



Santénet2: Formation et soutien des agents communautaires œuvrant dans des conditions difficiles à Madagascar

Novembre 2011

Sarah Castle, consultante pour IntraHealth International

REMERCIEMENTS

Le consultant et IntraHealth International souhaitent remercier le personnel de Santénet2 pour son assistance et sa participation dans la préparation et le travail sur le terrain dans le cadre de ce rapport. Nous voudrions remercier tout particulièrement Julie Rajaonson et Josoa Ralaivao pour leur dur labeur et leur dévouement. De même, ce travail n'aurait pu être mené à bien sans les compétences et la diligence des enquêteurs/traducteurs, Ramiandrisoa Felasoa Noroseheno et Rabozakandraina Oliva.

Nous souhaitons également remercier toutes les personnes ayant pris le temps d'être interviewées dans le cadre de ce rapport. Nous pensons plus particulièrement aux autorités locales, au personnel des ONG, aux formateurs des agents communautaires, aux agents communautaires, aux membres des comités de développement social, et aux clients. Nous voudrions enfin remercier les communautés d'Anjeva Gare et Talata Ampano dans leur ensemble d'avoir bien voulu participer à ce travail et pour leur accueil chaleureux.

CONTEXTE

Santénet2, connu localement sous le nom de KM Salama, comprend la quatrième phase d'un projet de santé communautaire financé par l'USAID s'étalant de 2008 à 2013. Santénet2, dirigé par RTI International, contribue à la réalisation de l'objectif stratégique n°5 de l'USAID (OS 5) qui consiste « à accroître l'utilisation de services de santé et de produits spécifiques, et à améliorer les pratiques en vigueur. » Le rôle d'IntraHealth sur le projet Santénet2 est axé sur l'amélioration de la qualité de la formation et de la supervision et des résultats stratégiques.

L'échelle du projet est vaste, couvrant ainsi 800 communes à travers Madagascar et impliquant près de 11 000 agents communautaires (AC). Choisis par le *fokontany*, ou conseil de village, les AC sont généralement des personnes respectées au sein de la communauté et savent lire et écrire. Il existe deux types d'AC : (i) ceux dont le travail est axé sur la santé de la mère, la santé de la reproduction (planification familiale), et la maternité sans risque et dénommés « AC mères » dans ce document ; (ii) et ceux dont le travail est axé sur la santé des enfants, le suivi nutritionnel de l'enfant et la prise en charge intégrée des maladies des enfants (PCIMEC). Ces derniers sont appelés « AC enfants » dans ce document.

Stratégie de renforcement du système de santé communautaire KM Salama

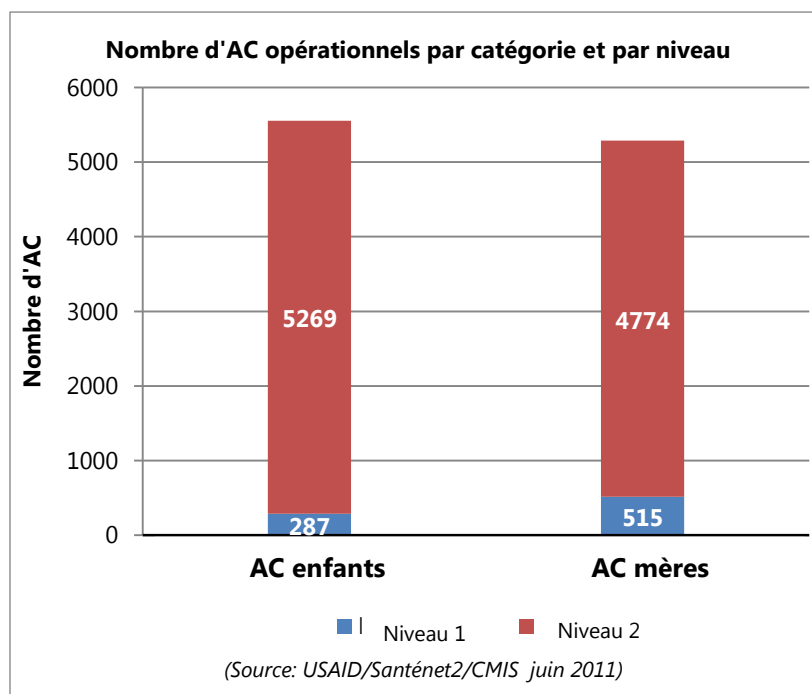
- Augmenter rapidement le nombre d'AC
- Renforcer la capacité des leaders communautaires
- Satisfaire les besoins de la communauté et générer les demandes à travers les différents moyens de communication
- Mettre en place un paquet intégré de services de santé de qualité et étendre l'accès dans les communautés enclavées
- Tester les nouvelles innovations (services et systèmes) et intégrer les bonnes pratiques.
- Assurer la pérennisation des systèmes communautaires de qualité.

Ces deux groupes d'AC travaillent sur des questions liées à l'assainissement total dirigé par la communauté (CLTS). Chaque type d'AC se décline par ailleurs en deux niveaux pour permettre aux agents communautaires d'occuper pleinement leurs rôles par étape comme décrit dans le tableau ci-dessous.

AC	Les services de santé communautaires Niveau 1	Niveau 2
AC enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition : Action essentielle en nutrition, surveillance de la croissance, détection de la malnutrition et référence • IEC/CCC : vaccinations, traitement précoce, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides, eau potable, traitement intermittent du paludisme des femmes enceintes pendant les consultations prénatales • Supplémentation en micronutriments, dont le déparasitage, la vitamine A, et l'utilisation du sel iodé 	Toutes les activités niveau 1 plus <ul style="list-style-type: none"> • Traitement du paludisme, pneumonie, diarrhée
AC mère	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de qualité pour les nouveau-nés, référence et distribution du Fer Acide Folique (FAF) pour les femmes enceintes • Promotion de la nutrition de la femme et des enfants, dont l'allaitement immédiat et exclusif pendant 6 mois et sa continuation pendant 24 mois, accès aux produits pendant la semaine de santé de la mère et de l'enfant (SSME) • PF: counseling, contraceptifs oraux, condom, contraceptif post natal, et méthode de jour fixe 	Toutes les activités niveau 1 plus <ul style="list-style-type: none"> • L'injection du Dépo Provera (DMPA)

AC	Les services de santé communautaires Niveau 1	Niveau 2
	<ul style="list-style-type: none"> • IEC/CCC : vaccinations, traitement précoce, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides, eau potable, traitement intermittent du paludisme des femmes enceintes pendant les consultations prénatales 	

La plupart des AC niveau 1, aussi bien dans le domaine de la santé maternelle que dans celui de la santé infantile, sont passés au niveau 2.



