PRESIDENT'S MALARIA INITIATIVE

RAPPORT DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION

Fonctionnalité et performance du programme des agents de santé communautaires à Madagascar :

Une synthèse d'évaluations qualitatives et quantitatives

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 : Sarah Smith (EnCompass LLC), Aarti Agarwal (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC), Lauren Crigler (consultante indépendante, anciennement d'Initiatives, Inc.), Maria Gallo (CDC), Alyssa Finlay (CDC), Francis Antonio Homsi (John Snow Inc., ancien consultant URC), Emily Lanford (URC), Christiane Wiskow (Organisation internationale du travail, ancienne consultante URC), et Tana Wuliji (URC). 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 DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION

Fonctionnalité et performance du programme des agents de santé communautaires à Madagascar : Une synthèse d'évaluations qualitatives et quantitatives

AVRIL 2013

Sarah Smith, EnCompass LLC
Aarti Agarwal, U.S. Centers for Disease Control and Prevention
Lauren Crigler, consultante indépendante (anciennement d'Initiatives, Inc.)
Maria Gallo, U.S. Centers for Disease Control and Prevention
Alyssa Finlay, U.S. Centers for Disease Control and Prevention
Francis Antonio Homsi, John Snow Inc. (ancien consultant URC)
Emily Lanford, University Research Co., LLC
Christiane Wiskow, Organisation internationale du travail (ancienne consultante URC)
Tana Wuliji, University Research Co., LLC

AVERTISSEMENT

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

Remerciements : Nous voudrions remercier la communauté des agents de santé communautaires, leurs communautés et les chefs des centres de santé de base de Madagascar pour leur participation. Nous remercions le Ministère de la santé publique et les départements de nous avoir permis de coordonner cette évaluation avec eux. Nous remercions l'UNICEF, Santénet2 et TANDEM pour leur assistance dans ces évaluations. Les auteurs adressent des remerciements tout particuliers à Robert Kolesar pour son soutien et ses conseils tout au long de ces évaluations. Nous remercions le personnel des *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis (CDC) pour leurs conseils et leur expertise dans la conception de l'évaluation, l'analyse et la revue technique, ainsi que la révision. Nous remercions d'autres membres de la Mission de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et de Population Services International pour leurs conseils et leur contribution à l'évaluation. Nous exprimons aussi notre gratitude à Edward Broughton et Beth Goodrich pour leurs revues techniques et rédactionnelles.

Cette évaluation a été soutenue par le peuple américain à travers le Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID (HCI), l'Initiative du président pour la lutte contre le paludisme (PMI) et les CDC. Le HCI est géré par University Research Co., LLC (URC) dans le cadre du contrat n° GHN-I-03-07-00003-00. Les sous-traitants d'URC pour le HCI sont EnCompass LLC, FHI 360, Health Research, Inc., Initiatives Inc., l'Institute for Healthcare Improvement et le Centre pour les programmes de communication de Johns Hopkins University. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le travail du HCI, à l'adresse suivante : www.hciproject.org, ou vous pouvez écrire à : hci-info@urc-chs.com.

Citation recommandée : Smith SC, Agarwal A, Crigler L, Gallo M, Finlay A, Homsi FA, Lanford E, Wiskow C, Wuliji T. 2013. Fonctionnalité et performance du programme des agents de santé communautaires à Madagascar : Une synthèse d'évaluations qualitatives et quantitatives. *Rapport de recherche et d'évaluation*. Publié par le Projet d'amélioration des soins de santé (USAID). Bethesda, MD : University Research Co., LLC (URC).

TABLE DES MATIÈRES

Liste des encadrés, tableaux et figures i
Abréviations ii
RÉSUMÉ ANALYTIQUE iii
I. INTRODUCTION 1
A. Le contexte 1
B. La santé communautaire à Madagascar 1
C. But de la synthèse 2
D. Description des programmes évalués 3
II. MÉTHODOLOGIE 5
A. Évaluation qualitative 5
B. Étude transversale 11
C. Synthèse 12
III. RÉSULTATS 13
A. Description de l'échantillon de l'étude 13
B. Fonctionnalité du programme des ASC 14
C. Supervision 19
IV. DISCUSSION 25
A. Fonctionnalité des programmes 25
B. Pratiques et outils de supervision 26
C. Limitations 27
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 28
VI. RÉFÉRENCES 30

Liste des encadrés, tableaux et figures

Encadré 1 : Les rôles clés de Santénet2 dans le soutien aux ASC à Madagascar 3
Encadré 2 : Les rôles clés de l'UNICEF dans le soutien aux ASC à Madagascar 5

Tableau 1 : Nombre estimé d'agents de santé communautaires, par région et source de formation, 2012 4
Tableau 2 : Types de possibilités d'avancement, par type d'ASC 18
Tableau 3 : Proportion d'enfants classifiés correctement par les ASC (n=745) 22
Tableau 4 : Proportion d'enfants traités correctement pour des maladies de PCIME-c 23
Tableau 5 : Notes de performance pour les ASC de PCIME-c (n=622 rencontres) 23
Tableau 6 : Notes de fonctionnalité selon la MEAP ASC, trois régions de SN2 26

Figure 1 : Composantes d'un programme d'ASC et interventions examinées dans la boîte à outils de la MEAP ASC 6
Figure 2 : Aperçu de la méthodologie d'évaluation qualitative 6
Figure 3 : Couverture géographique de l'évaluation qualitative et de l'étude transversale 13
Figure 4 : Personne effectuant une évaluation de la performance des ASC, par type d'ASC 15
Figure 5 : Méthode d'évaluation de la performance des ASC, par type d'ASC 16
Figure 6 : Compétences des ASC évalués pendant les évaluations formelles de la performance, par type d'ASC[1] 16
Figure 7 : Distribution des notes de performance parmi les ASC de PCIME-c (n=149) 24
Figure 8 : Distribution générale des notes de performance parmi les ASC de SR/PF (n=100) 24

Abréviations

ASC	Agent de santé communautaire
ASN	Application de la stratégie nationale (GFATM)
ASOS	Action Socio-Sanitaire et Organisation Secours
BCS	Basé (médecin ou superviseur) dans un centre (ou un poste) de santé
CARE	*Cooperative for Assistance and Relief Everywhere*
CDS	Comité de développement social
CRS	*Catholic Relief Services*
CSB	Centre de santé de base
GDD	Groupe de discussion dirigée
GFATM	*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*/Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme
GH Tech	*USAID Global Health Technical Assistance Project*/Projet mondial d'assistance technique pour la santé (USAID)
HCI	*USAID Health Care Improvement Project*/Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID
KMS	Kaominina Mendrika Salama (approche des communes championnes certifiées)
MEAP ASC	Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires
MSP	Ministère de la santé publique
ODDIT	Organisation diocésaine pour le développement de Toamasina
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME-c	Prise en charge intégrée communautaire des maladies de l'enfant
PF	Planification familiale
PSI	*Population Services International*
SIMS	Système d'information multi-services
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SN2	USAID/Santénet2
SPN	Soins prénatals
SR	Santé de la reproduction
TA	Technicien d'appui
TB	Tuberculose
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
URC	*University Research Co., LLC*
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
WASH	*Water, Sanitation, and Hygiene*/Eau, assainissement et hygiène

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Introduction

Avec d'environ 3,5 millions d'agents de santé communautaires (ASC) à travers le monde, ce cadre de prestataires de services de première ligne représente une composante inestimable de la main-d'œuvre de santé qui fournit des soins de santé primaires à ses communautés. Le Ministère de la santé publique de Madagascar avait déjà porté à plus 35 000 le nombre des agents de santé communautaires (ASC) en décembre 2012.

Depuis plus d'une décennie, la Mission à Madagascar de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et d'autres partenaires investissent dans le développement d'un système national d'ASC pour améliorer l'accès à des services de soins de santé primaires salvateurs à l'intention des populations rurales et excentrées. À l'heure actuelle, le Projet USAID/Santénet2 (SN2) s'efforce d'accroître l'accès à des interventions à base communautaire dans 800 communes concentrées dans 16 régions de l'est et du sud de Madagascar. SN2 fournit un renforcement des capacités locales, des formations et des supervisions pour mobiliser plus de 12 000 ASC afin d'offrir des services de santé salvateurs, notamment un counseling en planification familiale et des contraceptifs de courte durée ; et des services de santé maternelle, néonatale et infantile, en particulier la prise en charge communautaire du paludisme, de la pneumonie et des maladies diarréiques simples. En général, deux ASC ont été élus par leur communauté dans chacun des 5 758 villages ciblés qui se situaient à plus de cinq kilomètres du centre de santé le plus proche. Le MAHEFA, projet frère de Santénet2, renforce le soutien aux activités communautaire intégrées au moyen de 3 500 ASC dans l'ouest et le nord de Madagascar qui sont mal desservis.

L'USAID/Madagascar a demandé au Projet d'amélioration des soins de santé (HCI) de l'USAID et au Projet mondial d'assistance technique pour la santé (*Global Health Technical Assistance*/GH Tech), avec l'assistance technique des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des Etats-Unis, de réaliser une évaluation qualitative et une étude transversale, portant respectivement sur la fonctionnalité et la performance des programmes d'ASC. Le but du présent rapport est de faire la synthèse des conclusions des deux évaluations. Les conclusions complètes sont disponibles dans les rapports d'évaluation respectifs (Wiskow et al. 2013 et Agarwal et al. 2013)

Méthodologie

Une approche intégrée a été utilisée pour cette synthèse, regroupant les conclusions de l'évaluation qualitative et de l'étude transversale. Le résultat est une analyse descriptive de la fonctionnalité et de la performance des programmes de ASC à Madagascar.

L'évaluation qualitative a utilisée la boîte à outils de la Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC), mise au point par HCI, et avec laquelle les ASC, leurs supérieurs et autres parties prenantes principales réalisent une auto-évaluation de la fonctionalité du programme. La MEAP ASC définit la fonctionalité d'un programme en fonction de 15 éléments du programme, tels que le recrutement, la formation, la supervision et l'évaluation de la performance, les incitations et les liens avec le système de santé, en attribuant l'une des notes suivantes à chaque élément : meilleure pratique, partiellement fonctionnel ou non fonctionnel. Cette boîte à outils a été complétée par une composante de supervision dans le cadre de laquelle ont été réalisés des interviews et groupes de discussion dirigée avec les ASC et leurs superviseurs pour se faire une meilleure idée des pratiques de supervision. Des données ont été collectées sur le soutien du projet Santénet2 (SN2) de l'USAID dans les régions d'Atsinanana, Analamanga et Androy. Dans la région d'Androy, on a ajouté également les ASC gérés par les centres de santé dont la formation initiale avait été soutenue par l'UNICEF.

Le volet quantitatif a été conçu sous forme d'enquête transversale et il comprenait un questionnaire administré à 249 ASC de 16 districts ou groupes de districts qui dispensaient des services de santé de l'enfant et de santé de la reproduction. Le questionnaire a collecté des données sur les caractéristiques démographiques des ASC, le recrutement, la formation, la supervision, les facteurs motivants, les fournitures et le matériel, et les références. L'étude transversale a également compris un volet sur la performance pour évaluer la qualité des soins fournis par les ASC. Les ASC chargés de la prise en charge intégrée communautaire des maladies de l'enfant (PCIME-c) ont été observés pendant qu'ils dispensaient des soins à des enfants malades de moins de cinq ans ; ils ont été comparés à une évaluation « standard d'excellence » des mêmes enfants ; et ils ont été jugés pour leur capacité à évaluer (notamment à identifier des signes de danger), à classifier, traiter ou référer correctement, tel que stipulé dans les directives de la PCIME-c à Madagascar. Les ASC de santé de la reproduction et de planification familiale (SR/PF) ont été observés en train de fournir des services de PF à des clientes et ils ont été évalués sur la base de deux parties : 1) les procédures des ASC pour l'accueil du client et pour l'obtention de renseignements de base sur leurs besoins de contraception ; et 2) la capacité des ASC à déterminer l'éligibilité d'une cliente à une méthode pour laquelle la cliente a exprimé un intérêt, et la qualité du counseling fourni concernant cette méthode.

Résultats

Les deux évaluations ont montré que les ASC étaient recrutés par des membres de leur communauté. Les ASC, dans l'enquête transversale, avaient conscience de leur rôle. Les participants de la région d'Analamanga disaient que le personnel aux niveaux du centre de santé et du district avait des attentes qui dépassaient le rôle des ASC. Les participants de SN2 à Androy ont également rapporté que l'Équipe régionale de gestion sanitaire n'avait pas une idée claire des responsabilités des ASC et que leurs chefs de village n'acceptaient pas les ASC. Les participants à l'évaluation qualitative ont aussi rapporté que les communautés ne savaient pas exactement quel était le rôle des ASC. Les conclusions des deux évaluations s'accordaient sur le fait qu'une formation initiale avait été dispensée ; toutefois, les deux évaluations ont identifié des difficultés concernant la formation continue ou la formation de recyclage. Seulement 54% des ASC de PCIME-c et 31% des ASC de SR/PF rapportaient qu'ils recevaient une formation continue, tandis que les ASC participant à l'évaluation qualitative rapportaient qu'ils avaient dû attendre plus de six mois pour une formation de recyclage. Chez les ASC de SR/PF, la formation de recyclage était associée à une note de performance plus élevée ; aucune corrélation semblable n'a été observée pour les ASC de PCIME-c.

La gestion du matériel et des fournitures était considérée comme un problème majeur, avec la majorité des ASC qui rapportaient des ruptures de stock, notamment pour les produits de base et les médicaments salvateurs, selon les données de l'étude transversale ; toutefois, ce volet a été noté comme meilleure pratique par trois des quatre ONG soutenues par SN2 qui ont participé à l'évaluation qualitative dans la région d'Atsiananana. Un peu plus seulement de la moitié de l'ensemble des ASC disait utiliser des formulaires de commande, ce qui peut avoir une incidence sur le maintien d'un stock suffisant de fournitures.

La documentation et la gestion de l'information a été notée comme étant une meilleure pratique dans deux régions, fonctionnelle dans une autre, et partiellement fonctionnelle dans une troisième. Il n'y a pas eu spécifiquement de questions sur la documentation et la gestion de l'information dans l'étude transversale ; toutefois, des données indiquaient que les ASC préparaient des rapports mensuels et qu'environ la moitié d'entre eux les communiquaient à la communauté sur une base mensuelle, et la grande majorité a rapporté qu'elle soumettait les rapports à la formation sanitaire (96,4% des ASC de PCIME, 97% des ASC de SR/PF).

Les incitations rapportées étaient à la fois financières et non financières, et le per diem attribué aux ASC pour assister à des formations était considéré comme une incitation financière provenant de leurs organisations de soutien, tandis que la reconnaissance officielle était considérée un avantage provenant

des communautés dans lesquelles travaillaient les ASC. Ceux-ci, dans l'étude transversale, rapportaient aussi que la reconnaissance de la communauté était l'un des avantages lié à la fonction d'ASC. Les données des deux évaluations étayent l'existence de possibilités d'avancement pour les ASC, avec des données quantitatives indiquant que la plupart des ASC (81% des ASC de PCIME-c, 93,3% des ASC de SR/PF) considéraient les ateliers de formation comme une possibilité d'avancement.

Tandis que les participants à l'évaluation qualitative ont noté le système de référence comme meilleure pratique ou fonctionnel dans tous les programmes participants, les données de l'étude transversale ont indiqué que seulement 58% des of ASC de PCIME-c et 62% des ASC de SR/PF avaient déjà référé un patient à une formation sanitaire, ce qui laisserait à penser que les ASC ne savent pas quand référer un client, ou qu'ils ne sont pas familiers avec le processus de référence.

