# Fiche d'Evaluation par la Communauté:

*Une approche innovatrice de MAHEFA pour améliorer la qualité des services de santé communautaire*

Community-Based Integrated Health Program (CBIHP), localement dénommé MAHEFA, est un programme de santé communautaire intégré financé par l'USAID pour cinq ans (2011-2016). Le programme a été mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), en partenariat avec Transaid et The Manoff Group, et en étroite collaboration avec le Ministère de la santé publique, le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène et le Ministère de la Jeunesse et des sports. Il a été réalisé dans six régions du nord et du nord-ouest de Madagascar (Menabe, SAVA, DIANA, Sofia, Melaky et Boeny). Durant la vie du programme, 6,052 agents communautaires (AC) ont été formés, équipés et supervisés pour fournir des services de santé de base dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile; la planification familiale et la santé reproductive, y compris la prévention des infections sexuellement transmissibles; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; la nutrition; la prévention et le traitement du paludisme. Les AC ont été sélectionnés par les membres de leur communauté, encadrés et supervisés par les responsables des centres de santé de base. Ils ont fourni des services selon le mandat qui leur est assigné dans la Politique Nationale de Santé Communautaire. (PNSC) Dans ce cadre, à l'instar des autres acteurs communautaires impliqués dans le programme, ils ont accompli leur travail en volontaires.

Cette fiche technique fait partie d'une série de quinze fiches techniques produites par MAHEFA, et qui mettent en évidence des approches stratégiques choisies, des innovations, des résultats et des enseignements tirés du programme. Les thèmes abordés dans les fiches techniques concernent *la responsabilisation pour le changement de comportement, les groupes d'écoute radio, l'utilisation de la Fiche d'Evaluation par la Communauté, l'introduction combinée de Chlorhexidine 7,1% / Misoprostol, l'approche Communes Championnes, la mobilité des AC, le système de transport d'urgence communautaire, le paludisme, la motivation des AC, la planification familiale et la jeunesse, WASH, eBox, les mutuelles de santé, les systèmes d'information pour la santé communautaire, et le renforcement de capacité des ONG.*

## Contexte Général

L'évaluation de la satisfaction des usagers utilisant la Fiche d'Evaluation pour la Communauté (FEC) suscite les rétro-informations directes de la part des utilisateurs de services et incite le dialogue entre les utilisateurs et les prestataires de services en santé. L'approche FEC permet à la communauté et aux prestataires de santé des formations sanitaires locales de collaborer ensemble afin d'améliorer les services. Par rapport à d'autres outils de redevabilité sociale, l'approche FEC ne demande qu'un minimum de technologies et est facilement replicable à une plus grande échelle. Contrairement à d'autres systèmes classiques de suivi souvent des processus long et centralisés, la méthode FEC implique directement les acteurs communautaires et se focalise surtout sur le partage rapide en public et des commentaires. La FEC exige le partage d'informations entre utilisateurs sur les normes de service et sur les autres composantes des services qu'ils peuvent influencer directement avec les prestataires de services. Dans certains cas, elle peut promouvoir un esprit de compétition entre prestataires de services car elle peut comparer leur performance respective. Le programme MAHEFA a utilisé l'approche FEC et les outils y afférents afin d'améliorer la qualité des services en santé fournis par les quelques 6 052 agents communautaires (AC) travaillant dans ses six régions d'intervention[1].

## Contexte de MAHEFA

La FEC a été introduite à Madagascar en 2007 à travers des projets financés par la Banque mondiale, tels le *Programme de Réformes pour l'Efficacité de l'Administration* (PREA) et le *Projet de Gouvernance et Développement Institutionnel* (PGDI). Lesdits projets ont surtout travaillé en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé. Les AC jouent un rôle important dans l'offre de services en santé à Madagascar, en particulier dans les régions très reculées du pays où la couverture sanitaire conventionnelle limitée. MAHEFA a renforcé la capacité de ces AC afin qu'ils puissent offrir une gamme de prestations de services en santé, incluant la planification familiale, la santé reproductive, la nutrition, ainsi que l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Afin d'améliorer la qualité des services en santé fournis par ces AC et mettre en actions les recommandations de la Banque Mondiale, MAHEFA a initié l'approche FEC avec les AC dans ses six régions d'intervention. Ce fut la première fois que l'approche FEC a été utilisée à Madagascar auprès des AC.