Les AC sont soutenus par un technicien d'appui issu d'une des nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) partenaires du projet et par les chefs des centres de santé de base (CSB). Par ailleurs, chaque commune dispose d'un comité de développement social (CDS) qui appuie les AC et mobilise la communauté pour que celle-ci soutienne leur travail.



Madagascar regorge de terrains vallonnés et montagneux et les villageois vivent dans de petits hameaux très dispersés ne comprenant que quelques maisons. Les hameaux qui constituent le *fokontany* peuvent être séparés par un grand nombre de kilomètres et les déplacements entre le *fokontany* et le centre de santé de base nécessitent souvent plusieurs heures

Source : Sarah Castle. Consultante IntraHealth

voire plusieurs jours de marche, rendant ainsi la prestation de services de soins et la supervision directe des AC extrêmement délicates. La plupart des villageois sont de confession chrétienne

Santénet2: Formation et soutien des agents communautaires œuvrant dans des conditions difficiles à Madagascar

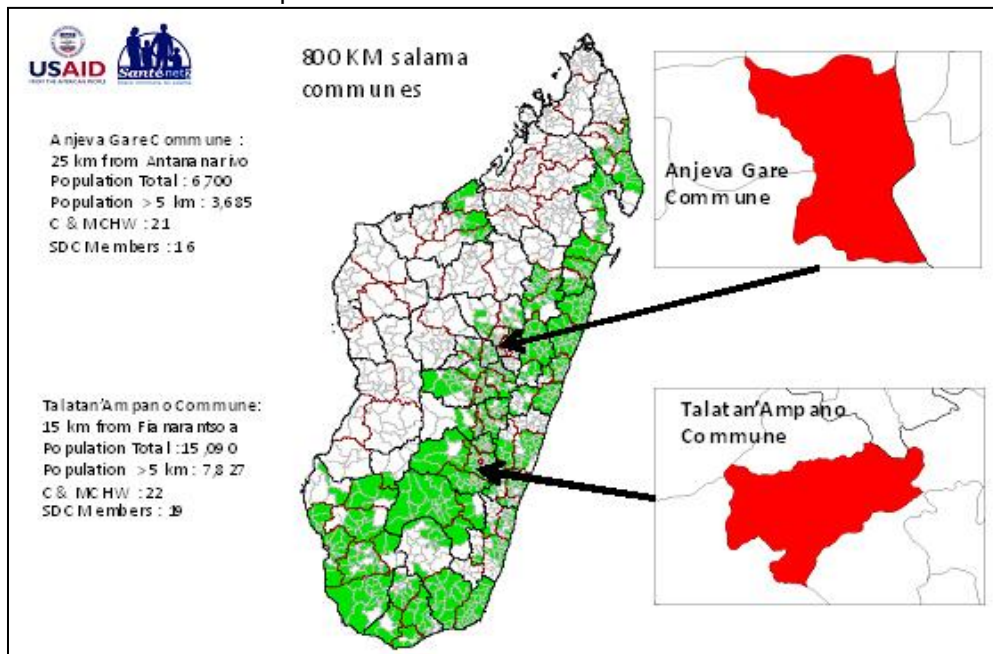
(aussi bien protestante que catholique) combinée à des croyances animistes locales très fortes pouvant influencer leur opinion quant aux causes de certaines maladies, et les décisions qu'ils prennent en matière de soins de santé.

METHODOLOGIE

En juin 2011, des recherches qualitatives ont été menées dans les domaines suivants :

- Forces et faiblesses du programme de formation des AC
- Satisfaction des clients
- Efficacité du système de supervision actuel recommandé
- Développement des capacités des acteurs communautaires et des ONG partenaires
- Questions liées à la pérennisation du système.

Les villages situés dans la commune d'Anjeva Gare (une demi-heure d'Antananarivo, la capitale de Madagascar) ont été choisis dans les travaux de recherches, tout comme les villages de la commune de Talata Ampano dans la région de Fianarantsoa, une zone montagneuse située à huit heures de route de la capitale.



Source RTI/USAID Santénet2/SIG

La méthodologie s'est articulée autour de discussions dirigées avec deux groupes d'AC mères et deux groupes d'AC enfants, des clients (hommes et femmes), ainsi qu'autour de discussions supplémentaires avec les membres des comités de développement social. Par ailleurs, des entretiens individuels approfondis ont été menés avec quatre formateurs (faisant également office de superviseurs), un technicien d'appui issu d'une ONG, un représentant de la direction

d'une ONG partenaire, deux leaders communautaires, le directeur de la santé au niveau du district et un représentant de Santénet2. Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu pour l'ensemble des entretiens. Ils ont été enregistrés en malgache et retranscrits en français.

FORMATION

Points forts de la formation

Avant la formation des AC, Santénet2 a procédé à la révision de tous les curricula de formation (formation des formateurs, formation des AC niveau 1 et niveau 2), en conformité avec les directives nationales, et selon l'approche d'Apprentissage Axée sur la Performance (AAP). Cette approche adapte le matériel de formation aux besoins spécifiques des personnes formées. Une stratégie de formation/supervision a également été développée durant cette période. Celle-ci est incorporée à l'approche d'ensemble de KM Salama dont l'objectif est d'aider les communautés à s'approprier les diverses approches et à développer leurs compétences pour pouvoir répondre aux besoins sanitaires.

Le projet a identifié 410 formateurs fonctionnels renforçant les compétences des AC inclus dans KM Salama. Parmi ces 410 formateurs, 398 ont été formés en andragogie, 233 à la PCIMEC et/ou Dépocom, et 262 en technique de supervision. Ces personnes ont formé :

- 5 289 AC mères en planification familiale intégrée/santé de la reproduction (niveau 1)
- 4 774 AC mères en prestation de contraceptifs injectables (niveau 2)
- 5 556 AC enfants en santé infantile/nutrition (niveau 1)
- 5 269 AC enfants en PCIMEC (niveau 2).

