Amélioration de la santé à travers l'approche de qualité sociale dans 800 communes à Madagascar

Mai 2013

Préparé par Laura Hurley et Mamy Tiana Rakotoarimanana,

IntraHealth International

SOMMAIRE

RÉSUMÉ EXÉCUTIF iv

I. CONTEXTE 1

A. La santé à Madagascar 1

B. Réponse du projet USAID/Santénet2 1

II. QUALITÉ SOCIALE 3

A. Buts et résultats attendus 3

B. Cadre conceptuel 4

C. Processus de mise en œuvre 6

1. Parties prenantes 6

2. Étapes de mise en œuvre 6

3. Système de suivi et d'évaluation 8

III. MÉTHODOLGIE 9

A. Données quantitatives 9

B. Analyse de corrélation 10

C. Collecte de données qualitatives 10

IV. RÉSULTATS 11

A. La communauté exprime ses besoins de santé et y remédie 11

1. Capacité locale à comprendre les besoins de la communauté 11

2. Capacité à mettre en œuvre des solutions locales pour répondre aux besoins identifiés 13

B. Les services de santé offerts répondent aux besoins de la communauté. 16

1. Amélioration de la qualité des services de santé 16

2. Utilisation des services de santé à base communautaire 19

V. FACTEURS ESSENTIELS DE SUCCÈS DE LA QUALITÉ SOCIALE 22

A. Intégration de l'approche aux structures existantes 23

B. Unification des acteurs communautaires 23

C. Promotion de l'égalité des genres 23

D. Motivation des CCDS 24

E. Compréhension du CCDS du rôle lui étant confié 25

F. Appropriation de l'approche par les autorités locales 26

G. Efficacité de la stratégie d'encadrement des ONG et des TA 26

VI. PÉRENNITÉ DE L'APPROCHE 27

VII. RECOMMENDATIONS 29

VIII. CONCLUSION 30

IX. ANNEXES 32

ACRONYMES ET GLOSSAIRE

AC	Agents communautaires
APPROPOP/MSH	Appui aux programmes des populations, *Management Sciences For Health*
BM	Banque mondiale
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CCDS	Commission communale de développement de la santé
COPE	*Client-Oriented, Provider-Efficient Services*
CRS	*Catholic Relief Services*
CSB	Centre de santé de base
CSC	*Community Score Card*/Fiche d'évaluation par la communauté
EDS	Enquête démographique et de santé
Fokontany	Dénomination administrative du village à Madagascar
DRV	*Dinika sy Rindran'ny Vehivavy* (une ONG faisant partie du consortium et qui a assuré la promotion du genre dans le projet)
GTZ	*GesellschaftfürTechnischeZusammenarbeit*/Agence de coopération allemande
INSTAT	Institut national de la statistique de Madagascar
KM	*Kaominina Mendrika* ou Commune championne
KM Salama	*Kaominina Mendrika Salama* ou Commune championne en santé
MBB	*Marginal Budgeting Bottlenecks*
MSI-M	*Marie Stopes International* – Madagascar
MSIS	*Multi-Sector Information Service*
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Point d'approvisionnement
PAQ	Partenariat pour l'amélioration de la qualité
PSI	*Population Services International*
SAGE	Service d'appui à la gestion de l'environnement
TA	Techniciens d'appui
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	*United States Agency for International Development*
WASH	*Water, Sanitation, and Hygiene*

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Madagascar, une île-nation de près de 22 millions d'habitants, est un des pays les plus pauvres au monde. La population malgache doit faire face aux maladies infantiles, à des taux de mortalité maternelle élevés et à une malnutrition chronique, le tout étant exacerbé par le manque d'accès à l'eau potable et à des services de santé de qualité. Pour aider à davantage responsabiliser la population malgache et lui permettre de remédier à ses propres besoins sanitaires, le programme Santénet2 de l'USAID a introduit l'approche de qualité sociale dans 800 communes à travers le pays. Cette approche communautaire vise à impliquer les bénéficiaires de manière à accroître la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services sanitaires. Ce rapport, établi à partir des données du projet Santénet2, d'une analyse de corrélation et d'une collecte de données qualitatives, illustre le processus de mise en œuvre, ses diverses réalisations et les composantes essentielles de la réussite de l'approche de qualité sociale.

L'approche de qualité sociale est mise en œuvre à Madagascar par l'intermédiaire des commissions communales de développement sanitaire (CCDS) dans chacune des 800 communes travaillant en partenariat avec la communauté, les agents communautaires (AC) et le centre de santé de base (CSB). L'approche de qualité sociale telle qu'elle a été mise en œuvre à Madagascar est parvenue à atteindre ses quatre objectifs essentiels. Elle a, dans un premier temps, amélioré la capacité locale à déterminer et comprendre les besoins de la communauté par le biais de réunions d'évaluation à l'échelle communautaire tenues dans les *fokontany* par les membres du CCDS. Elle a par ailleurs amélioré la capacité à mettre en œuvre des solutions locales pour remédier aux besoins identifiés à travers le développement et l'exécution conjointe de plans de travail ayant abouti à une réalisation fondamentale, à savoir la construction ou la réhabilitation de 3 552 cases de santé pour les AC. L'approche a en outre permis d'améliorer à la fois la qualité perçue et réelle des services de santé communautaires offerts grâce à l'appui des AC, des systèmes de gestion logistique des produits de santé, ainsi que d'autres activités. Enfin, l'approche de qualité sociale, à travers les efforts entrepris par les CCDS, a permis d'accroître l'utilisation des services sanitaires en améliorant leur qualité mais également en mobilisant la communauté, voire dans certains cas en établissant des systèmes d'évacuation sanitaire.

Outre ces résultats, l'approche de qualité sociale a permis de promouvoir l'égalité entre les genres. En effet, outre le fait qu'elle a permis aux femmes de mieux exprimer leurs besoins et d'être impliquées dans le processus décisionnel, l'approche de qualité sociale a suscité l'engagement constructif des hommes en matière de santé familiale.

Les composantes essentielles ayant contribué à la réussite de la mise en œuvre de l'approche de qualité sociale à Madagascar sont expliquées à travers ce rapport. Parmi elles figurent l'intégration de l'approche dans les structures existantes, l'unification des divers acteurs communautaires, la promotion de l'égalité des genres, la motivation des CCDS et la compréhension du rôle leur ayant été dévolu, l'appropriation de l'approche de qualité sociale par les autorités locales et l'engagement témoigné par celles-ci, et l'efficacité du soutien et du tutorat des ONG locales et de leurs techniciens d'appui (TA).

L’approche de qualité sociale a été conçue et mise en œuvre à Madagascar afin de s’inscrire dans la durée dans la mesure où elle a fonctionné avec des structures déjà établies. Qui plus est, elle est adaptée au contexte socioculturel, a responsabilisé les CCDS pour leur permettre de diriger le processus et est parvenue à mobiliser des ressources au niveau local. Malgré tout, ce rapport présente quelques recommandations en vue d’améliorer l’approche de qualité sociale, d’en assurer la pérennité et d’encourager son expansion.

La finalité de l’approche de qualité sociale est de veiller à ce que la population malgache soit en bonne santé. Cet objectif peut être atteint en pérennisant et en étendant l’approche. Bien que sa mise en œuvre n’en soit qu’à ses prémices, cette approche a convaincu les communautés qu’être en mauvaise santé n’est pas une fatalité. À travers les organes de gouvernance au niveau local et son appropriation par la communauté, l’approche de qualité sociale a favorisé l’émergence de communautés capables d’exprimer leurs besoins en termes de santé et d’y remédier, tout en améliorant la qualité des services leur étant dispensés.

I. CONTEXTE

A. La santé à Madagascar

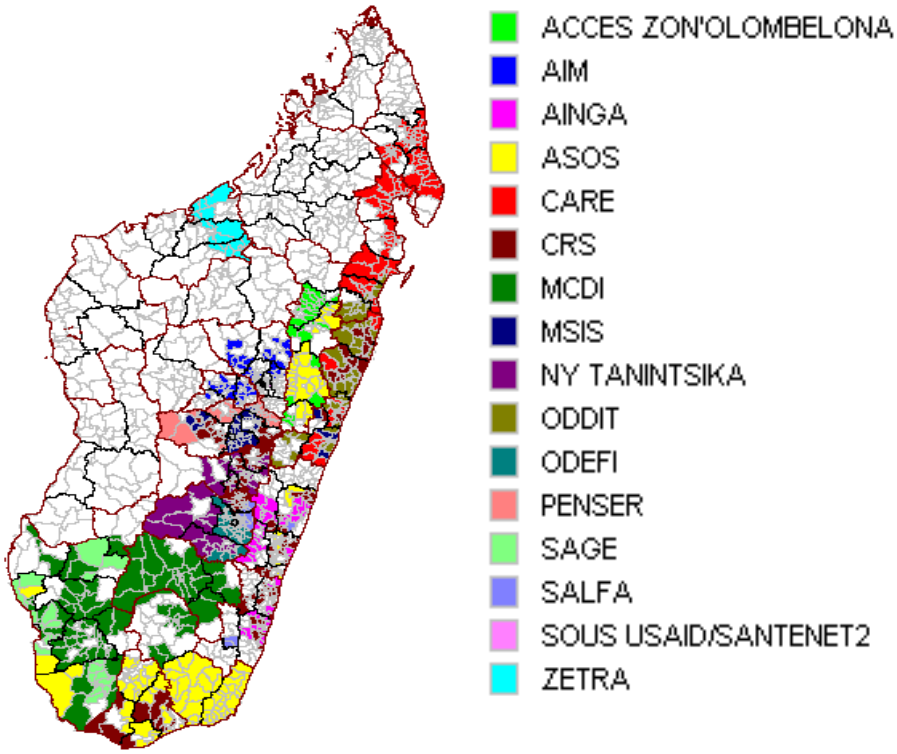
Madagascar, une île-nation de près de 22 millions d'habitants, est un des pays les plus pauvres au monde. En 2010, la proportion de Malgaches vivant sous le seuil de pauvreté d'un dollar par jour atteignait 76,5% (INSTAT, 2010). Avant la toute dernière crise politique, Madagascar progressait dans le domaine de la santé infantile, avec un taux de mortalité des enfants moins de cinq ans qui avait chuté de 92 pour 1 000 à 72 pour 1 000 entre les enquêtes démographiques et de santé (EDS) 2003-2004 et 2008-2009. De plus, le pourcentage d'enfants entièrement immunisés avait doublé et la mortalité infantile était passée de 59 pour 1 000 à 48 pour 1 000 (EDS 2003-2004, 2008-2009). Durant la même période, l'utilisation des méthodes de contraception modernes avait aussi augmenté de 18% à 29% (EDS 2003-2004, 2008-2009). Malgré ces réussites, les indicateurs relatifs à la mortalité maternelle et à l'état nutritionnel des enfants ont stagné. Le ratio de la mortalité maternelle se situe à 498 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2008-2009), bien au-delà du taux fixé dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement (à 149 décès pour 100 000 naissances vivantes). La moitié des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance, indiquant une malnutrition chronique dans cette tranche de la population (EDS, 2008-2009). Par ailleurs, plus de 60% de la population n'a pas accès à l'eau potable (EDS, 2008-2009).

