d'Atsinanana a noté que les intervenants quittent régulièrement leur poste, tandis qu'un ASC dans la région d'Androy a noté une continuité chez les AT. Ces acteurs et les ASC assistaient à des réunions de revue mensuelle organisées au niveau de la commune (chef du centre ou du poste de santé). Les distances qu'ils doivent parcourir pour assister à ces réunions sont souvent considérables.

Étant donné que tous les ASC viennent à ces réunions en même temps, ils doivent faire face à de longues périodes d'attente pour lesquelles ils demandent des indemnités de subsistance. Ils reçoivent des indemnités de déplacement uniquement pour l'évaluation semestrielle de la performance mais ce n'est pas le cas pour la supervision de routine, par exemple pour les réunions de revue.

Les superviseurs reçoivent une compensation (déplacement et indemnités journalières) lorsqu'ils se déplacent pour faire une visite de supervision.

1. Pratiques de supervision du SN2

Le SN2 a introduit une stratégie en 2009 pour la supervision des ASC afin d'améliorer la qualité de la performance et des services des ASC. La stratégie permet d'organiser la supervision au niveau de la commune ou dans un centre de santé. Des outils qui consistent en des listes de contrôle détaillées ont été mis au point.

Les directives de supervision du SN2 prévoient une supervision de soutien, définie comme « l'art de soutenir l'autre personne, permettant à celle-ci d'utiliser ses compétences les meilleures tout en observant les normes et les standards de pratique » (USAID/Madagascar, 2010). Le SN2 établit une distinction entre la supervision de soutien et la supervision de routine en ajoutant trois pratiques à la première : l'observation de la pratique du ASC, l'évaluation de cette pratique et le renforcement immédiat des compétences. La tâche du superviseur est de guider, d'aider, de former et d'encourager le ASC après une évaluation formelle de ses compétences et de son savoir-faire, en utilisant les outils de supervision (USAID/Madagascar, 2010). Le guide de supervision recommande : 1) une bonne préparation, notamment l'annonce de la visite de supervision, la revue des données du ASC et la préparation des exercices d'observation ; 2) la création d'une atmosphère positive de confiance par l'encouragement et l'explication des objectifs de la supervision ; et 3) la recherche de solutions pour les défis techniques et logistiques.

Une liste de contrôle différente est fournie pour chacun des quatre domaines/niveaux de concentration (à savoir, le ASC-mère de niveau 1 et 2 et le ASC-enfant de niveau 1 et 2). Chaque évaluation de la performance comporte cinq parties dans chaque liste de contrôle :

1. Une information générale (fournie par l'ONG) sur le ASC.
2. La fonctionnalité des ASC : Est-ce que le ASC dispose de tout le matériel et équipement nécessaires pour les tâches ? Comment utilise-t-il les outils de gestion pour rapporter les activités ?
3. Performance : Les compétences techniques du ASC sont vérifiées par des observations de son travail ou par des exercices de simulation.
4. La connaissance qu'ont les ASC des outils de gestion, du système de transfert et de la documentation, et l'attitude vis-à-vis des patients.

5. Un rapport de synthèse fourni par le superviseur sur les observations, les mesures discutées et les recommandations pour le suivi.

Les compétences sont évaluées selon un système de notation permettant au superviseur de suivre les connaissances et le savoir-faire de chaque ASC dans la durée. Une note supérieure à 70 pour cent est considérée comme satisfaisante ; de 50 à 70 pour cent comme suffisante mais nécessitant un suivi ; et, si elle est inférieure à 50 pour cent, on considère qu'elle est insuffisante et nécessite une formation et un suivi étroit.

L'évaluation est effectuée habituellement par un médecin BSS au moins deux fois par an. Un rapport de supervision individuelle est porté à la connaissance de l'AT et enregistré au centre de santé. Le SN2 accorde au superviseur local une incitation financière pour que les rapports complets soient soumis dans les délais voulus. Les membres des CDS suivent le renforcement de la sensibilisation, la promotion de la demande et les activités de stimulation par des visites sur place aux agents de santé.

Le concept du SN2 pour la supervision active équivaut à une évaluation de la performance individuelle. Le fait de l'appeler une « supervision » peut expliquer en partie pourquoi la notation de la fonctionnalité pour l'évaluation de la performance individuelle ne reflète pas l'existence d'une pratique d'évaluation de la performance.

2. Pratiques et processus de supervision dans les régions soutenues par l'UNICEF

L'UNICEF appuie l'utilisation d'outils et de processus de l'État pour la gestion des ASC à Madagascar. Durant toute cette évaluation, les DG et les entretiens ont mis en évidence des perceptions généralement concordantes pour tous les aspects essentiels de la supervision. Par exemple, tous les participants avaient une compréhension commune de l'approche de la supervision : ils la considéraient comme une composante utile pour assurer et améliorer la qualité de la prestation de services en associant le contrôle de la qualité, le renforcement des capacités et l'apport d'un soutien aux ASC dans la résolution de problèmes.

En général, la supervision se faisait en groupes au niveau de la commune, essentiellement pendant les réunions de revue mensuelle et elle impliquait des représentants de la communauté et parfois des AT et des médecins-superviseurs BSS. L'évaluation détaillée (deux fois par an) se faisait au moyen de formulaires d'évaluation mis au point par le SN2 (pour les programmes du SN2). Les participants aux DG et aux entretiens ont confirmé que les visites de supervision aux sites des ASC étaient rares.

Ces participants ont rapporté que les pratiques de supervision comprenaient habituellement : une revue du matériel/des fournitures des ASC et de leurs organisations ; un examen des rapports sur les activités et de la documentation relative aux patients ; et des questions sur les connaissances et les méthodes de travail. Des exercices de simulation sur les services et les interventions courants des ASC avaient lieu pendant les réunions de revue ou à d'autres occasions.

Les sections suivantes présentent des commentaires sur les pratiques de supervision par chaque type de groupe de parties prenantes ayant participé à des DG et des entretiens.

3. Perspectives du ASC

La **compréhension de la supervision** par le ASC comprend : la qualité de la performance de celui-ci, ainsi que les aspects de soutien et de formation (c'est-à-dire le coaching) ; une aide dans l'accomplissement de la mission ; et la facilitation du travail des ASC. Ceux-ci appréciaient grandement le soutien des superviseurs, leurs conseils et leur collaboration pour trouver des solutions aux problèmes et ils percevaient cette aide comme un encouragement et une incitation à une bonne performance. Ils pensaient en outre que la supervision assurait que leurs activités contribuent à l'amélioration de la santé de la communauté et au développement de celle-ci de manière générale.

Pour ce qui est de la **fréquence**, les ASC ont indiqué que, dans toutes les régions, les communes effectuaient des réunions de revue mensuelle. Le groupe de la région d'Analamanga a noté que la

participation des ONG à la supervision avait diminué, passant de mensuelle à trimestrielle. Cette évolution entraine dans le cadre du retrait progressif du SN2 et elle tenait aussi à des raisons budgétaires. De même, la fréquence de la supervision par un médecin-superviseur était passée de trimestrielle à semestrielle.

Concernant leur **organisation**, les réunions de supervision sont annoncées dans la région d'Analamanga et elles sont habituellement dirigées par une ou deux personnes tandis que, dans la région d'Atsinanana, c'est une personne seulement qui les dirige. Des visites dans les villages ont lieu de temps en temps dans la région d'Atsinanana. Les visites de supervision locales dans la région d'Androy sont parfois connues à l'avance mais les AT des ONG n'annoncent pas leur venue. Les réunions de revue mensuelle se tiennent pour la plupart dans des écoles ou des centres de santé. Les ASC de la région d'Androy ont mentionné que des représentants de la communauté venaient parfois au village pour d'autres raisons et effectuaient des activités de supervision, mais que les visites de supervision dans des villages étaient rares en raison d'inquiétudes d'ordre sécuritaire et, en conséquence, les ASC apportaient leurs rapports d'activité aux réunions de revue.

Pour ce qui est des **pratiques de supervision**, les ASC de toutes les régions ont rapporté les mêmes activités de base : revue de leurs rapports d'activité, de documents et des stocks de matériel. Les ASC de la région d'Analamanga ont aussi mentionné les expériences et les compétences, l'explication des problèmes et la recherche de solutions, et l'établissement et la revue ultérieure de plans d'action. Dans la région d'Androy, des exercices de simulation avaient lieu lorsque des patients étaient présents.

Les **outils** de supervision étaient clairs pour les ASC de la région d'Analamanga où des superviseurs différents utilisaient des outils différents. Les représentants de la communauté utilisaient simplement des cahiers et des crayons ; les médecins BSS utilisaient des tableaux papier ; et les programmes du SN2 utilisaient des outils de supervision. Les ASC de la région d'Atsinanana faisaient référence à divers formulaires de supervision qu'ils trouvaient utiles, notamment certains pour des données et des statistiques. Les ASC de la région d'Androy disaient qu'ils ne connaissaient pas le contenu des outils de supervision. Dans les régions d'Androy et d'Atsinanana, les ASC disaient qu'ils ne recevaient aucun feedback sur les résultats de la supervision : les superviseurs se limitaient à noter que les ASC avaient été évalués.

En général, les ASC avaient une bonne opinion des **attitudes et du comportement** des superviseurs. Les ASC et les superviseurs entretenaient de bonnes relations et collaboraient de manière satisfaisante, a rapporté quelqu'un dans la région d'Analamanga. Les superviseurs montrent leur respect pour les ASC, reconnaissent le travail de ceux-ci, prennent en compte les attentes des ASC et donnent des conseils fréquents et détaillés, a fait remarquer un participant d'Atsinanana. Les ASC d'Androy rapportaient que leurs superviseurs connaissaient très bien la région, étaient coopératifs et écoutaient quels étaient les problèmes, répondaient aux questions et donnaient généreusement des encouragements et des conseils, même si leur aide était limitée.

Les **attentes** des ASC en rapport avec la supervision variaient entre les régions. Les participants d'Analamanga voulaient des encouragements et de nouvelles connaissances, tandis que ceux d'Atsinanana voulaient une plus grande reconnaissance de la part de la communauté. Dans la région d'Androy, les ASC parrainés par le SN2 disaient que la supervision devrait lier le ASC à l'ONG, aux bailleurs de fonds et au MSPPF. Les ASC d'Atsinanana et d'Androy s'attendaient à davantage de supervision, et ces derniers espéraient une supervision plus fréquente pour pouvoir résoudre les problèmes plus rapidement. Les participants d'Androy voulaient aussi une compensation de la part de leur ONG et des cases qui leur serviraient de bureau, ce qui, disaient-ils, les motiveraient et rehausserait la valeur de leur travail et leur statut dans la communauté.

Les ASC voyaient les **effets de la supervision** de manière très positive. Les ASC d'Analamanga appréciaient le feedback qu'ils recevaient concernant les effets de leur travail sur la communauté, par

exemple l'évolution des indicateurs de santé. Les ASC d'Atsinanana et d'Androy rapportaient que la supervision les encourageait et les motivait en reconnaissant la valeur de leur travail. Ils disaient aussi que cela les rendrait plus visibles et améliorerait leur statut social. Les ASC d'Androy appréciaient l'augmentation de leurs connaissances et de leurs compétences, et donc leur développement personnel.

Interrogés sur leur **vision** de la supervision idéale et sur leurs **recommandations pour des améliorations**, les ASC réclamaient une supervision plus fréquente avec davantage de temps consacré aux ASC individuellement et aux visites de supervision dans leurs villages. Ils disaient que de telles visites permettraient une supervision plus efficace par une observation directe des activités et des démonstrations pratiques, par exemple sur la manière d'organiser leur matériel. Globalement, ils voulaient être mieux guidés et recevoir davantage de coaching et de conseils adaptés à leur situation de travail. Ils demandaient que les résultats des séances de supervision leur soient communiqués et ils souhaitaient, de la part de la communauté, une meilleure compréhension de leurs responsabilités et leur performance. Un ASC d'Androy a aussi recommandé des visites des bailleurs de fonds et d'autres autorités pour qu'ils puissent mieux comprendre la situation des ASC.

4. Perspectives des superviseurs

Les discussions avec les superviseurs ont inclus des superviseurs locaux, des médecins-superviseurs BSS, des AT d'ONG et des superviseurs indépendants du SN2. Bien que les membres des CDS aient aussi un rôle de supervision, ils n'étaient pas inclus dans les groupes de superviseurs mais plutôt dans le groupe des représentants de la communauté (ci-dessous).

Les superviseurs avaient tous une **compréhension commune de la supervision** qu'ils percevaient comme associant le contrôle des activités des ASC et le soutien aux ASC, pour assurer ainsi des services de qualité et encourager les ASC. Les superviseurs considéraient comme des tâches fondamentales l'identification de problèmes et l'aide aux ASC pour trouver des solutions. Dans la région d'Analamanga, ils incluaient leurs responsabilités en tant que médiateur de conflits, par exemple lorsque les communautés avaient des attentes qui dépassaient les attributions des ASC. Les superviseurs dans toutes les trois régions estimaient qu'il leur incombait notamment d'expliquer les rôles et les tâches des ASC et de nouer des relations entre les ASC et leurs communautés. Ils estimaient aussi que le renforcement des capacités pendant leurs réunions de revue, de même que la fourniture d'orientations techniques, faisait partie de leur travail.

Les superviseurs d'Atsinanana interprétaient la livraison de deux motos comme un **soutien** pour leur travail, même si les distances les empêchaient toujours de faire des visites fréquentes aux ASC. Les superviseurs locaux voyaient aussi un soutien en la personne des superviseurs indépendants du SN2. Les superviseurs indépendants discutaient régulièrement de la performance et des problèmes concernant les ASC avec les superviseurs locaux. Les superviseurs trouvaient que les divers outils de supervision constituaient un soutien, tandis que les superviseurs d'Androy considéraient la formation comme un soutien majeur.

Les superviseurs dans toutes les régions reconnaissaient la nature systématique des structures de supervision mais estimaient que l'absence de visites à domicile constituait un **défi majeur**. Dans la région d'Analamanga, l'éloignement des communautés et l'encouragement des ASC étaient aussi considérés comme des défis majeurs : la plupart des superviseurs devaient se rendre à pied dans les villages pour effectuer la supervision, et l'un d'entre eux (une femme) a mentionné la contrainte physique que cela représentait compte tenu de son âge. Peut-être en rapport avec les difficultés de transport, les superviseurs d'Analamanga et d'Androy ont noté qu'il était difficile de maintenir de bonnes relations avec les ASC. Les superviseurs d'Atsinanana considéraient l'organisation comme un défi majeur, évoquant : 1) la diminution des réunions de revue du SN2 et des visites de terrain des ONG ; et 2) les difficultés à effectuer des visites en raison du manque de moyens de transports et de l'absence des ASC pendant qu'ils travaillaient dans les champs pendant la journée. Les superviseurs d'Androy étaient préoccupés avant tout par le fait que les ASC n'étaient pas suffisamment encouragés ; par exemple, un

ASC avait demandé une case qui lui permettrait de faire son travail et de préserver l'intimité des patients mais il n'a pas obtenu satisfaction.