Les AC doivent suivre cinq jours de formation intensive durant lesquels il leur est montré



Source : Sarah Castle, Consultante, IntraHealth

comment dispenser des soins préventifs et curatifs et comment maintenir à jour les outils de gestion. Par ailleurs, les AC mères niveau 2 apprennent à dispenser le contraceptif injectable Depo Provera. Les AC enfants niveau 2 apprennent à prendre en charge les maladies des enfants, dont le paludisme après l'avoir détecté par le test de diagnostic rapide du paludisme. Les deux groupes étudient comment accueillir les clients avec respect et maintenir leur confidentialité.

Les entretiens ont révélé que les AC avaient acquis de nombreuses compétences techniques et utilisaient avec aisance l'équipement médical de base, tel que le chronomètre pour compter la respiration de l'enfant. Les AC sont capables de répertorier efficacement les consultations et de référer les patients. Ils ont appris quand traiter les patients et à quel moment les référer vers le centre de santé de base. Ils ont par ailleurs été capables d'articuler clairement les connaissances et les compétences acquises durant la formation.

Pour moi, le plus important était de pouvoir traiter les enfants. Maintenant que j'ai été formé, je sais si je dois les envoyer vers le centre de santé ou les traiter sur le champ.

—AC enfants (homme), 40 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Pour moi, le point fort [de la formation] est qu'on nous a montré comment donner des injections de Depo Provera, car normalement les femmes doivent attendre en faisant la queue à l'hôpital alors qu'elles ont toutes un travail et sont pressées d'y retourner. C'est extrêmement positif que nous sachions comment donner cette injection. C'est un vrai plus.

—AC mères (femme), 51 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Pour ma part, une fois que j'ai reçu la formation, la communauté m'a fait confiance. Je dirais même que pour ces gens-là, ma maison est devenue comme un petit hôpital. Les parents ne vont pas dans le vrai centre hospitalier à moins que je les y réfère, et cela n'arrive que lorsque je ne peux pas leur venir en aide. La communauté a confiance en moi et vient me voir lorsqu'un enfant est malade, même durant la nuit.

—AC enfants (homme), 49 ans, éducation secondaire, Talata Ampano

Points à améliorer dans la formation

Malgré les points forts abordés ci-dessus, les AC ont également fait part de certaines inquiétudes concernant la formation, principalement sa durée, qu'ils considèrent trop courte.

La formation est vraiment courte. En effet, si vous nous comparez à des médecins, eux ont une formation plus longue. Nous demandons ainsi qu'elle soit prolongée de manière à ce que nous puissions davantage convaincre les gens. Car ils s'étonnent et nous disent : « Ça ne fait pas longtemps que vous êtes formés et vous faites déjà ça ?! » La durée est trop courte. Il faut la rallonger.

—AC mères (femmes), 52 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Ils se sont aussi plaints de la piètre qualité du papier sur lequel le matériel était imprimé.

Les manuels de formation nous ayant été remis se déchirent facilement car nous devons les garder avec nous en permanence, comme nous effectuons des visites à domicile. La couverture se froisse et lorsqu'elle se déchire, nous devons la réparer au Scotch pour qu'elle tienne.

—AC enfants (femme), 40 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Toutefois, la plupart des formateurs étaient convaincus de la durée adéquate de la formation. D'après eux, si la durée est perçue comme étant trop courte, c'est parce que, dans certains cas, les villageois semblent confondre les AC avec des médecins et se montrent sceptiques quant au fait qu'ils aient pu apprendre à soigner la population en cinq jours seulement.

La communauté raisonne de la manière suivante : « Cela fait très peu de temps que vous étudiez et vous allez déjà devenir médecins et traiter nos enfants ? » C'est un sujet qui fait débat mais il ne s'agit pas réellement d'un obstacle car ils sont ravis que les AC se trouvent à proximité.

—Formateur, 49 ans, éducation universitaire, Fianarantsoa

De leur côté, les formateurs avaient d'autres motifs de préoccupation, notamment le fait que le curriculum montrait auparavant aux AC comment dissiper les rumeurs autour de la planification familiale (qu'ils rendent infertiles ou provoquent le cancer) et que ces sessions n'ont désormais plus lieu.

Il y avait une section intitulée « Rumeurs entourant la planification familiale » dans le précédent curriculum mais celle-ci a été retirée. Mais quand nous donnons la formation, nous nous penchons sur ce sujet de manière à ce que les AC puissent dissiper ces rumeurs, dans la mesure où elles existent réellement et qu'elles ne peuvent être ignorées.

—Formatrice, 67 ans, éducation secondaire, Fianarantsoa

Pratiquement tous les formateurs se sont plaints d'un problème extrêmement répandu, à savoir le manque d'éducation des AC. Dans certains cas, en raison du népotisme, un AC est nommé sans pour autant avoir le niveau d'éducation requis. Dans d'autres cas, le manque d'éducation est à ce point généralisé qu'il n'y a tout simplement pas d'AC potentiels sachant lire ou écrire correctement.

Par exemple, s'ils ne savent pas lire ou écrire, il ne leur est pas possible de suivre car il y a beaucoup d'exercices à faire durant la formation. S'ils ne parviennent pas à lire ou à écrire, nous finissons par perdre du temps car les autres doivent les attendre.

—Formatrice, 50 ans, éducation universitaire, Antananarivo

DEFIS PROGRAMMATIQUES

Les travaux de recherche ont montré qu'il existait quatre défis programmatiques majeurs. En premier lieu, certains AC enfants ne disposent pas de suffisamment de balances pour peser les bébés – une activité qu'affectionnent les mères et qui les met régulièrement en contact avec les prestataires de soins de SEECALINE, programme fondé par la Banque Mondiale, afin de pouvoir emprunter des balances. Mais cette approche s'est révélée peu satisfaisante et a fréquemment abouti à ce que les nouveau-nés ne puissent être pesés. Ceci décourage les mères qui font souvent une marche de plusieurs heures pour assister à une consultation.