L'évaluation qualitative a trouvé que la composante des liens était fonctionnelle dans trois des domaines évalués et partiellement fonctionnelle dans l'autre domaine. L'appropriation par le pays était notée fonctionnelle dans deux régions, et partiellement fonctionnelle dans la troisième.

Tandis que la supervision était notée comme fonctionnelle par les participants à l'étude qualitative, l'absence de visites de supervision aux ASC était un problème manifeste dont les ASC de l'étude transversale se faisaient l'écho. Une moindre fréquence des visites de supervision (entre une et cinq visites au cours des 12 mois précédents) était associée à une performance plus médiocre de la part des ASC de PCIME-c. Les outils utilisés pendant la supervision et l'évaluation de la performance, qui avaient été développés par SN2, ont été jugés utiles. Toutefois, les superviseurs participant à l'évaluation qualitative ont suggéré qu'ils devraient être revus pour être conformes aux obligations nationales standardisées de compte rendu, et qu'ils devraient être traduits en malgache.

Conclusions et recommandations

Sur la base des conclusions synthétisées des deux évaluations relatives à la fonctionnalité du programme des ASC, les recommandations suivantes sont formulées :

- Les liens avec les communautés devraient être renforcés, et il faudrait notamment que les rôles des ASC soient précisés ;
- Les formations continues devraient être budgétisées et elles devraient porter à la fois sur l'approvisionnement et la gestion des fournitures ;
- Les liens avec le système de santé devaient être renforcés, en particulier pour ce qui est du système de référence ;
- La supervision de soutien, notamment les visites aux communautés des ASC, devraient être programmée et budgétisée. Des approches créatives pour la supervision des ASC qui habitent loin des formations sanitaires devraient être envisagées et testées.
- Un système national de suivi et d'évaluation devrait être établi pour guider les décisions d'ordre programmatique et le suivi de la performance. Les connaissances et les compétences des ASC devraient être évaluées périodiquement comme stratégie pour identifier les lacunes dans les connaissances et les possibilités d'améliorer la performance et la qualité des soins.

I. INTRODUCTION

A. Le contexte

Les agents de santé communautaires (ASC) sont reconnus depuis longtemps comme ayant un rôle déterminant à jouer dans la diminution de la mortalité et de morbidité, et dans l'expansion des services de santé dans des contextes pauvres en ressources. Les ASC sont des personnes qui, avec une formation limitée, offrent des services de soins de santé de base et une éducation sanitaire au niveau de la communauté (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1989). Partout en Afrique, il y a une grave pénurie de personnel médical, c'est-à-dire qu'il y a moins de 2,3 médecins, infirmiers/infirmières et sages-femmes pour 1 000 habitants (OMS, 2006). En 2005, Madagascar avait 2,9 médecins et 3,2 infirmiers/infirmières pour 10 000 habitants (Observatoire des ressources humaines pour la santé en Afrique, 2007). Tandis que les pays cherchent à gérer leurs pénuries de main-d'œuvre sanitaire, les ASC jouent un rôle de plus en plus important (OMS, 1989).

Les ASC sont souvent recrutés au sein de leur propre communauté et ils ont un rôle crucial pour assurer la liaison entre les communautés et le système de santé. Ils fournissent des soins appropriés du point culturel et d'un bon rapport coût-efficacité, tout en encourageant la communauté à s'impliquer davantage dans son devenir sanitaire (IntraHealth International, 2012). À Madagascar, les membres de ce cadre s'appellent des agents de santé communautaires (ASC), du fait qu'ils ne sont pas rémunérés pour leurs services.

B. La santé communautaire à Madagascar

Dans l'ensemble de Madagascar, l'utilisation des services de santé est faible ; ces dernières années, l'utilisation de ces services a été stationnaire à 32%, avec le coût et la distance pour accéder aux services qui demeuraient les principales raisons empêchant la population de s'adresser à des formations sanitaires pour obtenir des soins (Institut National de la Statistique de Madagascar [INSTAT], 2010a, INSTAT, 2006, INSTAT, 2005). Selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2008-2009, seulement 41% des enfants de moins de cinq ayant de la fièvre, 34% des enfants de moins de cinq ans ayant la diarrhée et 42% des enfants de moins de cinq ans ayant une infection respiratoire aiguë accédaient à des soins dans une formation sanitaire. Parmi les femmes vivant en milieu rural, 57% de celles incluses dans l'EDS ont déclaré que la distance par rapport à l'établissement était un obstacle majeur à la recherche de soins (INSTAT, 2010b).

1. Prise en charge intégrée communautaire des maladies de l'enfant et prise en charge communautaire des cas

En 1992, l'OMS et l'UNICEF ont lancé la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) comme stratégie pour s'attaquer à la diarrhée, à la pneumonie, au paludisme, à la rougeole et à la malnutrition dans une formation sanitaire (Gove, 1997). En 1997, un volet à base communautaire a été ajouté à la PCIME, créant ainsi la PCIME-c. Cette approche s'appuie sur trois aspects programmatiques : 1) l'amélioration de la relation entre les formations sanitaires et les communautés qu'elles desservent ; 2) l'implication des prestataires à base communautaire pour élargir l'accès à des soins et à une information appropriés ; et 3) l'intégration de la promotion des pratiques de santé familiale cruciales, essentielles à la santé et à la nutrition de l'enfant (Winch et al., 2002). À travers la stratégie de la prise en charge communautaire des cas (PCCC), les ASC reçoivent une formation et un soutien pour « fournir des diagnostics et des traitements pour la pneumonie, la diarrhée et le paludisme à des enfants malades dont les familles auraient difficilement accès à une prise en charge des cas dans des formations sanitaires » (Marsh et al., 2012).

À Madagascar, la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est de 72 pour 1 000 naissances vivantes (INSTAT, 2010b). Nombre de ces décès sont imputables à des maladies qui peuvent être prévenues ou traitées, par exemple le paludisme, la malnutrition, la diarrhée et les infections

respiratoires (Ministère de la Santé Publique, 2010). En 2007, la PCIME-c a été introduite par l'UNICEF en collaboration avec le système de santé public. En 2008, l'USAID a commencé à soutenir le passage à l'échelle de la PCIME-c en apportant un soutien à des organisations non gouvernementales (ONG) dans le cadre du Projet Santénet 2 (SN2). En 2010, un soutien supplémentaire pour une plus large diffusion de la PCIME-c a été fourni grâce à une subvention pour l'Application de la stratégie nationale (ASN) pour le paludisme attribuée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM). Cette activité a fourni une formation initiale et une formation de recyclage à 35 000 ASC de PCIME-c/PCCC pour élargir l'accès à des services à base communautaire, notamment afin d'étendre la PCCC pour le paludisme, la pneumonie et la diarrhée à tous les *fokontany* (villages) (GFATM, 2012). La subvention a également accompagné la révision et la standardisation du programme national de formation en PCIME-c, l'établissement de comptes rendus et l'élaboration d'outils de supervision.

2. Santé de la reproduction et planification familiale à base communautaire

Le taux de fécondité à Madagascar est élevé, chaque femme ayant en moyenne 4,8 enfants et 23% seulement des femmes utilisant une méthode moderne de contraception (INSTAT, 2010b). Le financement de la planification familiale (PF) et de la santé de la reproduction (SR) à Madagascar a été tributaire de sources extérieures, telles que le FNUAP, l'USAID et la Banque mondiale. En 2006, le gouvernement malgache, pour la première fois, a alloué des ressources pour les contraceptifs. Des ASC ont été formés pour dispenser des services de PF, notamment pour l'administration de contraceptifs injectables, dans le cadre d'un certain nombre de programmes de l'USAID (Stanback et al., 2010). Un projet pilote en 2006 a d'abord enseigné aux ASC l'administration de Depo-Provera. Par la suite, le Ministère de la santé publique (MSP) a décidé d'étendre et de promouvoir la distribution d'injectables au niveau communautaire dans des zones ayant des programmes d'ASC hautement fonctionnels (Hoke et al., 2011). Avec le soutien de l'USAID, en février 2011, plus de 4 500 ASC de SR/PF ont été formés pour fournir des services à base communautaire mais il n'y a jamais eu d'évaluation de la qualité de ces services.

3. Les ASC à Madagascar

Début 2009, immédiatement avant le coup d'État, le MSP a publié une Politique nationale de santé communautaire pour guider la promotion and harmonisation des services à base communautaire en évaluant les leçons tirées de nombreuses initiatives de santé à petite échelle à Madagascar. Les objectifs principaux de cette politique étaient d'accroître la demande de services en rapport avec la santé, de promouvoir leur disponibilité et d'établir leur prestation au niveau local. La Politique nationale est largement reconnue comme étant une avancée majeure vers l'officialisation, l'harmonisation et le renforcement du programme national des ASC pour atteindre la population à prédominance rurale du pays.

Actuellement, le MSP et l'UNICEF, ainsi que d'autres partenaires, sont à la tête d'un effort visant à coordonner le nombre croissant de parties prenantes au niveau national qui soutiennent des activités à base communautaire et à harmoniser les approches pour le renforcement d'un système national unique. Il convient de noter qu'à la suite du coup d'État de 2009, l'USAID s'est vue interdire de fournir une assistance technique, financière ou matérielle au gouvernement malgache, y compris au MSP.

C. But de la synthèse

Ce rapport de synthèse a pour but de trianguler les conclusions relatives à la fonctionnalité des programmes d'ASC à Madagascar, à partir de deux évaluations effectuées précédemment. La première, « Une évaluation de la fonctionnalité du programme des agents de santé communautaires à Madagascar » (Wiskow et al., 2013), a utilisé l'outil de la Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC) du Projet de l'USAID d'amélioration des soins de santé (HCI) pour examiner de manière qualitative la fonctionnalité du programme parmi plusieurs groupes de parties prenantes clés. La MEAP ASC a été complétée par des groupes de

discussion dirigée et des interviews en profondeur pour mieux comprendre les pratiques de supervision des programmes évalués. La deuxième évaluation, « Évaluation de la qualité des programmes de prise en charge intégrée communautaire des maladies de l'enfant et de la santé de la reproduction à Madagascar » (Agarwal et al., 2013), a utilisé un questionnaire quantitatif pour saisir les vues des ASC concernant la fonctionnalité des programmes. Une évaluation des connaissances et de la performance a également été effectuée.

D. Description des programmes évalués

Cette description abrégée des programmes évalués est tirée du rapport qualitatif (Wiskow et al., 2013). Au moment des évaluations, en septembre-octobre 2011, le Projet USAID/Santénet2 (SN2) et l'UNICEF soutenaient tous les deux des activités d'ASC à Madagascar. Le parrainage du programme de SN2 consistait à : fournir une formation ; demander des rapports sur les activités ; envoyer occasionnellement un supérieur de l'organisation aux sites des ASC pour offrir une assistance et/ou des conseils ; et faire exécuter par le superviseur une évaluation de la performance couvrant des questions d'ordre organisationnel (mais qui ne concernaient pas les compétences techniques). L'UNICEF a apporté un soutien aux ASC entre 2007 et 2009, principalement une formation, avec l'essentiel du soutien qui provenait du système de santé public. Les ASC reçoivent des produits sanitaires par l'intermédiaire d'un point d'approvisionnement au niveau de la commune et/ou auprès du centre de santé public.

1. Santénet2 (SN2)

SN2 (2008–2013) est un projet de cinq ans de l'USAID mis en œuvre par Research Triangle Institute (RTI) International. Telles que décrites dans l'Encadré1, ses activités se concentrent sur le renforcement des services au niveau communautaire dans des régions géographiques sélectionnées afin d'atteindre les buts fixés par le gouvernement malgache. SN2 a passé des contrats avec 16 partenaires d'exécution (trois organisations internationales et 13 ONG locales) pour l'application de l'approche *Kaominina Mendrika Salama* (KMS) — ou des communes championnes certifiées. Cette approche habilite les communautés et responsabilise les services de santé. Elle vise à renforcer le développement communautaire participatif par : 1) l'établissement d'un cadre organisationnel comprenant la création d'un comité de développement social (CDS) dans chaque communauté ; et 2) le renforcement des capacités des leaders communautaires pour l'évaluation des besoins, la planification de l'action et le suivi des interventions de santé. Les CDS comprennent les leaders communautaires qui supervisent les ASC dans l'optique de la communauté, en particulier pour la sensibilisation, la promotion de la demande et les activités de stimulation. SN2 cible 800 *Kaominina Mendrika (KM),* ou communes championnes en matière de santé, dans 16 régions (sur 22), couvrant environ la moitié de la population.

Encadré 1 : Les rôles clés de Santénet2 dans le soutien aux ASC à Madagascar

Renforcer la prestation de services des ASC dans les communautés situées à plus de cinq kilomètres d'un centre de santé ;

Soutenir plus de 12 000 ASC qui fournissent une information et des services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) ; nutrition ; PF et SR ; paludisme ; maladies sexuellement transmissibles, VIH et sida ; et eau, assainissement et hygiène (WASH) ;

Habiliter les adolescentes et les jeunes femmes (de 15 à 24 ans) pour qu'elles prennent en charge de manière pro-active leur santé afin d'avoir de meilleurs résultats de santé dans la durée ;

Accroître la demande et l'utilisation de services de santé communautaires par la promotion de la santé et des campagnes d'information et 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 et les fournitures essentiels.

Promouvoir 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) le développement et le renforcement des aspects clés du système de santé communautaire ; 2) l'encouragement de la participation communautaire et de la responsabilisation en fixant des buts de santé communautaire et en les atteignant ; et 3) l'établissement d'un lien entre les deux volets précédents pour avoir un plus grand impact dans la diminution de la mortalité maternelle et juvéno-infantile, du taux de fécondité, de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans, et de la prévalence du paludisme. SN2 cherche aussi à étendre l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, et s'emploie à maintenir un faible taux de prévalence du VIH. L'interaction de SN2 avec le MSP se limite à la coordination et au partage de l'information. Le projet fait appel à des superviseurs indépendants pour fournir un soutien continu aux ASC.

Sur les plus de 12 000 ASC de PCIME et de SR/PF soutenus par le Projet SN2, un peu moins d'un quart sont basés dans les trois régions comprises dans l'évaluation qualitative (voir Tableau 1). Au moment de l'évaluation, SN2 préparait son retrait progressif des activités des ASC qui devait s'achever en juillet 2013.

Tableau 1 : Nombre estimé d'agents de santé communautaires, par région et source de formation, 2012

Région	Population (estimation 2004)	Nombre d'ASC	
		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	1133	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	1199	36
Analanjirofo	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**	**1476**

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

2. Programme de PCIME-c initié par l'UNICEF

L'UNICEF Madagascar opère dans le cadre général de son programme de survie et de développement de la mère et de l'enfant, et il se concentre sur les activités des ASC en rapport avec la santé, l'hygiène

et la nutrition de l'enfant (voir Encadré 2). Il fait la promotion des ASC en tant que moyen économique d'améliorer les résultats de santé de personnes qui sinon n'auraient pas accès à un traitement.

Encadré 2 : Les rôles clés de l'UNICEF dans le soutien aux ASC à Madagascar

Porter à l'échelle l'initiative de PCIME-c dans 26 districts sur 111, couvrant ainsi 252 800 personnes.

Soutenir les ASC pour qu'ils sensibilisent la population à l'importance des mécanismes de détection précoce de la malnutrition. L'UNICEF a travaillé avec des organisations partenaires pour dépister 260 000 enfants dans la partie méridionale de Madagascar en 2011, tout en lançant également une campagne de distribution de compléments alimentaires pour aider à prévenir la malnutrition (UNICEF, 2012).