L'accès à des services de soins de qualité reste un défi majeur à Madagascar, où plus de 80% de la population vit dans des zones rurales difficiles à rallier (Banque mondiale, 2010). Plus de 54% de la population rurale habite à plus de 5 km (soit une heure de marche) du centre de santé primaire le plus proche. En raison de cette accessibilité limitée, la population rurale dispose de moins d'informations et de connaissances sur les comportements salutaires. Elle présente un pourcentage plus élevé de grossesses précoces ou non-souhaitées, et utilise moins les méthodes de contraception modernes. Elle compte moins de parents cherchant à faire traiter leurs enfants montrant des symptômes de maladie et à les faire vacciner, et souffre davantage de malnutrition. Par conséquent, le taux de fécondité totale, le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité infantile, et les taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans sont plus élevés au sein de la population rurale qu'à l'intérieur des zones urbaines (EDS, 2008-2009).

B. Réponse du projet USAID/Santénet2

Face à cette santé précaire, l'USAID a financé la quatrième phase du projet de santé communautaire intitulée Santénet2, connue localement sous l'appellation *KM Salama*. Depuis 2008, Santénet2 a mis en œuvre des activités de santé communautaire intégrées dans 800 des 1 566 communes de Madagascar, couvrant ainsi 16 des 22 régions et 70 des 111 districts que compte le pays (voir Figure 1).

Figure 1 : Les 800 KM appuyées par 16 organisations non gouvernementales



Santénet2 a contribué à la réalisation de l'objectif stratégique de l'USAID (OS 5) : « Utilisation accrue de services et de produits sanitaires spécifiques et amélioration des pratiques».

Le cadre conceptuel de Santénet2 s'est articulé autour de trois points essentiels : (1) développer et renforcer les composantes essentielles du système de santé communautaire ; (2) favoriser la participation communautaire et le respect des engagements en termes d'identification et de réalisation des objectifs de santé communautaire ; et (3) relier les deux pour un impact à grande échelle en vue de réduire la mortalité maternelle, infantile et néonatale, le taux de fécondité, la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans et la prévalence du paludisme (en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes), tout en étendant l'accès à l'eau, aux installations sanitaires et à l'hygiène (WASH) et en maintenant un faible taux de prévalence du VIH.

Santénet2 s'est engagé avec :

- **16** ONG partenaires de mise en œuvre
- **16** régions, **70** districts, pop. **11** millions
- **5 758** *fokontany* situés à plus de 5 km d'une formation sanitaire (CSB)
- **800** commissions communales de développement de la santé (CCDS)
- **11 413** agents communautaires (AC)
- Tous les leaders des 800 KMs, en moyenne 10 par commune
- **1 100** leaders religieux
- **1 051** jeunes leaders
- **400** formateurs et superviseurs indépendants
- UNICEF, OMS, BM, MSI-M, PSI

Dans le but d'améliorer l'accès à des services de soins de proximité, Santénet2 a formé et appuyé plus de 11 000 agents communautaires (AC) dans les *fokontany*

situés à plus de 5 km des centres de santé. IntraHealth International, en tant que membre du consortium du projet, a assuré la stratégie de formation et de supervision des AC pour qu'ils puissent offrir des soins intégrés de qualité pour la santé de la mère et de l'enfant.

IntraHealth International a non seulement assuré la qualité technique des services offerts mais a aussi développé une approche visant à établir le partenariat entre les prestataires et les bénéficiaires de services. En effet, les services de santé existants ne répondent pas toujours aux besoins de la population. Souvent, la qualité offerte par les prestataires diffère de la qualité perçue par la communauté. Divers processus d'amélioration de la qualité ont été menés à Madagascar[1]. Et, Santénet2, à travers IntraHealth International, a voulu démystifier l'approche de qualité sociale par une vision simple, facilement accessible à la population rurale et adaptée au contexte socioculturel. L'approche de qualité sociale a été intégrée au processus *KM Salama*.

II. QUALITÉ SOCIALE

L'approche de qualité sociale est une stratégie d'engagement communautaire pour une gouvernance locale des services de santé à travers un processus démocratique et de prise de responsabilité locale. Elle a été conçue pour développer des compétences au sein de la communauté et ainsi permettre à ses membres de participer aux évaluations des besoins sanitaires et à la prestation de services de soins, de promouvoir le changement de comportements, et d'être impliqués dans l'apport de solutions. Cette approche est essentiellement basée sur l'approche de partenariat pour l'amélioration de la qualité (PAQ) d'IntraHealth International, les pratiques de Santénet2 lors de la mise en œuvre du processus *KM Salama* et les expériences de la Banque Mondiale avec le Fiche d'évaluation par la communauté dans vingt communes de la région d'Anosy. En plus de l'inclusion des principes de redevabilité sociale, la dimension de genre a été également intégrée à l'approche.

A. Buts et résultats attendus

Le but de la qualité sociale est d'amener les membres de la communauté à devenir des bénéficiaires actifs qui se responsabilisent pour rendre disponibles des services de santé répondant à leur besoins et demeurant pleinement accessibles. L'engagement des acteurs communautaires dans l'amélioration de

[1] En 1992, l'approche COPE (Client-Oriented, Provider- Efficient Services) ou services efficaces axés sur le client appuyée par le projet APPROPOP/MSH et appliquée dans l'amélioration des soins obstétricaux d'urgence et du service planning familial.
En 2005, l'approche MBB ou Marginal Budgeting Bottlenecks appuyée par UNICEF et appliquée dans l'amélioration du service de vaccination.
En 2005, le système d'assurance qualité appuyé par le projet Santénet2 et appliqué dans les centres hospitaliers et centres de santé de base.
En 2007, le concours qualité appuyé par GTZ et appliqué dans les hôpitaux.
En 2007 et 2008, le *Community Score Card* (Fiche d'évaluation par la communauté) appuyé par la Banque mondiale et appliqué dans les centres de santé de base.

la qualité des prestations de services de santé et la promotion du changement de comportements en matière de santé doit avoir une influence positive sur les résultats sanitaires dans leur commune.

La qualité sociale vise deux buts essentiels :

1. Les communautés vivant à Madagascar sont en mesure d'exprimer leurs besoins sanitaires et d'y remédier.
2. Les services de santé répondent aux besoins exprimés par la communauté.