Nous devons donner nos balances aux AC qui vivent le plus loin. Dès lors, nous rencontrons un problème car nous en avons besoin ici pour examiner les enfants. Certaines femmes vont à SEECALINE pour la pesée. Mais quand leur agent est absent, elles font le trajet pour rien et doivent rentrer chez elles, et cela les dérange.

—AC enfants (femme), 44 ans, éducation secondaire, Talata Ampano

Le deuxième problème a trait aux ruptures de stocks en médicaments essentiels qui empêchent les clients d'être traités et qui diminue la crédibilité du projet aux yeux de la communauté.

Parfois, nous devons faire face à des ruptures de stocks en médicaments, ce qui occasionne de graves problèmes avec les gens dont nous prenons soins. Ils sont en colère car nous les avons référés vers le centre de santé. Nous vous demandons de ne pas interrompre l'approvisionnement de médicaments mais plutôt d'en assurer la continuité.

—AC mères (femme), 37 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Le troisième problème est que dans bon nombre de villages, il n'existe pas de lieu où les AC peuvent rencontrer leurs clientes, ce qui amène beaucoup d'entre eux à les recevoir chez eux.



Cette situation ne s'est avérée guère satisfaisante vis-à-vis de la confidentialité et de l'intimité des clientes, tout en exposant potentiellement les membres de la famille de l'AC à des maladies infectieuses.

Dans la mesure où nous n'avons pas de centre, nous recevons les gens à domicile. Par exemple, puisque nous n'avons qu'une seule pièce qui fait office de cuisine et de chambre, nous ne pouvons pas du tout accueillir les patients de manière adéquate. Cela peut déranger les personnes qui viennent nous voir. Elles nous disent : « oh, on va nous voir chez quelqu'un. » C'est la raison pour laquelle nous souhaitons disposer d'un véritable bureau pour voir nos clientes.

—AC mères (femme), 37 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Source: Sarah Castle, Consultante, IntraHealth

Dans certains villages à travers Madagascar, les comités de développement social ont encouragé les villageois à bâtir une case de santé séparée où les consultations peuvent avoir lieu discrètement. Cette contribution en nature envers le projet reflète l'engagement local en faveur des AC et de leur travail.

Le quatrième problème est que le dispositif actuel crée une division entre la santé maternelle et la santé infantile alors qu'en réalité il conviendrait d'adopter une approche intégrée. Les AC mères ont même exigé de recevoir la formation des AC enfants. Non seulement une approche intégrée qui permettrait d'utiliser au maximum les services (par exemple, les femmes venant pour la pesée de leur enfant pourraient être sensibilisées à la planification familiale) mais elle valoriserait également les AC aux yeux de la communauté. Certains villageois ont en effet douté

de la compétence des AC, dans les cas où, par exemple, un AC mère n'est pas capable d'apporter une réponse à une question sur la santé de l'enfant ou vice-versa.

Nous souhaitons être à même de prendre en charge les accouchements et nous désirons être formés dans ce domaine. Une fois, dans mon village, ma belle-sœur était sur le point de donner naissance, et j'ai été appelée, mais quand je suis arrivée, elle avait déjà accouché. J'ai eu peur et je me suis demandé ce que je devais faire. J'avais honte car je suis agent de santé et je ne savais même pas quoi faire du cordon ombilical.

—AC enfants (femme), 42 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

IMPACT DU PROJET

Le programme semble avoir eu un impact dans trois domaines majeurs. Tout d'abord un impact direct a été perçu en santé maternelle et infantile. Les villageois sont d'avis que les résultats sanitaires ci-dessous découlent directement du programme :

- Moins de naissances
- Moins de naissances rapprochées
- Moins d'avortements
- Meilleure prise en charge du cordon ombilical
- Plus d'allaitement maternel exclusif
- Moins de maladies infantiles
- Meilleure prise en charge des maladies de l'enfant
- Baisse de la mortalité infantile.

Durant la période des récoltes, entre avril et mai, les enfants sont souvent atteints de fièvre. Auparavant, un enfant pouvait mourir en deux jours. À présent, la fièvre peut durer jusqu'à quatre jours, mais après l'enfant va mieux. Vous voyez, même si nous n'avons pas de statistiques, nous recevons des « échos » du projet. Les cas de diarrhée étaient également très fréquents chez les enfants durant la saison des pluies mais ils sont désormais en baisse. Il y en a toujours, c'est vrai, mais moins qu'avant. Dorénavant, quand quelqu'un est malade, lorsque les mères et les pères vont voir l'AC, ils obtiennent de l'aide. Soit ils se font conseiller quant à la manière de traiter leur enfant, soit il leur est recommandé d'aller au centre de santé.

—Client, 48 ans, éducation primaire, Talata Ampano

[L'impact a surtout pu être observé] en santé maternelle et infantile. Ce sont dans ces domaines que j'ai remarqué les plus grands changements. Le nombre d'enfants hospitalisés a diminué tandis que le nombre de femmes recourant à la planification familiale a augmenté (...) Quand je discute avec le médecin, c'est ce que nous observons.

—Maire adjoint, Anjeva Gare

Les données épidémiologiques ci-dessous confirment ces déclarations. Ce tableau apporte des éléments témoignant d'une utilisation accrue des services dans les domaines de la planification familiale et du traitement du paludisme dans les communes de KM Salama, ainsi que d'une diminution des cas de diarrhée. Le fait que les bénéficiaires du projet perçoivent ces changements semble indiquer que le projet contribue, en effet, à la diminution de la morbidité et de la mortalité dans les communautés desservies.

Indicateur	2008			2010			
	NATIONAL (A)	800 KMs (B)	(B)/(A) 100%	NATIONAL (A)	800 KMs (B)	(B)/(A) 100%	AC
Nombre de cas de paludisme parmi les enfants de moins de 5 ans traités par le centre de santé de base	117 030	21 789	19%	97 940	25, 46	26%	25 747
Nombre de cas de diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans pris en charge par le centre de santé de base	306 255	150 706	49%	299 991	110 650	37%	17 584
Nombre de personnes ayant recours à toutes les méthodes de planification familiale	1 076 642	685 848	64%	1 300 915	831,754	64%	27 912
Taux de couverture contraceptive	23%	21%	N/A	26%	25%	N/A	28%

Le deuxième impact majeur, comme l'indique le client cité plus haut, est que le temps nécessaire à la recherche d'un traitement a été très réduit. Avant l'arrivée de KM Salama, les mères avaient tendance à retarder le recours à un traitement pour les enfants malades du fait du long trajet à effectuer pour dispenser des services de soins.