## Approche de MAHEFA

MAHEFA a commencé l'introduction pilote FEC en 2013 en utilisant la méthodologie « focus group » pour recueillir les informations sur la performance des AC dans la prestation des services en santé. Les groupes de discussion ont permis de collecter des réponses détaillées sur la perception des communautés des services fournis par les AC. Toutefois, ils nécessitaient le déploiement de beaucoup de ressources et une organisation plus élaborée. En 2015, MAHEFA a introduit une méthodologie additionnelle incluant les entretiens individuels en complément des « focus group ». Cette technique a fourni des informations similaires

*1. La Banque Mondiale, 2008. Mise à l'échelle du processus de fiche d'évaluation par la communauté dans le secteur de la santé à Madagascar. Projet pour discussion, 20 novembre 2008*

que celles obtenues par les « focus group », à moindre coût, car les entretiens étaient organisés au cours des supervisions de routine. À la fin du programme, MAHEFA a estimé que l'utilisation concomitante des 2 techniques dans l'ensemble de ses six régions était la meilleure approche pour la FEC, et plus efficace pour améliorer la qualité des services fournis en santé communautaire.

## Principales Activités

1. ***Adapter les méthodes et outils de FEC pour l'utilisation communautaire.*** Durant le premier semestre 2013, l'équipe MAHEFA a évalué la faisabilité technique de l'approche de FEC dans les zones d'intervention du programme. Il s'agissait de mener des études de faisabilité et projets pilotes, lesquels ont débouché à l'élaboration d'outils à base communautaires et des indicateurs y afférents. Les régions Menabe, Sofia et DIANA ont été sélectionnés pour la mise en œuvre des projets pilotes parce qu'ils disposaient de plus grand nombre de *fokontany* et d'AC.

2. ***2. Identifier les meilleures approches FEC de la phase pilote et les répliquer dans les autres régions MAHEFA.*** Après les phases pilotes, MAHEFA a ajusté l'approche et les outils FEC et a formé plus de 300 agents de terrain dont l'équipe de MAHEFA ainsi que les staffs de ses ONG partenaires sur la conduite des « focus group » FEC et le rapportage des données recueillies. Les ONG organisaient les « focus group », tandis que l'équipe MAHEFA facilitaient les discussions. L'approche FEC a été aussi élargie à l'ensemble des six régions d'interventions de MAHEFA. Les discussions se déroulaient en deux parties séparées, les AC à part, et les usagers de l'autre côté. Les AC remplissaient une fiche d'auto-évaluation sur la base de 11 indicateurs. Les utilisateurs communautaires, quant à eux évaluaient en parallèle la qualité des services fournis par les AC sur la base des mêmes 11 indicateurs (Encadré 1) . Les deux groupes se réunissent par la suite et se partagent leurs constats. Un plan d'action est ainsi élaboré à la suite de cette discussion de restitution afin d'adresser tous les points à améliorer identifiés par les deux groupes. Lesdites discussions duraient environ une demi-journée avec la participation de 8 à 12 personnes. La fréquence des « focus group FEC » varie d'une communauté à l'autre. Toutefois, MAHEFA a recommandé que ces discussions « focus group » aient lieu tous les 6 mois pour plus d'efficacité.

**Encadré 1. Les Onze Indicateurs FEC**

MAHEFA a choisi 11 indicateurs pour la FEC pour être utilisés par les AC, les prestataires de services, et la communauté (utilisateurs potentiels des services des AC). Deux des indicateurs étaient obligatoires pour tous les *fokontany* alors que les neuf autres indicateurs dépendaient des besoins spécifiques de chaque *fokontany*.