L'**organisation** du travail des superviseurs variait d'une région à l'autre. Les superviseurs d'Analamanga avaient des réunions tous les trimestres avec les AT pour échanger expériences et informations. Dans les autres régions, les superviseurs estimaient qu'ils travaillaient seuls, bien que les réunions des services de santé de district leur offrent des possibilités d'échanger des informations avec d'autres superviseurs. Il est possible que cette différence tienne au fait qu'un plus grand nombre de femmes que d'homme travaillent comme ASC à Analamanga que dans les autres régions.

Le **temps** que les superviseurs peuvent consacrer aux ASC est très variable. Dans la région d'Analamanga, le nombre de ASC par superviseur allait de 6 à 30, selon les distances entre les communes. Également, les superviseurs ont indiqué que les ASC avaient besoin de plus ou moins de supervision, et que les ASC ayant moins de compétences nécessitaient davantage de suivi et de formation de la part des superviseurs, et donc, le temps qu'il leur fallait variait d'un ASC à l'autre. Dans la région d'Atsinanana, les superviseurs faisaient la distinction entre la revue mensuelle et l'évaluation semestrielle utilisant les outils de supervision du SN2 : en moyenne, ils passaient 15 minutes avec chaque ASC pendant les revues, tandis que l'évaluation prenait de 60 à 90 minutes par ASC. Pour indiquer le niveau de supervision requis, deux médecins-superviseurs BSS d'Androy ont noté que, respectivement, ils avaient supervisé 23 villages avec 46 ASC et 62 villages avec 124 ASC, avec l'obligation de voir chaque ASC un jour fixe chaque mois lorsque le ASC était censé apporter son rapport au centre de santé.

Pour ce qui est du **lieu**, les superviseurs ont confirmé que les visites aux villages étaient rares. La plupart des supervisions se faisaient au niveau de la commune et des centres de santé. Les superviseurs d'Androy arrangeaient des visites dans trois villages voisins tous les deux mois, alternant avec des réunions de revue au centre de santé. En outre, ils profitaient de la présence des ASC aux campagnes de vaccination semestrielles pour leur apporter un soutien et une supervision ciblés. Ce n'est qu'à Analamanga que les superviseurs disaient que les revues avaient lieu essentiellement sur le terrain mais il est difficile de savoir s'ils faisaient allusion au niveau du village ou à celui de la commune.

L'**implication de la communauté** dans la supervision se faisait essentiellement à travers la participation des membres des CDS aux réunions de revue où ces représentants de la communauté discutaient du travail et des problèmes des ASC avec le superviseur BSS. Dans la région d'Androy, les superviseurs appuyaient les efforts des ASC auprès de la population au moyen de réunions lors des campagnes de vaccination (lorsque tous les chefs de villages seraient présents) pour discuter de la sensibilisation à propos de la PF, de l'hygiène, etc. Androy utilisait des protocoles structurés pour établir des objectifs avec les villages, et les superviseurs passaient en revue les progrès lors d'une réunion six mois plus tard.

Pour ce qui est de la **teneur**, les discussions avec les superviseurs ont confirmé les activités majeures évoquées ci-dessus : la revue du matériel, la résolution de problèmes, le renforcement des capacités et l'encouragement.

Les principaux **outils** discutés par les superviseurs étaient les formulaires d'évaluation (listes de contrôle) récemment introduits par le SN2 pour application semestrielle. Tandis qu'en général les formulaires étaient considérés comme utiles, certains superviseurs exprimaient des critiques et faisaient des suggestions pour des améliorations. Dans la région d'Analamanga, les superviseurs estimaient que les outils étaient très utiles, donnant des principes directeurs et des orientations et aidant à rester concentré sur l'évaluation. Dans les deux autres régions, les superviseurs trouvaient qu'ils étaient trop compliqués et qu'ils prenaient trop de temps. Dans la région d'Atsinanana, les superviseurs faisaient remarquer que ces formulaires contenaient certains éléments qu'ils considéraient comme inutiles et/ou qui faisaient double emploi avec d'autres comptes rendus à fournir. Également, l'information fournie par les ASC pour ces formulaires ne pouvait être vérifiée car l'évaluation n'avait pas lieu aux sites de travail

des ASC. Les superviseurs d'Androy rapportaient qu'il fallait de 45 à 90 minutes pour remplir ces fiches de contrôle, avec une moyenne de 60 minutes. Un participant disait que l'évaluation semestrielle de 124 ASC prenait de deux à trois jours, ce qui constituait une charge de travail supplémentaire considérable.

Il a été rapporté que la **formation en supervision** initiale variait beaucoup entre les régions. Les superviseurs disaient qu'il fallait de deux heures à trois jours et que les sujets allaient de l'utilisation des outils de supervision à la présentation complète de la teneur des approches de supervision et des tâches connexes, notamment des compétences sociales (par exemple, les compétences en communication et coaching).

Ils pensaient que la **compétence** essentielle pour la supervision était la connaissance technique du travail du ASC et, deuxièmement, un bon savoir-faire social et en communication : bien écouter, faciliter le transfert des connaissances par un feed-back clair, expliquer les manières de travailler, gérer les conflits et accepter de façon professionnelle un feed-back négatif des ASC.

Quand on demandait aux superviseurs quels étaient les facteurs importants d'une **supervision réussie**, ils mentionnaient essentiellement la motivation des ASC (Analamanga) et le suivi des recommandations et des conseils donnés aux ASC pendant les réunions de revue. L'information sur ces recommandations/conseils est obtenue principalement à partir des rapports des ASC et par le feed-back direct/indirect des patients (par exemple, lorsque les patients rapportent qu'un ASC les a transférés à un centre de santé ou les a accompagnés s'ils avaient peur d'y aller). Certains patients se plaignaient aux superviseurs que le ASC n'avait pas suivi les recommandations des superviseurs. Certains superviseurs testeraient un ASC à propos des conseils du superviseur lors de la prochaine réunion de suivi.

Les **recommandations** des superviseurs comprennent l'organisation d'une réunion pendant laquelle ils pourraient examiner en profondeur les outils pour les réviser et les adapter au niveau de pratique et pour mieux les harmoniser avec les autres exigences de compte rendu (Atsinanana). Les superviseurs d'Androy ont suggéré que les formulaires soient traduits en malgache, divisés par thème (SMNNI, PF, etc.), et que leur utilisation se fasse par roulement par thème, tout en augmentant la fréquence des visites d'évaluation qui passeraient de semestrielles à trimestrielles. Cela raccourcirait la durée de l'évaluation, tout en leur permettant de voir les ASC plus souvent.

Les **recommandations pour une supervision améliorée** attestent d'un désir manifeste de rendre la supervision plus efficace par l'observation et le feed-back dans l'environnement du ASC, de renforcer la collaboration avec les communautés, ainsi que la position des ASC vis-à-vis de la communauté. Les superviseurs ont demandé des moyens de transport pour permettre des visites plus fréquentes (bien qu'ils manquent aussi de temps pour cette activité). Les superviseurs d'Atsinanana suggéraient des formations de recyclage trimestrielles pour les ASC près de l'endroit où ils travaillaient et ils ont noté que, pour le faire, il leur faudrait l'équivalent d'un poste supplémentaire à plein temps. Les autres priorités pour l'amélioration des services des ASC étaient l'amélioration des moyens de communication (c'est-à-dire des téléphones mobiles) et la prévention des ruptures de stock. Les superviseurs d'Analamanga et d'Androy ont noté l'importance de la motivation des ASC, ils se sont dits inquiets de la charge de travail toujours croissante des ASC qui prenait un tiers de leur journée, ce qui était considéré comme inacceptable. Les superviseurs ont indiqué que de petites incitations financières de temps en temps encourageraient et aideraient les ASC.

5. Perspectives des représentants des communautés

Les représentants des communautés étaient des membres de CDS et avaient un **rôle** important dans l'accompagnement des activités des ASC. Au niveau technique, ils avaient peut-être le moins de pouvoirs parmi les divers types de superviseurs, mais leur mandat en tant que membres de CDS leur conférait des pouvoirs essentiels au sein de la communauté. Par conséquent, ils interviennent en tant que facilitateurs et médiateurs entre le ASC et les villageois. Ils conseillent aussi la communauté sur l'importance des services des ASC et ils aident à conseiller la communauté pour la résolution de

problèmes — des problèmes qui tiennent souvent à des malentendus à propos du rôle des ASC et de la portée de leur travail. Les membres des CDS sont aussi chargés de faciliter la communication avec la population (souvent par l'intermédiaire du chef de village), en particulier lorsque des problèmes ou des conflits se présentent.

Les représentants de la communauté aident à : 1) sélectionner les ASC ; et 2) fournir un soutien de supervision pendant les réunions de revue mensuelles. Leur tâche n'est pas de surveiller les ASC au niveau technique (questions cliniques ou relatives aux commanditaires) mais plutôt au niveau de performance des activités et de la mise en œuvre des recommandations.

Les représentants de la communauté interviennent aussi en tant que point focal pour les ASC pour ce qui est de leur relation avec la population, conseillant régulièrement les ASC et les aidant à résoudre les problèmes au niveau de la communauté. Ils appuient particulièrement le travail des ASC pour sensibiliser la population aux questions de santé et pour demander le soutien des chefs de village lorsqu'il n'y a pas de collaboration. Un délégué a noté qu'au début les villageois disaient qu'ils ne savaient pas en quoi consistait le travail des ASC, étant donné qu'ils n'étaient pas des médecins. Dans un village d'Atsinanana, le représentant a convaincu le chef de village de bâtir une case où le ASC pouvait voir ses clients. Un représentant d'Analamanga a rapporté qu'il sensibilisait les hommes de son village à la planification familiale, tandis que les femmes ASC n'étaient pas en mesure de le faire pour des raisons culturelles. Les représentants des communautés d'Androy ont rapporté que, particulièrement pendant les phases initiales du programme des ASC, la population des villages ne faisait pas confiance aux ASC. Ils ont donc présenté le ASC à la communauté et ont expliqué à celle-ci quels étaient les rôles et les tâches des ASC. Ils conseillaient souvent la population en matière de santé et d'hygiène, indiquant des possibilités telles que des visites aux centres de santé et durant les jours de marché. Ils ont noté toutefois que, pour des raisons culturelles, les gens se méfiaient des ASC, ce qui rendait difficile l'introduction de nouvelles pratiques de santé. Également, des conflits personnels entre chefs de village pourraient entraver les interventions des ASC : alors qu'un chef appuyait ces activités, un autre refusait d'accorder son soutien afin d'exprimer son mépris pour le premier chef. Le représentant disait que les ASC, en conséquence, avaient besoin du soutien d'autres sources que les chefs de village. Ils rapportaient qu'ils avaient travaillé en étroite collaboration avec deux ou trois communautés qui appuyaient les activités des ASC. Ces communautés servaient de point de référence et de modèle pour de bonnes pratiques dans la région. En démontrant comment les changements peuvent être mis en œuvre, ces communautés aideraient à convaincre les autres communautés d'accepter les nouvelles pratiques de santé.

Les représentants d'une communauté d'Atsinanana ont rapporté qu'ils avaient assumé récemment davantage de responsabilités : ils avaient reçu une formation pour superviser les ASC et leurs activités et, au cours des trois ou quatre derniers mois, ils avaient commencé à organiser eux-mêmes les réunions de revue pendant que les AT et les superviseurs locaux étaient encore présents. Dans les régions d'Analamanga et d'Atsinanana, les représentants de la communauté ont rapporté qu'ils participaient à la revue des données et des statistiques de santé et à l'élaboration des plans d'action communautaires, ainsi qu'au suivi de la mise en œuvre de ces plans. Les représentants d'Analamanga disaient que le temps alloué aux ASC pendant les réunions de revue n'était pas suffisant et que les ASC avaient demandé un soutien plus important. Ils répondaient aux questions des ASC en fonction des besoins.

Pour ce qui est de la **qualité et des effets de la supervision**, ces représentants ont trouvé que la supervision était utile et importante pour la réussite du programme des ASC. Certains représentants d'Atsinanana disaient que le système de supervision était efficace car il faisait intervenir trois niveaux différents et complémentaires : l'ONG, le centre de santé et la communauté. Les points forts notés étaient la composante de renforcement des capacités des réunions de revue et le contrôle de la qualité. Les représentants d'Androy pensaient que le renforcement des capacités et la répétition étaient particulièrement importants en raison des faibles niveaux d'éducation des ASC. Un représentant

d'Atsinanana a déclaré que l'atteinte des objectifs fixés dans le plan d'action de la communauté a démontré la qualité de la supervision. En outre, l'information provenant de la population a mis en évidence la qualité du travail des ASC et a facilité le suivi. De nombreux représentants ont toutefois réitéré les contraintes de temps et de transports qui entravent le suivi des ASC dans leurs villages. Dans les régions d'Analamanga et d'Atsinanana, on estimait que la diminution de la fréquence de l'assistance technique et de la supervision locale risquait éventuellement de compromettre la qualité des services.

La satisfaction concernant l'**échange d'information** entre superviseurs et représentants de la communauté variait entre régions et communautés. Certains représentants rapportaient une collaboration satisfaisante avec les centres de santé et les autres superviseurs ; ils échangeaient des informations et recevaient un feed-back sur les rapports de supervision et les évaluations. D'autres, à Analamanga and Atsinanana, tout en appréciant de bonnes relations de collaboration avec les centres de santé, ont noté qu'ils n'avaient pas accès aux rapports de supervision mais qu'ils étaient informés des résultats des évaluations, des recommandations et autres développements pendant les réunions de revue. Dans la région d'Androy, les représentants de la communauté avaient le sentiment d'être tenus à l'écart par les ONG : ils disaient qu'ils n'étaient pas informés du contenu de la formation que recevaient les ASC et que, pendant les réunions de revue, ils avaient un rôle passif, tandis que les autres superviseurs s'entretenaient avec les ASC.