En ce qui concerne les maladies, nous n'attendons plus qu'elles s'aggravent. À l'apparition des premiers symptômes, par exemple une poussée de fièvre ou des maux de tête, nous partons immédiatement consulter un AC.

—Cliente, 32 ans, éducation primaire, Fianarantsoa

Troisièmement, il semble y avoir eu une amélioration dans le bien-être général, ainsi que dans la production économique et le développement communautaire. Les AC voient cela comme le résultat direct du recours à la planification familiale permettant aux deux époux de travailler sans être encombrés par des enfants.

Par exemple, une mère qui utilise des contraceptifs injectables ne tombe pas malade. Elle est en bonne santé et elle peut s'occuper de ses enfants correctement tout comme son mari. Il n'y a pas de maladie. Ils sont tous en meilleure santé.

—AC mères, 37 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Depuis que nous travaillons avec les AC, j'ai remarqué qu'il y avait eu une réduction de la pauvreté dans la mesure où à la fois la mère et le père peuvent gagner de l'argent puisque la femme recourt à la planification familiale.

—AC mères, 43 ans, éducation primaire, Talata Ampano

Effet du programme sur le comportement et le statut des AC

Le fait que les AC aient été recrutés en tant que prestataires de soins semble accroître leur influence et le respect dont ils bénéficient, mais aussi améliorer leur statut au sein de la communauté ainsi que leurs compétences en matière de communication, tout en augmentant la probabilité de voir les villageois imiter le comportement et/ou le style de vie des AC, notamment à travers la construction de latrines.

Nous occupons une place importante dans le village. Être AC est vraiment quelque chose de spécial ! C'est comme si l'on faisait partie des VIP. C'est vraiment magnifique ! Nous sommes des personnes à part au sein de la communauté. D'un point de vue personnel, dès que les gens ont le moindre petit problème de santé, ils viennent me dire « Mme l'AC, voilà ce qui ne va pas ! » Le fait d'avoir été formée est vraiment satisfaisant. Cela me fait énormément plaisir d'être respectée dans la communauté.

—AC enfants (femme), 42 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Nous sommes heureux car les mères arrivent à tout nous demander. Les gens m'ont déjà appelé « petit docteur. » Ils me font vraiment confiance !

—AC mères (femme), 41 ans, éducation secondaire, Talata Ampano

Auparavant, je n'arrivais pas à dire aux mères d'emmener leurs enfants au centre de santé (...) mais maintenant je parviens à leur parler ouvertement.

—AC mères (femme), 42 ans, éducation secondaire, Talata Ampano

QUESTION DE LA REMUNERATION DES AC

Les AC ne sont pas payés pour leur travail bien qu'ils reçoivent de petits avantages financiers grâce aux produits qu'ils vendent (produits contraceptifs, comprimés pour la purification de l'eau, etc.). Mais certains ont perçu le manque de paiement comme un problème.

Le manque d'argent est un obstacle car si nous sortons pour mener des activités de sensibilisation, en tant que mères et compte tenu des conditions de vie difficiles à l'heure actuelle, nous devons aider notre mari à gagner de l'argent. Mais parfois, faire de la

sensibilisation n'est pas suffisant et gagner de l'argent devient une priorité. Nous demandons à être payés pour notre travail. Ainsi, nous pouvons l'inclure dans la façon dont nous planifions notre temps.

—AC mères (femme), 51 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Cette question est revenue avec beaucoup d'insistance à Fianarantsoa où les agents de SEECALINE, une ONG remédiant aux problèmes nutritionnels dans la même région, perçoivent un salaire mensuel. Néanmoins, le sentiment général était que les AC pouvaient être récompensés d'autres manières par la communauté et que la mise en place d'un système de rémunération constituerait un obstacle à la pérennisation de leurs activités. Au lieu d'une compensation financière, les habitants du village pourraient cultiver les champs des AC et les aider avec d'autres types de travaux agricoles. Une autre alternative serait de les inscrire gratuitement dans le système de mutuelle local et ainsi de les faire bénéficier de soins gratuits au centre de santé de base.

AC : Nous ne voulons pas payer quand nous sommes malades.

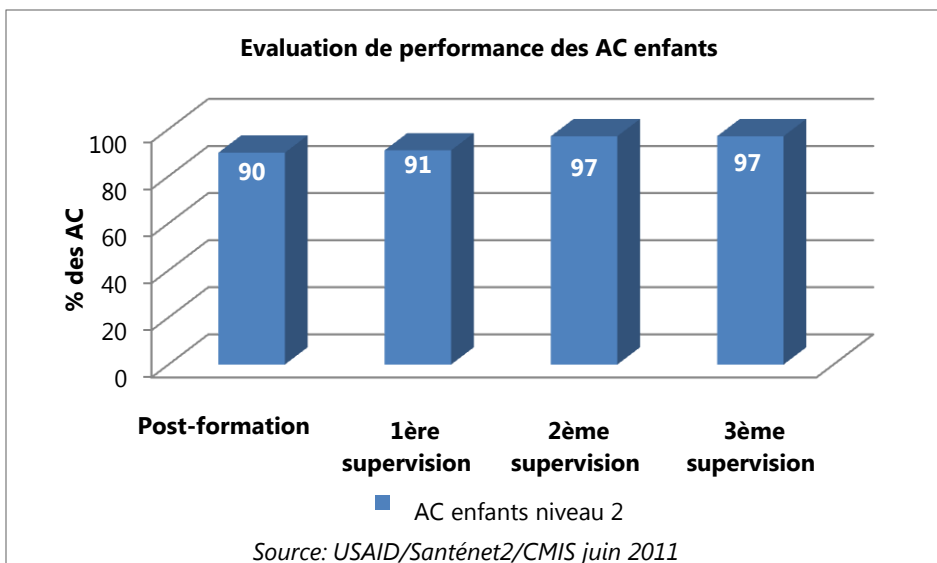
Enquêteur : Comment ça ? En recevant un traitement gratuit ?