Pendant les sessions FEC, notamment les « focus group » et les entretiens individuels, les participants doivent discuter de quatre des indicateurs. Les deux premiers sont les indicateurs obligatoires sus mentionnés, et les deux autres sont les indicateurs qui, selon la communauté, sont les plus importants pour eux durant la période de discussions. De ce fait, les deux derniers indicateurs peuvent changer d'une session FEC à une autre.

1) Disponibilité des AC pour fournir les services
2) Propreté de Toby et des aires de rangement
3) Qualité de l'infrastructure (disponibilité des latrines, des fosse d'élimination, etc.)
4) Transparence des services (liste et prix des médicaments et produits, et heures de travail affichés)
5) Qualité relationnelle entre les prestataires et les utilisateurs
6) Niveau de participation de la communauté dans la construction de sites permanents et leur équipement
7) Qualité de la relation entre AC, CSB, et les leaders communautaires
8) Disponibilité et la diversité des médicaments et intrants de santé
9) Cout des services ou des médicaments
10) Qualité des séances de sensibilisation menées par l'AC
11) Qualité des soins et conseils offerts par l'AC

***3. Mener une revue interne et apporter des modifications sur la méthodologie FEC et les outils.*** En 2014, MAHEFA a réalisé une évaluation interne de son approche FEC. Ladite évaluation a permis d'identifier deux principaux facteurs de blocage dans la mise en œuvre de l'approche FEC «focus group». Elle exigeait d'une part beaucoup de ressources, notamment humaines, temps et financière. D'autre part, elle dépendait trop de l'équipe d'appui externe, soit du personnel de l'ONG. Dans les communautés, pour la plupart, où l'équipe de terrain des ONG n'a pas suivi les plans de travail FEC établis, les activités FEC n'ont pu être menées à terme selon les prévisions. Afin de pallier cette lacune, l'équipe de MAHEFA a effectué des visites de supervisions régulières auprès des ONG pour s'assurer qu'ils mettent en œuvre convenablement le plan de travail FEC, et a ajouté les entretiens individuels dans l'approche FEC.

***4. Mettre en œuvre les deux approches FEC dans toutes les régions MAHEFA.*** Après la revue interne réalisée en fin 2014, MAHEFA avait décidé d'utiliser les deux méthodes de FEC pour toutes ses régions d'interventions. Les discussions « focus group » ont été menées dans certains *fokontany* sélectionnés de chaque région, tandis que les entretiens individuels ont été conduits sur une base mensuelle conjointement par le personnel de terrain des ONG et les leaders communautaires. Au cours des revues « Communes Championnes », chaque chef *fokontany* présentait ses résultats FEC issus des deux méthodes et partageait comment avec les parties prenantes ils ont amélioré la qualité des services dans sa communauté.

.

# Résultats

A la fin du programme MAHEFA, 1 866 *fokontany* ont mené des séances de FEC en « focus group » une fois, 290 *fokontany* les ont fait deux fois et 39 *fokontany* les ont réalisé trois fois ou plus. En outre, 8.170 entretiens individuels de FEC ont été conduits dans 2.828 *fokontany*.

Le processus FEC a permis de recenser et comptabiliser le nombre de sites permanents pour les AC. Ces sites, appelés *Toby*, constituent pour les AC le lieu habituel de travail et de prestations de services. La communauté était responsable de l'opérationnalisation de ces sites en échange des services gratuits fournis par les AC. La méthodologie « focus group » FEC a permis aux AC et aux membres de la communauté et de continuer et comprendre l'importance de leur connexion mutuelle et ainsi encourager la communauté à assumer leur responsabilités envers les AC, à bénéficier des services des AC. La figure 1 montre les réalisations liées à la construction et l'entretien des *Toby* des AC.