Renforcer la relation entre les services de santé et les communautés, et améliorer des pratiques familiales sélectionnées (Agarwal et al., 2011).

Former les ASC en PCIME-c.

Former les superviseurs des ASC en PCIME-c dans des centres de santé.

Encourager la supervision des ASC.

L'UNICEF a lancé la PCIME-c pour les ASC à Androy en 2009 à la demande d'une ONG locale, Action Socio-Sanitaire et Organisation Secours (ASOS), à un moment où la région était en proie à une urgence nutritionnelle. La première phase de la formation a été un projet pilote et elle a ciblé 12 communes sur 19. L'UNICEF a financé la formation et le stock initial de matériel et de fournitures, tels que des outils de gestion et des médicaments, et elle a passé un contrat de six mois avec ASOS pour l'exécution de la phase pilote.

II. MÉTHODOLOGIE

A. Évaluation qualitative

La description abrégée de la méthodologie qualitative présentée ci-dessous est extraite de « Une évaluation de la fonctionnalité du programme des agents de santé communautaires à Madagascar » (Wiskow et al., 2013).

Les objectifs de l'évaluation qualitative étaient d'examiner : 1) la fonctionnalité du programme des ASC à Madagascar dans trois régions, en se basant sur les 15 composantes cruciales de la boîte à outils de la MEAP ASC du Projet HCI (voir Figure 1) ; et 2) les pratiques de supervision des ASC. L'évaluation a étudié les activités soutenues par SN2 dans l'ensemble des trois régions et le soutien apporté aux ASC formés par l'UNICEF dans l'une des régions. Les deux aspects ont été évalués en septembre 2011, non pas à des fins de comparaison mais plutôt pour faciliter un partage d'expériences et de leçons apprises. Pour évaluer le programme malgache des ASC de manière qualitative, on a appliqué deux approches qui sont décrites dans la Figure 2 : la MEAP ASC et une évaluation qualitative de la supervision au moyen de groupes de discussion dirigée (GDD) et d'interviews.

Figure 1 : Composantes d'un programme d'ASC et interventions examinées dans la boîte à outils de la MEAP ASC

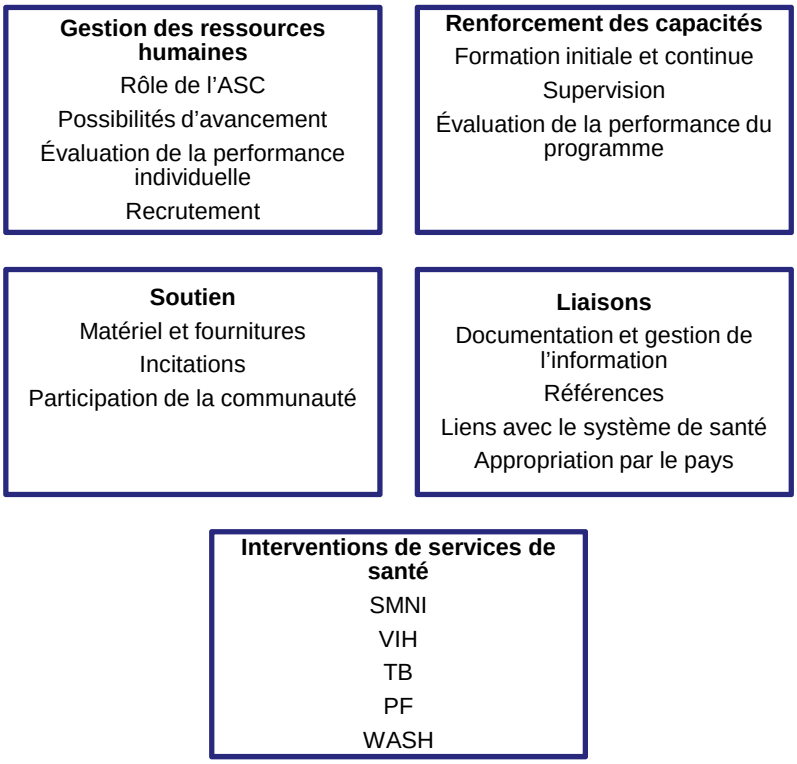
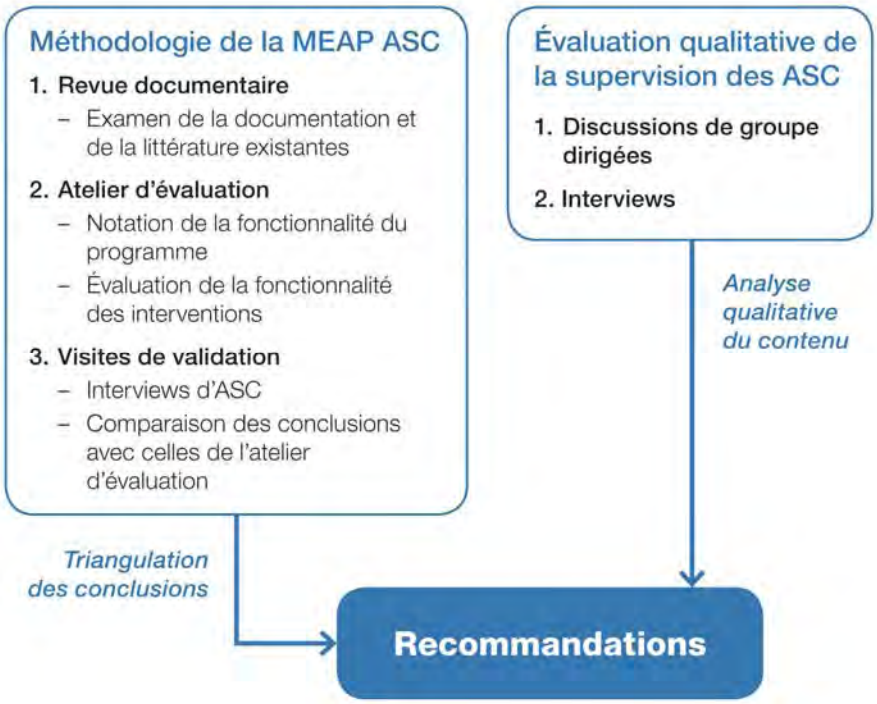


Figure 2 : Aperçu de la méthodologie d'évaluation qualitative



1. Échantillonnage

Régions sélectionnées

La sélection des régions a été étroitement coordonnée avec l'équipe effectuant l'étude transversale pour s'assurer que les conclusions puissent être comparées. La région d'Analamanga se trouve dans le centre de Madagascar et entoure la capitale. Avec une population de 2,65 millions, elle est divisée en huit districts et 132 communes. Dans cette région, l'Association Intercoopération Madagascar (AIM) était la seule ONG qui mettait en œuvre le programme de SN2. Atsinanana est une région 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 mettaient en œuvre le programme de SN2 dans cette région 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. Androy est dans le sud et se caractérise par une insécurité alimentaire chronique, la pauvreté, un niveau d'éducation faible, un manque d'accès à l'eau, des pénuries alimentaires et la malnutrition. Elle est divisée en quatre districts, 51 communes et 881 *fokontany* (villages). Tant SN2 que le programme de soutien aux ASC formés par l'UNICEF ont été inclus dans l'évaluation pour permettre aux participants de partager leurs expériences et les leçons apprises, et non à des fins de comparaison. L'UNICEF a été l'une des premières organisations à piloter des programmes d'ASC dans la région d'Androy, et elle donc eu une vaste portée de par le nombre de ASC qu'elle a impliqués.

Sélection des communes

Pour chaque région, l'équipe d'évaluation a sélectionné un certain nombre de communes pour s'assurer : 1) d'une large couverture de communes et de participants ; et 2) que les personnes ayant participé à l'atelier ne soient pas incluses dans les visites de validation. Certaines de ces communautés étaient également des sites pour des interviews avec des représentants de la communauté pour la recherche en matière de supervision.

Sélection des participants à l'atelier

Les participants ont été soigneusement sélectionnés pour que l'atelier reflète une représentation équilibrée de toutes les catégories de personnel du programme (responsables, superviseurs et ASC) et des autres parties prenantes clés impliquées dans les activités des ASC (autorités sanitaires et autres autorités publiques aux niveaux du district et de la région, et représentants d'organisations partenaires ou d'organisations de bailleurs de fonds). Un peu moins de la moitié (45%) des participants étaient des femmes. Globalement, moins de la moitié des superviseurs étaient des femmes, et nettement plus de la moitié d'entre elles se trouvaient dans la région d'Analamanga.

Les critères suivants ont été appliqués pour la sélection des participants :

- Les participants devaient représenter plusieurs districts de chaque région.
- Les ASC participants devaient inclure à la fois des ASC de PCIME-c et des ASC de SR/PF.
- Les autres participants à l'atelier devaient représenter tous les niveaux de personnel du programme et toutes les parties prenantes pertinentes.
- Les ASC interviewés pendant les visites de validation ne devaient pas avoir participé à l'atelier.
- Les participants aux GDD et aux interviews pour le volet de supervision ne devaient pas avoir participé aux activités d'évaluation de la MEAP ASC.

Qui plus est, dans le cadre de l'approche 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 sur les activités de KMS, et elles ont donc été interviewées par les évaluateurs en tant que représentants de la communauté pendant les visites de validation. D'autres représentants de la communauté ont également été sélectionnés, en fonction de leur rôle et de leurs attributions. Des

interviews semi-structurées ont été réalisées avec des membres de CDS dans chaque région soutenue par 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, avec au total 130 participants. Des superviseurs (responsables de districts) ont été invités, alors que tous les autres participants ont été sélectionnés du fait qu'ils n'avaient pas participé à la MEAP ASC. Les ASC ont été sélectionnés parmi les ASC les plus performants et les moins performants de la localité. L'inspecteur médical responsable des services de santé dans le district et des représentants d'ONG ont également participé.

2. Collecte des données

La boîte à outils de la MEAP ASC (Crigler et al., 2011) aide les organisations à : 1) évaluer la fonctionnalité de leurs programmes d'ASC ; et 2) améliorer la performance des programmes. Elle a été utilisée dans 25 pays par une large gamme d'organisations pour évaluer et pour améliorer des programmes d'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 pour noter la fonctionnalité de chacune des 15 composantes du programme — telles que le recrutement, la formation et les incitations — qui sont nécessaires au bon fonctionnement d'un programme d'ASC, chaque composante recevant une note de meilleure pratique, fonctionnelle, partiellement fonctionnelle ou non fonctionnelle. La boîte à outils de la MEAP ASC comprend aussi des listes de contrôle des interventions de santé dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et des soins pour le VIH/sida et la tuberculose (TB) (Crigler et al., 2011). De nouvelles listes sur les interventions de planification familiale ainsi que sur les interventions relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) ont été mises au point, spécifiquement pour cette évaluation. 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.

Les activités d'évaluation qualitative se sont déroulées du 14 septembre au 2 octobre 2011. L'équipe de base de l'évaluation comprenait un consultant technique international et un coordinateur local. Dans chaque région, une équipe de deux experts régionaux a soutenu les activités préparatoires locales. Ces équipes assurait notamment la liaison avec les responsables du programme des ASC, examinaient les documents ; elles ont également aidé à faciliter l'atelier, les GDD et les interviews, et à documenter les résultats de l'évaluation.

Les langues de travail de l'équipe d'évaluation étaient le français et le malgache. Toutes les activités qui impliquaient des participants et des parties prenantes se déroulaient en malgache, sauf dans la région d'Androy où les facilitateurs locaux s'exprimaient dans le dialecte local (antandroy). Certains outils (listes relatives à la fonctionnalité et aux interventions, fiche de notation et de documentation de la fonctionnalité, et guides pour les GDD et les interviews) avaient été traduits de français en malgache. Le guide pour la revue documentaire avait été traduit en français.

Revue documentaire

L'évaluation a commencé avec une revue de documents par l'équipe d'évaluation afin d'obtenir les renseignements d'ordre général nécessaires, sur la base d'un questionnaire standardisé et structuré (Crigler et al., 2011, p. VI-2–4). Ses résultats ont aidé l'équipe d'évaluation à animer l'atelier grâce à une information ciblée. À Madagascar, deux programmes dans deux régions ne disposaient pas de la documentation requise : le programme de Catholic Relief Services (CRS) dans la région d'Atsinanana (un partenaire d'exécution de SN2) et le programme de soutien aux ASC formés par l'UNICEF dans la région d'Androy.

Atelier d'évaluation

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 portant sur plusieurs programmes au moyen de petits groupes qui se concentrent sur des programmes spécifiques. Pour cette évaluation, le consensus parmi les ONG appuyées par une source commune de soutien a été facilité mais n'a pas été forcé lorsque des différences avaient été mises en évidence. Les ateliers ont impliqué un groupe divers de parties prenantes dans la discussion et l'évaluation de la fonctionnalité des composantes du programme des ASC et des interventions fournies par les ASC. Les parties prenantes ont d'abord examiné leur propre expérience dans le cadre de leur programme pour noter la fonctionnalité, et elles sont ensuite parvenues à un consensus en tant que groupe. Les trois ateliers régionaux ont été gérés comme suit :

- Dans la région d'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 les activités, 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 groupes d'ONG financées par SN2 et un groupe pour les ASC formé par l'UNICEF et soutenus par l'État.

Les parties prenantes ont utilisé une matrice qui comprenait 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 décrivaient des situations couramment observées dans les programmes d'ASC et donnaient suffisamment détails pour que les parties prenantes attribuent une note à la composante dans leur perspective. Pour être considérée comme fonctionnelle, chaque composante doit obtenir une note de 2 au moins (fonctionnelle), donnant une note cumulée minimum de 30. Le groupe a ensuite identifié les lacunes dans la fonctionnalité et a discuté des mesures possibles pour une amélioration.

Après la notation des composantes du programme et l'obtention d'un consensus, les parties prenantes sont passées aux listes des cinq interventions et elles ont consacré la deuxième partie de l'atelier à leur notation. Travaillant en groupe, les parties prenantes ont noté les interventions en fonction des tâches attendues des ASC ; si elles convenaient que les tâches attendues avaient été exécutées, l'intervention était considérée comme fonctionnelle.

Les listes des interventions de la boîte à outils de la MEAP ASC ont été établies par des experts techniques et d'autres parties prenantes en fonction des preuves internationales disponibles au moment de la préparation des listes en question. Pour l'essentiel, le contenu des interventions provenait des directives de l'OMS et de publications révisées par des pairs dans des domaines où l'on commençait à avoir des preuves. Étant donné que les ASC ont des compétences différentes en fonction de leur programme spécifique et/ou du contexte de leur pays, les listes ne cherchaient pas à être exhaustives ou rigides. Par contre, les interventions listées représentent une opinion experte sur les interventions pouvant être exécutées par des ASC formés dans la plupart des contextes. Une réunion des parties prenantes préalable à l'évaluation (elle a eu lieu le 4 août 2011 à Antananarivo) a examiné ces listes et y a apporté des modifications pour qu'elles correspondent mieux aux tâches qui sont attendues des ASC malgaches. Pour cette évaluation, les listes des interventions de SMNI, PF et WASH ont été utilisées pour les activités de SN2, et les interventions de SMNI ont été utilisées pour les ASC formés par l'UNICEF, en conformité avec le paquet défini à l'échelle nationale.

Visites de validation

Pour valider les notes provenant de l'atelier et pour en savoir plus sur la mise en œuvre, la méthodologie prévoit des visites dans les communautés pour des interviews semi-structurées avec jusqu'à trois ASC n'ayant pas assisté à l'atelier. À Madagascar, des visites de validation dans chacune des trois régions ont eu lieu dans deux communautés, et il y a eu des entretiens avec deux ASC dans chacune des communautés visitées.