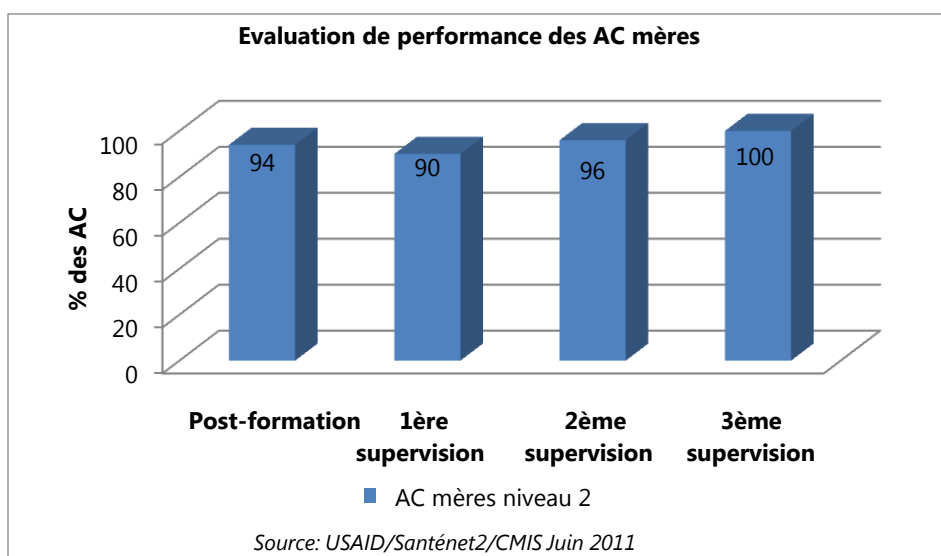
AC : Oui, comme une faveur.

—AC mères (femme), 51 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

SUPERVISION DES AC

La supervision régulière des AC est essentielle pour veiller à la qualité continue de la prestation de services. Les graphiques ci-dessous montrent, aussi bien pour les AC enfants (N=5 556) que pour les AC mères (N=5 289) évalués, que des normes de performance très élevées semblent être en place.





Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'immense échelle géographique du projet et les distances à parcourir entre les hameaux isolés qui constituent bon nombre de *fokontany* présentent des grands défis pour ce qui est de la conduite du projet et des activités de supervision. À l'origine, le projet tenait des réunions trimestrielles pour assurer une supervision complète des AC mais étant donné les défis logistiques, ces sessions auront désormais lieu à 6 mois d'intervalle. Ce changement répond également au besoin accru de développer les capacités au niveau local et d'aider les acteurs, tout en facilitant l'appropriation de l'approche pour mieux la pérenniser.

Cette démarche visant à rendre moins fréquentes les activités de supervision technique menées par les superviseurs indépendants – et à accroître la supervision régulière assurée au niveau local par le centre de santé et les ONG locales partenaires – reflète les objectifs généraux du projet qui sont de transmettre des compétences aux parties prenantes sur le terrain. L'implication accrue du chef CSB est rendue possible par le fait que, dans la plupart des cas, les AC entretiennent d'excellentes relations avec le chef du centre de santé de base.

Nous entretenons une bonne relation [avec le centre de santé de base] et nous parvenons à collaborer en cas de problème. On se demande par exemple si untel ou untel s'est rendu au centre de santé dans le cas où son formulaire ne nous a pas été retourné. Pour ce genre de cas, nous travaillons de manière complémentaire.

—AC enfants (femme), 40 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Nos relations avec le centre de santé de base sont excellentes ! S'il y a quelque chose qui nous échappe, ils sont là pour nous conseiller. Que ce soit le médecin ou la sage-femme, ils peuvent nous parler et nous aimons traiter avec eux !

—AC mères (femme), 52 ans, éducation secondaire, Anjeva Gare

Ainsi, le chef CSB supervise fréquemment les AC sur place, répond aux questions ayant trait aux cas les plus complexes, et dispense d'autres informations lorsque les AC remettent leurs rapports mensuels. En échange, les AC apportent leur aide aux CSB dans le domaine de la sensibilisation à la vaccination et à la pesée de routine du nouveau-né dans le centre de santé.

A : Nous entretenons de bonnes relations avec le centre de santé. Nous leur venons en aide tous les jeudis pour la pesée des bébés.

B : Nous pesons les enfants et nous occupons des vaccinations par la même occasion.

Enquêteur : Vous venez toutes les deux tous les jeudis ?

A et B : Non. Nous y allons chacune notre tour !

—AC enfants, 49 ans, éducation secondaire, Talata Ampano

—AC enfants, 51 ans, éducation secondaire, Talata Ampano

Le représentant de l'ONG interviewé a également reconnu les avantages d'un système à travers lequel la présentation des rapports mensuels des AC peut aussi être utilisée comme une période de supervision par le/la chef CSB ou par l'ONG partenaire.

Nous supervisons les AC chaque mois en collaboration avec le chef CSB. Par exemple, nous dressons un calendrier mensuel qui nous indique quand nous devons nous rendre dans chaque commune. À ce moment-là, les AC viennent au centre de santé et rendent leur rapport mensuel. Nous profitons de la collecte des rapports pour les superviser.

—Directeur d'une ONG locale, 42 ans, éducation universitaire, Fianarantsoa

Le directeur de l'ONG juge important que les compétences en matière de supervision soient consolidées et renforcées au niveau du centre de santé de base pour assurer la pérennité de l'approche.

Un transfert de compétences plus important vers le chef CSB est nécessaire pour améliorer la qualité de la supervision, dans la mesure où il s'agit d'une activité qui tombe dans le domaine de la santé publique à Madagascar. Ensuite, il est aussi nécessaire de renforcer les capacités [des membres] des comités de développement social de manière à ce qu'ils puissent résoudre les problèmes pouvant exister avec le chef CSB.

—Directeur d'une ONG locale, 42 ans, éducation universitaire, Fianarantsoa

Le chef CSB de Talata Ampano a souligné que son travail était effectué de manière intégrée avec le comité de développement social local et le bureau du maire.