Figure 1. Réalisations FEC par la communauté suite à l'utilisation de la méthodologie "focus group FEC" à fin février 2016

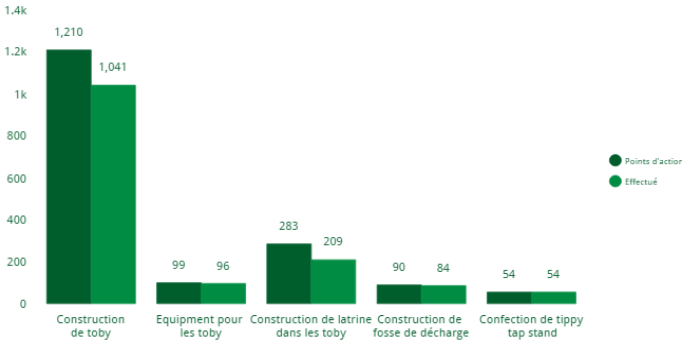
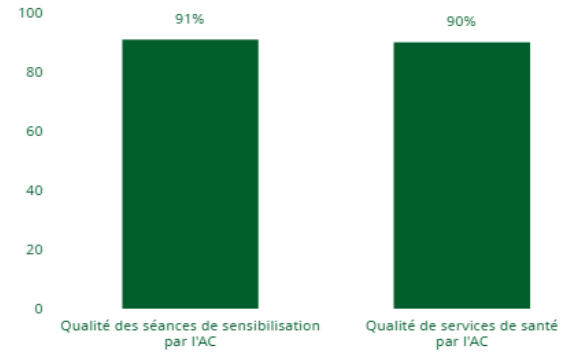
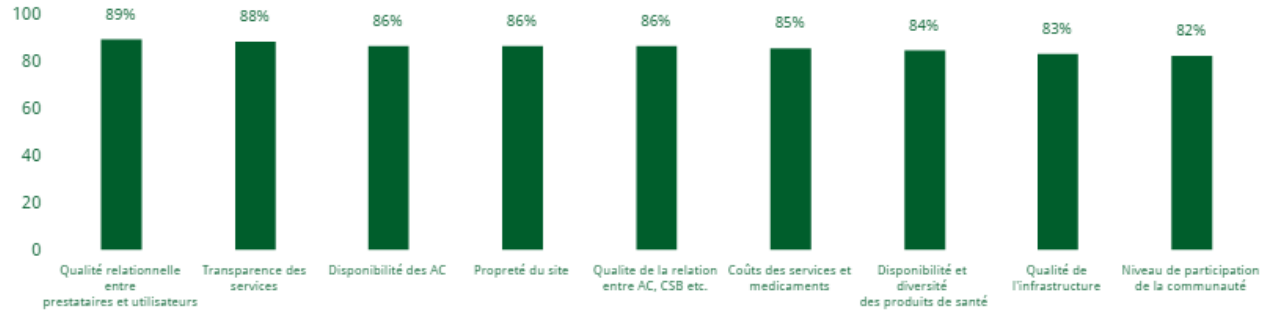



Figure 2. Taux de satisfaction pour les deux indicateurs de FEC obligatoires (n=47.896)




Les Figures 2 et 3 représentent les résultats des entretiens individuels FEC relatifs à la satisfaction des usagers. Selon les scoring pré-établis (au-dessus de 80% = très satisfaits), la Figure 2 montre que la communauté était très satisfaite de la qualité des séances d'éducation et des soins et conseils en santé qu'ils ont reçus des AC. De même, la figure 3 montre que les usagers étaient tout autant très satisfaits de tous les indicateurs FEC choisis.

Figure 3. Taux de satisfaction pour neuf indicateurs électifs des interviews FEC




# Défis

**Les concepts et mécanisme de l'approche FEC auprès des AC sont nouveaux à Madagascar et dans les zones d'intervention du programme MAHEFA, et de ce fait n'ont pu être bien assimilés par les personnes qui ont mené les activités au niveau communautaire**. Par conséquent, le personnel de terrain et les membres de la communauté n'étaient pas motivés dans la conduite des activités FEC, ce qui rendait le suivi de la mise en œuvre du plan d'action communautaire difficile. Cela a abouti en outre à des faibles taux de rapportages des activités de FEC.