Les interviews effectuées pendant les visites de terrain ont porté sur :

1. La MEAP ASC : Deux experts régionaux ont interviewé chacun un ASC de PCIME ou un ASC de SR/PF (parmi les ASC qui n'avaient pas participé à l'atelier).
2. Supervision : Le coordinateur national et l'expert international ont utilisé le questionnaire pour effectuer des interviews semi-structurées avec les deux membres pertinents du CDS.

Un seul superviseur dans la région d'Androy qui soutenait les ASC formés par l'UNICEF a été interviewé. Aucun représentant de la communauté n'a été interviewé pendant les visites aux ASC formés par l'UNICEF.

Suivi

La méthodologie de la MEAP ASC comporte trois étapes principales (la revue documentaire, l'atelier d'évaluation et les visites de validation), plus une étape qui a été appliquée dans la présente évaluation. Cette quatrième étape prévoit que, pendant l'atelier d'évaluation, les parties prenantes prennent part aux discussions relatives aux forces et aux faiblesses de leur programme et commencent à préparer, à des fins de suivi, un plan d'action en vue d'une amélioration. Les plans d'action démarrés pendant les ateliers d'évaluation ont également tiré parti des visites de validation, et les plans d'action complets ont compris des moyens suggérés de suivre la mise en œuvre, ainsi qu'un plan pour une revue périodique des progrès. Pour cette évaluation, des suggestions ont été recueillies auprès de tous les participants aux ateliers pour faciliter davantage la discussion et la planification par les parties prenantes essentielles.

3. Composante de la supervision

Les parties prenantes essentielles ont apporté leur contribution pour déterminer les aspects de la supervision — pertinence, utilité, forces et faiblesses — qu'il conviendrait d'examiner et sur lesquels il conviendrait de s'entendre. Leurs commentaires ont contribué à l'élaboration du guide pour les interviews et les GDD, et ont recommandé que l'on cible les ASC, les superviseurs et les communautés.

Les GDD et les interviews semi-structurées étaient les principaux moyens d'étudier les perceptions et les recommandations des responsables du programme, des ASC et des superviseurs. Trois GDD ont eu lieu avec chacun de ces groupes cibles. Les groupes avaient de cinq à 10 participants.

Les expert régionaux ont utilisé les guides de discussion pour réaliser les GDD et les interviews dont la durée était habituellement de 60 à 100 minutes. Des notes ont été prises par un membre de l'équipe d'évaluation et elles ont été revues et consolidées en malgache avant d'être résumées en français.

4. Analyse

L'information destinée à l'évaluation a été compilée et triangulée conformément à la méthodologie de la MEAP ASC. Toutes les informations provenant des résumés des GDD et des interviews ont été analysées au moyen d'une analyse qualitative du contenu pour extraire, identifier et structurer les principaux thèmes et déclarations. Cette masse considérable d'information a été organisée selon des thèmes déterminés d'avance.

B. Étude transversale

La description abrégée de l'étude transversale est présentée ci-après. Elle a été tirée du rapport complet « Évaluation de la qualité des programmes de prise en charge intégrée communautaire de l'enfant et de santé de la reproduction à Madagascar » (Agarwal et al., 2013).

1. Conception de l'étude et population

Une enquête transversale a été effectuée à partir d'un échantillon systématique de 149 ASC formé pour dispenser une PCIME-c (ASC de PCIME-c) et de 100 ASC formés pour fournir des services de SR/PF (ASC de SR/PF) à Madagascar. Les données de terrain ont été collectées sur une période de trois semaines en septembre–octobre 2011, soit en dehors de la période de pointe du paludisme à Madagascar.

2. Échantillonnage

L'étude transversale a porté sur les évaluations des connaissances et de la performance observée ASC ; ces paramètres ont servi à déterminer la taille de l'échantillon. L'estimation de cette taille a été calculée de manière prudente, en supposant que les ASC de PCIME-c prescrivent correctement les traitements recommandés dans au moins 60% des cas. La taille minimum calculée de l'échantillon était de 688 rencontres avec des patients, avec une marge d'erreur de 5% (puissance de 80%, alpha de 5%, coefficient méthodique de 2).

Le cadre d'échantillonnage comprenait tous les ASC qui avaient été formés en PCIME-c au moins six mois avant l'enquête et qui avaient fait la preuve de leur fonctionnalité — ils disaient qu'ils avaient traité des enfants malades ou fourni un counseling et des services de PF.

Un échantillonnage à plusieurs degrés a été utilisé pour sélectionner les ASC qui participeraient à l'enquête. Une liste de districts ayant des ASC actifs a été compilée : un total de huit districts avec des ASC soutenus par le MSP/UNICEF et 64 districts avec des ASC soutenus par SN2. Les districts ont été stratifiés par soutien financier (UNICEF et USAID) et regroupés de sorte que les districts ou les groupes de districts comprennent un minimum de 15 ASC de PCIME-c dans les zones parrainées par le MSP/UNICEF ou 15 ASC de chaque type, PCIME-c et SR/PF, dans les zones couvertes par SN2. Si des districts n'avaient pas les 15 ASC requis, ils étaient regroupés géographiquement pour créer une liste finale de « groupes de districts » comprenant soit une zone d'un district soit une zone de deux districts ayant au moins 15 ASC. Un échantillon total de probabilité de 225 ASC de PCIME-c et de 150 ASC de SR/PF (pour s'assurer qu'il y ait un minimum de 688 rencontres avec des enfants malades et environ 500 rencontres avec des clientes) a été sélectionné et a inclus un sur-échantillonnage de 50% pour tenir compte de la vraisemblance que certains ASC sélectionnés ne seraient pas disponibles au moment de la collecte de données.

3. Collecte des données

Il a été demandé aux ASC sélectionnés de se rendre à la formation sanitaire la plus proche ayant un nombre suffisant de patients pour y effectuer cinq évaluations d'enfants malades et cinq rencontres avec des femmes en âge de procréer. La performance des ASC a été observée durant des rencontres cliniques avec des enfants de moins de cinq ans pour les ASC de PCIME-c ou avec des femmes en âge de procréer qui arrivaient pour une consultation avec un ASC de SR/PF. Des observateurs experts et des évaluateurs « standard d'excellence » ont été recrutés à partir du pool existant de formateurs et de superviseurs en PCIME-c et en SR/PF. Ils ont suivi une formation de recyclage pour l'étude transversale. Les ASC de PCIME-c ont été évalués pour leur capacité à évaluer (y compris l'identification des signes de danger), classifier, traiter et référer convenablement des enfants malades de moins de cinq ans, comme le demandaient les directives de PCIME-c de Madagascar. Les ASC de SR/PF ont été évalués sur deux parties : 1) les procédures des ASC pour accueillir la cliente et obtenir des renseignements de base

sur ses besoins de contraception ; et 2) la capacité des ASC à déterminer l'éligibilité de la cliente à une méthode pour laquelle elle avait manifesté un intérêt, et la qualité du counseling sur cette méthode.

Le jour avant les rencontres cliniques observées, un questionnaire standardisé avait été administré à chaque ASC. On posait aux ASC des questions pour déterminer leurs caractéristiques démographiques et individuelles, et leur estimation personnelle de la fonctionnalité du site de leur programme, sur la base d'une liste de composantes essentielles pour les programmes des ASC. Ces composantes ont trait à la fonctionnalité du programme du point de vue des ASC, et elles portent sur les éléments suivants : le recrutement, le rôle des ASC, la formation initiale, la formation continue, le matériel et les fournitures, la supervision, l'évaluation de la performance individuelle, les incitations, la participation communautaire, les mécanismes de référence, les possibilités d'avancement, les liens existant entre la documentation et la gestion de l'information et le système de santé, l'évaluation de la performance du programme et l'appropriation par le pays. Les questions portant sur chaque composante, sauf pour les trois dernières qui se situent au niveau du système et qui ne pouvaient pas être mesurées pour les ASC pris individuellement.

4. Analyse

Des notes de performance ont été établies pour les ASC de PCIME-c et les ASC de SR/PF. Pour les ASC de PCIME-c, les composantes de la note de performance comprenaient : l'évaluation de l'état nutritionnel, l'identification du motif principal de consultation, l'évaluation des symptômes associés au motif principal de consultation, la classification et le choix du traitement. La note de performance était utilisée comme indicateur de résultat dans un modèle de régression linéaire multiple pour identifier les facteurs associés à la performance. Une analyse univariable a été exécutée pour identifier les caractéristiques des ASC, les caractéristiques des enfants, la note relative aux connaissances, les composantes en rapport avec la fonctionnalité du programme et d'autres variables comme corrélats potentiels de la performance des ASC. Un modèle de régression linéaire multiple a été mis au point en adaptant d'abord un modèle complet qui comprenait tous les corrélats potentiels avec une valeur p de <0,1 dans l'analyse univariable et ensuite, dans une progression inverse par étapes, les variables qui n'étaient pas associées à des notes de performance au niveau alpha 0,05 ont été retirées manuellement. Pour les ASC de SR/PF, les composantes en rapport avec la fonctionnalité du programme des ASC et les réponses au test sur les connaissances en matière de contraception ont été calculées comme proportions binomiales ou multinomiales avec des intervalles de confiance du score de Wilson à 95%. Une note de performance a également été calculée pour chaque ASC en faisant la moyenne des notes moyennes pour les deux parties (à pondération égale). Une régression linéaire multiple a été utilisée pour évaluer les variables sur les caractéristiques démographiques ou autres et la fonctionnalité du programme comme corrélats potentiels des notes de performance des ASC. Un modèle complet a été adapté avec tous les corrélats potentiels, et ensuite dans une progression inverse, par étapes, les variables qui n'étaient pas associées à des notes de performance au niveau alpha 0,05 ont été retirées manuellement.

Les données en rapport avec la fonctionnalité du programme ont été analysées de manière descriptive.

C. Synthèse

Cette synthèse emploie une approche intégrée telle que définie par Dixon-Woods et ses confrères (Dixon-Woods et al., 2005). L'objectif était de combiner les données des deux évaluations pour mieux comprendre la fonctionnalité des programmes d'ASC à Madagascar. Pour cette raison, l'analyse a été d'une nature plus descriptive. Les conclusions ont été examinées et classées, de même que les 15 composantes de la fonctionnalité décrites dans la MEAP ASC. Sur les 15 composantes incluses dans la MEAP ASC, quatre seulement capturent des données au niveau des ASC pris individuellement : la formation initiale et continue, la supervision, et l'évaluation de la performance individuelle. L'étude transversale a effectué des analyses sur la corrélation entre ces composantes et la performance

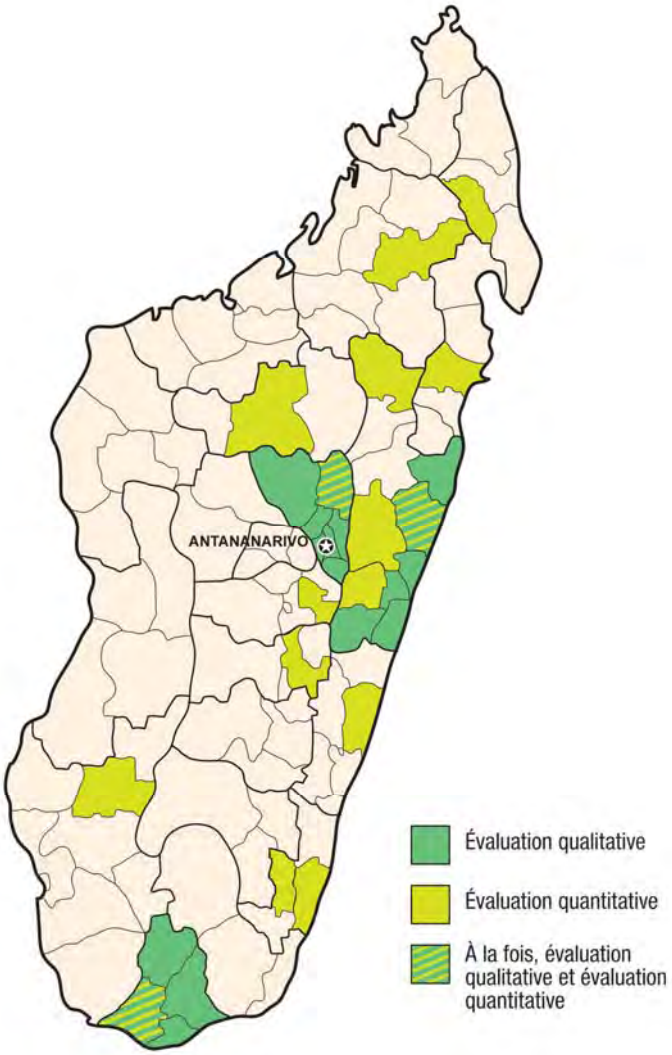
individuelle des ASC. Cette synthèse cherche à dégager une meilleure compréhension de ces conclusions en les combinant à celles de l'évaluation qualitative.

III. RÉSULTATS

A. Description de l'échantillon de l'étude

L'évaluation qualitative et l'étude transversale ont couverts une gamme variée de lieux géographiques à Madagascar (voir Figure 3). L'enquête transversale a échantillonné à partir de toutes les zones où les programmes appuyés par SN2 et l'UNICEF avaient des ASC fonctionnels au moment de l'étude.

Figure 3 : Couverture géographique de l'évaluation qualitative et de l'étude transversale



1. Évaluation qualitative

Il y avait 130 participants dans l'évaluation qualitative, et un peu moins de la moitié étaient des femmes (45%). Les participants à l'atelier ont compris des ASC (n=66), des centres de santé de base (CBS) et des superviseurs de techniciens d'appui (n=29), des responsables de programmes (n=13), des représentants de comités de développement communautaire (n=13) et des autorités de santé publique

(n=9). Sur les 130, 75 ont participé à l'atelier d'évaluation et aux visites de validation, et 55 ont participé à des GDD et des interviews sur la supervision.

2. Étude transversale

L'échantillon final inclus dans l'étude était constitué de 249 ASC (149 ASC de PCIME-c et 100 ASC de SR/PF). Les participants inclus dans l'étude transversale avaient généralement de cinq à neuf années d'éducation (85,9% des ASC de PCIME-c, 57,0% des ASC de SR/PF), ils avaient entre 30 et 45 ans (60,4% des ASC de PCIME-c, 54,0% des ASC de SR/PF), et ils étaient basés dans un rayon de cinq à 20 km de la formation sanitaire la plus proche (75,5% des ASC de PCIME-c, 77,8% des ASC de SR/PF). Il y avait une distribution égale entre hommes et femmes. La plupart des participants travaillaient comme ASC depuis un à cinq ans (79,2% des ASC de PCIME-c, 85,8% des ASC de SR/PF), mais très peu avaient eu une expérience antérieure (88,6% des ASC de PCIME-c, 89,0% des ASC de SR/PF).

B. Fonctionnalité du programme des ASC

Les participants de toutes les régions à l'atelier sur la MEAP ASC ont attribué une note de meilleure pratique au **recrutement**. L'étude transversale a trouvé que plus de 80% des ASC avaient été recrutés par des membres de la communauté, essentiellement par le chef du *fokontany*, bien que le chef du CSB ait également joué un rôle dans le recrutement.