Les **recommandations** comprenaient la détermination du financement du programme des ASC pour assurer sa pérennité. Un représentant demandait qu'un poste soit prévu à cet effet dans le budget de l'État aux niveaux décentralisés pour couvrir les services des ASC. Un autre disait que certains services de PF étaient gratuits aux centres de santé mais que les ASC devaient demander une redevance pour récupérer les coûts des médicaments et des fournitures, même si le service était gratuit. Cette remarque s'appliquait en particulier aux médicaments qui étaient achetés par l'intermédiaire de la communauté. La pauvreté dans les régions éloignées excluait la possibilité de demander une contribution aux communautés.

Les représentants des communautés d'Analamanga soulignaient qu'il fallait stimuler et maintenir la motivation des ASC. Ils reconnaissaient les efforts faits par les ASC et mentionnaient la nécessité d'incitations financières. Un représentant expliquait que le travail perturbait la vie personnelle (en particulier maritale) des ASC, étant donné que beaucoup étaient contactés pendant la nuit, en particulier pour les urgences de SMNNI. Dans un cas, le mari d'une ASC s'opposait à l'activité de l'ASC de son épouse en raison d'interruptions fréquentes. Les incitations financières, par exemple la compensation des frais de déplacement, pouvaient contribuer à retenir les ASC. Il était suggéré que des ressources soient fournies aux communautés pour organiser les incitations.

Les représentants d'Atsinanana disaient que la fréquence de la supervision devrait être portée d'une fois tous les six mois à une fois tous les deux mois. Ils réclamaient des incitations financières pour permettre aux superviseurs de motiver les ASC pour qu'ils fassent un meilleur travail. Les représentants de la communauté d'Androy demandaient des moyens de transport et des téléphones.

Ce groupe donnait la priorité à l'amélioration des compétences et des connaissances. Quelqu'un a suggéré l'établissement d'un programme de formation continue et de cours de recyclage au niveau des centres de santé.

De nombreux représentants de communautés disaient qu'ils avaient constaté des améliorations importantes dans l'**état de santé** de leur communauté, le comportement de santé de celle-ci et son utilisation des centres de santé depuis le commencement des programmes de ASC. Ils étaient déterminés à soutenir les activités des ASC, même si les programmes de soutien du SN2 prenaient fin. Les représentants d'Androy estimaient qu'il faudrait davantage de temps, avec une aide extérieure, pour consolider et pérenniser les activités des ASC qui nécessitaient beaucoup plus d'énergie et d'efforts pour parvenir à certains changements.

IV. DISCUSSION

A. Synthèse

1. Fonctionnalité du programme

La fonctionnalité du programme pour le programme de soutien du SN2 variait entre les trois régions, peut-être en raison de différences dans la mise en œuvre organisationnelle, les forces socio-économiques et/ou des variations socio-culturelles. Par exemple, divers informateurs clés ont noté que la région d'Androy était plus désavantagée, non seulement des points de vue économique et environnemental, mais aussi pour ce qui est de l'éducation et du fait d'une réticence à changer de comportement.

Globalement, l'évaluation indique un résultat positif quant à la fonctionnalité du programme du SN2 : la plupart des composantes avaient obtenu une note de meilleure pratique ou avaient été notées fonctionnelles. Néanmoins, certains aspects doivent être améliorés. Le Tableau 12 donne une vue d'ensemble des notes de consensus pour la fonctionnalité pour tous les programmes du SN2 ; les couleurs mettent en évidence les niveaux de fonctionnalité.

Tableau 12 : Notes de fonctionnalité du SN2, trois régions

Composante		Analamanga (1 NGO)	Atsinanana (4 NGOs)	Androy (2 ONG)
1	Recrutement	3	3	3
2	Rôle du ASC	2	3	2
3	Formation initiale	2	3/3/2/2	3
4	Formation continue	2	3	2
5	Matériel et fournitures	1	3/3/3/2	1
6	Supervision	2	3	2
7	Évaluation de la performance individuelle	2	3/3/2/1	1
8	Incitations	2	2	2
9	Implication de la communauté	3	3	2
10	Système de transfert	2	3	2
11	Possibilités d'avancement	3	3	2
12	Documentation et gestion de l'information	3	3	2
13	Liens avec le système de santé	2	2	2
14	Évaluation de la performance du programme	3	3	1
15	Appropriation par le pays	2	2	1
Total		34	39/39/39/41	28

Légende: 0 (non représentée) = non fonctionnel; 1 (orange) = partiellement fonctionnelle; 2 (rose) = fonctionnelle; 3 (vert) = meilleures pratiques; blanc = résultats mitigés.

Gardant à l'esprit les limites d'une comparaison de programmes entre régions, on peut dire que les programmes dans la région d'Atsinanana obtenaient les meilleures notes de fonctionnalité, suivis par ceux d'Analamanga et d'Androy. Le tableau montre que les quatre programmes d'ONG d'Atsinanana, évalués par les ONG, n'avaient pas pu obtenir un consensus pour toutes les composantes, et que seulement son évaluation de la performance individuelle montrait une contradiction quant à savoir si une composante était fonctionnelle ou seulement partiellement fonctionnelle. Dans la région d'Analamanga, chaque composante était estimée comme étant fonctionnelle, sauf pour la composante du matériel et des fournitures qui était partiellement fonctionnelle. Par contre, la région d'Androy avait quatre composantes qui étaient partiellement fonctionnelles.

Le programme de soutien fourni aux ASC formés par l'UNICEF était considéré comme non fonctionnel, avec une note globale de 19. L'approche de ce programme était très différente de celle du SN2 pour ce qui est de la portée des interventions, de la structure organisationnelle et du suivi. Le fait que les deux programmes d'Androy aient reçu des notes plus basses que ceux d'autres régions suggère que cette situation est due à des influences locales plutôt qu'à la gestion des programmes. Les DG et les entretiens ont confirmé cette possibilité et ont fait ressortir des obstacles culturels et la réticence des autorités locales aux activités des ASC.

Malgré des différences régionales, on a noté l'émergence de tendances communes entre régions, organisations et programmes pour ce qui est des forces et des faiblesses des différents programmes, comme le montre le Tableau 13.

Tableau 13 : Forces et faiblesses, ensemble des programmes d'ASC

Forces	Faiblesses
Recrutement (meilleures pratiques)	Matériel et fournitures
Formation initiale	Évaluation de la performance individuelle
Implication de la communauté	Appartenance par le pays
Possibilités d'avancement	
Documentation et gestion de l'information	

2. Pratiques et outils de supervision

La supervision de soutien a été jugée utile pour assurer et améliorer la qualité des services en renforçant les capacités et en soutenant les ASC dans la résolution de problèmes. En général, la supervision se faisait au niveau de la commune, principalement pendant les réunions de revue, et elle incluait des représentants de la communauté, l'ONG et le centre de santé. Les évaluations de la performance avaient lieu deux fois par an et les superviseurs visitaient rarement les sites des ASC. De grandes distances, un manque de moyens de transports et des contraintes de temps entravaient les visites de sites qui rendraient vraisemblablement la supervision plus efficace.

Les représentants de la communauté voyaient leurs rôles — en tant que facilitateurs et médiateurs entre les ASC et les villageois — comme importants pour soutenir les activités des ASC. Dans l'exercice de leur mandat et de leurs responsabilités en tant que membres de CDS, ils soulignaient aux villageois l'importance des services des ASC et contribuaient à la résolution de problèmes souvent liés à des malentendus au sujet du rôle des ASC.

Les recommandations pour l'amélioration de la supervision ont compris des visites des superviseurs aux sites des ASC pour des observations et un feed-back, ainsi que pour une continuation des efforts visant à améliorer les relations entre les ASC et la population. Les ASC désiraient une supervision plus fréquente et une meilleure compréhension de la collaboration entre les ONG et le système de santé public. Le SN2 a rapporté que les obstacles logistiques et financiers à la réalisation de visites de supervision plus fréquentes sont considérables. Par exemple, le SN2 soutenait les ASC dans plus de 5

925 *fokontany* qui se trouvaient à environ une heure ou à cinq kilomètres de la formation sanitaire la plus proches, ce qui exigeait des superviseurs en moyenne deux heures de marche ou représentait neuf kilomètres à parcourir pour effectuer des visites de supervision. Le SN2 ont calculé que les visites de terrain pour chaque ASC qu'il soutenait nécessiteraient un total annuel de 27 000 jours-homme, ce qui équivalait à un coût supplémentaire de 3,5 millions de dollars pour les programmes, et à 160 superviseurs de plus par an. Le SN2 a également rapporté que, durant l'ensemble de l'exercice 2011 et le début de l'exercice 2012, le niveau actuel de supervision régulière s'était traduit par une amélioration des compétences cliniques et des compétences de gestion des ASC (Communication personnelle de Volkan Cakir, 18/5/2012).

Les discussions des parties prenantes du SN2 sur les outils de supervision étaient centrées sur les outils de supervision et d'évaluation récemment introduits par le SN2. Les superviseurs avaient des opinions divergentes concernant l'efficacité de ces outils. Ils les considéraient comme utiles pour fournir des principes généraux pour une évaluation structurée et systématique, mais certains estimaient qu'ils étaient trop longs, trop compliqués et qu'ils faisaient double emploi avec d'autres rapports. Il fallait environ une heure pour les compléter (fourchette de 45 à 90 minutes), ce qui représentait beaucoup de temps pour les superviseurs, pour la plupart des médecins BSS qui avaient d'autres responsabilités considérables.

Les recommandations pour l'amélioration des outils comprenaient leur traduction en malgache. Une autre suggestion était de : 1) diviser l'outil clé en sections, par thème, et de les utiliser par roulement en fonction de leur thème; et 2) réviser l'outil pour répondre aux besoins pratiques. Cela exigerait l'organisation d'une réunion avec les superviseurs (médecins BSS et AT) pour passer en revue l'outil et pour avoir ensuite d'autres séances d'évaluation.

Les ASC d'Androy disaient qu'ils ne connaissaient pas le contenu des outils d'évaluation de leur programme. Dans les régions d'Androy et d'Atsinanana, ils disaient qu'ils n'avaient reçu aucun résultat des évaluations effectuées pendant la supervision ni de feed-back à la suite de la supervision. On s'attendrait à ce que la connaissance du contenu et des objectifs des instruments de supervision et des résultats de l'évaluation contribuerait à atteindre les objectifs du programme.

B. Limites

La méthodologie de la MEAP ASC évalue la fonctionnalité d'un programme de soutien au niveau organisationnel ; elle n'évalue par la qualité des services actuels. Elle se base sur des preuves secondaires et des déclarations personnelles, et ses conclusions ne peuvent donc être utilisées pour évaluer la performance individuelle des ASC ou les contributions des ASC à la couverture, l'efficacité et l'impact.

Cette évaluation a été la première à utiliser la version française de la boîte à outil de la MEAP ASC. La traduction d'anglais en français, puis en malgache, a donné un résultat dont la précision laisse à désirer. En général, les traductions doivent être faites rigoureusement et les outils doivent être soigneusement adaptés au contexte local pour s'assurer que les participants comprennent l'approche. Par exemple, la version traduite pourrait être pilotée et retraduite dans la langue de départ. L'équipe d'évaluation a adapté les outils pendant l'atelier des facilitateurs mais des limites de temps n'ont pas permis un pilotage.

La composante de supervision n'a examiné le sujet que dans le contexte des programmes de ASC sélectionnés et, en conséquence, les conclusions se limitent à ce contexte.

Dans la région d'Androy, étant donné la multiplicité des organisations qui ont soutenu les programmes de ASC durant les années précédentes, l'équipe de recherche a eu du mal à trouver des ASC formés par l'UNICEF qui n'avaient une expérience que dans un seul programme. De ce fait, l'expérience d'autres programmes avait peut-être « vicié » les expériences et les perceptions des ASC dans la revue de chaque programme de la présente évaluation.

Les séances pour lesquelles des données avaient été collectées n'avaient pas été enregistrées sur magnétophone et donc, des déclarations ont peut-être été manquées ou mal comprises. Également, étant donné que plusieurs personnes ont participé à la collecte, à l'enregistrement, à la traduction, à l'analyse et à la transmission de données provenant de la boîte à outils et de discussions de supervision, certains détails se sont peut-être perdus, malgré le soin apporté au traitement de l'information.

Le 15^e élément de la fonctionnalité dans la boîte à outils est l'appropriation par le pays, défini comme « la mesure dans laquelle le ministère de la santé a : intégré le cadre des ASC à la planification du système de santé (par exemple, les politiques en place) ; prévu un budget pour un soutien financier au niveau local/du district/national ; et fourni un soutien logistique (par exemple, supervision, fournitures) pour accompagner les programmes des ASC aux niveaux du district, de la région et/ou du pays » (Crigler et al., 2011, p. II-10). Étant donné la situation politique actuelle, l'obtention des notes « fonctionnelles » ou « hautement fonctionnelles », que ce soit pour le programme du SN2 ou le programme d'accompagnement des ASC formés par l'UNICEF, était impossible, ce qui affecté les notes globales des deux.

V. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

En même temps que les recommandations de certains participants, cette section rapporte certaines questions clés qui devraient être envisagées comme des domaines d'intervention en rapport avec le renforcement du programme des ASC :

Le SN2 et l'UNICEF devraient être reconnus pour leurs efforts visant à établir des programmes de ASC, et appuyer ainsi la prestation de services de santé essentiels. Les programmes étaient plus forts dans cinq domaines (recrutement, formation initiale, implication de la communauté, possibilités d'avancement, documentation et gestion de l'information) et ils étaient les plus faibles dans trois autres domaines (matériel et fournitures, évaluation de la performance individuelle et appropriation par le pays). Ces conclusions suggèrent que les responsables des programmes devraient soutenir et renforcer des aspects des domaines forts, tout en recherchant des moyens de renforcer les domaines faibles. Les notes basses d'Androy recommandent que davantage d'efforts et de ressources soient consacrés à la région. Comblent ces faiblesses offrirait des opportunités pour un apprentissage partagé, une plus grande coordination entre les parties prenantes et l'application de méthodes d'amélioration pour élaborer et tester des interventions afin de remédier aux faiblesses des programmes et d'améliorer l'efficacité et la durabilité des programmes de ASC. Des recommandations plus spécifiques sont données ci-après.