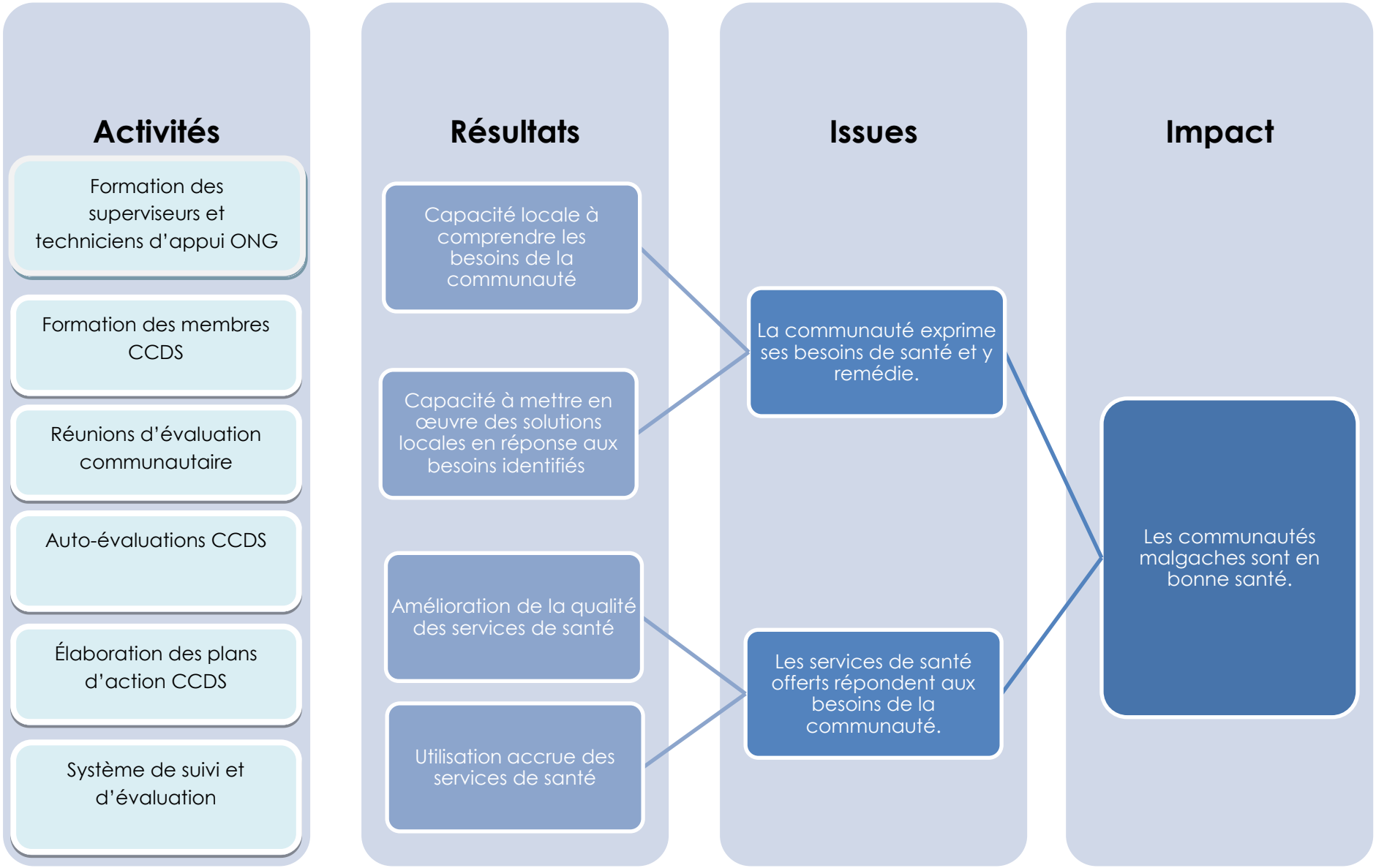
Les résultats attendus sont les suivants :

1. Amélioration des compétences locales pour identifier et comprendre les besoins de la communauté
2. Amélioration des compétences locales pour mettre en œuvre des solutions locales aux besoins identifiés
3. Amélioration de la qualité des services de santé offerts au niveau communautaire
4. Utilisation accrue de services de santé de qualité.

B. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel ci-dessous illustre de quelle manière les interventions en matière de qualité sociale mises en œuvre à travers le projet Santénet2 ont été conçues pour atteindre les objectifs et les résultats précédemment cités et, sur la durée, améliorer le respect des engagements de la communauté vis-à-vis de sa santé ainsi que la qualité des services lui étant offerts.

Figure 2 : Cadre conceptuel de la qualité sociale



C. Processus de mise en œuvre

1. Parties prenantes

Les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'approche *KM Salama* et leurs rôles en matière de qualité sociale se déclinent de la manière suivante :

- Les ONG partenaires, à travers les techniciens d'appui (TA) et leurs superviseurs, qui œuvrent comme facilitateurs, fournissent un appui organisationnel et occupent un rôle de leadership
- La commission communale de développement de la santé qui représente la communauté, identifie les défis à relever à partir de l'analyse des besoins, coordonne la mise en œuvre de l'approche de qualité sociale à travers l'approche *KM Salama*, mobilise la communauté dans le but de mener les activités définies, effectue le suivi des activités selon le planning établi, résout les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre et appuie les agents communautaires dans leurs tâches et fonctions
- Les superviseurs techniques[2] qui sont membres du CCDS et qui assurent l'encadrement technique des agents communautaires
- Les groupes de facilitateurs locaux qui sont désignés par les membres du CCDS pour assurer la qualité de la mise en œuvre des activités au niveau des KM, veiller à la remise des rapports et promouvoir l'égalité des genres (deux facilitateurs qualité et un point focal messager de genre par KM)
- Le point d'approvisionnement (PA), identifié par les membres du CCDS, qui assure l'approvisionnement des agents communautaires en produits de marketing social
- Les agents communautaires (AC) qui sensibilisent la communauté, assurent la distribution des produits de santé et la prise en charge au niveau communautaire, référent les cas ne relevant pas de leurs compétences au centre de santé et appuient ce dernier dans la recherche active des personnes perdues de vue
- La communauté (au niveau des ménages) qui participe à toutes les activités liées à la santé, évalue la qualité des services offerts, exprime ses besoins en matière de santé et met en pratique des actions locales et opportunes.

2. Étapes de mise en œuvre

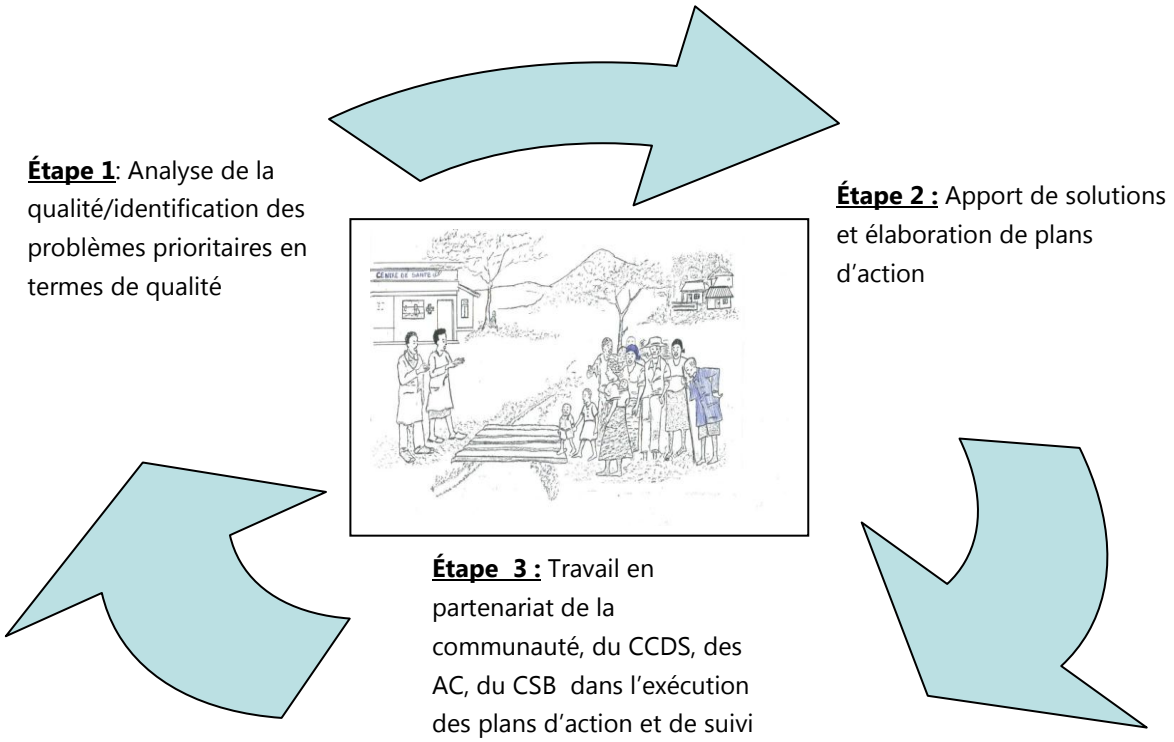
USAID/Santénet2 a formé et appuyé 48 superviseurs d'ONG et 156 techniciens d'appui. Ces derniers ont formé à leur tour 9 562 membres du CCDS dans les 800 communes pour être capables de mener

[2] Les superviseurs techniques sont du personnel du centre de santé de base (CSB).

des réunions d'évaluation communautaire et des auto-évaluations des membres du CCDS, et d'élaborer des plans d'action simples, pertinents et réalisables.

L'approche de qualité sociale s'effectue en trois étapes à travers un cycle continu :

Figure 3 : Les étapes d'amélioration de la qualité



Étape 1 : Analyse de la qualité des services et identification des problèmes prioritaires de qualité à travers les réunions d'évaluation communautaire

Les réunions d'évaluation communautaire sont réalisées dans chaque *fokontany* et animées par le chef du *fokontany*, le chef de file communautaire ou le groupe facilitateur. Autrement dit, les facilitateurs des réunions sont des personnes locales qui ne sont ni des politiciens ni des prestataires de santé.

Les réunions d'évaluation se passent comme suit :

- Tout d'abord, le facilitateur informe la communauté de l'objectif de la

réunion pour définir les besoins de la population en matière de santé. Ensuite, le facilitateur informe l'assemblée de ses droits en matière de santé : droits à l'accès aux soins, à la dignité, à la confidentialité, à la sécurité des soins, à la continuité des soins et à l'information sur les services disponibles à différents niveaux du système de santé.

- Puis, les participants procèdent à l'évaluation confidentielle de leur satisfaction sur les services de santé disponibles, et sur la prise de responsabilité de l'homme et de la femme en matière de santé.
- Cette évaluation est suivie de l'expression libre des besoins et des propositions à travers des discussions participatives.
- Enfin, les résultats des réunions font l'objet de rapportage aux CCDS et sont débattus durant la revue des CCDS au chef-lieu de la commune.

Étape 2 : Apport de solutions et élaboration de plans d'action en encourageant la redevabilité des CCDS à travers des auto-évaluations

Les résultats des réunions d'évaluation communautaires sont rapportés aux membres du CCDS pour être discutés et pour que des solutions soient trouvées. Comme les membres du CCDS représentent la communauté, des auto-évaluations sont effectuées pour renforcer leur redevabilité envers la communauté. L'auto-évaluation CCDS consiste à mesurer l'autosatisfaction des membres du CCDS par rapport à leur responsabilité, à rappeler leurs rôles, et à renforcer et promouvoir la prise de décisions. Elle se réalise avant l'élaboration du nouveau plan d'action communautaire.