En ce qui concerne la santé, le bureau exécutif de la commune et le chef CSB travaillent toujours ensemble au développement des soins de santé au sein de la communauté (...) Il serait bien de ne pas avoir à attendre après Santénet [pour la supervision]. Nous pouvons la faire nous-mêmes.

—Chef CSB, 50 ans, éducation universitaire, Talata Ampano

Lors d'une discussion avec les membres des comités de développement social (le chef CSB et un représentant du bureau du maire en sont habituellement membres), eux-mêmes ont saisi l'importance d'être impliqués dans la supervision afin de soutenir le projet sur le long terme.

Je souhaite m'exprimer concernant la pérennité du projet. Le suivi et la supervision pourraient cesser en l'absence d'un financement suffisant. Il est évident que le projet a ses limites. Dès lors, j'aimerais qu'il y ait une formation au niveau de la commune de manière à ce que nous puissions aider les AC lorsque le budget affecté à ce projet prend fin. Si le financement s'arrête, pour que les activités se poursuivent, il faut qu'il y ait une formation au niveau de la commune.

—Adjoint au maire, 50 ans, éducation secondaire, Talata Ampano

Le technicien d'appui de l'ONG s'exprime dans ce sens et considère que les sessions de supervision doivent être menées par le personnel local afin d'accroître l'appropriation de l'approche et de veiller à ce que l'environnement culturel, économique et logistique soit bien compris.

Nous ne devrions pas recruter d'individus extérieurs à la communauté pour le suivi. Ces activités doivent être menées par quelqu'un de compétent en son sein. Il existe toujours un chef de file dans chaque communauté et cette personne sait comment gérer son domaine. Auparavant, le superviseur venait d'Antananarivo pour prendre en charge le suivi dans une communauté qu'il ne connaissait même pas. Les techniciens locaux auraient dû être alertés. Ces superviseurs [extérieurs] ignorent l'histoire locale et l'environnement du village.

—Technicien d'appui d'une ONG locale, 36 ans, éducation universitaire, Fianarantsoa

Par ailleurs, cette personne a été attentive au fait que la logistique du projet – étant donné l'étendue et l'aspect montagneux de la zone en question – ne permettait pas vraiment de copier les projets communautaires ayant été développés dans d'autres pays à travers le monde et ayant bénéficié d'une meilleure accessibilité géographique. Il est par conséquent nécessaire d'adapter localement la conduite des opérations et des activités de supervision au contexte malgache.

Ce projet est né d'un autre programme mis en œuvre à l'étranger, au Bangladesh. Ainsi, les travaux de recherche y ayant trait ont dans un premier temps été accomplis par des chercheurs étrangers. C'est ensuite que le projet est arrivé à Madagascar, et il est implanté comme ça alors qu'en fait nous devons l'harmoniser avec la culture et l'environnement social et économique de la population locale.

—Technicien d'appui d'une ONG locale, 36 ans, éducation universitaire, Fianarantsoa

De la même manière, le directeur de la santé (bien qu'il ne soit pas directement évoqué dans le projet depuis le début de l'agitation politique à Madagascar) a également vu dans les difficultés logistiques un obstacle majeur à la prestation de services et à la supervision.

Pour nous, le principal problème est celui de la distance (...) Si le/la chef CSB est seul(e) dans le poste et qu'il/elle s'occupe de la supervision [sur le site], cette personne a besoin de quelqu'un pour prendre sa place. Quelqu'un garde ainsi le centre de santé ouvert ou prend en charge la supervision sur le terrain. Ou encore, pour éviter la fermeture du centre de santé [durant les périodes de supervision], le chef CSB peut traiter les personnes malades pendant la moitié de la journée et partir en supervision au sein de la communauté durant l'autre moitié, à condition qu'il ou elle dispose d'un moyen de transport. Et nous manquons de véhicules, du service de santé du district jusqu'au niveau du CSB.

—Responsable santé au niveau du district, 52 ans, éducation universitaire, Fianarantsoa

Bien qu'une réflexion ait été lancée au sujet de la supervision parmi les échelons les plus élevés de la structure de KM Salama, celle-ci n'a pas été communiquée efficacement aux AC. En réalité, si le chef CSB prend en charge la supervision et parvient à y intégrer des aspects des réunions complètes (par exemple à travers des jeux de rôle) et conduit celle-ci de manière mensuelle lorsque les AC présentent leur rapport, alors la fréquence de la supervision aura augmenté. Toutefois, les AC ont craint d'avoir été abandonnés en raison de la reprogrammation de la supervision tous les six mois.

Nous avons une séance d'analyse et de supervision mensuelle. L'analyse mensuelle ne changera pas. En revanche, la supervision avait auparavant lieu tous les trois mois et nous sommes surpris d'apprendre qu'elle aura désormais lieu tous les six mois !

—AC mères (femme), 37 ans, éducation secondaire, Talata Ampano

Nous avons besoin de supervision. C'est bien que les superviseurs viennent car ils nous aident. Ils nous secouent un peu et nous font réfléchir ! Il est davantage bénéfique pour nous d'être supervisés tous les trois mois que de manière semestrielle. Autrement, nos cerveaux risquent de se mettre en veille !

—AC enfants (femme), 45 ans, éducation universitaire, Talata Ampano

Ainsi, l'information des AC sur la supervision doit avoir lieu rapidement afin de leur assurer qu'il est dans leur intérêt, comme dans celui du projet, que les réunions de supervision complètes deviennent moins fréquentes, qu'il faut améliorer la qualité de la supervision au niveau local. Ainsi, le chef CSB les soutiendra davantage en collaboration avec l'ONG locale et le comité de développement social. Cette stratégie peut s'avérer payante étant donné que la majorité des AC entretiennent d'excellentes relations avec le chef CSB. Un système de gestion du temps de travail et un système de classification permettraient au chef CSB de noter et classer les AC. Ensuite, il ou elle pourrait se focaliser sur la supervision approfondie de ceux qui en ont besoin.