Une forte proportion d'ASC dans l'enquête transversale ont rapporté qu'ils avaient conscience de leur **rôle** et qu'ils disposaient d'une description écrite de leur tâches. La MEAP ASC, qui avait évalué la compréhension et la prise de conscience du rôle des ASC dans diverses perspectives, a révélé que, si les ASC avaient effectivement conscience de leur rôle, la communauté par contre n'avait pas une idée aussi claire à ce sujet. Dans la région d'Analamanga, le rôle des ASC a été noté fonctionnel étant donné que les membres de la communauté, le personnel de santé et d'autres au niveau du district avaient des attentes concernant les ASC qui n'étaient pas de leurs compétences. Dans la région d'Atsinanana, le rôle des ASC était noté comme étant une meilleure pratique ; toutefois, les participants ont fait remarquer que la communication entre la communauté et les ASC devait être améliorée. Une suggestion faite par des ASC participant à des GDD était que les superviseurs communiquent leurs rapports de supervision aux ASC et aux communautés afin de clarifier les rôles et les responsabilités. Une revue de la documentation, conformément à la méthodologie de la MEAP ASC, a révélé qu'une seule ONG sur les sept examinées avait des descriptions de tâches écrites pour les ASC.

Tous les ASC inclus dans l'étude transversale rapportaient avoir reçu une **formation initiale** en PCIME-c ou en SR/PF. Dans la MEAP ASC, la formation initiale était bien notée, soit comme meilleure pratique soit comme fonctionnelle, bien que, dans toutes les activités évaluées, on convenait que l'État et la communauté ne participaient pas à la formation.

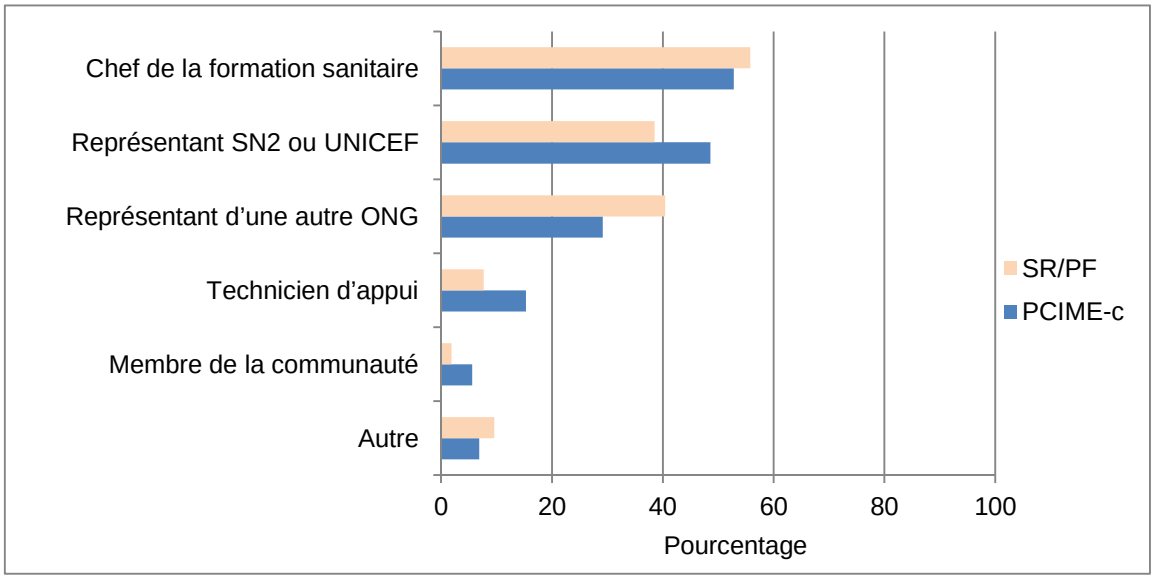
La **formation continue** était plus limitée, selon l'enquête transversale, avec seulement 54% des ASC de PCIME-c et 31% des ASC de SR/PF qui déclaraient avoir eu une formation de recyclage. Ce point a été confirmé par des conclusions de la MEAP ASC dans la région d'Analamanga où des participants disaient que les ASC avaient dû attendre plus de six mois pour une formation de recyclage. Dans la région d'Androy, la formation continue a été notée comme étant fonctionnelle car, même s'il y avait un plan établi, il n'était pas mis en œuvre. Par contre, les participants de la région d'Atsinanana donnaient à la formation continue une note de meilleure pratique du fait que la communauté effectuait tous les mois des réunions de revue pendant lesquelles les ASC recevaient un feed-back du personnel de supervision des CSB et de représentants de la communauté. L'étude transversale n'a pas trouvé de corrélation significative entre la formation de recyclage des ASC de PCIME-c et leur performance, tandis qu'une telle formation, à l'issue de la formation initiale en PF, était associée, chez les ASC de SR/PF, à des notes de performance plus élevées de 13,2 points (intervalle de confiance à 95% [6,7–19,7]).

Dans les programmes et régions impliquées dans la MEAP ASC, les notes étaient variables pour **le matériel et les fournitures.** Dans la région d'Analamanga, cette composante n'été notée que comme partiellement fonctionnelle en raison de ruptures de stock régulières pour les médicaments essentiels. Ces ruptures de stock se produisaient de deux à trois fois par an, et elles duraient un mois ou plus. Dans la région d'Atsiananana, où quatre ONG ont participé à une évaluation de la MEAP ASC, les avis étaient partagés ; trois notaient le matériel et les fournitures comme meilleure pratique, tandis qu'une autre notait cette composante comme fonctionnelle. Dans la région d'Androy, les participants sont convenus que la composante matériel et fournitures recevrait une note de partiellement fonctionnelle en raison de ruptures de stock longues et régulières, en particulier pour le traitement du paludisme. Les ASC participant à l'étude transversale se sont fait l'écho du problème des ruptures de stock, avec 67% des ASC de PCIME-c et 70% des ASC de SR/PF qui disaient avoir eu des ruptures de stock dans les six mois qui avaient précédé la collecte de données. Parmi ceux qui rapportaient des ruptures de stock durant les six mois ayant précédé la collecte de données, la moyenne des ruptures de stock qui se produisaient était de 1,4 pour les ASC de PCIME-c et de 1,8 pour les ASC de SR/PF. Les ASC de PCIME-c rapportant des ruptures de stock disaient qu'il s'agissait le plus souvent de pénuries de paracétamol (27,7%), de cotrimoxazole (23,4%), de produits de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) (22,3%) et de sels de réhydratation orale (22,3%) ; les ASC de SR/PF rapportaient des pénuries de CTA (25%), de Pilplan (20%), de contraceptifs injectables (16%) et de paracétamol (15%).

Le maintien d'un stock convenable de fournitures et de médicaments est apparu comme une difficulté importante pour les ASC participant à l'étude transversale (57,7% des ASC de PCIME-c, 38% des ASC de SR/PF). Seulement 58,4% des ASC de PCIME-c et 56% des ASC de SR/PF rapportaient qu'ils utilisaient des formulaires de commande dans leur travail ; 74,5% des ASC de PCIME-c et 77% des ASC de SR/PF rapportaient qu'ils utilisaient des formulaires comportant des listes pour la tenue des stocks. Environ la moitié de tous les ASC déclaraient qu'ils reconstituaient leurs stock quand il le fallait (51,7% des ASC de PCIME-c, 48% des ASC de SR/PF).

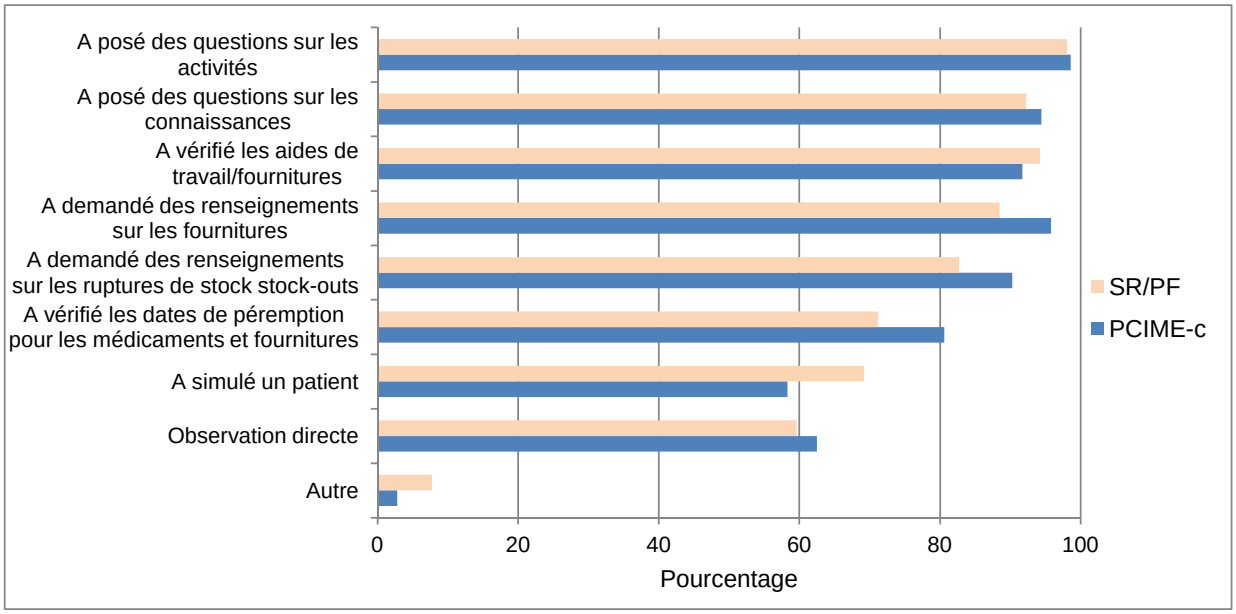
Environ la moitié des ASC rapportaient qu'ils avaient reçu une **évaluation de la performance** formelle au cours des 12 mois précédents (48,3% des ASC de PCIME-c et 52% des ASC de SR/PF). Ces évaluations étaient effectuées le plus souvent par le chef du CSB le plus proche (52,8% des ASC de PCIME-c, 55,8% des ASC de SR/PF) (Figure 4).

Figure 4 : Personne effectuant une évaluation de la performance des ASC, par type d'ASC



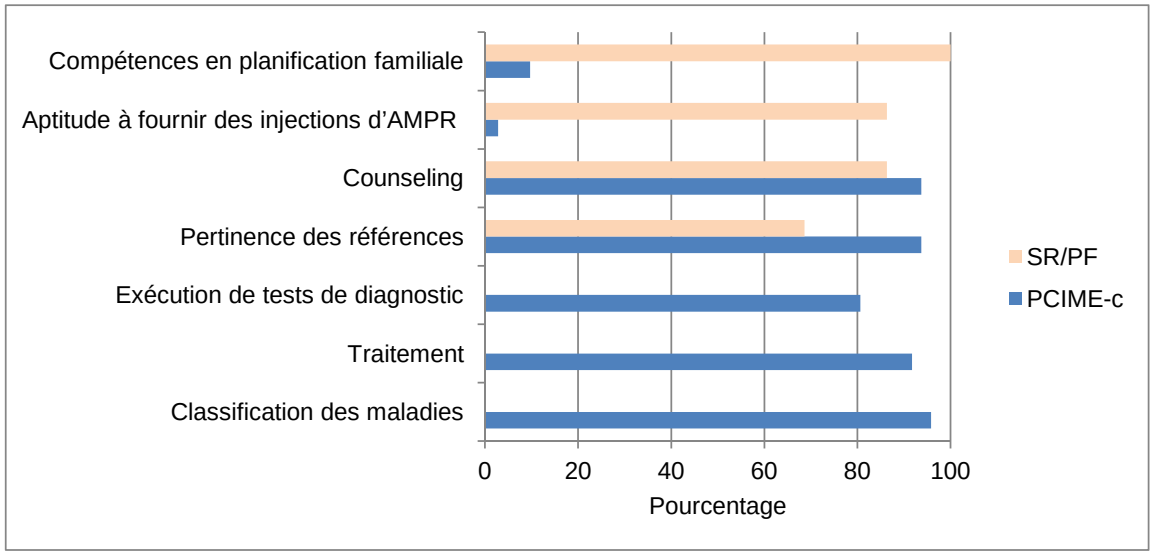
Selon des ASC, plusieurs méthodes d'évaluation ont été employées pour évaluer la performance des ASC, et la méthode la plus fréquemment citée était celle consistant à leur poser des questions sur leurs activités (voir Figure 5). Les rencontres simulées avec des patients et l'observation directe de la prestation de services étaient bien moins fréquentes.

Figure 5 : Méthode d'évaluation de la performance des ASC, par type d'ASC



En plus de divers superviseurs et méthodes d'évaluation, différentes compétences ont été également été évaluées pendant les évaluations. Les conclusions quantitatives (Figure 6) ont été étayées lors de l'évaluation qualitative par des déclarations d'ASC qui rapportaient que les superviseurs examinaient les rapports d'activité, les documents et les stocks de matériel et de fournitures. Des ASC de la région d'Androy ont rapporté que des exercices de simulation étaient effectués pendant la supervision ; dans la région d'Analamanga, les ASC ont rapporté qu'ils avaient partagé leurs expériences, expliqué les problèmes, identifié des solutions et créé et révisé des plans d'action.

Figure 6 : Compétences des ASC évalués pendant les évaluations formelles de la performance, par type d'ASC[1]



[1] *Certains ASC de PCIME-c avaient été formés également en SR/PF et vice-versa*

La composante **documentation et gestion de l'information a** été notée comme meilleure pratique dans deux des régions participant à la MEAP ASC, comme fonctionnelle dans une région et comme partiellement fonctionnelle dans une autre région. Les difficultés mises en évidence par les participants à l'atelier dans les deux régions avec les notes les plus basses portaient sur l'utilisation des données pour la prise de décisions et un échange limité de données, notamment en ce qui concerne la diffusion des rapports d'activité des ASC auprès de la communauté et la participation à des discussions entre la communauté et les superviseurs. Les ASC participant à l'étude transversale ont tous rapporté qu'ils préparaient les rapports mensuels pour le CSB (98% des ASC de PCIME-c et 100% des ASC de SR/PF). Les ASC ont indiqué qu'ils utilisaient ces rapports comme moyen de fournir une information aux formations sanitaires ou aux superviseurs, préparer le travail, suivre le nombre de clients vus, ainsi que suivre le stock et demander des fournitures. Comme noté dans la section sur la méthodologie ci-dessus, le questionnaire quantitatif administré aux ASC n'a pas compris de questions explicites sur les liens avec le système de santé du fait que cette composante était considérée comme n'étant pas de leur ressort. Plus de 90% ont rapporté qu'ils soumettaient des rapports d'activité mensuels. La majorité des ASC soumettaient des rapports aux superviseurs et/ou au CSB. Plus de 50% des ASC discutaient toujours — ou la plupart du temps — des résultats de leur rapport avec les autres ASC. Environ 51% des ASC de PCIME-c et 60% des ASC de SR/PF ont indiqué qu'ils partageaient leur rapports avec la communauté sur une base mensuelle.