Après l'auto-évaluation, les membres du CCDS identifient les besoins de renforcement par rapport à leur rôle. Ils discutent ensuite des besoins exprimés par la communauté pour déterminer les solutions à mettre en œuvre. Par la suite, des plans d'action sont élaborés et les responsables, les ressources à allouer, et le délai d'exécution de chaque activité sont définis.

Deux à trois séances d'auto-évaluation par an ont été menées dans les 800 KM. Les CCDS de chaque commune ont élaboré des plans d'action au moins tous les six mois.

Étape 3 : Travail en partenariat de la communauté, du CCDS, des AC, du CSB dans l'exécution des plans d'action et de suivi

Les membres du CCDS partagent les plans d'action avec la communauté. Ils mobilisent les parties prenantes dans le cadre de l'exécution des activités et suivent le processus de mise en œuvre. Ils résolvent les problèmes éventuels. Les TA des ONG suivent l'avancement des activités tous les mois, et appuient les CCDS si cela est nécessaire dans la résolution des problèmes.

3. Système de suivi et d'évaluation

Afin d'assurer le suivi des activités et des résultats, des outils de gestion faciles à manipuler par les acteurs locaux ont été élaborés :

- Les rapports des réunions d'évaluation communautaire : ils contiennent des informations sur le nom du *fokontany*, le nombre de participants (hommes et femmes), le nombre de participants considérant la qualité de services de santé offerts par les agents communautaires et les centres de santé de base comme satisfaisante, ainsi que la satisfaction au niveau de la prise de responsabilité de l'homme et de la femme en matière de santé, les problèmes/besoins exprimés, les propositions/solutions.
- Les rapports des auto-évaluations CCDS : ils contiennent des informations sur le nombre de participants se déclarant « satisfaits » ou « insatisfaits » quant à leurs rôle et responsabilités et sur les fonctions devant être renforcées.
- Les plans d'action communautaires qui présentent les activités à effectuer, les résultats attendus, les responsables, les délais d'exécution
- Les rapports de réalisation par rapport aux plans d'action
- Les rapports élaborés par les facilitateurs locaux sont certifiés par les autorités locales et partagés avec les TA pour être acheminés vers Santénet2.

Tout au long de la mise en œuvre, les effets de l'approche ont été évalués par l'application d'un outil nommé « index qualité ». Cet outil sert à mesurer la performance des services de santé à base communautaire par l'évaluation de cinq déterminants, à savoir la disponibilité des AC dans les *fokontany* enclavés, les compétences des AC, l'adéquation des ressources, l'engagement communautaire, et l'utilisation des services de santé. L'index qualité s'applique deux fois par an sur les 800 communes à travers la revue des outils de suivi des activités.

III. MÉTHODOLGIE

Dans le but d'évaluer l'efficacité, la pertinence et les résultats de l'approche de qualité sociale présentée dans ce rapport, trois types d'analyse ont été effectués: quantitative, corrélative et qualitative.

A. Données quantitatives

Toutes les données quantitatives figurant dans ce rapport sont tirées de diverses bases de données résultant des collectes d'informations programmatiques menées à intervalles réguliers. Les indicateurs programmatiques ont été choisis à partir des sources suivantes :

- Rapports de réunions d'évaluation communautaire (Voir Annexe A)
- Rapports des auto-évaluations CCDS (Voir Annexe B)
- Rapports mensuels des activités AC (sur Extranet)
- Rapports TA
- Résultats d'application de l'index qualité (Voir Annexe C)

Les données ont été traitées et analysées sur le logiciel Excel après apurement par le responsable du programme.

B. Analyse de corrélation

Outre la présentation des données programmatiques à intervalles réguliers, une analyse de corrélation a été menée à l'aide de diagrammes de dispersion. Un diagramme de dispersion est une technique graphique servant à analyser la relation entre deux variables et montre s'il existe ou non une relation entre elles. Par « corrélation » nous entendons la mesure de la relation entre deux ensembles de nombres ou de variables. Deux ensembles de données sont tracés sur un graphique, en utilisant l'axe des ordonnées pour la variable à prédire et l'axe des abscisses pour la variable servant à la prévision.

Pour mieux comprendre les résultats de l'approche de qualité sociale, le niveau d'engagement communautaire (basé sur les résultats de l'index qualité) et la participation aux réunions communautaires ont été tracés sur l'axe des abscisses et les résultats anticipés sur l'axe des ordonnées. Pour mieux comprendre les facteurs contribuant à la réussite de l'approche de qualité sociale, les facteurs potentiellement déterminants ont été tracés sur l'axe des abscisses tandis que le niveau d'engagement communautaire a été indiqué sur l'axe des ordonnées. Dans la plupart des cas, les diagrammes de dispersion utilisent 800 points dans la mesure où les données de l'ensemble des 800 communes sont disponibles. Néanmoins, dans la mesure où toutes les communes n'ont pas fait état de leurs résultats lors des réunions communautaires, les diagrammes de dispersion utilisant la participation des femmes dans les réunions communautaires ne comportent les données que de 689 des 800 communes.

Ce type d'analyse comporte certaines limites. Tout d'abord, l'inclinaison de la courbe ne fournit pas nécessairement d'informations concernant la force de la corrélation. De plus, une corrélation directe ou forte n'implique pas nécessairement une relation de cause à effet. Cela montre tout simplement qu'il existe une corrélation. Il est possible que les deux variables tracées soient fortement corrélées à une troisième variable causale. Ces limitations sont prises en considération à travers l'analyse et la discussion relatives aux diagrammes de dispersion.

C. Collecte de données qualitatives

Afin de vérifier les corrélations tirées des diagrammes de dispersion et mieux comprendre les facteurs déterminant la réussite de la mise en œuvre de l'approche de qualité sociale, des visites ont été menées dans quatre communes de deux régions différentes : Kirano Firarintsoa et Fiadanana dans la région de Haute Matsiatra, et Vatohandrina et Ambohimiarina dans la région de Vatovavy Fitovinany. Les critères de sélection de ces communes ont été les suivants : une commune étant désignée comme une réussite et une autre comme n'étant qu'un succès modéré. Cette désignation a été fondée sur le niveau d'engagement communautaire, la note de performance communautaire (tous deux à partir de l'index

qualité) et le pourcentage de la population des communes ayant participé aux réunions communautaires.

L'analyse qualitative a visé sept catégories d'acteurs dont le CCDS, le maire adjoint, le Chef CSB, l'AC, le PA, le TA et le superviseur TA des ONG. Ainsi, sept outils ont été développés. (Voir Annexe D). Les questionnaires CCDS et AC ont été utilisés dans le cadre de groupes de discussion dirigée. Des entretiens ont été menés avec le maire adjoint, le chef CSB, le PA et le superviseur TA. Le questionnaire TA a été administré par écrit. Tous les questionnaires ont été écrits en français, avant d'être traduits et administrés en malgache.

IV. RÉSULTATS

A. La communauté exprime ses besoins de santé et y remédie

L'approche de qualité sociale a encouragé des relations équitables au niveau de la communauté et a aidé la communauté à mieux cerner sa perception de la qualité des services de santé, comprendre ses besoins, et y remédier pour que ses membres deviennent des bénéficiaires actifs.

1. Capacité locale à comprendre les besoins de la communauté

Environ, un million de personnes ont participé aux réunions d'évaluation communautaire dont plus de 500 000 femmes. L'approche de qualité sociale a permis d'accroître la capacité locale à comprendre les besoins de la communauté, notamment les besoins des femmes. Sept-cent-quatre-vingt-dix KM ont animé des réunions dans les fokontany et le taux moyen de couverture des fokontany en réunions par commune est de 85%. La participation féminine à ces réunions a été élevée, allant de 44% à 88%.

La qualité sociale a favorisé l'écoute des besoins de la communauté. Au total 1 250 personnes par commune ont participé aux réunions d'évaluation contre 72 personnes par commune lors de l'application du CSC ou Fiche d'évaluation par la communauté.

Les résultats quantitatifs issus des réunions d'évaluation communautaire montrent aux CCDS le niveau de satisfaction quant aux services dispensés par les AC et les centres de santé de base. Le niveau de satisfaction concernant les services dispensés par les AC et les CSB est présenté ci-dessous.

Tableau 1 : Bilan de satisfaction de la communauté sur les services de santé dans les 800 KM

OFFRE DE SERVICES DES AC			OFFRE DE SERVICES DES CSB		
Prise en charge	**Médicaments**	**Environnement**	**Prise en charge**	**Médicaments**	**Environnement**
60%	**44%**	**37%**	**56%**	**59%**	**56%**

Source : Rapports de réunions d'évaluation communautaire (Avril 2012 à septembre 2012)

La participation des bénéficiaires de services de santé aux réunions reflète leurs besoins de s'exprimer et d'être écoutés. « C'est la première fois de ma vie qu'on m'a consultée pour connaître ma satisfaction et mes besoins en services de santé », indique une femme sexagénaire, KM Antotohazo, District d'Ankazobe. (Source : rapport ONG)

Les membres du CCDS ont apprécié l'importance des réunions qui permettent d'identifier les besoins de la communauté. Dans le cadre des groupes de discussion dirigée, les CCDS (en particulier le chef de fokontany) ont partagé leur satisfaction. En dehors des problèmes de la communauté, les réunions ont aidé à soulever des problèmes spécifiques au niveau des CCDS, de la commune et des CSB. Parmi les exemples de problèmes relevés dans les réunions figurent les absences du personnel des CSB, le besoin de recourir à des démonstrations nutritionnelles plutôt qu'à de simples conseils, le désir de consulter une sage-femme au CSB plutôt qu'un homme médecin, et les problèmes liés aux ruptures de stocks pour les produits utilisés par les AC.