CONCLUSIONS

Le projet Santénet2 s'étend à très grande échelle et son rythme d'extension est rapide. Ainsi, ses objectifs ambitieux en termes de couverture et de prestation de services sont difficiles à atteindre. Cependant, le programme semble être en mesure d'accomplir son mandat concernant les indicateurs examinés dans cette étude. Madagascar présente des spécificités telles, en termes

de terrain et de culture, que le projet ne peut être basé sur une approche passe-partout tirée d'autres programmes de santé communautaires et mis en œuvre ailleurs dans le monde. En outre, un modèle unique ne peut convenir à l'ensemble du pays. Ainsi, la réponse proposée par le projet doit être à la fois innovatrice et flexible. Les débats actuels sur la supervision montrent que le projet doit répondre aux besoins locaux, en particulier ceux relatifs à la pérennité du programme.

La formation a permis d'améliorer les connaissances et les compétences techniques des AC. Elle encourage un changement de comportement au sein des communautés, grâce à la transmission et à l'application des messages partagés par les AC. Ils jouissent d'un bon statut dans la



Source : Sarah Castle, Consultante, IntraHealth

communauté et disposent de compétences sociales bien établies. Ils mettent particulièrement en avant l'accueil des clients, la discrétion à leur égard et le respect de leur confidentialité. Toutefois, l'efficacité de ces agents est amoindrie en raison des ruptures de stocks qui doivent être mieux gérées en collaboration avec les partenaires du projet. Les AC sont par ailleurs handicapés par l'absence d'un endroit où mener leurs consultations. Cela pourrait être rectifié par l'effective collaboration de la communauté à la construction d'un site adéquat pour

dispenser les consultations et les traitements. L'impact du programme sur le recours aux services de planification familiale, la santé maternelle et la charge de morbidité et de mortalité infantile est perçu comme étant élevé, tout comme son influence sur le développement social et économique dans son ensemble.

Les AC semblent entretenir d'excellentes relations avec le chef CSB qui les supervise et les conseille de manière routinière. Ces efforts seront accentués et les compétences seront renforcées à ce niveau de manière à ce que le chef CSB prenne davantage de responsabilités en matière de supervision en collaboration avec l'ONG partenaire. Les réunions de supervision semestrielles menées par SantéNet2, combinées à une supervision mensuelle améliorée conduite par le centre de santé et l'ONG locale, aideront à pérenniser ces efforts. Ceci doit, cependant, être communiqué efficacement aux AC qui se sentent abandonnés en matière de supervision, bien qu'ils obtiennent une grande satisfaction dans le reste de leur travail. En réalité, en améliorant la qualité de la supervision dont ils bénéficient chaque mois, les AC seront supervisés plus fréquemment, ce qui permettra une meilleure appropriation de l'approche au niveau local à travers l'engagement du centre de santé de base, et la participation active des parties prenantes. Ces dernières étant illustrées par la volonté du comité de développement social jouent également un rôle plus actif en matière de supervision.

Le projet a fait d'énormes progrès dans le déploiement de la prestation de services dans des zones faisant face à de grands problèmes logistiques. La communauté semble témoigner un engagement fort et les AC constituent un lien important entre les villageois et leur centre de santé de base. En outre, ils interviennent rapidement et efficacement sur le terrain pour minimiser le temps d'attente pour les traitements et référer les patients vers les services adéquats. Le projet ne semble pas seulement avoir un impact sur le secteur de la santé. Il influence également l'ensemble du développement de la communauté et le bien-être des familles.

RECOMMANDATIONS

1. Il est urgent d'expliquer avec soin à tous les acteurs et partenaires (AC, centre de santé de base, comités de développement social, ONG) le système de supervision ainsi que la fréquence des réunions de supervision formelles. La nouvelle stratégie consiste à se fier à des superviseurs locaux pour assurer les sessions de supervision mensuelles avec les AC. Les superviseurs indépendants de SantéNet2 conduiront ensuite des sessions de supervision conjointes et approfondies avec les AC et les superviseurs locaux une fois par semestre. Ce mécanisme permettra de garantir la qualité de la supervision dispensée par ces superviseurs locaux. Il s'agit du moyen le plus adapté, le plus rentable et le plus durable à travers lequel le projet peut influencer la qualité de la supervision assurée par ces employés publics locaux.
2. Le projet doit continuer à appuyer les chefs CSB pour qu'ils poursuivent les séances de supervisions mensuelles et garantissent la qualité de la supervision, encourageant la pratique par les jeux de rôle ou l'observation des prestations de soins et donnant des conseils techniques aux AC en collaboration avec l'ONG partenaire et le comité de développement social.
3. Il est urgent de travailler en étroite collaboration avec les partenaires, tels que PSI, afin de minimiser les ruptures de stocks et d'établir des plans de contingence avec le centre de santé de base quand ces ruptures ont lieu (par exemple, sur l'avis du chef CSB, en remplaçant un médicament non disponible par un autre médicament adéquat en stock).
4. De même manière, il est important de résoudre le problème dû au manque de balances pour la pesée des bébés. Ceci pourrait être possible grâce à une meilleure collaboration avec les partenaires locaux, tels que SEECALINE.
5. Il convient par ailleurs de renforcer l'engagement des communautés et le soutien qu'elles apportent au programme – par exemple en les encourageant à bâtir un endroit où mener les consultations et en les amenant à « motiver » les AC en temps ou en nature, par exemple, en cultivant leurs champs.
6. Le développement futur du projet devra permettre aux AC mères de bénéficier de la formation des AC enfants, et inversement. Actuellement, ces deux domaines sont séparés, créant ainsi une fausse division entre eux, alors qu'ils devraient aller de pair. Par

exemple, si les AC bénéficient des deux formations, la malnutrition infantile pourrait être identifiée quand les mères viennent pour les consultations en planification familiale. De même, les femmes amenant leur enfant pour la pesée pourraient recevoir des conseils en planification familiale. Jusqu'à ce que cette formation croisée soit réalisable, il convient d'encourager les AC à travailler par groupe de deux et/ou à se référer à leur homologue quand cela est nécessaire.

7. Une attention particulière doit être portée au contexte culturel et religieux pour dissiper les rumeurs autour de la planification familiale. De même, les aspects positifs du comportement culturel liés à la santé, tels que l'allaitement maternel, doivent être encouragés.