Coordination des efforts des programmes et du système de santé : Le soutien du système de santé public du programme des ASC — par la formation, la supervision, les matériels et l'aide aux activités de santé communautaire — renforcerait ces programmes et leur permettrait d'être plus efficaces pour protéger la santé du public. L'objectif à long terme serait d'avoir des systèmes fonctionnant partiellement en parallèle qui soient harmonisés et intégrés, tel que proposé dans la politique de santé communautaire du MSPPF (MSPPF, 2009).

Matériel et fournitures : Les fournitures (en particulier les médicaments) devraient être disponibles là où le besoin est le plus important et leur utilisation serait rendue plus efficace par le renforcement de la chaîne d'approvisionnement.

Motivation des ASC : Les superviseurs et les représentants de la communauté ont fait part de leurs inquiétudes concernant la motivation des ASC. Une meilleure motivation améliorerait vraisemblablement la durabilité des programmes de ASC. Alors que leur statut d'agent est généralement soutenu, l'introduction de certaines incitations financières (par exemple, le remboursement des frais de transport pour aller au travail et pour assister aux réunions de revue) a été demandée. Leur charge de travail croissante était considérée comme préjudiciable à leur qualité de vie et à leur motivation. Il conviendrait de voir comment cette charge de travail pourrait être diminuée, ce qui pourrait inclure le

recrutement de davantage de ASC et la fourniture de moyens de transport, de cases pour les visites des patients et de téléphones portables.

Les superviseurs ne pouvaient pas rendre visite aux ASC en raison des distances, d'un manque de moyens de transport et de temps. Inversement, les ASC devaient aller au centre de santé ou chez le chef de la communauté pour livrer les rapports, assister aux réunions de revue et être évalués. Le fardeau que représentent ces activités pour des personnes en position de faiblesse devrait être allégé pour que les ASC aient davantage de temps à consacrer à leurs patients et à la promotion de la santé, des fonctions qu'ils semblent motivés à assurer.

Supervision : Les ASC devraient connaître le contenu des formulaires d'évaluation pour qu'ils puissent s'employer à satisfaire les attentes qui y sont exprimées. Ils devraient être informés des commentaires qui sont enregistrés sur la liste de contrôle de leur évaluation.

La diminution du nombre des séances de supervision qui était passé de trimestrielles à semestrielles inquiétait les représentants de la communauté, les superviseurs et les ASC. La rareté des visites de sites par les superviseurs BSS était généralement considérée comme une faiblesse. Les recommandations pour améliorer l'efficacité de la supervision comprenaient des visites fréquentes de superviseurs aux sites des ASC, des observations et un feed-back axé sur l'amélioration des relations avec la population. Les superviseurs recommandaient une revue des outils d'évaluation de la performance individuelle pour les raccourcir et les simplifier, tout en diminuant les doublons avec d'autres exigences de compte rendu. Le système d'évaluation était considéré comme faible, en partie du fait que la différence entre « supervision » et « évaluation de la performance » était mal comprise. L'approche et les outils de supervision du SN2 comprennent une composante d'évaluation trimestrielle, individuelle, mais elle n'est pas perçue comme telle par les participants. En outre, l'attribution de récompenses pour une bonne performance rendrait vraisemblablement cet investissement plus productif.

Les superviseurs ont exprimé un besoin d'être aidés pour surmonter le fait que les communautés ne saisissent pas la portée limitée des tâches et des responsabilités des ASC.

Les **systèmes de transfert** devraient être renforcés pour s'assurer que le médecin recevant le patient transféré fournisse une information appropriée au ASC qui a transféré le patient en question ; les ASC ont demandé cette démarche qui améliorerait les soins de suivi. Il conviendrait de remédier aux difficultés auxquelles se heurtent les formations sanitaires pour que le système de transfert puisse fonctionner.

Relations avec la communauté : Pour qu'un programme de ASC réussisse, il faut que les ASC soient reconnus par leurs communautés comme étant un atout. Les ASC demandaient une assistance non seulement pour renforcer leur crédibilité mais aussi pour communiquer à la population la portée de leurs activités en matière de diagnostic et de traitement. Les efforts du représentant d'une communauté méritent d'être reconnus. Il a utilisé trois ou quatre communautés qui soutenaient les activités des ASC comme modèles de bonne pratique. Son objectif était de démontrer au moyen de rapports (données) provenant de ces communautés comment un changement peut être mis en œuvre. De telles démonstrations d'un « modèle ASC » pourraient sensibiliser davantage d'autres communautés et les convaincre de reconnaître et de soutenir les ASC.

Recherches plus approfondies : Il conviendrait d'étudier des rapports indiquant que le changement de comportement au niveau de la population est particulièrement difficile dans la région d'Androy afin de déterminer leur exactitude et, s'ils sont exacts, d'identifier les moyens de surmonter ce problème. Des interventions pour apporter des améliorations dans les domaines thématiques discutés pourraient être élaborées et testées par l'application de méthodes d'amélioration et par l'analyse de données en temps réel par les équipes d'amélioration au niveau communautaire. Cela pourrait réunir les parties prenantes clés pour innover ensemble, appliquer des solutions et partager des leçons pour remédier aux obstacles à la fonctionnalité des programmes et pour améliorer la performance des ASC.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- Agarwal A, Finlay-Vickers A, Kolesar R, Rabarijaona LP, Ravony H. 2011. Evaluation of Quality of Community-based Child Health and Reproductive Health Programs in Madagascar [protocole d'étude non publié]. Note conceptuelle de projet. Antananarivo : Centers for Disease Control and Prevention/USA et USAID/Madagascar.
- Crigler L, Hill K, Furth R, Bjerregaard D. 2011. Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (ASC AIM) : A Toolkit for Improving ASC Programs and Services. Projet pour l'Amélioration des soins de santé (USAID). Chevy Chase, MD : URC. Disponible sur : <http://www.hciproject.org/node/2359/>, consulté le 10/3/2012.
- DOHE (Department of Health Education). 2005. Community Health Workers: Who Are They and What Do They Do ? San Francisco : DOE. Disponible sur : http://www.ccsf.edu/Departments/Health_Education_and_Community_Health_Studies/ASC/faqs/ASCs.pdf, consulté le 17/2/2012.
- EDS (Enquêtes démographiques et de santé). 1997. {citation complète non disponible}
- EDS. 2008. {citation complète non disponible}
- GF (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme). 2012. National Strategy Applications [Web page]. Disponible sur : <http://www.theglobalfund.org/en/nsa/>, consulté le 30/4/2012).
- Human Development Report. 2011. PNUD Madagascar : Présentation du Rapport de suivi sur les OMD et du 21^e RMDH. Disponible sur : <http://www.madagate.com/editorial/communiqué/2288-madagascar-pnud-présentation-du-rapport-de-suivi-sur-les-omd-et-du-21e-rmdh.html>, consulté le 8/8/2012.
- INSTAT (Institut National de la Statistique de Madagascar). ND. L'INSTAT de Madagascar [base de données informatique]. Disponible sur : <http://www.instat.mg/>, consulté le 4/6/2012.
- IntraHealth International. 2012. Echoes of Change from Community Health Work in Madagascar [page web]. Disponible sur : <http://www.intrahealth.org/page/echoes-of-change-from-community-health-work-in-madagascar/>, consulté le 30/4/2012.
- JSI (John Snow International, Inc. et JSI Research & Training Institute, Inc.). 2011. Madagascar Community-Based Integrated Health Project (CBIHP) [page web]. Disponible sur : <http://www.jsi.com/JSIInternet/PressRoom/displaypressrelease.cfm?AnnouncementID=83601/>, consulté le 30/4/2012.
- MSP (Ministère de la santé publique). 2012. Direction des Études et de la Planification.
- MSP (Ministère de la santé publique). Rapport Mai 2012 Gouv. MINSANP, Ministère de la Santé Publique de Madagascar, GAVI-Alliance – Situation annuelle 2011.
- MSP (Ministère de la santé publique). 2009. Expanding the Use of Selected Health Services and Products and Improving Health Practices in Madagascar. Pretoria : MSPPF. Disponible sur : http://ghiqc.usaid.gov/tasc3/docs/687-08-P-004/rftop_687-08-P-004.pdf, consulté le 19/2/2012.
- MSP (Ministère de la santé publique). 2011. Évaluation du Système d'Approvisionnement Actuel en vue d'une Sécurisation des Produits de SR. Disponible sur : <http://www.scribd.com/doc/48551765/Evaluation-du-Systeme-d-Approvisionnement-actuel-en-vue-d-une-securisation>, consulté le 8/8/2012.

- National Human Services CDSly. 2006. Community Health Workers : Closing Gaps in Families' Health Resources. Policy Brief 14. Disponible sur : <http://www.nationalassembly.org/fspc/documents/PolicyBriefs/Brief14.pdf/>, consulté le 30/4/2012).
- Observatoire des ressources humaines pour la santé de l'Afrique. 2007. HRH Fact Sheet: Madagascar. Disponible sur : <http://www.hrh-observatory.afro.who.int/en/country-monitoring/73-madagascar.html/>, consulté le 6/6/12.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 1989. Strengthening the Performance of Community Health Workers in Primary Health Care : A Report from WHO Study Group. Genève : OMS.
- OMS. 2009. World Health Statistics 2009. Genève : OMS. Disponible sur : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf/, consulté le 28/1/2012.
- ONU (Nations Unies). 2006. Madagascar Action Plan. Disponible sur : <http://www.un.org/esa/coordination/Alliance/MADAGASCAR%20ACTION%20PLAN.htm/>, consulté le 4/6/12.
- RTI (RTI International). ND. Removing Health Care Barriers and Empowering Communities in Madagascar. Disponible sur : <http://www.rti.org/page.cfm?nav=366&objectid=E2679AB5-08EB-C20C-1742030F7A56E125/>, consulté le 30/4/2012.
- RTI. 2008. USAID/Santénet2 Semi-Annual Report : July 25-September 30, 2008. Research Triangle Park : USAID. Disponible sur : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACM354.pdf/, consulté le 1/5/2012.
- RTI. 2010. USAID/Santénet2 Annual Work Plan : October 1, 2010 to September 30, 2011. USAID/Madagascar.
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). ND. Integrated Management of Childhood Illness [page web]. Disponible sur : http://www.unicef.org/health/index_imcd.html/, consulté le 30/4/2012.
- USAID (Agence des États-Unis pour le développement international). 2008. Report to Congress : Working Toward the Goal of Reducing Maternal and Child Mortality. Washington, DC : USAID.

VII. APPENDICES

Appendice 1 : Les 15 éléments de la Matrice de la fonctionnalité des programme d'ASC

		Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
Éléments Définition		0	1	2	3 (meilleure pratique)
1	Recrutement Comment et où est identifié, sélectionné et affecté à une communauté un agent de santé communautaire (ASC), y compris les critères de sélection.	L'ASC n'est pas issu de la communauté et la communauté ne joue aucun rôle dans le recrutement. Il n'existe que peu de critères, voire aucun, et ils ne sont pas bien connus de la communauté ou couramment appliqués.	L'ASC n'est pas recruté dans la communauté et la communauté n'est pas impliquée dans son recrutement mais elle approuve la sélection finale. Certains critères existent et sont bien connus et appliqués mais ils sont généraux et/ou ils ne portent pas sur des questions spécifiques telles que le genre et la situation maritale.	L'ASC est recruté dans la communauté et celle-ci est consultée sur la sélection finale, ou bien, si en raison de circonstances particulières, l'ASC doit être recruté à l'extérieur de la communauté, celle-ci est consultée concernant la sélection finale. Certains critères existent concernant le niveau d'alphabétisation mais ils ne portent pas sur le genre, la situation maritale, ou n'indiquent pas si l'ASC doit être issu de la communauté ou non.	L'ASC est recruté au sein de la communauté avec la participation de celle-ci, ou bien, si en raison de circonstances particulières, l'ASC est recruté à l'extérieur de la communauté, celle-ci participe au processus et est d'accord avec le processus, et elle est consultée concernant la sélection finale. Tous les critères de sélection — alphabétisme, genre, situation maritale, résidence locale — sont respectés, si possible.
2	Rôle de l'ASC Alignement, définition et clarté du rôle dans la perspective de la communauté, de l'ASC et du système de santé. Un rôle est une description générale de la manière dont le « travail » contribue à l'organisation ;	Aucun rôle formel de l'ASC n'est défini ni documenté (pas de politiques en place). Le rôle n'est pas clair et n'est pas convenu au niveau des ASC, de la communauté et du système de santé formel.	Aucun rôle formel de l'ASC n'est défini ni documenté (pas de politiques en place). Les attentes générales (par exemple, le temps de travail) et les tâches (par exemple, les conseils en nutrition) sont indiquées à l'ASC mais ne sont pas spécifiques. Les ASC et la	Le rôle de l'ASC est clairement défini et documenté (des politiques existent), mais la communauté n'est nullement impliquée dans la définition du rôle. Le rôle est clair pour les ASC et la communauté mais il y a peu de discussions sur des attentes spécifiques. Accord général sur le rôle entre l'ASC, l'organisation, le	Le rôle de l'ASC est clairement défini et documenté ; l'organisation, le système de santé, la communauté et l'ASC définissent le rôle/les attentes, les tâches et des politiques qui sous-tendent le rôle de l'ASC. Les attentes spécifiques (par exemple, la charge de travail, la clientèle, le temps par patient, la distance maximum et le rôle de la communauté) et les tâches (peser les enfants pour des conseils de nutrition, fournir des compléments

	Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
		0	1	2	3 (meilleure pratique)
	les attentes définissent les actions et les comportements nécessaires pour que l'ASC réussisse ; les tâches sont des activités mesurables que l'ASC exécute lorsqu'il fournit des services.		communauté ne sont pas toujours d'accord sur le rôle/les attentes, par exemple demander des services ou des produits qui ne sont pas offerts par les ASC.	système de santé et la communauté, bien que des demandes occasionnelles soient adressées à l'ASC qu'il n'est pas en mesure de satisfaire.	alimentaires pour les clients traités à domicile) sont clairs pour l'ASC, l'organisation, le système de santé et la communauté, et les services/produits qui ne sont pas offerts par l'ASC sont disponibles aux sites de transfert. Un processus pour l'actualisation et la discussion des rôles/attentes et des tâches est en place pour l'ASC et la communauté.
3	Formation initiale La formation dispensée à l'ASC le prépare pour son rôle dans la prestation de services et s'assure qu'il/elle ait les compétences nécessaires pour fournir des soins sans danger et efficaces.	Aucune formation initiale ou seulement une formation minimale initiale est fournie. Une formation initiale minimale est fournie (par exemple, un atelier) qui n'est pas conforme aux recommandations mondiales ou nationales pour ce qui est de la durée et du contenu. Les ASC ne sont pas inscrits pour une formation dans les six mois après avoir rejoint le	Une formation initiale est fournie à tous les ASC dans les six mois faisant suite à leur recrutement mais la formation ne répond pas aux directives nationales ou internationales pour ce qui est de la durée et du contenu. Aucune formation en cours d'emploi n'est offerte. Pas de participation de la communauté ou du centre de santé.	Une formation initiale est fournie à tous les ASC dans les six mois faisant suite à leur recrutement et elle répond aux directives convenues pour la durée et le contenu. Le contenu de la formation comprend au minimum : le rôle de l'ASC, les liens avec le centre de santé, le contenu technique approprié, les références, la documentation et la communication interpersonnelle. Pas de participation de la communauté ou du service de santé de l'État pendant la formation initiale.	Une formation initiale basée sur les attentes définies pour l'ASC est fournie à tous les ASC dans les six mois faisant suite à leur recrutement. Le contenu de la formation comprend : les sujets fondamentaux des ASC ¹ , le contenu technique approprié, la documentation et la sensibilité au genre. La formation est conforme aux directives nationales ou à celles de l'établissement pour les soins communautaires, et les services de santé de l'État sont impliqués dans la formation. Une partie de la formation continue est effectuée au sein de la communauté avec la

¹ Formation de base pour les ASC : Capacité à avoir accès à des ressources, coordination des services, gestion de crises, leadership, compétences en organisation, communication interpersonnelle et confidentialité ([Source](#) : *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals : A Systematic Review and Recommendations for Scaling Up*, Global Health Workforce Alliance, 2010).

	Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
		0	1	2	3 (meilleure pratique)
		programme, bien que certains ASC assistent à des ateliers sur des sujets particuliers.			participation de celle-ci, par exemple comme acteurs de rôles, fournisseurs de feedback, etc.
4	<p>Formation continue</p> <p>Formation pour mettre à jour les compétences des ASC, renforcer la formation initiale et s'assurer qu'ils appliquent les compétences apprises.</p>	<p>Aucune formation continue n'est dispensée.</p> <p>Occasionnellement, des visites ad hoc de superviseurs qui fournissent un peu de coaching.</p>	<p>Une formation continue est dispensée mais elle est irrégulière et a lieu moins d'une fois tous les 12 mois.</p> <p>Des organisations partenaires/ONG organisent des ateliers de formation occasionnels sur des thèmes de santé verticaux particuliers.</p> <p>Il n'existe pas de plan de formation et il n'y a aucun suivi des ASC qui ont assisté à la formation.</p>	<p>Une formation continue ou une formation de recyclage est dispensée au moins tous les 12 mois pour tous les ASC.</p> <p>Il existe un plan de formation bien que le suivi des ASC qui ont été formés soit faible.</p> <p>Le système de santé de l'État ou l'établissement de santé n'est pas impliqué dans la formation de recyclage.</p>	<p>Une formation continue est dispensée au moins tous les six mois pour mettre les ASC au courant des nouvelles compétences, renforcer la formation initiale et s'assurer que les ASC appliquent les compétences acquises.</p> <p>La formation est suivie et des possibilités sont offertes d'une manière régulière et équitable à tous les ASC.</p> <p>Le système de santé de l'État ou l'établissement de santé est impliqué dans la formation, avec les agents de santé qui participaient à la formation et/ou qui dispensent une formation au centre de santé.</p>
5	<p>Matériel et fournitures (y compris des aides de travail)</p> <p>Le matériel et les fournitures nécessaires sont disponibles lorsqu'on en a besoin pour fournir les services attendus.</p>	<p>Pas de matériel, fournitures et aides de travail fournis ou bien ils sont incomplets.</p> <p>Approvisionnement et reconstitution des stocks irréguliers pour appuyer des tâches définies des ASC.</p>	<p>Matériel, fournitures et aides de travail sont fournis.</p> <p>Des ruptures de stock des fournitures essentielles se produisent régulièrement (deux ou trois fois par an) et durent plus d'un mois.</p> <p>Il n'existe pas de processus régulier</p>	<p>Matériel, fournitures et aides de travail sont fournis.</p> <p>Les ruptures de stock sont limitées. Les fournitures sont commandées et disponibles sur une base régulière bien que les achats puissent être irréguliers.</p> <p>L'organisation et/ou l'établissement de santé prennent en compte les besoins des ASC</p>	<p>Toutes les fournitures nécessaires, y compris les aides de travail, sont disponibles, sans qu'il y ait d'importantes périodes de rupture de stock.</p> <p>L'organisation et/ou l'établissement de santé prennent en compte les besoins des ASC lorsqu'ils passent leurs commandes.</p> <p>Les fournitures sont vérifiées et actualisées</p>

Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
	0	1	2	3 (meilleure pratique)
		pour commander les fournitures (les ASC passent commande lorsque leur stock est épuisé).	lorsqu'ils commandent leurs fournitures. Les fournitures ne sont pas vérifiées ou actualisées régulièrement afin de vérifier les dates de péremption, la qualité et le stock.	régulièrement pour vérifier les dates de péremption, la qualité et le stock.
6 Supervision Soutien régulier pour le coaching, la résolution de problèmes, le développement des compétences et la revue des données.	Il n'y a pas de supervision ou d'évaluations régulières aux ASC en dehors de visites occasionnelles d'infirmiers/infirmières ou de superviseurs, lorsque c'est possible (une fois par an ou moins souvent).	Visites de supervision effectuées de deux à trois fois par an pour collecter les rapports/les données (ou bien les rapports sont collectés dans le cadre de réunions de groupe à l'établissement de santé). Les superviseurs ne sont pas formés en supervision de soutien. Il n'y a pas de superviseurs affectés aux ASC ou aux communautés, ou ils ne sont pas connus des ASC et des communautés. Aucun soutien à la performance individuelle n'est offert sur le lieu de travail (résolution de problèmes, coaching).	Visites de supervision régulières, au moins une fois tous les trois mois, comprenant la revue des rapports, le suivi des données collectées et l'apport d'un soutien aux ASC pour la résolution de problèmes. Les superviseurs sont formés en supervision de soutien et disposent d'outils de supervision de base (listes de contrôle) pour les aider. Le superviseur n'a pas de réunions régulières avec la communauté et ne fait pas de visites à domicile avec les ASC ou ne fournit pas un renforcement des compétences sur le lieu de travail. Des données/informations sont utilisées pour la résolution de problèmes et le coaching pendant les visites de supervision.	Visites de supervision régulière tous les 1 à 3 mois comprenant l'examen de rapports et le suivi des données recueillies. Les superviseurs sont formés en supervision de soutien, ils ont des compétences techniques pour observer la prestation de services et ils disposent d'outils de supervision de base (listes de contrôle) pour les aider. Des données sont utilisées pour la résolution de problèmes et le coaching pendant les réunions de supervision. Les superviseurs visitent les communautés, font des visites à domicile avec les ASC et apportent un coaching en compétences aux ASC.
7 Évaluation de la performance individuelle Évaluation pour juger	Pas d'évaluation régulière structurée de la performance des ASC.	Une évaluation structurée est effectuée une fois par an ; elle n'est pas basée sur la performance	Une évaluation structurée est effectuée une fois par an ; elle est basée sur la performance individuelle et	Au moins une fois par an, il y a une évaluation qui comprend la performance individuelle, notamment une évaluation de la

	Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
		0	1	2	3 (meilleure pratique)
	équitablement le travail pendant une période de temps déterminée.		individuelle et elle comprend une évaluation uniquement de la couverture ou des données de suivi. Il n'y a pas de récompense pour une bonne performance.	comprend une évaluation de la prestation de services et une évaluation de la couverture ou des données de suivi (évaluation nationale/du programme). Il n'est pas demandé à la communauté de fournir un feed-back sur la performance des ASC. Il y a quelques récompenses pour une bonne performance, par exemple de petits cadeaux, de la reconnaissance, etc.	prestation de services sur la base d'un feed-back de la supervision documenté et d'une évaluation de la couverture ou des données de suivi (évaluation nationale/du programme). Il est demandé à la communauté de fournir un feed-back sur la performance des ASC. Il y a des récompenses claires pour une bonne performance, et la communauté joue un rôle dans la fourniture de récompenses.
8	<p>Incitations</p> <p>Financières (salaire, primes, transport, argent pour les repas, revenu de la vente de produits).</p> <p>Non financière (formation, certification, possibilités d'avancement, reconnaissance formelle, uniformes, médicaments, bicyclettes).</p> <p>Incitations provenant de la communauté (nourriture, main-d'œuvre, reconnaissance).</p>	Le programme est entièrement bénévole : aucune incitation financière ou non financière n'est fournie.	Aucune incitation financière ou non financière n'est fournie par le programme mais la reconnaissance de la communauté est considérée comme une récompense et l'ASC reçoit parfois de petits cadeaux de la communauté.	<p>Quelques incitations financières limitées sont fournies, par exemple le transport pour assister à des formations mais il n'y a pas de salaire ni de prime.</p> <p>Certaines incitations non financières sont offertes.</p> <p>La communauté offre des cadeaux ou des récompenses (par exemple, de la main-d'œuvre, des travaux agricole, une reconnaissance officielle lors d'événements).</p>	<p>Les incitations sont équilibrées, avec à la fois des incitations financières et non financières qui sont fournies et qui sont conformes aux attentes qu'on a des ASC, par exemple le nombre et la durée des visites aux clients, la charge de travail et les services fournis.</p> <p>Les incitations sont partiellement basées sur la performance par rapport aux attentes et elles comprennent des possibilités d'avancement et/ou une certification.</p> <p>La communauté offre des cadeaux ou des récompenses.</p>

	Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
		0	1	2	3 (meilleure pratique)
9	<p>Implication de la communauté</p> <p>Rôle que joue la communauté dans le soutien aux ASC (supervision, offre d'incitations, apport d'un feed-back).</p>	<p>La communauté ne joue aucun rôle dans le soutien continu aux ASC.</p>	<p>La communauté est parfois impliquée (campagnes, éducation) avec l'ASC et certains membres de la communauté reconnaissent l'ASC comme une ressource.</p>	<p>La communauté joue un rôle important dans le soutien aux ASC (discute du rôle ou des objectifs, apporte un feed-back régulier).</p> <p>L'ASC est largement reconnu et apprécié pour les services qu'il apporte à la communauté.</p> <p>La communauté a peu d'interaction, voire aucune, avec le superviseur.</p>	<p>La communauté joue un rôle actif dans tous les aspects du soutien aux ASC, par exemple, l'élaboration d'un rôle plus important, l'apport d'un feed-back, la résolution de problèmes, la fourniture d'incitations, et elle aide à établir l'ASC comme l'un des leaders de la communauté.</p> <p>L'ASC est largement reconnu et apprécié pour les services qu'il apporte à la communauté.</p> <p>Le ou les leaders de la communauté ont un dialogue constant avec l'ASC sur les questions de santé utilisant les données collectées par les ASC.</p> <p>La communauté a une interaction avec le superviseur pendant les visites pour fournir un feed-back et pour résoudre des problèmes.</p>
10	<p>Système de transfert</p> <p>Le processus pour : déterminer quand un transfert est nécessaire.</p> <p>L'organisation de la logistique pour un transport vers un</p>	<p>Aucun système de transfert n'est en place.</p> <p>L'ASC sait peut-être quand il doit transférer des clients et où, mais</p> <p>la communauté n'a pas de logistique prévue pour les transferts</p>	<p>L'ASC sait quand il faut transférer des clients (signes de danger, traitement complémentaire nécessaire, etc.).</p> <p>L'ASC et la communauté savent où se trouve l'établissement pour le transfert mais il n'y a pas de processus formel</p>	<p>L'ASC sait quand il faut transférer des clients (signes de danger, traitement complémentaire nécessaire, etc.).</p> <p>L'ASC et la communauté savent où se trouve l'établissement pour le transfert et ont habituellement des moyens pour transporter les clients.</p>	<p>L'ASC sait quand il faut transférer des clients (signes de danger, traitement complémentaire nécessaire, etc.).</p> <p>L'ASC et la communauté savent où se trouve l'établissement pour le transfert, ont habituellement des moyens de transport et ont un plan logistique fonctionnel pour les</p>

	Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
		0	1	2	3 (meilleure pratique)
	<p>établissement de santé/le paiement à cet établissement, si nécessaire.</p> <p>Comment un transfert est suivi et documenté.</p>	<p>d'urgence</p> <p>L'information n'est ni suivie ni documentée.</p>	<p>pour le transfert/la logistique, ni de formulaires.</p> <p>Le transfert n'est pas suivi par l'organisation, la communauté ou l'ASC.</p>	<p>Le client est transféré avec un bout de papier et il est suivi informellement par l'ASC (qui s'informe auprès de la famille, fait des visites de suivi), mais l'information n'est pas renvoyée du centre de santé à l'ASC.</p>	<p>urgences (transport, fonds).</p> <p>Le client est transféré avec un formulaire standardisé et l'information est renvoyée à l'ASC au moyen d'un formulaire de transfert renvoyé.</p>
11	<p>Possibilités d'avancement</p> <p>La possibilité de développement et d'avancement pour les ASC, notamment la certification, des responsabilités accrues, une voie menant au secteur formel ou un changement de rôle.</p>	<p>Aucune possibilité d'avancement n'est offerte.</p>	<p>Des possibilités d'avancement sont parfois offertes aux ASC qui sont dans un programme depuis une période déterminée.</p> <p>Aucune autre possibilité n'est discutée avec les ASC.</p> <p>L'avancement n'est pas lié à la performance ou aux résultats.</p>	<p>Un avancement est parfois offert aux ASC qui sont dans un programme depuis une période déterminée.</p> <p>Des possibilités de formation limitées sont offertes aux ASC pour apprendre de nouvelles compétences qui leur donneraient un rôle plus important.</p> <p>L'avancement vise à récompenser la bonne performance ou les résultats, bien que l'évaluation ne soit pas toujours uniforme, claire ou transparente.</p>	<p>Un avancement est offert aux ASC qui font un bon travail et qui expriment un intérêt pour un avancement, si la possibilité existe.</p> <p>Des possibilités de formation sont offertes aux ASC pour qu'ils apprennent de nouvelles compétences qui leur donneraient un rôle plus important et les ASC ont conscience de ces possibilités.</p> <p>L'avancement vise à récompenser la bonne performance ou les résultats et il est basé sur une évaluation juste.</p>
12	<p>Documentation et gestion de l'information</p> <p>Comment les ASC documentent les visites, comment les données parviennent au système de santé et reviennent vers la communauté, et comment</p>	<p>Aucun processus bien défini n'est suivi pour la documentation ou la gestion de l'information.</p> <p>L'information est parfois collectée auprès des ASC (par exemple, tous les ans) par le programme.</p>	<p>Certains ASC documentent leurs visites dans des cahiers qu'ils apportent avec eux à l'établissement pour revue, mais il n'existe pas de format standardisé d'enregistrement.</p> <p>Les ASC ne parlent pas de la qualité des formulaires de suivi et ne parlent pas avec les superviseurs des</p>	<p>Les ASC documentent leurs visites et fournissent des données selon un format standardisé.</p> <p>Les superviseurs suivent la qualité des documents, en parlent avec les ASC et fournissent une aide si nécessaire.</p> <p>Les ASC/les communautés ne reçoivent pas de données analysées et</p>	<p>Les ASC documentent leurs visites de manière régulière.</p> <p>Les superviseurs suivent la qualité des documents et fournissent une aide si nécessaire.</p> <p>Les ASC/les communautés travaillent avec le superviseur pour utiliser les données pour la résolution de problèmes au niveau de la communauté.</p>

	Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
		0	1	2	3 (meilleure pratique)
	elles sont utilisées pour améliorer les services.		données collectées. Les ASC ne sont pas impliqués dans la résolution de problèmes au sein de la communauté utilisant des données collectées.	aucun effort n'est fait pour l'utilisation de données dans la résolution de problèmes dans la communauté.	
13	<p>Liens avec le système de santé</p> <p>Comment les ASC et les communautés sont liés à l'ensemble du système de santé.</p> <p>Le système de santé est constitué de l'État, des régions, des districts, des municipalités et des établissements de santé individuels qui fournissent des ressources, des financements et une gestion pour dispenser des services de santé à la population.</p>	Les liens avec le système de santé sont faibles ou inexistants ; le programme des ASC travaille isolément du système de santé.	<p>Le système de santé reconnaît la contribution des ASC au système de santé dans son ensemble mais ne fournit que peu de soutien, voire aucun.</p> <p><i>Exemple</i> : il existe des politiques qui décrivent le rôle des ASC, et des visites de suivi occasionnelles sont effectuées par le MSP dans les communautés (tous les ans).</p>	<p>Le système de santé fournit un certain soutien aux mécanismes fondamentaux du programme des ASC.</p> <p>Formation : elle soutient la formation initiale et la formation continue.</p> <p>Supervision : il existe des directives ; les superviseurs du système de santé ont une certaine implication dans la supervision des ASC.</p> <p>Transferts : les directives du système de santé sont utilisées pour les transferts.</p> <p>Certains matériels/ fournitures : sont fournis par le système de santé aux ASC mais ils peuvent être incomplets ou irréguliers, donc l'ONG assure la totalité de l'approvisionnement.</p> <p>Incitations : le système de santé ne fournit pas de récompenses monétaires ou non</p>	<p>Le système de santé dispose de mécanismes de soutien détaillés pour tous les aspects fondamentaux du programme des ASC.</p> <p>Formation : le système de santé dispense une formation initiale et continue ainsi qu'un coaching sur place.</p> <p>Supervision : les directives sont claires ; des superviseurs assignés visitent les ASC pour une revue des performances, un coaching, la résolution de problèmes et pour documenter les résultats.</p> <p>Transfert : les directives du système de santé comprennent le transfert, les contre-transferts, et l'information est utilisée pour améliorer le système.</p> <p>Matériel / fournitures : fournis de manière régulière, suivis et réapprovisionnés pour les ASC par le système</p>

	Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
		0	1	2	3 (meilleure pratique)
				monétaires mais la communauté ou l'ONG le font. Avancement : il fournit certaines opportunités par une certification, l'utilisation de données : les données de suivi des ASC sont incluses dans le compte rendu de l'établissement de santé/le système national d'information de suivi de la santé.	de santé. Incitations : récompenses monétaires ou non monétaires provenant du système de santé sur la base de la performance. Avancement : il fournit des possibilités régulières par la certification, une filière d'emploi, etc. Utilisation de données : les données de suivi des ASC sont examinées, analysées et incluses dans le compte rendu de l'établissement de santé/le système national d'information de suivi de la santé.
14	Évaluation de la performance d'un programme Une évaluation générale de la performance du programme par rapport aux buts, objectifs et aux indicateurs d'ensemble du programme est effectuée sur une base régulière.	Pas d'évaluation régulière de la performance du programme en rapport avec les interventions des ASC.	Une évaluation annuelle des activités des ASC (peut être un échantillon) est effectuée mais elle ne porte pas sur ce qu'ont accompli les ASC par rapport aux indicateurs et buts du programme. Aucun feed-back n'est fourni aux ASC sur la manière dont ils font leur travail par rapport aux indicateurs et aux buts du programme. Le programme des ASC atteint moins de 75 pour cent de	Une évaluation annuelle des activités des ASC (peut être un échantillon) est effectuée pour évaluer ce qu'ont accompli les ASC par rapport aux indicateurs et buts du programme. L'évaluation ne comprend pas d'évaluation de la qualité de la prestation des services fournis par les ASC, et il n'est pas demandé à la communauté de fournir un feed-back sur la performance des ASC. Un feed-back est fourni aux ASC sur la manière dont ils font leur travail par rapport aux indicateurs et aux buts du programme mais il	Une évaluation annuelle des activités des ASC (peut être un échantillon) est effectuée pour évaluer ce qu'ont accompli les ASC par rapport aux indicateurs et buts du programme. L'évaluation comprend une évaluation de la qualité ainsi que de la quantité de services dispensés par les ASC, et il est demandé à la communauté de donner un feed-back sur les ASC. On demande aussi aux agents des établissements de santé de fournir un feed-back sur la base des données reçues des ASC. Un feed-back est fourni aux ASC sur la manière dont ils font leur travail

	Éléments Définition	Niveau de fonctionnalité : 0 = non fonctionnel ; 1 = partiellement fonctionnel ; 2 = fonctionnel ; 3 = hautement fonctionnel			
		0	1	2	3 (meilleure pratique)
			ses buts (jusqu'à la fin du trimestre le plus récent).	ne comprend pas une évaluation de la performance par rapport aux normes de la prestation de services. Le programme des ASC atteint 75 pour cent ou plus de ses buts (jusqu'à la fin du trimestre le plus récent).	par rapport aux indicateurs et aux buts du programme et par rapport aux normes de la prestation de services. Le programme des ASC atteint 75 pour cent ou plus de ses buts (jusqu'à la fin du trimestre le plus récent).
15	<p>Appropriation par le pays</p> <p>La mesure dans laquelle le ministère de la santé a intégré le cadre des ASC dans la planification du système de santé (par exemple, les politiques en place) a établi un budget pour un soutien financier aux niveaux local/du district/national ; et a fourni un soutien logistique (par exemple, une supervision, des fournitures) pour soutenir les programmes des ASC aux niveaux du district, de la région et/ou du pays.</p>	<p>Les ASC ne sont pas reconnus comme faisant partie du système national de santé et aucun plan n'est en cours pour créer ou soutenir un cadre d'ASC.</p> <p>Aucun soutien financier n'est fourni au programme des ASC (il est financé et géré de l'extérieur).</p> <p>Aucune supervision ni fournitures ne sont fournis aux ASC existants.</p>	<p>Les ASC sont reconnus comme étant utiles dans les communautés mais leur rôle n'est pas officialisé. Les ASC qui existent ne sont pas entièrement soutenus par des financements extérieurs.</p> <p>Une certaine supervision est fournie par les bureaux de santé des districts en conjonction avec la supervision des ONG ; les fournitures pour les ASC ne sont pas spécifiquement allouées (les ASC utilisent des fournitures allouées à des établissements de santé).</p>	<p>Les ASC sont reconnus comme faisant partie du système de santé formel (des politiques sont en place pour définir leurs rôles, leurs tâches et relations avec le système de santé). Il existe des budgets minimum locaux/de district mais le financement n'est pas suffisant ou les budgets ne sont pas pleinement financés. Une certaine supervision est fournie par les bureaux de santé de district en conjonction avec la supervision des ONG ; les fournitures pour les ASC ne sont pas spécifiquement allouées (les ASC utilisent des fournitures allouées à des établissements de santé).</p>	<p>Les ASC sont reconnus comme faisant partie du système de santé formel (des politiques sont en place pour définir leurs rôles, leurs tâches et relations avec le système de santé). Il existe des budgets locaux/de districts adéquats et ils sont généralement entièrement financés. Une supervision est fournie par les bureaux de santé locaux/de district/centraux ; les fournitures pour les ASC sont spécifiquement allouées et généralement disponibles.</p>

Appendice 2 : Interventions des ASC

A. Interventions SMNNI des AC

(Matrice adaptée pour Madagascar)

Instructions générales: Cette liste fournit une vue d'ensemble des activités en rapport avec la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNNI). Passer en revue la liste avec les participants et cocher les activités qui font partie du rôle de l'ASC. Seules les activités cochées devraient être examinées dans le Tableau 1.

Vue d'ensemble de la matrice des interventions d'un programme SMNNI		✓
Service	I. SOINS PRENATALS	
Activités	Conseils d'anticipation	
	Nutrition maternelle	
	Anatoxine tétanique	
	Vermifugeage	
	Paludisme	
Service	II. SOINS DE L'ACCOUCHEMENT	
Activités	Accouchement propre/prévention des infections	
	Gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GAPTA) pour la prévention de l'hémorragie post-partum (HPP)	
	Soins néonataux essentiels immédiats	
	Complications néonatales maternelles	
Service	III. SOINS POST-PARTUM/POST-NATALS	
Activités	Visite à domicile/contact avec la mère/le nouveau-né dans les deux-trois jours suivant la naissance	
	Soins néo-nataux essentiels	
	Conseils sur la nutrition maternelle	
	Soins spéciaux pour les bébés d'un faible poids à la naissance (soins Kangourou)	
	Planification familiale post-partum	
Service	IV. NUTRITION INFANTILE	
Activités	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE): Conseils pour l'allaitement immédiat après la naissance, allaitement maternel exclusif pendant six mois; aliments complémentaires appropriés en fonction de l'âge	
	Suppléments de vitamine A (deux fois par an pour les enfants âgés de 6-59 mois)	
	Suivi de la croissance	
	Gestion communautaire de la malnutrition aiguë (GCMA) à l'aide d'aliments thérapeutiques prêts à être utilisés	
Service	V. VACCINATION DES ENFANTS	
Activités	Cartographie/suivi de la couverture vaccinale	
	Participation aux campagnes de vaccination	
	Vaccin du bacille Calmette-Guérin contre la tuberculose (BCG)	

	Injection diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC)	
	Polio	
	Vaccin contre <i>Haemophilus influenzae</i> de type B (HIB)	
	Hépatite B	
	Rougeole	
	Autres vaccins (par exemple, contre le pneumocoque, le rotavirus, etc.)	
Service	VI. MALADIES DE L'ENFANT	
	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	
Activités	Infections respiratoires aiguës	
	Diarrhée	
	Fièvre et Paludisme	

Tableau 1. Matrice des interventions de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNNI)

INTERVENTIONS DE SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE							COMMENTAIRES
	Conseiller	Effectuer	Transférer/ référer	Non applicable	Non effectuée		
Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de SMNNI, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de SMNNI listées ci-dessous.							
I	SOINS PRENATALS						
a	Conseils d'anticipation						
	Préparation à la naissance/conseils sur la préparation aux complications (signes de danger; accoucheuse qualifiée)						
	Conseils pour les soins du nouveau-né						
b	Nutrition maternelle						
	Conseils d'ordre général						
	Suppléments de folate de fer						
c	Anatoxine tétanique						
d	Vermifugeage						
e	Paludisme						
	Moustiquaires imprégnées						
	TPIg						
II	SOINS DE L'ACCOUCHEMENT						
a	Accouchement propre/prévention de l'infection (lavage des mains, nettoyer lames)						

INTERVENTIONS DE SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE							COMMENTAIRES
		Conseiller	Effectuer	Transférer/ référer	Non applicable	Non effectuée	
<p>Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de SMNNI, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de SMNNI listées ci-dessous.</p>							
b	GATST pour la prévention des HPP (utéro-toniques, serrage tardif du cordon/excision, traction contrôlée du cordon, massage utérin)						
c	Soins néonataux essentiels immédiats						
	Réchauffement et séchage immédiats						
	Initiation précoce de l'allaitement maternel						
d	Complications néonatales maternelles						
	Orientation pour dystocie						
	Réanimation du nouveau-né						
	Faible poids à la naissance/soins aux nourrissons prématurés						
	Orientation pour soins de pré-éclampsie						
III.	SOINS POST-PARTUM/POST-NATALS						
a	Visites à domicile/contact avec la mère/nouveau-né dans les 2-3 jours suivant la naissance						
b	Soins néonataux essentiels						
	Allaitement maternel exclusif pendant six mois						
	Protection thermique						
	Vaccination du nouveau-né						
	Soins des yeux du nouveau-né						
c	Conseils sur la nutrition maternelle						
d	Soins spéciaux pour les bébés d'un faible poids à la naissance (soins Kangourou)						
e	Planification familiale post-partum						
	Conseils de planification familiale						
	Contraceptifs oraux						
	Préservatifs						
	Education MAG						
	Produits injectables (Depo-Provera, etc.)						
	Méthodes de longue durée et permanentes (DIU/ligature des trompes ; implants)						

INTERVENTIONS DE SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE							Conseiller	Effectuer	Transférer/ référer	Non applicable	Non effectuée	COMMENTAIRES
<p>Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de SMNNI, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de SMNNI listées ci-dessous.</p>												
IV	NUTRITION INFANTILE											
a	AMJE : Conseils pour l'allaitement immédiat après la naissance, l'allaitement maternel exclusif pendant six mois; l'âge pour les aliments complémentaires appropriés											
b	Suppléments de vitamine A (deux fois par an pour les enfants de 6-59 mois)											
c	Suivi de la croissance											
d	GCMA - recours à des aliments thérapeutiques prêts à être utilisés											
V	VACCINATIONS DE L'ENFANT											
a	Suivi du statut vaccinal au niveau communautaire											
b	Participation aux campagnes de vaccinations											
c	Participation aux SSME Avril et octobre											
d	BCG											
e	DTP											
f	Polio											
g	HIB											
h	Hépatite B											
i	Rougeole											
j	Autres vaccins (par exemple, pneumocoque; rotavirus, etc.)											
VI	MALADIES DE L'ENFANT											
a	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)											
	Rechercher les signes de danger											