Les membres du CCDS ont également assuré leur capacité à représenter la communauté. Les femmes ont été choisies dans la communauté en tant que membres du CCDS « en raison de leur capacité à représenter les femmes et les enfants de leur fokontany » (témoignage des femmes CCDS de la commune de Kirano Firariantsoa).

Les membres du CCDS ont aussi voulu comprendre les besoins des jeunes, notamment dans le domaine de la santé de la reproduction des adolescents. Au total, 1 052 leaders des jeunes ont participé aux revues CCDS.

En plus de la possibilité de connaître le niveau de satisfaction de la communauté et d'identifier ses besoins, la qualité sociale a également encouragé les membres du CCDS à évaluer périodiquement leur satisfaction sur leur capacité à comprendre la communauté. Ainsi, 14 546 membres du CCDS dont 2 245 femmes ont effectué des auto-évaluations dans les 800 KM. Comme indiqué dans le tableau ci-dessous, les membres du CCDS estiment qu'ils ont un rendement satisfaisant en matière de soutien aux réunions d'évaluation communautaire. Cependant, ils ont besoin d'améliorer la circulation de l'information vers la communauté.

Tableau 2: Bilan d'autosatisfaction des CCDS sur leur capacité à comprendre la communauté dans les 800 KM

Niveau de satisfaction sur le partage des informations avec la communauté	Niveau de satisfaction sur l'appui aux évaluations communautaires	Niveau d'autosatisfaction général
59%	**71%**	**65%**

Source : Rapports d'auto-évaluation CCDS (Avril 2012 à septembre 2012)

Les AC ont également apprécié les réunions d'évaluation communautaire. « Elles nous aident à améliorer nos prestations en connaissant les besoins de la communauté, » affirme un AC de la commune de Vatohandrina. Et un autre AC de la commune d'Ambohimiarina d'expliquer : « Les réunions d'évaluation communautaire permettent de nous informer sur ce qui est bien, et sur ce qui reste à améliorer. Il existe toujours des améliorations à apporter. » Les AC souhaitent également entendre les impressions des CCDS ou de leur chef de *fokontany* sur leur travail.

Bien que certains personnels des CSB appréhendent l'évaluation communautaire, la plupart les soutiennent et les apprécient. Les activités d'amélioration de qualité réalisées au niveau des CSB démontrent le partenariat des CSB envers la communauté.

Les ONG ont trouvé l'approche pertinente. « Les réunions ont permis d'évaluer les offres AC et d'identifier les problèmes aux CSB, » indique un TA de la région de Haute Matsiatra. « Les besoins sont discutés et intégrés dans les plans d'action, » affirme un autre TA de la région de Vatovavy Fitovinany. Un superviseur ONG a révélé que « les réunions communautaires ont permis aux membres de la communauté d'exprimer des besoins qu'ils n'auraient pas osé prononcer auparavant ».

2. Capacité à mettre en œuvre des solutions locales pour répondre aux besoins identifiés

La qualité sociale amène progressivement la communauté à répondre à ses besoins de santé à travers ses capacités locales. Une fois que les besoins ont été identifiés lors des réunions d'évaluation communautaire, les membres du CCDS ont élaboré et mis en œuvre des plans d'action pour répondre à ces besoins dans les 800 KM. Au total, 780 KM (98%) ont mené des activités d'amélioration de la qualité des services offerts par les agents communautaires, et 741 KM (93%) pour des activités d'amélioration des services au niveau des centres de santé de base.

Citons quelques exemples de réalisations au niveau des services offerts par les AC :

- La mise en place d'horaires de service
- Un plan d'accompagnement continu des AC par les superviseurs techniques
- L'organisation d'activités génératrices de revenus pour renforcer la disponibilité des produits de santé

- La mise en place d'un système de suivi des produits de santé
- La mise en place d'un système d'évacuation des urgences des *fokontany* vers les centres de santé (6 388 *fokontany* dans les 800 KM ont un système de référence.)
- La construction/réhabilitation de 3 552 cases de santé
- Les stratégies de motivation des AC comme la reconnaissance officielle, la dotation de terrains à cultiver, la dotation de t-shirts, la prise en charge des frais de déplacement, et l'implication des AC dans les activités avancées du CSB.

Les activités effectuées par rapport aux besoins sur les services CSB sont :

- L'affichage d'horaires de service
- Un plan d'information de la communauté sur l'absence du personnel
- Le renforcement de la disponibilité des produits de santé : organisation des transports pour l'achat des médicaments, prise en charge du salaire du responsable de la pharmacie de gros de la commune (PHAGECOM)
- L'affichage des prix des médicaments
- La construction, la réhabilitation et l'entretien des infrastructures : salle pour les familles, salle de cuisine, salle d'attente, toiture, peinture, puits, bassin, électrification, fosse à ordures, latrine, jardin, clôture, plan d'assainissement périodique, etc.

Dans le cadre des groupes de conversation dirigée, les CCDS ont expliqué de quelle manière ils ont utilisé les plans d'action pour répondre aux besoins de la communauté. L'équipe CCDS de Vatohandrina a fait part de sa satisfaction concernant les plans d'action dans la mesure où ils définissent à la fois les délais impartis et les personnes responsables de chaque action. Ils sont en outre faciles à utiliser. À Ambohimiarina, le plan d'action comprenait une danse dans chaque *fokontany* visant à lever des fonds pour construire une case de santé destinée à leurs AC. Quatre des sept danses ont été organisées et la case de santé a été mise en place.

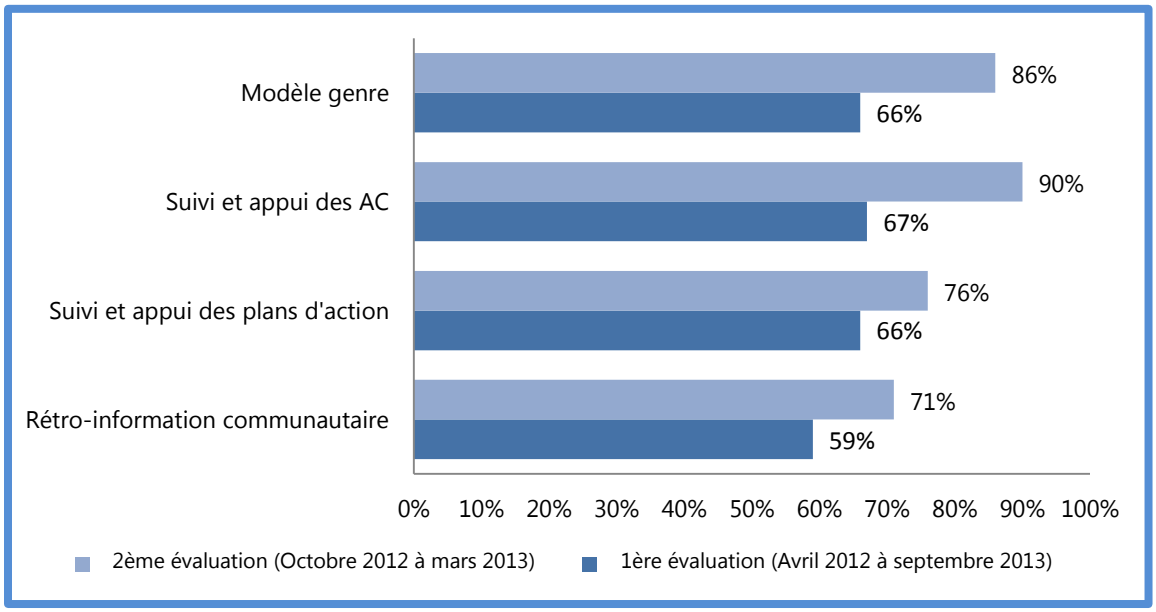
La question de la disponibilité des produits pour les AC a été abordée dans toutes les communes durant les visites sur les sites. À Ambohimiarina, le CCDS a reconnu que cela faisait partie de ses attributions et la PA s'est montrée satisfaite de son soutien : « Je suis satisfaite des membres du CCDS (…) au début, le CCDS a organisé une levée de fonds pour l'acquisition de lots de démarrage. Ensuite, j'ai pu collaborer avec les autres membres du CCDS pour l'achat des produits de santé au niveau de PSI.

Dès lors, je peux exprimer mes besoins aux membres du CCDS qui m'appuient de façon continue. » À Kirano Firariantsoa, le CDDS a contribué des fonds pour l'achat de stocks destinés aux AC.

Malheureusement, Vatohandrina a été touchée par une rupture de stock principalement due à la PA. Le CCDS avait plaidé pour des changements mais pensait que le problème était plutôt entre le maire et la PA et que dès lors il n'était pas de son ressort. Ses membres avaient néanmoins essayé de s'attaquer au problème en s'assurant que les AC obtenaient suffisamment de fournitures par l'intermédiaire d'autres sources. Les AC ont ainsi continué à travailler avec les fournitures provenant du CSB ou d'Inter Aide, une ONG française implantée dans la région.

La satisfaction des membres du CCDS dans leur capacité à répondre aux besoins communautaires augmente progressivement comme le montre le graphique ci-dessous. Le graphique ci-dessous montre l'évolution de l'autosatisfaction par la comparaison des résultats de la première auto-évaluation à ceux de la deuxième auto-évaluation.