L'attribution d'**incitations** était classée comme fonctionnelle dans les régions d'Analamanga et Atsinanana, et par les ASC soutenus par SN2 dans la région d'Androy, et comme meilleure pratique parmi les activités soutenues par le MSP/UNICEF dans la région d'Androy. Dans le Projet SN2 dans la région d'Androy, il a été reconnu que les communautés ne contribuaient pas aux incitations financières ou en nature pour les ASC. Les participants à la MEAP ASC dans la région d'Atsinanana ont rapporté que les incitations se limitaient au bénéfice retiré de la vente de médicaments, ou au per diem accordé pour des formations. Des différences ont été notées parmi les ONG appuyées par le Projet SN2 dans la région d'Atsinanana ; alors que certains rapportaient que la communauté donnait certains cadeaux aux ASC, d'autres disaient que la communauté ne leur offrait aucune incitation. La documentation de ces programmes a révélé que, au moment de la collecte de données, le MSP n'avait pas offert de soutien financier. Toutes les incitations qui étaient attribuées étaient basées sur la performance mais elles n'étaient pas standardisées pour toutes les activités des ASC, étant donné que des incitations financières sont prévues dans le cadre des programmes d'ASC relatifs à la tuberculose et à la nutrition. Comme c'était le cas dans la région d'Atsinanana, les participants à la MEAP ASC dans la région d'Analamanga ont noté que les incitations financières résultaient de la vente de médicaments ou de per diems pour la participation à des formations ou à des réunions de supervision. Les incitations non financières incluaient la formation proprement dite, ainsi que du matériel tel que des sacs à dos ou des imperméables. Dans la région d'Androy, où la composante était notée comme meilleure pratique par les participants soutenus par l'UNICEF, on a indiqué que les incitations fournies durant les formations étaient à la fois financières et non financières ; les visites de validation faisant partie de l'approche de la MEAP ASC ont révélé que les ASC étaient félicités et recevaient des remerciements lors de réunions communautaires. Les données du rapport quantitatif ont indiqué que les per diems pour la formation étaient considérés par les ASC comme un avantage lié à leur poste (92% des ASC de PCIME-c, 96,7% des ASC de SR/PF) ; toutefois, seulement 5,8% des ASC de PCIME-c et 1,1% des ASC de SR/PF estimaient que les paiements réguliers associés à leur lieu de travail étaient un avantage. Bien que les ASC soient des bénévoles, 6% des ASC de PCIME-c considéraient que l'obtention d'un revenu monétaire régulier pour leur travail était un facteur motivant. Les ASC estimaient que la reconnaissance officielle de la communauté était une incitation (72,5% des ASC de PCIME-c, 83% des ASC de SR/PF) et ils indiquaient aussi que les incitations non financières peuvent constituer un facteur motivant puissant pour les ASC.

La **participation de la communauté** a été notée meilleure pratique dans les régions d'Analamanga et d'Atsinanana, fonctionnelle dans le Projet SN2 de la région d'Androy (où les participants ont reconnu

qu'ils avaient peu d'interaction avec les communautés du fait que les CSB et les superviseurs des techniciens d'appui ne faisaient pas de visites aux ASC), et partiellement fonctionnelles parmi les ASC du MSP/UNICEF dans la région d'Androy où la communauté participait occasionnellement aux activités des ASC. L'étude transversale a trouvé que 29,5% des ASC de PCIME-c et 17% des ASC de SR/PF estimaient qu'obtenir le respect de la communauté était le plus grand défi, et 24,8% des ASC de PCIME-c et 12% des ASC de SR/PF estimaient qu'un soutien plus important de la communauté était nécessaire pour qu'ils puissent améliorer leur travail. Toutefois, la plupart des ASC se sentaient heureux de pouvoir aider leur communauté (92% des ASC de PCIME-c, 95% des ASC de SR/PF).

Le **système de référence** a été noté meilleure pratique dans deux régions et fonctionnel dans deux régions de l'évaluation qualitative. Cependant, dans les deux régions où le système avait été noté meilleure pratique, on a remarqué que la formation sanitaire ne donnait pas toujours un feed-back aux ASC. Dans la région d'Androy, les participants ont noté le système de référence comme fonctionnel car les communautés rapportaient qu'elles avaient des moyens de transport limités pour se rendre au centre de santé et pour mener à bien la référence recommandée. Parmi les participants à l'étude transversale, seulement 58% des ASC de PCIME-c et 62% des ASC de SR/PF disaient qu'ils avaient déjà référé un client à une formation sanitaire. Ceux qui l'avaient fait, avaient presque toujours rempli la fiche de référence (83% des PCIME-c et 98% des ASC de SR/PF). La tendance était plus marquée pour les contre-références — le flux d'information revenant à l'ASC — fournies aux ASC de PCIME-c (72%), par comparaison aux ASC de SR/PF (48%). Toutefois, une proportion importante d'ASC de PCIME-c et d'ASC de SR/PF rapportait qu'il n'y avait pas eu de contre-référence (24% et 38% respectivement).

La composante des **possibilités d'avancement** a été notée meilleure pratique dans les régions d'Analamanga et Atsinanana, et parmi les ASC formés par l'UNICEF dans la région d'Androy, mais elle a été notée comme fonctionnelle pour les ASC formés par SN2 dans la région d'Androy. Soixante-sept pour cent des ASC de PCIME-c et 75% des ASC de SR/PF participant à l'étude transversale estimaient qu'il y avait des possibilités d'avancement. Parmi les ASC se disant certains qu'il y avait de telles possibilités, diverses opportunités étaient mentionnées (voir Tableau 2).

Les participants à la MEAP ASC ont noté les **liens** entre le programme et **les services de santé** comme fonctionnels dans les régions d'Analamanga et d'Atsinanana, ainsi que dans le programme de SN2 à Androy, mais partiellement fonctionnel seulement pour les activités des ASC du MSP/UNICEF dans la région d'Androy. Les raisons de la note fonctionnelle étaient notamment : un manque d'intégration dans l'utilisation des données ; un manque de soutien matériel aux ASC ; et des restrictions sur le type d'interactions permises entre SN2 et le système de santé public. Dans le programme des ASC formé par l'UNICEF dans la région d'Androy, les participants à la MEAP ASC estimaient que le système de santé public apportait un certain soutien.

Tableau 2 : Types de possibilités d'avancement, par type d'ASC

Type de possibilités d'avancement	ASC de PCIME-c (n=100)	ASC de SR/PF (n=75)
Poste à la formation sanitaire	30%	45,3%
Travail à mi-temps à la formation sanitaire	37%	41,3%
Poste de technicien d'appui	25%	37,3%
Assister à des ateliers de formation	81%	93,3%
Apprendre de nouvelles compétences	76%	81,3%
Autre	17%	18,7%

L'**appropriation par le pays** a été notée comme étant fonctionnelle dans les régions d'Analamanga et d'Astinanana, et comme partiellement fonctionnelle dans la région d'Androy. L'absence d'un budget

national pour les activités des ASC a été notée dans tous les programmes comme étant une entrave à l'appropriation par le pays.

C. Supervision

Les **pratiques de supervision** différaient selon les régions comprises dans les évaluations, impliquant différents acteurs — les médecins des CSB ; les techniciens d'appui des ONG (TA, limités aux zones soutenues par SN2) ; les membres des CDS ; l'inspecteur médical ; et, occasionnellement, les responsables du programme SN2 — pour superviser conjointement ou séparément les ASC. Une personne enquêtée dans la région d'Atsinanana a noté que les gens quittent régulièrement leur poste, tandis qu'un ASC de la région d'Androy a noté une continuité chez les TA. Ces acteurs et les ASC assistaient aux réunions de revue mensuelles organisées au niveau de la commune (par le chef du centre ou du poste de santé). Les distances qu'ils doivent parcourir pour assister à ces réunions sont souvent considérables, et 78,5% des PCIME-c et 77,8% des ASC de SR/PF qui ont participé à l'étude ont rapporté qu'ils vivaient dans un rayon de cinq à 20 km de la formation sanitaire la plus proche.

Étant donné que tous les ASC viennent à ces réunions en même temps, ils sont confrontés à de longues périodes d'attente pour lesquelles ils demandent une indemnité de subsistance. Ils ne reçoivent des indemnités pour leurs frais de déplacement que pour les évaluations de la performance ayant lieu deux fois par an, et non pas pour la supervision de routine, par exemple les réunions de revue. Les superviseurs reçoivent une compensation (déplacement et per diem) lorsqu'ils se déplacent pour faire une visite de supervision.

1. Pratiques de supervision de SN2

SN2 a introduit en 2009 une stratégie pour la supervision des ASC afin d'améliorer la qualité de la performance et des services de ceux-ci. La stratégie encourage l'organisation de la supervision au niveau de la commune.

Les directives de supervision de SN2 prônent une supervision de soutien définie comme « l'art de soutenir une autre personne, de lui permettre (qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme) d'utiliser ses meilleures compétences, tout en observant les normes et standards de pratique » (USAID Madagascar, 2009). SN2 fait une distinction entre la supervision de soutien et la supervision de routine, en ajoutant trois pratiques à la première : l'observation de la pratique des ASC, une évaluation de cette pratique et un renforcement immédiat des compétences. La tâche du superviseur consiste à guider, aider, former et encourager les ASC à l'issue d'une évaluation formelle de leurs compétences au moyen des outils de supervision (USAID Madagascar, 2009). Le guide de supervision recommande : 1) une bonne préparation, notamment l'annonce des visites de supervision, la revue des données relatives à la prestation de services par les ASC, et la préparation des exercices d'observation ; 2) la création d'une atmosphère positive de confiance en encourageant et expliquant les objectifs de supervision ; et 3) la recherche de solutions pour surmonter les difficultés techniques et logistiques.

Chaque évaluation de la performance comporte cinq parties présentées en cinq sections dans les listes de contrôle pour chaque type d'ASC :

- Information générale (fournie par l'ONG) sur l'ASC.
- Fonctionnalité de l'ASC : Est-ce que l'ASC dispose du matériel et des fournitures nécessaires pour exécuter les tâches ? Est-ce qu'il (ou elle) utilise convenablement les outils de gestion pour rendre compte des activités ?
- Performance : Les compétences techniques des ASC sont vérifiées par l'observation de leur travail ou par des exercices de simulation.
- Les connaissances des ASC au sujet des outils de gestion, du système et de la documentation de référence, et les attitudes et le comportement envers les patients.

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

Les compétences sont évaluées en fonction d'un système de notation permettant au superviseur de suivre dans le temps les connaissances et les compétences des ASC. Une note supérieure à 70% est considérée comme satisfaisante (niveau A), de 50–70% comme suffisante mais nécessitant un suivi (niveau B) et, si elle est inférieure à 50%, elle est considérée comme insuffisante et exigeant une formation et un suivi étroit (niveau C). Dans le rapport annuel de SN2 allant d'octobre 2011 à septembre 2012, il était indiqué que, pour ce qui est de la performance en fin de formation, 63% pour cent des ASC se situaient au niveau A, 30% au niveau B et 7% au niveau C (RTI International, 2012).

L'évaluation est habituellement effectuée par un médecin du CSB au moins deux fois par an. Un rapport de supervision de l'ASC est communiqué au TA et également au centre de santé. SN2 donne au superviseur local une incitation financière après avoir reçu dans les délais un rapport achevé. Les membres des CDS font un suivi des activités de sensibilisation, d'augmentation de la demande et de stimulation au moyen de visites aux sites où se trouvent des ASC.

Le concept de SN2 pour la supervision de soutien comprend une évaluation de la performance individuelle. Une revue mensuelle est effectuée par des membres du CDS, les superviseurs locaux et les ASC afin d'identifier les problèmes et les lacunes dans les services. Tous les trois mois, les ASC reçoivent une supervision consistant en une évaluation de leur compétences et en un soutien pour renforcer ces compétences. Un suivi continu est mené par des superviseurs locaux. Le fait que l'on parle de « supervision » est peut-être l'une des raisons pour lesquelles 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 soutien l'utilisation des outils et des processus de l'État pour la gestion des ASC à Madagascar. Durant toute cette évaluation, les GDD et les interviews ont mis en évidence des perceptions largement conformes aux aspects essentiels de la supervision. Tous les participants avaient la même compréhension de l'approche de la supervision : ils la considéraient comme utile pour s'assurer de la qualité des services fournis et pour l'améliorer en associant le contrôle de la qualité, le renforcement des capacités et l'apport d'un soutien aux ASC pour la résolution de problèmes.

En général, la supervision se faisait en groupe au niveau de la commune, essentiellement lors de réunions mensuelles, et avec la participation de représentants de la communauté et parfois de TA et du médecin-superviseur du CSB. L'évaluation détaillée (semi-annuelle) était réalisée au moyen de formulaires d'évaluation mis au point par SN2 (pour les activités soutenues par SN2). Les participants aux GDD et aux interviews ont confirmé que les visites de supervision aux sites des ASC étaient rares. Durant l'exercice 2012, SN2 a rapporté que 3 001 cases de santé avaient été construites pour des ASC par les communautés participantes (RTI International, 2012).

3. Conclusions synthétisées

Dans les régions d'Analamanga et Atsinanana, et dans le programme de SN2 dans la région d'Androy, la supervision était notée comme fonctionnelle, du fait qu'il y avait peu de visites de supervision sur le terrain. Parmi les activités des ASC soutenues par l'UNICEF dans la région d'Androy, cette composante était notée non fonctionnelle ; les participants ont exprimé leur frustration face au manque à la fois de supervision et d'évaluation. Pendant une visite de validation, un ASC a rapporté qu'il voyait son superviseur moins de deux fois par an.

Les ASC et leurs superviseurs ont une **compréhension commune de la supervision**. Pendant les GDD, tant les ASC que les superviseurs ont déclaré que le but de la supervision était d'assurer la qualité des services des ASC. Ceux-ci étaient reconnaissants aux superviseurs du soutien et des conseils offerts,

en particulier pour l'identification de solutions aux problèmes et pour encourager une bonne performance, ce que les superviseurs considéraient comme des tâches fondamentales. Dans les trois régions incluses dans l'évaluation qualitative, les superviseurs estimaient qu'il leur incombait de préciser les rôles et les responsabilités des ASC et de bâtir des relations entre les ASC et la communauté. Les superviseurs dans la région d'Analamanga se considéraient comme des médiateurs, en particulier lorsque la communauté avait des attentes qui n'entraient pas dans les attributions des ASC.

Pour ce qui est de la **fréquence** des visites de supervision, 69% des ASC de PCME-c et 75% des ASC de SR/PF participant à l'étude transversale ont rapporté qu'ils avaient reçu une visite de supervision technique durant le trimestre précédant la collecte des données, bien qu'ils aient reconnu que ces visites n'étaient pas régulières. Les données de l'étude transversale indiquent aussi qu'une supervision moins fréquente (entre une et cinq visites au cours des 12 mois précédant la collecte des données) se traduisait par une performance plus médiocre chez les ASC de PCME-c. Dans l'évaluation qualitative, les ASC ont dit que les communes organisaient tous les mois des réunions de revue avec les ASC. Toutefois, il a été noté que la participation des représentants de SN2 à ces réunions dans la région d'Analamanga était passée de mensuelle à trimestrielle, et que la fréquence des visites des médecins superviseurs des CDS avait diminué, passant de trimestrielle à semestrielle. Les participants à l'atelier d'évaluation dans la région d'Analamanga ont estimé que la participation moins fréquente de SN2 était imputable à la clôture progressive du programme et à des limitations budgétaires. Les ASC participant aux GDD ont exprimé un désir d'avoir des visites de supervision plus rapprochées, avec suffisamment de temps alloué à l'observation, au feed-back et aux conseils. Les personnes ayant un rôle de supervision qui ont participé à des GDD sur ce sujet estimaient que les visites à domicile présentaient de sérieuses difficultés en raison de la distance, du manque de moyens de transport et, dans un cas particulier, de limitations physiques dues à l'âge. Ces superviseurs estimaient que l'impossibilité pour eux d'aller voir les ASC dans leur communauté avait une incidence sur leurs relations avec les ASC. Les ASC, les superviseurs et les représentants de la communauté participant à des GDD recommandaient tous qu'il y ait davantage de visites de supervision et qu'il fallait veiller à ce que les superviseurs aient les moyens et le soutien nécessaires pour effectuer ces visites. Toutefois, il conviendrait de noter que de rapport le plus récent de SN2 signale une augmentation du nombre des visites de supervision, tant par les membres des CDS que par le personnel technique des ONG chargées de l'exécution pendant l'exercice 2012, par rapport à l'exercice 2011. Durant l'exercice 2011, 91% des ASC avaient reçu des visites de supervision, tandis que pendant l'exercice 2012, 100% en avaient reçues. Le rapport l'attribue en partie au soutien renforcé offert par les TA des ONG aux CDS pour « l'organisation du suivi de routine des ASC » (RTI International, 2012).