INTERVENTIONS DE SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE							
		Conseiller	Effectuer	Transférer/ référer	Non applicable	Non effectuée	COMMENTAIRES
<p>Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de SMNNI, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de SMNNI listées ci-dessous.</p>							
	Evaluer les symptômes						
	Classer les symptômes						
	Identifier les traitements						
	Traiter l'enfant						
	Conseiller à la mère comment donner le traitement à domicile et quand revenir						
	Suivre l'enfant malade						
b	Infections respiratoires aiguës						
	Recherche des signes de danger et de référence						
	Evaluer et classer les symptômes						
	En cas de pneumonie, traiter avec des antibiotiques (Cotrim)						
	En cas de pneumonie, faire revenir l'enfant après 2 jours						
	Faire revenir immédiatement en cas de signe de danger						
	Conseiller la mère comment donner le traitement à domicile et quand revenir						
c	Diarrhée						
	Recherche des signes de danger et transfère						
	Evaluer, classer les symptômes						
	En cas de diarrhée simple, traiter avec SRO/zinc (Viasur)						
	Conseiller la mère comment donner le traitement à domicile et quand revenir						
	Conseils d'hygiène (Traitement de l'eau au point d'utilisation, lavage des mains avec du savon)						
	Faire revenir l'enfant systématiquement après 2 jours						
	Faire revenir immédiatement en cas de signe de danger						

INTERVENTIONS DE SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE						
	Conseiller	Effectuer	Transférer/ référer	Non applicable	Non effectuée	COMMENTAIRES
Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de SMNNI, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de SMNNI listées ci-dessous.						
d	Fièvre et paludisme					
	Recherche des signes de danger et de référence					
	Dépistage avec test de diagnostic rapide					
	Evaluer, classer les symptômes					
	En cas de paludisme, traiter avec ACT (Actipal/ASAQ)					
	Conseiller la mère sur comment donner le traitement à domicile et quand revenir					
	Conseils sur l'utilisation continue de moustiquaires imprégnées					
	Traitement du paludisme conformément aux directives					

B. Interventions de planification familiale des AC

Instructions générales : Cette liste fournit une vue d'ensemble des activités en rapport avec la planification familiale. Passer en revue la liste avec les participants et cocher les activités qui font partie du rôle de l'ASC. Seules les activités cochées devraient être examinées dans le Tableau 2.

Vue d'ensemble de la matrice des interventions d'un programme		<input checked="" type="checkbox"/>
Service	I. IMPLICATION DE LA COMMUNAUTE EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	
Activités	Activités de mobilisation communautaire	
Service	II. PRESTATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE	
Activités	Conseil en planification familiale	
	Méthodes contraceptives	
Service	III. AUTRE : SYSTEME, LOGISTIQUE	
Activités	Documentation des services de PF	
	Maintien de ses propres fournitures	
	Utilisation d'aides de travail et d'outils pour les conseils et la prestation de services	
	Entretien de relations avec l'établissement de santé et les agents de santé	
	Services fournis au domicile	
	Services fournis au poste de santé	

Tableau 2. Matrice des interventions de planification familiale

INTERVENTIONS DE PLANIFICATION FAMILIALE							
	Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de planification familiale, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de PF listées ci-dessous	Conseiller	Effectuer	Transférer/référent	Non applicable	Non effectuée	COMMENTAIRES
I	IMPLICATION DE LA COMMUNAUTE EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT						
a	Activités de mobilisation communautaire (rassemblements de la communauté, présentations de pièces/chansons, etc.)						
	Impliquer les leaders de la communauté pour qu'ils appuient la planification familiale (chefs, leaders religieux)						
	Promouvoir la sensibilisation communautaire et les connaissances en matière de planification familiale (bon moment et bon espacement des grossesses pour la santé, avantages pour la santé d'une limitation des naissances, importance de retarder la première grossesse)						
	Gérer les rumeurs ou les fausses informations (sensibiliser les communautés concernant la PF, fournir des renseignements et des preuves concernant la sûreté, démystifier)						
	Utiliser/renforcer les messages sur la PF						
	Suivre les établissements locaux pour améliorer la qualité des soins (soutenir la communauté pour qu'elle tienne les établissements pour responsables, vérifier la disponibilité des méthodes et des prestataires)						
	Impliquer les réseaux sociaux ou les groupes communautaires pour qu'ils incorporent les messages et les informations de PF (groupes de mères, coopératives agricoles, etc.)						
	Impliquer les personnes qui décident dans les familles (belles-mères, maris/hommes, etc.)						
	Impliquer les jeunes et les sensibiliser (mariés ou célibataires, à l'école ou pas à l'école)						
II	PRESTATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE						
a	Conseils en PF						
	Intentions de grossesse						
	<ul style="list-style-type: none"> • Désire retarder ou limiter les grossesses • Désire une grossesse maintenant • Risque IST 						

INTERVENTIONS DE PLANIFICATION FAMILIALE							
Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de planification familiale, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de PF listées ci-dessous		Conseiller	Effectuer	Transférer/référencer	Non applicable	Non effectuée	COMMENTAIRES
	Connaissances en matière de la fécondité <ul style="list-style-type: none"> • Jours de fécondité et de non- fécondité • Probabilité d'une grossesse • Retour à la fécondité après une fausse couche ou un avortement 						
	Bienfaits pour la santé de : <ul style="list-style-type: none"> • L'espacement des grossesses • La limitation du nombre des grossesses • Retarder la première grossesse 						
	PF post-partum <ul style="list-style-type: none"> • Risque de grossesse • Méthodes appropriées 						
	Planification familiale post-avortement <ul style="list-style-type: none"> • Risque de grossesse • Méthodes appropriées 						
	Approches conviviales pour les jeunes						
	Approches conviviales pour les hommes						
	Conseils en PF pour les couples et le partenaire						
b	Méthodes contraceptives						
	Accès lors de la grossesse (liste de contrôle pour la grossesse ou critères)						
	Information sur la gamme des méthodes de PF						
	Préservatifs (masculin et féminin)						
	Contraceptifs oraux : première distribution à une femme						
	Contraceptifs oraux: distribution consécutive à la même femme						
	Contraceptifs injectables: première administration à une femme						
	Contraceptifs injectables: administration consécutive à la même femme						
	Contraception d'urgence						
	Méthode des jours standard						
	Méthode deux jours						
	Implants (pose et retrait)						
	DIU (pose et retrait)						

INTERVENTIONS DE PLANIFICATION FAMILIALE							
Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de planification familiale, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de PF listées ci-dessous		Conseiller	Effectuer	Transférer/référent	Non applicable	Non effectuée	COMMENTAIRES
	Méthode de l'aménorrhée de la lactation (MAL) (éducation, transition, utilisation de la carte de la cliente MAL)						
	Conseils sur les effets secondaires et causes de l'abandon						
	Stérilisation féminine						
	Stérilisation masculine						
	Approches et services pour les jeunes						
	Approches et services conviviaux pour les hommes						
	Plans de suivi (à quel moment et comment obtenir la dose suivante, conseils sur les effets secondaires et l'abandon, transition entre méthodes, par exemple de la pilule à un injectable, si désiré)						
III. AUTRES : SYSTEMES, LOGISTIQUE							
a	Documentation des services PF						
	Tenue des dossiers des clients						
	Incorporation des dossiers des services dans le SGIS						
c	Maintien de ses propres fournitures (stock adéquat de contraceptifs et de matériel didactique, entreposé correctement)						
d	Utilisation d'aides de travail et d'outils pour les conseils et la prestation de services						
e	Entretien de relations avec l'établissement de santé et les agents de santé						
f	Services fournis au domicile						
g	Services fournis au poste de santé						

C. Interventions WASH des AC

(Matrice adaptée pour Madagascar)

Instructions générales: Cette liste fournit une vue d'ensemble des activités en rapport avec l'eau, assainissement et hygiène (Water, Sanitation, Hygiene – WASH). Passer en revue la liste avec les participants et cocher les activités qui font partie du rôle de l'ASC. Seules les activités cochées devraient être examinées dans le Tableau 3.

Vue d'ensemble de la matrice des interventions d'un programme SMNNI		✓
Service	I. PROMOTION WASH AUPRES DES MENAGES	
Activités	Evaluer les pratiques WASH actuelles des ménages	
	Introduire les pratiques améliorées et des options	
	Aider les ménages à choisir des options réalisables	
	Effectuer un suivi des ménages concernant les plans pour une hygiène familiale améliorée	
Service	II. PROMOTION WASH COMMUNAUTAIRE	
Activités	Amélioration et entretien des installations	
	Promotion et information	

Tableau 3. Matrice des interventions eau, assainissement et hygiène (Water, Sanitation, Hygiene – WASH)

INTERVENTIONS EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE (WATER, SANITATION, HYGIENE – WASH)							
Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de WASH, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de WASH listées ci-dessous		Conseiller	Démontrer	Effectuer	Non applicable	Non effectuée	COMMENTAIRES
I	PROMOTION WASH AUPRES DES MENAGES						
a	Evaluer les pratiques WASH actuelles des ménages						
	Traitement de l'eau						
	Stockage de l'eau						
	Elimination hygiénique des excréments (adultes et enfants)						
	Lavage des mains avec du savon aux moments critiques						
	Manipulation et stockage des aliments						
b	Introduire les pratiques améliorées et des options						
	Traitement de l'eau						
	<ul style="list-style-type: none"> • Filtrage • Chloration (Sur'Eau) • Chauffer l'eau jusqu'à l'apparition de bulles 						

INTERVENTIONS EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE (WATER, SANITATION, HYGIENE – WASH) Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de WASH, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de WASH listées ci-dessous	Conseiller	Démontrer	Effectuer	Non applicable	Non effectuée	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> • Désinfection solaire (SODIS) 						
Stockage et manipulation de l'eau <ul style="list-style-type: none"> • Récipient à goulot étroit • Récipient avec robinet • Couvercle rigide pour récipient à goulot large • Récipient réservé pour prendre l'eau traitée (Zinga) pendues à des clous ou des crochets 						
Elimination hygiénique des excréments <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une latrine familiale • Utiliser une latrine familiale améliorée (pour qu'elle puisse être fermée, nettoyée et qu'elle soit protégée de la pluie) et utiliser des dalles Sanplat • Enterrer les excréments • Utiliser des pots pour enfants • Jeter les excréments des enfants dans des latrines 						
Lavage des mains au savon aux moments critiques <ul style="list-style-type: none"> • Se laver les mains après avoir déféqué, après avoir manipulé des excréments d'enfants, avant de manger, avant de faire la cuisine • Avoir ce qu'il faut pour se laver les mains (par exemple, eau, savon ou cendre et cuvette) à proximité de la latrine • Avoir ce qu'il faut pour se laver les mains à proximité de l'endroit où l'on fait la cuisine • Utiliser des techniques simples pour se laver les mains telles que les « Tippy Taps » 						
Manipulation et stockage des aliments <ul style="list-style-type: none"> • Laver les aliments avec de l'eau traitée • Se laver les mains avant de manipuler des aliments • Couvrir les aliments pour les protéger des saletés et des mouches • Stocker les aliments dans un endroit permettant d'éviter une éventuelle contamination par des saletés ou des mains • Séparer les aliments crus et les aliments cuits 						

INTERVENTIONS EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE (WATER, SANITATION, HYGIENE – WASH)							COMMENTAIRES
	Conseiller	Démontrer	Effectuer	Non applicable	Non effectuée		
Pour être considéré comme un AC fonctionnel qui fournit des services de WASH, il faut que les tâches de l'AC comprennent au moins l'une des activités complètes de WASH listées ci-dessous							
c	Aider les ménages à choisir des options réalisables						
	Passer un accord verbal avec le ménage pour qu'il adopte une pratique améliorée réalisable						
	S'entendre sur une date et une heure pour une vérification / visite de suivi						
d	Effectuer un suivi des ménages concernant les plans pour une hygiène familiale améliorée						
	Se rendre chez le ménage à la date/ l'heure convenues						
	Passer en revue l'accord et les progrès en rapport avec l'adoption jusqu'à présent de pratiques améliorées						
	Aider le ménage à choisir une autre pratique complémentaire et/ ou progressive et fixer une date pour un nouveau suivi						
II	PROMOTION WASH COMMUNAUTAIRE						
a	Amélioration et entretien des installations						
	Amélioration des installations sanitaires communautaires						
	Entretien et nettoyage des installations communautaires						
b	Promotion et information						
	Mobilisation communautaire pour mettre un terme à la défécation à l'air libre						
	Participation aux journées internationales à thème : Journée mondiale de l'eau, Journée mondiale du lavage des mains, etc.						

Appendice 3 : Questionnaire de validation MEAP ASC (Crigler et al., 2011, p. VI-5–8)

Instructions : Utilisez ce document avant ou après l'atelier d'évaluation pour vérifier les notes attribuées par les participants à l'atelier. Essayez de visiter deux à trois sites de terrain qui n'ont pas participé à l'atelier et interrogez jusqu'à six ASC au total. Comparez ensuite les réponses avec les notes et le plan d'action pour déterminer s'il y a lieu d'apporter des modifications à l'un ou l'autre document. Si cet exercice a lieu avant l'évaluation, utilisez l'information comme guide pendant la discussion. Si les entretiens se déroulent après l'évaluation, discutez des changements avec les personnes qui ont participé à l'évaluation.

Type/titre de l'agent de santé communautaire (ASC) _____ Date _____

1. Depuis combien de temps _____ Mois
travaillez-vous comme ASC ?

2. Avez-vous été recruté comme ASC par :
(Cochez toutes les options pertinentes)

1. La communauté	_____
2. L'État	_____
Une ONG/OBP	_____
3. Autre (veuillez expliquer)	_____

3. Veuillez expliquer comment vous avez été recruté.

4. Comment avez-vous été affecté à la ou aux communautés où vous travaillez actuellement ?

5. Savez-vous ce qu'on attend de vous en tant qu'ASC ?

	Oui	Non
--	-----	-----

6. Veuillez décrire les tâches principales qui vous incombent.

7. Avez-vous le sentiment que ce que vous faites en tant qu'ASC répond aux attentes de la communauté ?

	Oui	Non
--	-----	-----

8. Veuillez décrire la formation initiale que vous avez reçue pour vous préparer à votre rôle d'ASC.

Date _____

Durée _____ jours

Sujets couverts :

9. Veuillez décrire toute formation complémentaire (formation de recyclage/continue) que vous avez reçue pour vous aider à remplir votre rôle d'ASC.