Figure 4: Évolution de la satisfaction des CCDS sur leur réponse aux besoins communautaires dans les 800 KM



Source : Rapports d'auto-évaluation CCDS (Avril 2012 à mars 2013)

Le graphique montre une amélioration de la satisfaction des membres du CCDS dans le modèle genre. En effet, la qualité sociale a aussi soutenu les membres du CCDS ainsi que la communauté pour promouvoir la prise de responsabilité mutuelle de la femme et de l'homme en matière de santé. Actuellement, « 2/3 des femmes sont

« Avant les hommes étaient réticents à la planification familiale. Actuellement, ce sont eux qui encouragent les femmes à l'utiliser. » (CCDS, Vatohandrina).

accompagnées par leurs maris pour aller aux CSB, environ la moitié des hommes participent activement à l'achat de nourriture pour les enfants, plus de 90% des hommes sont consultés quant à l'adoption d'une méthode PF » (Source : rapport d'évaluation des effets de la mise en œuvre du genre dans les KM, DRV 2013.)

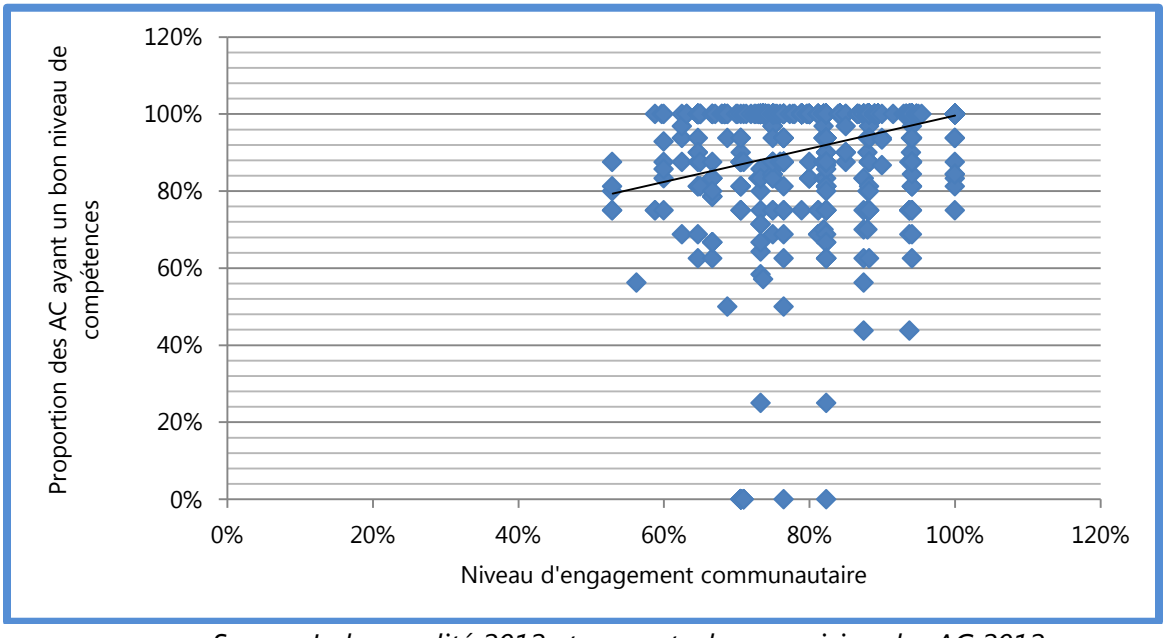
B. Les services de santé offerts répondent aux besoins de la communauté.

Quand la communauté contribue à l'amélioration des services de santé selon sa propre perception, il est fort probable qu'elle soit plus satisfaite des services offerts. La qualité sociale a contribué à l'amélioration de la qualité des services qui satisfont mieux les bénéficiaires et à l'augmentation de l'utilisation de services de santé à base communautaire.

1. Amélioration de la qualité des services de santé

Plus la communauté s'engage dans la prise de responsabilités, plus les agents communautaires deviennent compétents. Les AC interviewés lors des groupes de discussion dirigée ont partagé leur appréciation du soutien des CCDS (encouragement, félicitation, résolution des problèmes logistiques, rappel au rapportage). L'analyse de corrélation montre la relation existant entre l'engagement communautaire dans l'organisation de services de santé et le niveau de compétences des AC. Le graphique ci-dessous montre que les communes avec des taux d'engagement communautaire plus élevés (sur la base de l'index qualité) semblent avoir des AC plus performants et davantage qualifiés (sur la base des rapports de supervision des AC).

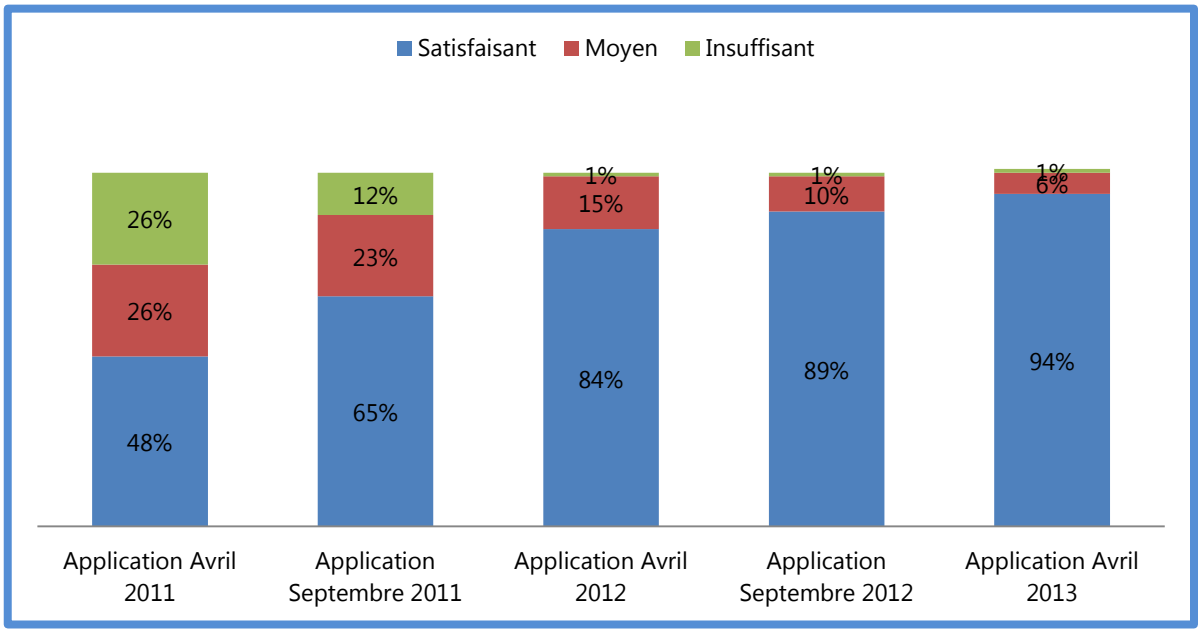
Figure 5 : Relation entre l'engagement communautaire et la compétence des AC



Source: Index qualité 2012 et rapports de supervision des AC 2012

De même, comme l'indique la figure ci-dessous, les résultats des cinq dernières applications de l'index qualité dans les 800 KM montrent à quel point les services de santé à base communautaire ont été améliorés à travers le temps.

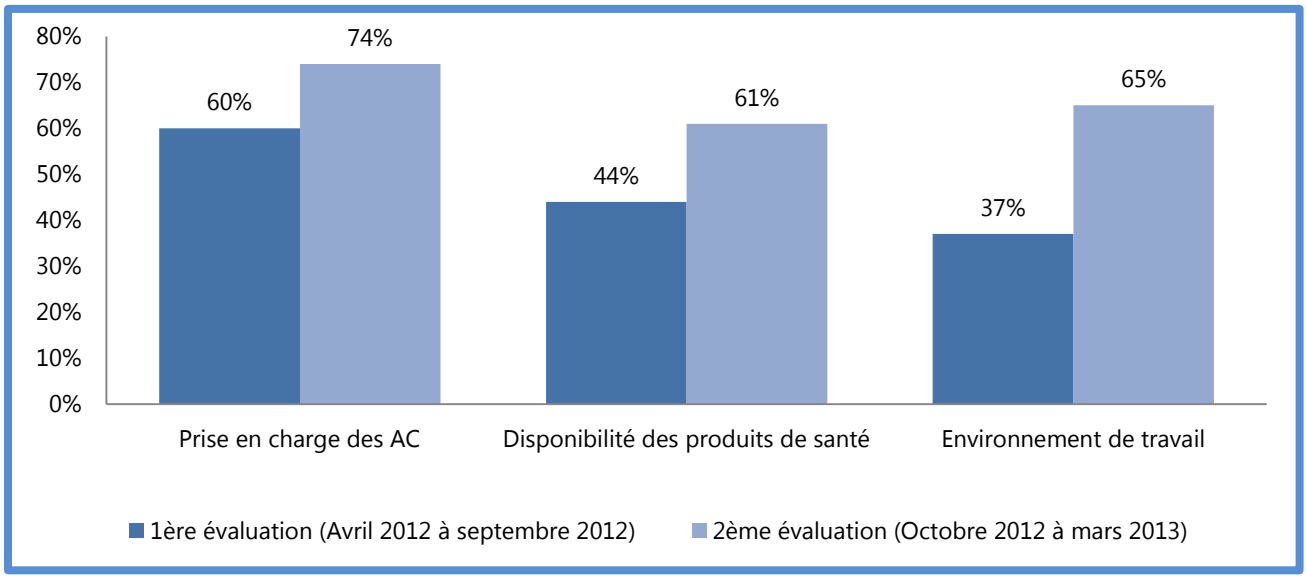
Figure 6 : Évolution des 800 communes durant les cinq applications de l'index qualité



Source : Résultats d'application de l'index qualité, Exercice comptable 2011–2013.