**Les activités FEC ont été initiées par MAHEFA durant la période de restriction politique où le programme n'a pas été autorisé à travailler avec le secteur public.** Partant, les comités de santé (COSAN) et les Comités Communale de Développement de la Santé (CCDS) n'ont pu être formés pour faciliter l'approche FEC.

**Le modèle « focus group » FEC exige trop de ressources financières, humaines et matérielles pour que la communauté puisse le maintenir sur le long terme.** Pour organiser le « focus group » FEC, il faut au minimum un facilitateur formé, des outils et en moyenne 8 participants. Aussi, de telle activité pourrait être difficile pour la communauté à pérenniser.

**Dans certains cas, la méthodologie et les outils n'ont pas tout à fait répondu aux besoins de la communauté ni au contexte local parce que la communauté ne s'est pas encore appropriée ladite approche.** Comme le programme MAHEFA a mandaté les ONG locaux partenaires pour réaliser et animer les activités FEC, les leaders communautaires ne se sentaient pas pleinement responsables et ne se sont pas appropriés de la conduite des activités FEC.

**La technique FEC par entretien individuel a été seulement introduite au cours de la dernière année du programme.** Ainsi, le temps n'était pas suffisant pour connaître l'impact. En outre, les COSAN n'ont pas eu suffisamment de temps pour assumer pleinement leur engagement et renforcer leurs compétences pour réaliser eux-mêmes les activités FEC.

## Leçons Apprises et Recommandations

**Planifier l'introduction des deux méthodologies dès le début du programme.** Les deux méthodologies FEC sont complémentaires, mais doivent être bien expliquées et bien planifiées au début du programme, afin d'éviter toutes confusions dans la communauté. La méthodologie « focus group » FEC permet une plus grande mobilisation de la communauté et favorise la prise rapide de décision collective. Quant à l'entretien individuel FEC, il offre plus de confidentialité aux utilisateurs mais retarde le processus de prise de décision collective. L'entretien individuel désolidarise également la communauté et rend difficile l'élaboration d'un plan d'action communautaire. Etant donné que les entretiens individuels se tiennent entre les prestataires et les utilisateurs, cela ne permet pas d'avoir les restitutions conjointes entre les bénéficiaires, les AC et les autorités locales en vue d'élaborer ensemble le plan d'action communautaire.

**Intégrer à la fois les 2 méthodologies « focus group » et entretiens individuels comme composantes de l'approche FEC.** La confidentialité est un élément important dans l'entretien FEC. Certains membres de la communauté ont déclaré préférer le « focus group », car ils peuvent écouter et entendre les idées et les opinions des autres ; mais ils ont également apprécié l'entretien individuel FEC qui leur a permis de s'exprimer plus librement.

**Introduire l'approche FEC auprès de la communauté en utilisant en premier lieu la méthodologie « focus group ».** Cette méthodologie permet de conscientiser la population sur la santé communautaire et les rôles des AC. L'on pourrait par la suite continuer avec une FEC interview, étant donné que les f*okontany* auront déjà participé à une réunion d'interface de mobilisation de la communauté autour des besoins exprimés des utilisateurs et des prestataires de services lors des « focus group ».

**Former et accompagner les membres des comités locaux de santé et les AC sur le concept, la méthodologie et les outils FEC pour mener à bien l'approche FEC.** L'un des aspects les plus importants du processus FEC est que la communauté développe un plan d'action afin d'améliorer les indicateurs de santé jugés critiques par la communauté. Cela demande un fort engagement à la fois de la part des AC et des membres du COSAN pour élaborer le plan d'action et par la suite faire le rapportage des activités sur les progrès réalisés auprès des CCDS au niveau de la commune.

**POUR PLUS D'INFORMATION, VEUILLEZ CONTACTER:**

JSI Research & Training Institute, Inc. | 44 Farnsworth Street, Boston, MA 02210 617.482.9485, www.jsi.com
Cette fiche technique a été rendue possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). JSI Research and Training Institute, Inc est entièrement responsable de son contenu, qui n'exprime pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.