Date	Durée (jours)	Sujets couverts

10. Si vous n'avez pas reçu de formation continue, veuillez expliquer...

11. Avez-vous les fournitures et le matériel dont vous avez besoin pour fournir les services que vous êtes censé fournir ?

Oui

Non

12. Avez-vous connu des pénuries ou des ruptures de stock de fournitures ? Veuillez fournir les renseignements suivants concernant le ou les produits.

Produit	Rupture de stock au cours des six derniers mois (Oui/Non)	Durée de la rupture de stock (semaines)	Remarques

13. Comment obtenez-vous d'autres fournitures ?

1. Tous les combien en obtenez-vous ? Tous les _____

2. Quel ou quels formulaires utilisez-vous ? _____

3. Comment obtenez-vous le ou les formulaires et à qui les soumettez-vous ? _____

14. Qui est votre superviseur ?

Nom : _____

Titre : _____

15. Tous les combien recevez-vous la visite de votre superviseur ?

1. Plus d'une fois par mois _____

2. Une fois par mois _____

3. Une fois tous les trois mois _____

4. Une fois tous les six mois _____

5. Moins d'une fois tous les six mois _____

16. Que fait votre superviseur lorsqu'il vous rend visite ?

Activité	Effectuée ?	Par exemple
Observation de la prestation de services		
Coaching et développement des compétences		
Dépannage, résolution de problèmes		
Examen de dossiers		
Vérification des fournitures		

17. Avez-vous reçu une évaluation formelle de votre travail au cours des 12 derniers mois ?

Oui

Non

18. Si la réponse est oui :

1. Qui vous a évalué(e) ? _____

2. Comment avez-vous été évalué(e) ? _____

3. Qu'est-ce qui a été évalué ? _____

19. Est-ce que la communauté au sein de laquelle vous travaillez vous fournit l'un quelconque des éléments suivants ?

Activité	Effectuée (Oui/Non)	Exemple
Feed-back		
Soutien (financier/cadeaux en nature)		
Reconnaissance officielle/appréciation		
Conseils pour votre travail		

20. Est-ce que vous transférez des clients pour des services de santé que vous ne fournissez pas ou que vous n'êtes pas en mesure de fournir ?

Oui

Non

21. Est-ce que vous complétez le formulaire de transfert pour le client à transférer à l'établissement ?

Oui

Non

22. Veuillez décrire tout feed-back ou contre-référence que vous recevez pour les clients que vous avez transférés.

23. Veuillez décrire les systèmes de transport disponibles pour amener les clients aux établissements où ils sont transférés.

24. Avez-vous des possibilités de promotion ou d'avancement professionnel à travers le programme des ASC ?

Oui

Non

25. Si la réponse est oui, veuillez les décrire.

26. Est-ce que vous établissez des rapports sur vos clients? Oui Non

Si la réponse est oui :

1. Qu'incluez-vous dans les rapports ?

2. À qui soumettez-vous les rapports ?

3. Comment utilisez-vous l'information que vous collectez ?

4. Comment le programme utilise-t-il l'information que vous collectez ?

5. Est-ce que les rapports sont partagés avec la communauté ?

27. Est-ce que vous compilez l'information de vos registres
dans les rapports mensuels ou trimestriels?

Oui

Non

28. Est-ce que les résultats compilés sont partagés avec les
autres ASC ?

29. Est-ce que les rapports ou l'information relatifs au
programme et aux résultats sont partagés avec la
communauté ?

Oui

Non

30. Quels sont vos principaux défis en tant qu'ASC ?

31. Quels changements faudrait-il pour vous aider à mieux faire votre travail ?

Appendice 4 : Recherche en supervision : Guides de DG et d'entretiens semi-structures

Le volet de supervision de l'évaluation a utilisé un guide par groupe cible : ASC, superviseurs et membres de la communauté pendant les visites aux communautés.

Guides de questions pour les discussions sur le sujet de la supervision des agents de santé

Note pour les facilitateurs :

Les questions représentent un éventail des sujets à couvrir – éventuellement, tous les sujets ne peuvent être abordés d'une manière approfondie mais il sera bien de les examiner. Les questions de suivi sont des exemples pour faciliter la discussion.

Objectifs :

La conclusion de la discussion devrait répondre aux questions suivantes :

- Quels éléments et aspects sont perçus comme utiles et pertinents ?
- Qu'est-ce qu'il est important pour une supervision efficace ?
- Quels éléments sont perçus comme inutiles ?
- Quels défis empêchent une supervision constructive ?
- Qu'est-ce qu'il faudra changer pour une amélioration et comment ?

Groupe cible 1 : AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES (ASC)

Guide de questions AC

Aspect/ sous-thème	Questions principaux	Questions de suivi/clarification
Compréhension/ définition	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision : qu'est-ce que cela représente pour vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que c'est plutôt un contrôle du travail ? • Est-ce que c'est plutôt un soutien professionnel pour vous ?
Périodicité/ régularité	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous voyez un superviseur régulièrement ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les combien : chaque mois, une fois tous les 3 mois, 2-3 fois par an; une fois par an ?
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Comment votre supervision est-elle organisée ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuellement ou en groupes ? • Annoncée ou non annoncée ?
	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le lieu habituel de la supervision ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous déplacez-vous au centre de santé/clinique ? • Est-ce qu'un superviseur vous rend visite ? • Est-ce que quelqu'un vous accompagne dans les communes ?
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qu'il se passe pendant la supervision ?/Comment se déroule une supervision normalement ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vos rapports et les données sont révisés ? • Est-ce qu'il y a un contrôle du matériel et des fournitures ? • Est-ce que le superviseur est présent et vous observe pendant que vous dispensez des services ? • Est-ce que le superviseur vous donne des

Aspect/ sous-thème	Questions principaux	Questions de suivi/clarification
		<p>remarques/ses impressions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous apprenez de nouvelles techniques/pratiques ?
Outils	<ul style="list-style-type: none"> • Quels outils sont utilisés pendant la supervision ? • Est-ce que vous avez l'impression que ces outils sont utiles pour la supervision ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que votre superviseur utilise des outils pendant la supervision ? • De quels outils s'agit-il : des listes, des grilles, etc. ? • Les outils sont-ils utiles ou plutôt gênants ? • Est-ce que vous connaissez le résultat de la supervision, le rapport ?
Superviseur	<ul style="list-style-type: none"> • Qui est responsable pour votre supervision ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelqu'un de la commune, du centre de santé, de l'ONG ? • Est-ce que c'est une personne en permanence ou est-ce c'est quelqu'un de différent chaque fois ? • Est-ce que le superviseur connaît votre commune ?
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le/les superviseur/s se comportent envers vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'ils écoutent vos soucis ? • Est-ce qu'ils répondent à vos questions ? • Est-ce qu'ils vous donnent des conseils pour une amélioration de vos pratiques ? • Est-ce qu'il arrive parfois qu'ils manquent de respect envers vous ? • Est-ce qu'ils sont reconnaissants ou plutôt critiques ?
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous attendez de la supervision ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Par exemple : de la reconnaissance de votre travail, de vos efforts ; du soutien/renforcement envers la commune, les services de santé ? • Est-ce que vous préférez une supervision plus fréquente ?
Effets	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que la supervision vous apporte pour votre travail ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la supervision vous aide à développer vos compétences techniques ou théoriques ? • La supervision aide-t-elle à résoudre des problèmes que vous envisagez ? • Est-ce que le feed-back pendant la supervision est encourageant et motivant pour vous ? • Est-ce qu'il y a des éléments ou des personnes qui vous découragent ? • Est-ce qu'il y a un suivi de la dernière supervision ? • Est-ce qu'on écoute et répond à vos suggestions pour l'amélioration des services communautaires ?
Vision/ amélioration	<ul style="list-style-type: none"> • La supervision idéale, comment la décririez-vous ? • Imaginez-vous comme superviseur futur des AC : qu'est-ce que vous feriez mieux ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qu'il faudra changer pour améliorer la supervision ? • Quels éléments voudraient la rendre plus utile et efficace ?

Groupe cible 2 : SUPERVISEURS

Guide de questions superviseurs

Aspect/ sous-thème	Questions principaux	Questions de suivi/clarification
Compréhension/ définition	<ul style="list-style-type: none"> La supervision : qu'est-ce que cela représente pour vous ? Comment décrivez-vous votre rôle en tant que superviseur ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quels types de supervision connaissez-vous ? (routine, formative, coaching) Quel est votre mandat en tant que superviseur ? Quels sont les objectifs clés de votre travail en tant que superviseur ?
Appui	<ul style="list-style-type: none"> Quel appui est apporté à votre travail en tant que superviseur ? 	<ul style="list-style-type: none"> Disposez-vous de l'équipement nécessaire ? Est-ce qu'il y a des moyens/un soutien pour le transport ? Est-ce qu'il y a un point de référence pour vos questions ?
Défis	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les défis majeurs que vous envisagez ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quels aspects et éléments empêchent une supervision efficace ? Quelles lacunes observez-vous ?
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> Comment votre travail en supervision est-il organisé ? 	<ul style="list-style-type: none"> Travaillez-vous seul ?/de manière isolée ? Est-ce que vous travaillez en équipe (par district, région ou autre) ? Est-ce qu'il y a un réseau de superviseurs ? Est-ce que les supervisions différentes sont coordonnées et comment ? Est-ce qu'il y a un calendrier des supervisions ? Est-ce que vous êtes responsable des AC/affecté à des communes de manière continue ?
	<ul style="list-style-type: none"> Tous les combien voyez-vous les AC ? Combien de temps pouvez-vous consacrer à chaque AC ? 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les combien : chaque mois, une fois tous les 3 mois, 2 à 3 fois par an ; une fois par an Une heure, ou plus ou moins ? Est-ce que c'est suffisant ?
	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le lieu habituel de la supervision ? 	<ul style="list-style-type: none"> Le centre de santé/clinique de district ou la communauté ? Est-ce que vous rendez visite aux AC dans leur communauté ?
	<ul style="list-style-type: none"> Comment les communautés sont-elles impliquées ? 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que c'est votre rôle d'impliquer les communautés ? Est-ce que vous voyez les représentants des communautés régulièrement ? Est-ce que les discussions avec les communautés font partie intégrale de la supervision ?
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> Comment effectuez-vous une supervision ?/ Comment se déroule une supervision normalement ? 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que vous révisez les rapports et les données ? Est-ce que vous contrôlez le matériel et les fournitures ? Est-ce que vous accompagnez les AC et les observez-vous dans leur prestation de

Aspect/ sous-thème	Questions principaux	Questions de suivi/clarification
		services ? <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous donnez des remarques/des impressions ? • Est-ce que vous donnez des instructions pour les nouvelles techniques/pratiques ?
Outils	<ul style="list-style-type: none"> • Quels outils avez-vous à votre disposition pour la supervision ? • Quelles sont vos idées concernant ces outils ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous utilisez des outils pendant la supervision ? • De quels outils s'agit-il : des listes, des grilles, etc. ? • Les outils sont-ils utiles ou plutôt gênant ? ; quels éléments sont utiles et lesquels sont gênants ? • Est-ce que vous avez des suggestions pour l'amélioration des outils ? • Est-ce qu'il manque des éléments dans les outils ?
Profil du superviseur	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous pensez de la formation pour superviseurs ? • Comment décrivez-vous un bon superviseur ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous étiez formé comme superviseur ? • Quelles compétences sont importantes pour un superviseur ? • Quelles attitudes sont importantes pour faciliter la supervision ?
Facteurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Quels facteurs sont importants pour le succès de la supervision ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vos recommandations sont traduites en activités ? • Est-ce que les activités sont discutées et mises en accord avec les AC ? • Comment assurer la faisabilité des activités suite aux recommandations ? • Comment le suivi est-il organisé ? • Quelle relation professionnelle avez-vous avec les AC que vous supervisez ?
Vision/ amélioration	<ul style="list-style-type: none"> • La supervision idéale, comment la décririez-vous ? • Qu'est-ce que vous aimeriez faire mieux si possible ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qu'il faudra changer pour améliorer la supervision ? • Quels éléments pourraient la rendre plus utile et efficace ? • Qu'est-ce qui pourrait faciliter votre travail en tant que superviseur ? • Quelles sont les priorités auxquelles il faut s'attaquer ?

Groupe cible 3 : Communautés

Guide de questions pour les représentants communautaires

Aspect/ sous-thème	Questions principaux	Questions de suivi/clarification
Rôle	<ul style="list-style-type: none">• Quel est le rôle de la communauté concernant la supervision des AC ?• Comment voyez-vous le rôle des communautés ?	<ul style="list-style-type: none">• Quelles responsabilités avez-vous actuellement pour ce qui est de la gestion des AC ?• Comment êtes-vous impliqué dans le processus de supervision et son suivi ?• Quelles décisions la communauté prend-elle/doit-elle approuver ?• Comment êtes-vous impliqué dans la mise en œuvre des recommandations ?• Le rôle de la communauté est-il suffisant pour assurer la pertinence de la supervision ?• Est-ce que parfois vous avez le rôle de médiateur entre AC, superviseur et communauté pour résoudre des problèmes ? Comment procédez-vous ?
Qualité et efficacité de la supervision	<ul style="list-style-type: none">• Quelles idées avez-vous sur la supervision à l'heure actuelle ?	<ul style="list-style-type: none">• Quels sont les éléments importants ?• La supervision est-elle utile et efficace ?• Est-ce que les interventions de la supervision contribuent à l'amélioration des services des AC ?• Quelles lacunes observez-vous ?• Est-ce que la périodicité est suffisante à votre avis ?
Communication	<ul style="list-style-type: none">• Comment se passe l'échange d'informations entre les superviseurs et la communauté ?	<ul style="list-style-type: none">• Est-ce que vous recevrez un rapport sur les résultats de la supervision ?• Est-ce qu'on vous consulte concernant les recommandations ?
Vision/ amélioration	<ul style="list-style-type: none">• Dans la perspective communautaire, comment une supervision utile et efficace devrait-elle être effectuée ?	<ul style="list-style-type: none">• Qu'est-ce qu'il faudra changer pour une amélioration ?• Quelles suggestions avez-vous pour une auto-prise en charge ?• Quelles sont les interventions prioritaires à effectuer ?

Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID

University Research Co., LLC
5404 Wisconsin Ave., Suite 800
Chevy Chase, MD 20815 États-Unis

Tel: (301) 654-8338

Fax: (301) 941-8427

www.hciproject.org