Du fait de l'amélioration de la qualité des services, la communauté s'avère davantage satisfaite des services offerts. Au niveau des services des AC, la satisfaction communautaire sur la qualité de prise en charge a augmenté relativement de 24% contre 39% pour les médicaments et 76% pour l'environnement de travail entre la première réunion d'évaluation communautaire et la deuxième.

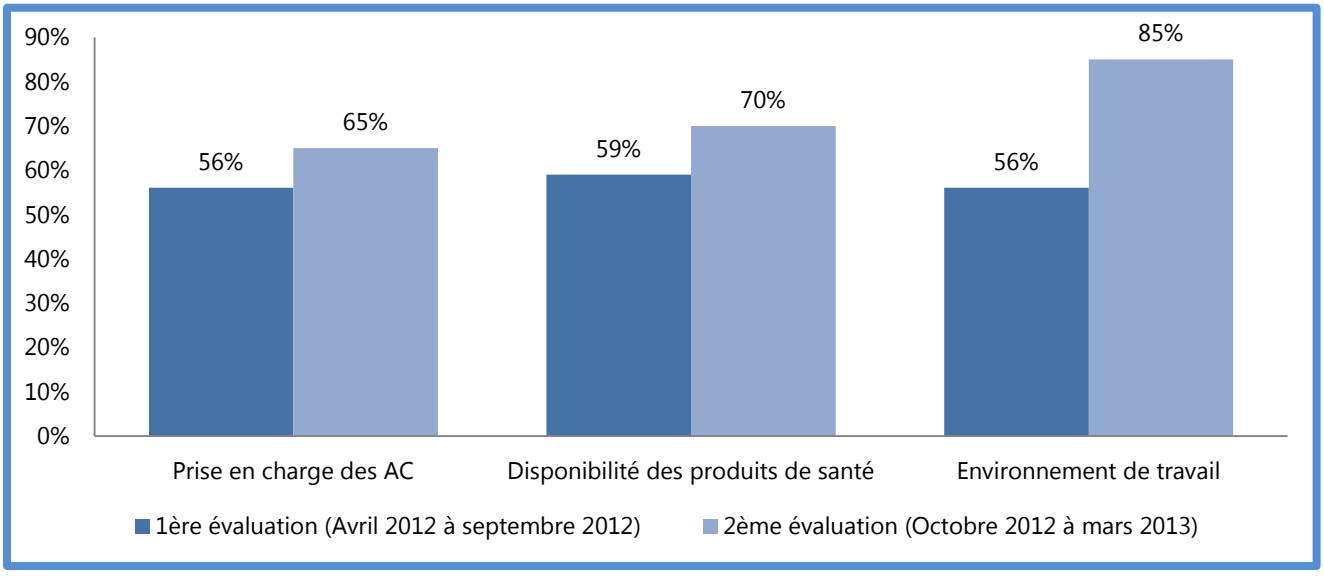
Figure 7 : Évolution de la satisfaction communautaire sur les services AC dans les 800 KM



Source : Rapports d'évaluation communautaire (Avril 2012 à mars 2013)

Au niveau des CSB, la satisfaction communautaire sur la qualité de la prise en charge entre la première et la deuxième réunion a augmenté relativement de 16% contre 19% pour les médicaments et 52% pour l'environnement de travail.

Figure 8 : Évolution de la satisfaction communautaire sur les services CSB dans les 800 KM



Source : Rapports d'évaluation communautaire (Avril 2012 à mars 2013)

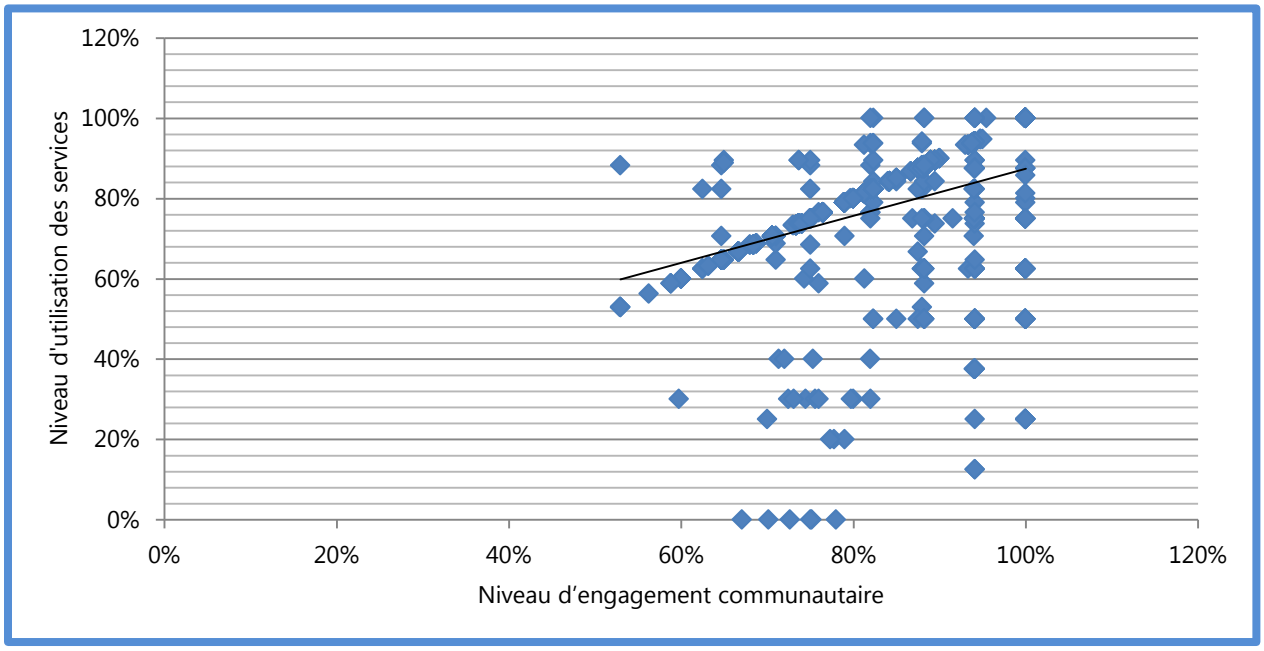
La qualité de soins prodigués par les AC a engendré un net changement au sein de la communauté. « Auparavant, nous amenions nos enfants auprès des tradipraticiens. Mais nous n'étions pas satisfaits

des résultats car il y avait souvent des morts subites dont nous ignorions la cause. Actuellement, les résultats sont tangibles : les enfants pris en charge par les AC sont tous guéris ». Membres du CCDS de la commune de Vatohandrina.

2. Utilisation des services de santé à base communautaire

La qualité sociale a non seulement amélioré la qualité des services de santé, mais aussi augmenté les niveaux d'accès et d'utilisation. En effet, plus la communauté s'est engagée dans l'organisation de services de santé, plus elle les a utilisés. D'après l'analyse, il semble y avoir une assez forte corrélation entre le niveau d'engagement communautaire et l'utilisation des services dans la commune (sur la base des données tirées de l'index qualité). Bien que l'on remarque des écarts sur le graphique, la majorité des communes se retrouvent à proximité de la ligne qui illustre une corrélation positive entre les deux indicateurs.

Figure 9 : Relation entre le niveau d'engagement communautaire et l'utilisation des services



Source: Index qualité, 2012

Bien que les membres du CCDS aient apporté des solutions aux besoins communautaires, ils ont également mobilisé la communauté pour qu'elle utilise les services. Ils ont présenté officiellement les AC à la communauté et donné des informations sur les services offerts. Dans le cadre des groupes de discussion dirigée, tous les CCDS ont mentionné leur rôle consistant à mobiliser la communauté pour l'amener à utiliser les services. Cela inclut notamment la présentation des AC aux communautés et veiller à ce qu'elle soient au courant de l'existence des services, tout en l'éduquant à l'utilisation de la planification familiale, l'obtention de vaccins et la prestation de services dans les centres de santé de base.

Dans la prise en charge des femmes enceintes, les agents communautaires ont été formés pour promouvoir (i) la prise de Fer acide folique (programme national pour la prévention de l'anémie), (ii) la référence au centre de santé pour une consultation prénatale (précoce et au minimum quatre consultations), (iii) le dépistage et la référence des signes de danger de la grossesse, et (iv) la référence des parturientes pour un accouchement assisté par un personnel qualifié. Le tableau suivant montre une augmentation relative de 25% des femmes enceintes référées pour une consultation prénatale, de 11% des femmes dépistées et référées pour signes de danger, et de 15% pour des accouchements référés au centre de santé entre 2011 et 2012. Le nombre de femmes enceintes consultées pour la prise de fer acide folique a baissé car il existe une rupture du produit dans le pays.