Selon les participants à l'évaluation qualitative, les **outils** utilisés pendant les visites de supervision et d'évaluation ont été développés par SN2. Les superviseurs considéraient généralement que ces formulaires étaient utiles, mais ils avaient des suggestions pour y apporter des améliorations, notamment l'alignement du contenu sur d'autres obligations de compte rendu, et la traduction des formulaires en malgache. Les superviseurs de la région d'Analamanga considéraient que les outils étaient un guide utile pendant l'évaluation. Toutefois, les superviseurs des régions d'Atsinanana et d'Androy disaient que les formulaires étaient compliqués et prenaient du temps à remplir. Les commentaires spécifiques relatifs aux outils disaient notamment que les formulaires comportaient des doublons et que la vérification de l'information rapportée par les ASC eux-mêmes n'était pas possible en l'absence de visites de sites. Les superviseurs de la région d'Androy disaient que ces formulaires constituaient une charge de travail importante, et qu'il fallait en moyenne 60 minutes pour les remplir.

La **participation de la communauté** à la supervision et à l'évaluation des ASC s'effectuait essentiellement à travers la participation des membres des CDS aux réunions de revue, aux côtés des superviseurs des CSB et des ASC. Ces membres de CDS étaient influents au sien de la communauté de manière générale et ils étaient donc en mesure de faciliter et de faire un arbitrage entre les ASC et la communauté. Ils aidaient à sensibiliser les membres de la communauté concernant le rôle des ASC et les

services qu'ils fournissaient. Pour ce qui est de la supervision, les membres des CDS ne fournissaient aucune supervision technique des ASC mais ils surveillaient plutôt les activités des ASC et la mise en œuvre des recommandations faites aux ASC pendant leurs réunions de revue.

4. Performance des ASC

L'évaluation transversale a analysé la performance des ASC de PCIME-c et des ASC de SR/PF. Les principales conclusions sont résumées ici et sont expliquées en détail dans le rapport (Agarwal et al., 2013). Il n'y avait pas de différences significatives entre les ASC dans les zones appuyées par SN2 et les ASC formés par l'UNICEF et appuyés par le MSP.

ASC de PCIME-c

Le Tableau 3 présente la proportion d'enfants correctement classifiés par les ASC par rapport à la classification établie par l'évaluateur du standard d'excellence. La performance des ASC varie selon les domaines. La meilleure performance concerne l'identification du statut nutritionnel (83%) et la plus mauvaise sur les maladies fébriles graves (26%).

Tableau 3 : Proportion d'enfants classifiés correctement par les ASC (n=745)

Classification	Nombre classifié par le standard d'excellence	% classifié correctement par les ASC	IC à 95%
Diarrhée sévère	23	41%	15–68
Diarrhée simple	145	55%	44–66
Maladie respiratoire grave	3	43%	18–68
Pneumonie simple	101	39%	26–51
Maladie fébrile grave	6	26%	0–82
Paludisme simple	31	67%	47–86
Maladie avec signes de danger	160	73%	65–82
État nutritionnel	745	83%	78–89
Malnutrition grave	31	68%	44–92

La proportion d'enfants correctement traités par les ASC variait de 42% (toux) à 78% (malnutrition grave) comme le montre le Tableau 4.

Une note de performance représentant la proportion de tâches effectuées correctement a été calculée pour chaque rencontre clinique observée de PCIME-c. Le Tableau 5 résume les notes de performance de l'ensemble des évaluations de 622 enfants malades. La note de performance moyenne était de 75% (IC à 95% : 72–78).

La Figure 7 montre la distribution des notes de performance globales parmi les ASC de PCIME-c. Les ASC obtenaient les meilleurs résultats dans l'identification du motif principal de la consultation, alors que leur performance la plus faible était enregistrée pour la classification correcte des maladies et la sélection du traitement approprié (Agarwal et al., 2013).

Tableau 4 : Proportion d'enfants traités correctement pour des maladies de PCIME-c

Classification	Nombre traité par le standard d'excellence	% traité correctement par les ASC	IC à 95%
Diarrhée sévère	23	74%	(50,2–97,0)
Diarrhée simple	145	44%	(32,1– 56,8)
Maladie respiratoire grave	27	69%	(47,3– 91,2)
Pneumonie simple	101	50%	(36,2–65,8)
Toux	288	42%	(32,3–52,7)
Maladie fébrile grave	13	61%	(30,4–92,0)
Paludisme simple	30	60%	(36,7–84,3)
Autre maladie fébrile	177	53%	(42,9–65,2)
Maladie exigeant une référence[a]	252	68%	(60.0–76.5)
Malnutrition grave	31	78%	(59.8–98.2)
Maladie exigeant un traitement salvateur au site[b]	256	53%	(43.6–63.1)

[a]*Les maladies qui nécessitaient une référence comprenaient la malnutrition grave, la diarrhée sévère, les maladies fébriles, les maladies respiratoires graves, la présence de signes de danger, l'identification de maladies autres que fièvre, maladies respiratoires ou diarrhée.*

[b]*Maladies traitables par la PCIME-c nécessitant un traitement salvateur au site : diarrhée simple, pneumonie et/ou fièvre.*

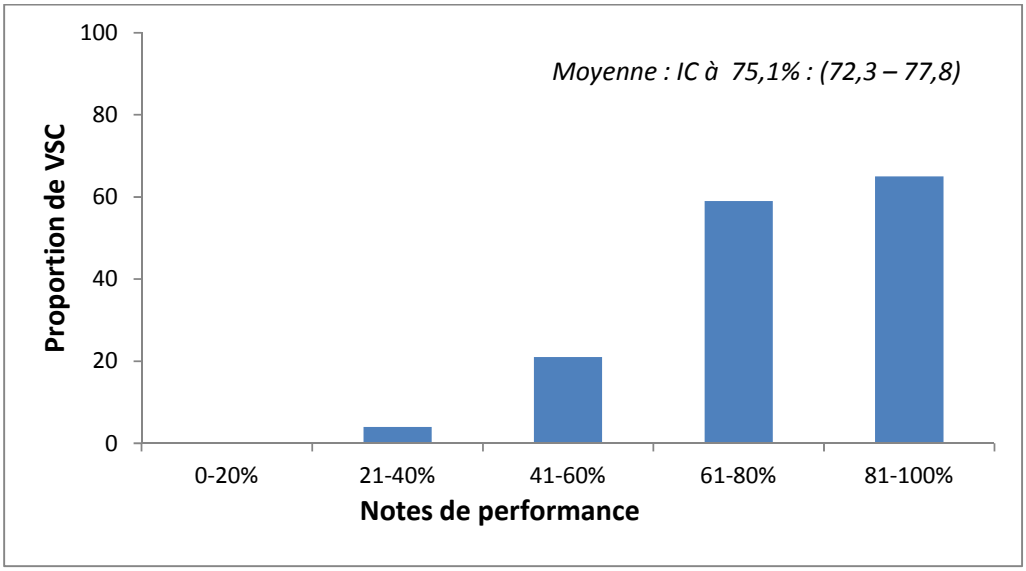
Tableau 5 : Notes de performance pour les ASC de PCIME-c (n=622 rencontres)

Statistique	Valeur	IC à 95%
Nombre d'évaluations d'enfants malades[a]	622	Sans objet
Note moyenne de performance	75,1%	(72,3–77.8)
Note médiane de performance	79%	Sans objet
Fourchette des notes de performance	6,25%–100%	Sans objet

[a]*Sont exclus les enfants qui ne venaient pas pour un diagnostic de PCIME-c (par exemple, une éruption cutanée).*

Les facteurs associés à une meilleure performance des ASC (note de 0 à 1) ont été identifiés par une régression linaire multiple et ils comprenaient : une note plus élevée pour l'évaluation des connaissances (β 0,03), un plus grand nombre d'années d'éducation (β 0,01) et un plus grand nombre de responsabilités perçues (β 0.015). Ces corrélations étaient faibles. Une distance de plus de 20 km entre l'ASC et le CSB (β -0,08), le fait d'avoir reçu moins de six visites de supervision au cours des 12 derniers mois (β -0,08) et l'évaluation des cas de problèmes respiratoires (β -0,06) et de diarrhée (β -0,05) étaient associés à des notes de performance plus faible.

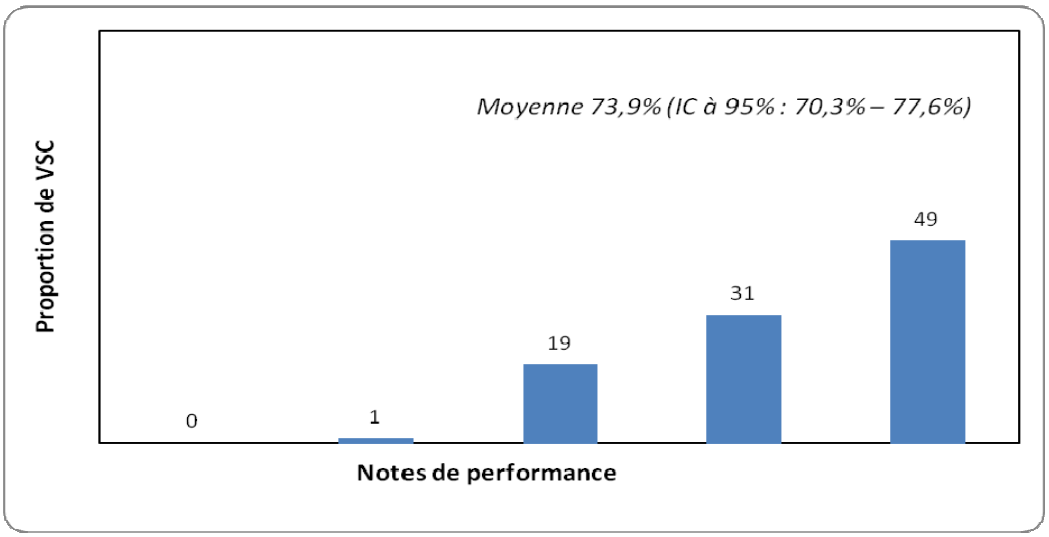
Figure 7 : Distribution des notes de performance parmi les ASC de PCIME-c (n=149)



ASC de SR/PF

La performance a été évaluée au moyen de cinq rencontres observées pour chacun des 100 ASC de SR/PF. On a trouvé que les ASC aidaient la cliente à exprimer ses besoins dans 78% des rencontres observées et qu'ils encourageaient la cliente ou le couple à faire un choix pertinent dans 89% des rencontres. L'éligibilité a été correctement classifiée pour 91% des rencontres en rapport avec la contraception orale et pour 95% des rencontres en rapport avec des contraceptifs injectables. La note de performance moyenne représentant la proportion de tâches correctement effectuées était de 73,9 (IC à 95% : 70,3–77,6) avec une fourchette de 40,7 à 100. Des lacunes importantes dans la performance ont été identifiées lors de l'évaluation — on a trouvé notamment que les listes de contrôle standard n'étaient utilisées que dans seulement 69% des rencontres avec des clients, et que les contre-indications à l'utilisation de la contraception orale n'étaient évaluées que dans 41% des rencontres durant lesquelles les femmes exprimaient un intérêt pour la contraception orale. La distribution des notes de performance entre les ASC de SR/PF est schématisée à la Figure 8 ci-dessous.

Figure 8 : Distribution générale des notes de performance parmi les ASC de SR/PF (n=100)



La régression linéaire multiple a identifié trois variables associées à des meilleures notes de performance (notées de 0 à 100) : un plus grand nombre d'années d'éducation (β 1,8), un plus grand nombre d'heures de travail hebdomadaire en tant qu'ASC (β 0,3), et le fait de recevoir une formation de recyclage à la suite de la formation initiale en PF (β 13.2).

IV. DISCUSSION

A. Fonctionnalité des programmes

Les conclusions de l'étude transversale étayaient l'idée que le recrutement, la formation initiale et les possibilités d'avancement sont des points forts des programmes d'ASC évalués. Tandis que les conclusions de l'évaluation qualitative indiquaient que la participation de la communauté était l'une des forces des programmes d'ASC (voir Tableau 6), l'étude transversale a trouvé que les ASC estimaient que la participation de la communauté et le respect émanant de celle-ci constituaient des difficultés majeures, mais aucune des deux évaluations n'a pu saisir les raisons de ces difficultés. Les rapports relatifs à la supervision des programmes ont révélé que les services d'ASC sont sous-utilisés dans certaines communautés et qu'une cérémonie de reconnaissance officielle pour les féliciter de leur rôle peut être utile pour asseoir leur crédibilité au sein de leur communauté (communication personnelle, Alyssa Finlay-Vickers, CDC). Bien que des questions spécifiques relatives à la documentation et la gestion de l'information n'aient pas été posées dans l'étude transversale, il y avait malgré tout un partage de la documentation avec la communauté.

Les données provenant à la fois de l'étude qualitative et de l'étude transversale ont montré que si les ASC recevaient effectivement une formation initiale, la formation continue posait problème. On a constaté que la formation continue améliorait de 13,2 points la note de performance des ASC de SR/PF. Une étude de la littérature existante relative aux programmes d'ASC a trouvé que la formation initiale, tout comme la formation en cours d'emploi, était essentielle à la réussite de ces programmes (Shakir, 2010).

Les incitations sont un aspect important des programmes d'ASC, bien que toutes les incitations n'aient pas besoin d'être d'ordre financier. Les conclusions de l'étude transversale selon lesquelles assurer un service et être apprécié de la communauté étaient des facteurs motivants pour les ASC sont conformes à d'autres études (Jerome et Ivers, 2010, Robinson et Larsen, 1990). Tandis que le rapport annuel le plus récent de SN2 indique que le communauté soutenait les ASC par des activités comme la construction de cases de santé (RTI International, 2012), la pratique n'était pas universelle et les deux évaluations ont montré que le soutien de la communauté aux ASC pourrait être renforcé.

Dans les deux évaluations, la disponibilité de matériel et de fournitures était un élément faible. La fréquence et la durée des ruptures de stock étaient notées par les participants à la MEAP ASC et par les ASC dans l'étude transversale. Cela tient peut-être aux ruptures de stock aux niveaux central et communal, et peut être aussi à la formation continue et à la supervision de soutien limitées pour la gestion des stocks et les commandes. Des fournitures insuffisantes ou inadaptées ont un impact sur la qualité des services que fournissent les ASC (Gilroy et al., 2012, Stekelenburg et al., 2003). Les données d'une étude de trois pays africains sur la chaîne d'approvisionnement pour la prise en charge des maladies de l'enfant a trouvé qu'il fallait que les ASC et leurs superviseurs « sachent où, quand et quelles quantités commander de chaque produit pour une réquisition ou un réapprovisionnement » comme condition préalable à la diminution des ruptures de stock parmi les ASC (Chandani et al., 2012).

Le système de référence était également faible étant donné qu'environ seulement la moitié des ASC disaient qu'ils référaient des patients. L'enquête transversale n'a recueilli de renseignements qu'auprès d'ASC à titre individuel, et elle n'a pas évalué des aspects au niveau des systèmes — par exemple, l'appropriation par le pays — , mais l'évaluation qualitative a trouvé que le manque de crédits de l'État pour soutenir les programmes d'ASC ne permet pas au pays de s'approprier pleinement le programme.

Tableau 6 : Notes de fonctionnalité selon la MEAP ASC, trois régions de SN2

Composante		Analamanga (1 ONG)	Atsinanana (4 ONG)	Androy (2 ONG)
1	Recrutement	3	3	3
2	Rôle des 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	Participation communautaire	3	3	2
10	Système de référence	2	3	2
11	Possibilités d'avancement	3	3	2
12	Documentation et gestion de l'information	3	3	2
13	Liens avec les systèmes 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 indiqué) = non fonctionnel ; 1 (orange) = partiellement fonctionnel ; 2 (rose) = fonctionnel ; 3 (vert) = meilleure pratique ; blanc = résultats mitigés.

La faiblesse des liens avec le système de santé formel et l'appropriation par le pays concernant les activités des ASC évalués doivent être interprétés dans le contexte politique actuel où l'USAID n'a pas le droit de fournir un soutien financier, matériel ou technique, ou une assistance, au gouvernement malgache, notamment au MSP, à la suite du coup d'État de 2009.

B. Pratiques et outils de supervision

Les participants à l'évaluation qualitative comprenaient dans l'ensemble le but de la supervision. Des personnes enquêtées dans le cadre des deux évaluations ont exprimé le besoin d'avoir davantage de supervision technique directe, en particulier davantage de visites de supervision aux ASC. Le fait qu'on n'ait pas donné aux superviseurs les moyens d'aller voir les ASC sur leur lieu de travail indique une faiblesse dans la fonctionnalité du programme. S'il est vrai que, du point de vue logistique, le passage à

l'échelle présente des difficultés, des pratiques de supervision de soutien bien structurées peuvent avoir une incidence positive sur la motivation des ASC et offrir des possibilités de renforcement des capacités et de développement professionnel (Haines et al., 2007).

L'évaluation qualitative a estimé que l'évaluation de la performance était un point faible, ce qui était confirmé par des preuves provenant de l'étude transversale dans laquelle la moitié seulement des ASC disaient qu'ils recevaient une évaluation de leur performance. Le fait de recevoir moins de visites de supervision était associé à une performance plus médiocre parmi les ASC de PCIME-c.

C. Limitations

Cette synthèse comporte de nombreuses limitations qui sont aggravées par celles des évaluations individuelles. Dans cette section, les limitations de chaque évaluation —— qualitative, quantitative et synthèse – sont présentées.

1. Évaluation qualitative

L'évaluation de Madagascar a été la première application de l'outil de la MEAP ASC en français. Les composantes ont aussi été traduites en malgache, et l'exactitude du texte en a souffert. Dans une région, Androy, il y avait plusieurs organisations qui avaient soutenu les ASC au cours des années ayant précédé l'évaluation. De ce fait, il a été difficile de localiser des ASC qui avaient été formés par le MSP/UNICEF et dont l'expérience se limitait aux programmes soutenus par l'UNICEF. Le travail antérieur des ASC avec d'autres organisations peut avoir influencé leurs vues du programme inclus dans l'évaluation qualitative. Les séances des ateliers, les interviews et les groupes de discussion dirigée n'ont pas été enregistrées sur magnétophone, ce qui a pu entraîner une perte de données ou des données inexactes. La compréhension peut aussi avoir souffert du fait que beaucoup de gens ont participé à la collecte, la documentation, la traduction, l'analyse et le compte rendu des données. Enfin, l'élément de la fonctionnalité relatif à « l'appropriation par le pays », tel que défini par la MEAP ASC, constituait un défi en raison de la situation politique actuelle à Madagascar. L'attribution d'une note de meilleure pratique ou de fonctionnel à cet élément, pour l'un ou l'autre des programmes évalués, était impossible, ce qui a eu un impact sur leur note globale de fonctionnalité.

2. Étude transversale

Certaines des limitations indiquées dans l'étude transversale portaient sur la composante relative à la performance des ASC. Une limitation concernant l'échantillonnage était qu'il y avait eu 20 substitutions d'ASC, étant donné que des personnes qui avaient été sélectionnés initialement n'étaient pas disponibles, ce qui a peut-être introduit un biais de sélection car les remplaçants n'avaient pas été sélectionnés par échantillonnage aléatoire. Vraisemblablement, cet effet a été peu important puisque le district et les communes avaient été sélectionnées par échantillonnage aléatoire et que les remplaçants venaient de la même région géographique échantillonnée.

3. Synthèse

La synthèse a été réalisée par un membre de l'équipe de recherche et évaluation de HCI qui n'avait pas participé à la collecte des données pour l'une ou l'autre évaluation, et qui n'avait participé que de façon minimale à la production du rapport quantitatif, mais qui avait participé à la revue et au peaufinage du rapport qualitatif. L'approche intégrée employée dans cette synthèse s'est servie des composantes de la fonctionnalité telles que définies dans la MEAP ASC et telles qu'utilisées dans l'étude qualitative et dans l'étude transversale, ce qui n'a peut-être pas permis d'approfondir davantage l'analyse. Étant donné que l'auteur principal n'a eu accès aux données primaires, la synthèse s'est faite à partir de données déjà analysées, ce qui a peut-être limité la richesse et la complexité de l'analyse. Toutefois, le rapport de synthèse a été revu par les auteurs principaux des rapports de l'étude qualitative et de l'étude transversale et par les parties prenantes clés à Madagascar, ce qui a peut-être atténué certaines de ces limitations.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Sur la base des conclusions de ce rapport de synthèse, en conjonction avec les recommandations présentées séparément dans l'étude qualitative et dans l'étude transversale, les recommandations suivantes sont présentées pour l'amélioration de la fonctionnalité des programmes d'ASC à Madagascar. De manière générale, les recommandations contenues dans cette synthèse reflètent celles proposées séparément dans les deux évaluations et complétées par des données du projet et d'autres sources. Toutefois, l'examen des conclusions des deux évaluations permet une compréhension plus complète.

Les **liens avec la communauté** devraient être renforcés, avec notamment une clarification des rôles. Un moyen d'y parvenir serait peut-être d'impliquer la communauté dans la formation des ASC pour que cette communauté prenne davantage conscience des rôles et des responsabilités des ASC. Faire participer les dirigeants locaux, tels que les chefs de village, aux formations et aux événements publics — tels que l'ouverture d'un nouveau site d'ASC —, peut être un moyen de sensibiliser les populations et de rallier leur soutien pour les ASC et les services qu'ils fournissent. Soutenir les CDS pour qu'ils deviennent des champions au sein de la communauté et pour qu'ils encouragent l'établissement de relations entre les ASC et la communauté renforce la légitimité des ASC au sein de la communauté et procure une source alternative de soutien pour les ASC. En outre, inciter les ASC à effectuer une évaluation des besoins de santé de la communauté peut, en même temps, faire connaître les ASC à la communauté et faire participer celle-ci à l'amélioration de sa propre santé.

Il devrait y avoir des **formations continues** pour renforcer les compétences parmi les ASC, non seulement autour de la prestation de services mais aussi pour la **gestion des stocks** et des procédures de commande afin de réduire le nombre et la durée de ruptures de stock. Il y a toutefois d'autres facteurs affectant la chaîne d'approvisionnement qui devraient être optimisés — par exemple, l'existence de stocks dans les dépôts répartiteurs ou des mécanismes pour l'acheminement des fournitures aux ASC. Population Services International (PSI)/Madagascar a identifié plusieurs problèmes dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement : des conditions de stockage des produits insuffisantes au niveau des ASC ; une promotion et une publicité insuffisantes pour les produits que distribuent les ASC ; les revenus insuffisants que retirent les ASC de la vente de produits, ce qui les oblige à avoir un autre emploi et qui limite donc l'accès de la communauté à leurs services ; une mauvaise communication entre les équipes de distribution de PSI, les points de distribution à base communautaire et les ASC ; et les ruptures de stock au niveau central. Des activités visant à améliorer ces points devraient être mises en œuvre et évaluées. Des leçons peuvent aussi être glanées à partir des expériences d'autres pays.

Les **liens avec le système de santé formel,** à tous les niveaux, devraient être renforcés. Il conviendrait notamment d'améliorer les liens pour ce qui est du système de référence. Les ASC devraient être formés et encouragés à référer les patients au système de santé. Les prestataires au sein du système de santé devraient être formés également pour fournir des contre-références afin d'assurer la continuité des soins et le suivi de leurs clients. D'autres formulaires pour une communication plus directe pourraient aussi être mis au point et soutenus pour renforcer les liens entre les ASC et les formations sanitaires. Toutefois, l'établissement de liens avec le système de santé formel est affecté par la situation politique actuelle qui interdit à l'USAID de travailler directement avec le MSP.

La **supervision de soutien**, en particulier les visites aux ASC, devrait être intégrée au programme et à son budget pour faire en sorte que les ASC obtiennent les conseils nécessaires pour améliorer la qualité technique des services qu'ils fournissent. La supervision des ASC de PCIME-c devrait mettre l'accent sur la classification et le traitement corrects des enfants ayant des maladies traitables par la PCIME-c. Il conviendrait aussi d'étudier des approches délibérées et bien pensées pour fournir une supervision aux ASC qui vivent et qui travaillent loin des formations sanitaires, par exemple l'apport d'un soutien et d'une supervision grâce à la technologie mobile. Avant de mettre en œuvre de nouvelles approches de la supervision, il faudrait examiner attentivement à la fois le coût financier et le coût d'opportunité pour veiller à ce que des ressources suffisantes soient disponibles, et à ce que le personnel des CSB ne soit

pas détourné de ses responsabilités de prestation de services à la formation sanitaire. Bien que les membres des CDS n'aient pas les connaissances requises pour assurer une supervision technique des ASC, ils pourraient être capables de renforcer ou de soutenir autrement les messages communiqués par le personnel du CSB qui offre une supervision technique, à condition que les liens entre les membres des CDS, le système de santé formel et les ASC soient renforcés. La compétence des ASC peut être suivie en évaluant les connaissances et en pratiquant une observation.

Il est également recommandé d'établir un **système national de suivi et d'évaluation** comme moyen de guider les décisions d'ordre programmatique et de faire un suivi de la performance. De telles données aident à identifier les lacunes dans les services et d'améliorer la qualité.

VI. RÉFÉRENCES

Observatoire des ressources humaines pour la santé en Afrique. 2007. HRH Fact Sheet: Madagascar. Accessible à http://www.hrh-observatory.afro.who.int/en/country-monitoring/73-madagascar.html/, consulté le 6 juin 2012.

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.

Agarwal A, Gallo M, Finlay A. 2013. Évaluation de la qualité des programmes de prise en charge intégrée communautaire des maladies de l'enfant et de santé de la reproduction à Madagascar. Publié pour les CDC par le Projet d'amélioration des soins de santé (USAID). Bethesda, MD: University Research Co., LLC.

Chandani Y, Noel M, Pomeroy A, Andersson S, Pahl MK, Williams T. 2012. Factors affecting availability of essential medicines among community health workers in Ethiopia, Malawi, and Rwanda: Solving the last mile puzzle. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87, 120-126.

Crigler L, Hill K, Furth R, Bjerregaard D. 2011. Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC): Une boîte à outils pour l'amélioration des programmes et des services des agents de santé communautaires. Projet d'Amélioration des soins de santé. Bethesda, MD: University Research Co., LLC. Accessible à http://www.hciproject.org/communities/chw-central/resources/community-health-worker-assessment-and-improvement-matrix-chw-aim-, consulté le 10 mars 2012.

Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. 2005. Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10, 45-53.

Gilroy KE, Callaghan-Koru JA, Cardemil CV, Nsona H, Amouzou A, Mtimuni A, Daelmans B, Mgalula L, Bryce J, CCM-Malawi Quality of Care Working Group. 2012. Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi. *Health Policy and Planning*, 1-13.

Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. 2012. National Strategy Applications [Web page]. Accessible à http://www.theglobalfund.org/en/nsa/, consulté le 30 april 2012.

Gove S. 1997. Integrated management of childhood illness by outpatient health worker: Technical basis and overview. *Bulletin of the World Health Organization*, 75, 7-24.

Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker DG, Bhutta Z. 2007. Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers. *Lancet*, 369, 2121-2131.

Hoke TH, Wheeler SB, Lynd K, Green MS, Razafindravony BH, Rasamihajamanana E, Blumenthal PD. 2011. Community-based provision of injectable contraceptives in Madagascar: 'Task-shifting' to expand access to injectable contraceptives. *Health Policy Planning,* 20, 1-8.

INSTAT (Institut National de la Statistique de Madagascar). 2005. Enquête périodique auprès des ménages. Antananarivo, Madagascar.

INSTAT. 2006. Enquête périodique auprès des ménages. Antananarivo, Madagascar.

INSTAT. 2010a. Enquête périodique auprès des ménages. Antananarivo, Madagascar.

INSTAT. 2010b. Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009. Calverton, MD: ICF Macro.

IntraHealth International. 2012. Echoes of Change from Community Health Work in Madagascar [page web page]. Accessible à http://www.intrahealth.org/page/echoes-of-change-from-community-health-work-in-madagascar/, consulté le 30 avril 2012.

Jerome JG, Ivers LC. 2010. Community health workers in health systems strengthening: A qualitative evaluation from rural Haiti. *AIDS*, 24, S67-S72.

Ministère de la Santé Publique. 2009. Annuaire des Statistiques du Secteaur Santé de Madagascar 2009. Antananarivo, Madagascar: Ministère de la Santé Publique.

Marsh DR, Hamer DH, Pagnoni F, Peterson S. 2012. Introduction to a Special Supplement: Evidence for the implementation, effects, and impact of the integrated community case management strategy to treat childhood infection. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87, 2-5.

Robinson SA, Larsen DE. 1990. The relative influence of the community and health system on work performance: A case study of community health workers in Colombia. *Social Science and Medicine*, 30, 1041-1048.

RTI. 2008. USAID/Santénet2 Semi-Annual Report: July 25-September 30, 2008. Research Triangle Park: USAID. Accessible à http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACM354.pdf/, consulté le 1er mai 2012.

RTI International. 2012. Santénet2 Revised Annual Report No. 4 October 2011 - September 2012. Research Triangle Park, NC: RTI International.

Shakir F. 2010. Community Health Worker Programs: A Review of Recent Literature. USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: URC. Accessible à http://www.hciproject.org/sites/default/files/CHW%20literature%20review_Jan2010.pdf

Stanback J, Spieler J, Shah I, Finger WR. 2010. Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives: Conclusions from a technical consultation. *Contraception*, 81, 181-184.

Stekelenburg J, Kyanamina SS, Wolffers I. 2003. Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia. *Health Policy*, 65, 109-118.

UNICEF. 2012. Integrated Management of Childhood Illness [page Web]. Accessible à http://www.unicef.org/health/index_imcd.html/, consulté le 30 avril 2012.

USAID Madagascar. 2009. Expanding the Use of Selected Health Services and Products and Improving Health Practices in Madagascar. Accessible à http://ghiqc.usaid.gov/tasc3/docs/687-08-P-004/rftop_687-08-P-004.pdf/, consulté le 19 février 2012.

Winch PJ, Lebane K, Casazza L, Walker L, Pearcy K. 2002. An implementation framework for household and community integrated management of childhood illness. *Health Policy and Planning*, 17, 345-353.

Wiskow C, Homsi FA, Smith S, Lanford E, Wuliji T, Crigler L. 2013. Un évaluation de la fonctionnalité du programmes des agents de santé communautaire à Madagascar. *Rapport technique*. Projet USAID d'amélioration des soins de santé. Bethesda, MD: University Research Co., LLC.

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. 2006. The World Health Report 2006: Working Together for Health. Genève: OMS.

Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID
University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 États-Unis

Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
www.hciproject.org