Tableau 3 : Évolution de l'utilisation de services AC par les femmes enceintes dans les 800 KM

Nombre de femmes enceintes prises en charge	Janvier à décembre 2011	Janvier à décembre 2012	Augmentation relative
Prise de fer acide folique	14 890	11 888	-20%
Consultations prénatales référées au centre	23 308	29 085	25%
Signes de danger référés	673	746	11%
Accouchements référés au centre	9 034	10 387	15%

Source : Rapports mensuels des activités AC/Extranet (Janvier 2011 à décembre 2012)

En planification familiale, l'utilisation des services offerts par les agents communautaires a augmenté relativement de 31%. Dans le cadre des groupes de discussion dirigée, la plupart des CCDS ont mentionné leur rôle de soutien à la planification familiale. Un membre CCDS de Vatohandrina a affirmé qu'il était fier des changements opérés concernant l'utilisation de la planification familiale et des progrès considérables accomplis en termes d'espacement des naissances. « Il existe un net espacement des naissances. Plus d'accouchements trop nombreux ! »

Dans le domaine de la survie de l'enfant, il existe également une augmentation de l'utilisation des services de santé offerts par les AC. Sur les 800 KM, une augmentation relative de 38% a été observée dans la prise en charge des enfants de moins de cinq ans en infections respiratoires, contre 58% en paludisme. Comme indiqué ci-dessus, et comme plusieurs personnes l'ont mentionné, la population ne se rend plus chez les tradipraticiens. Lorsqu'un enfant est malade, la population recourt aux AC.

Tableau 4: Évolution de l'utilisation des services offerts par les AC en prise en charge des enfants malades dans les 800 KM

Nombre d'enfants de moins de cinq ans pris en charge	Janvier à décembre 2011	Janvier à décembre 2012	Augmentation relative
Infections respiratoires	26 975	37 339	38%
Paludisme	64 151	101 569	58%

Source : Rapports mensuels des activités AC/Extranet (Janvier 2011 à décembre 2012)

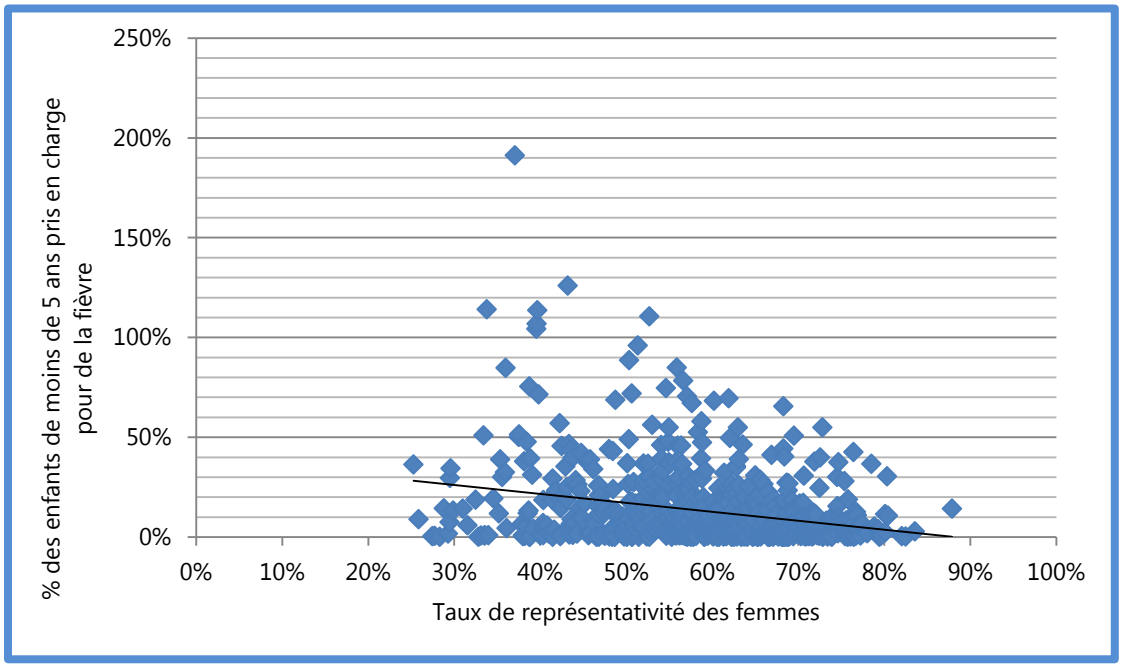
L'installation de systèmes d'évacuation d'urgence constitue une autre intervention essentielle en vue d'accroître l'utilisation des services. Cette intervention est soutenue par le CCDS à travers l'approche de qualité sociale. La communauté a défini le mode de transport, la répartition de tâches, parfois une caisse de solidarité. Aussi bien le CCDS de Kirano Firariantsoa que celui d'Ambohimiarina ont mentionné leur rôle dans la mise en place des systèmes d'évacuation. À Kirano Firariantsoa, le CCDS a parlé de la répartition des tâches pour veiller aux évacuations et de la création de brancards. À Ambohimiarina, le CCDS a mentionné la construction de chaises pouvant être utilisées pour l'évacuation des patients, ainsi que des canoës dans certains *fokontany* moins accessibles. Formalisé dans les 800 KM, le système d'évacuation des urgences a permis de référer 7 812 personnes dont 3 471 femmes enceintes, 1 272 cas nouveaux nés et 3 069 autres personnes. (Source : Rapport de revues, exercice comptable 2013, janvier–avril 2013).

Les AC pensent que les réunions communautaires ont débouché sur une utilisation accrue des services. Un AC a affirmé que ces réunions permettaient de promouvoir la continuité des services dans la mesure où les clients étaient heureux qu'on leur demande s'ils étaient satisfaits (AC-mère, Kirano). Un autre AC a indiqué que les réunions communautaires augmentaient la confiance de la population vis-à-vis de leurs services (AC-mère, Vatohandrina). L'analyse de dispersion a souligné le fait qu'il existait une corrélation entre le pourcentage de la population participant aux réunions communautaires et le niveau d'utilisation des services.

Néanmoins, cette analyse a montré l'importance pour les hommes de participer à ces réunions. Le graphique de dispersion ci-dessous montre en effet la relation entre la participation des femmes à ces

réunions et l'utilisation des services de santé infantile (sur la base de l'index qualité). Une courbe indique que lorsque la participation des femmes est faible, il en va de même pour l'utilisation des services. Toutefois, si la participation des femmes est extrêmement élevée, l'utilisation des services est également faible. La courbe dans ce graphique semble indiquer qu'aussi bien les hommes que les femmes doivent prendre part aux réunions communautaires et qu'une participation égalitaire (entre 40% et 60% de femmes) encourage une meilleure utilisation des services de santé, en particulier pour les services de santé infantile. Dans la plupart des cas, les groupes de discussion dirigée ont appuyé cette théorie dans la mesure où la plupart des intervenants pensent que la décision de rechercher des soins est prise de manière mutuelle. « Actuellement, l'homme et la femme discutent et décident mutuellement » (CCDS, Vatohandrina). Alors qu'un faible nombre d'individus a affirmé que les femmes prenaient la décision d'emmener leur enfant à un AC, ces personnes s'accordent à dire qu'elles auraient clairement besoin de la permission de leur mari pour se rendre aux CSB, si elles y étaient référées.

Figure 10: Relation entre le taux de représentativité des femmes dans les réunions communautaires et l'utilisation des services de santé pour l'enfant



Source : Index qualité, 2012

V. FACTEURS ESSENTIELS DE SUCCÈS DE LA QUALITÉ SOCIALE

D'après les données quantitatives recueillies par le projet et les données qualitatives collectées durant les visites sur les sites, plusieurs facteurs essentiels sont ressortis comme étant des éléments déterminants dans la réussite de l'approche de qualité sociale.

A. Intégration de l'approche aux structures existantes

Un facteur de succès de la qualité sociale est le respect et l'exploitation des structures existantes : le CCDS, les réunions communautaires et les structures sociales. L'approche a été intégrée dans le cadre de représentativité de la communauté à travers le CCDS. Les leaders des fokontany et de la commune, les autorités locales et les membres de la société civile sont représentés dans le CCDS qui est une structure officielle mandatée par la politique nationale de santé communautaire de Madagascar. L'approche a renforcé, non seulement la liaison entre la communauté et le CCDS par le rapportage des besoins de la communauté aux membres CCDS, mais aussi la redevabilité des membres du CCDS à la communauté par la tenue des auto-évaluations.

De plus, la qualité sociale a été basée sur la capacité locale. Les réunions d'évaluation communautaire et les auto-évaluations CCDS ont été menées par des facilitateurs locaux. Si les TA ont vu les auto-évaluations lors des revues CCDS, ils n'ont pas assisté aux réunions d'évaluation communautaire. Aucune allocation financière n'a été investie dans la réalisation des réunions communautaires. Par ailleurs, les points focaux qualité et les messagers de genre sont également des personnes volontaires, désignées par la communauté elle-même.

B. Unification des acteurs communautaires

Quand il a été demandé au maire adjoint de Kirano Firariantsoa quels facteurs ont contribué à la réussite de l'approche, celui-ci a mentionné le partenariat entre le CCDS et les AC avant d'affirmer : « C'est la participation de tous les intervenants de la commune comme des postes fixes de gendarmerie pour le suivi des activités, les ONG et les associations. »

L'approche de qualité sociale parvient à unifier les divers acteurs communautaires et à les faire travailler ensemble. « C'est une approche qui unifie la communauté et qui améliore tout l'environnement de la santé » (TA, Vatovavy Fitovinany). Cette unification des acteurs est reflétée dans le fait que tous les acteurs interrogés ont pointé des réussites similaires et les mêmes défis. Le CCDS d'Ambohimiarina a considéré que la meilleure santé de la communauté est le fruit du travail d'un trio d'acteurs (le chef CSB, les AC et le CCDS). Chaque acteur a un rôle spécifique mais ils doivent travailler ensemble pour favoriser l'engagement de la communauté.

C. Promotion de l'égalité des genres

L'approche de qualité sociale est basée sur la participation des divers acteurs de la communauté et il est attendu qu'un échantillon représentatif de la communauté dans son ensemble participe au CCDS. Les CCDS comprennent en moyenne 20% de femmes. Leur niveau de participation tend cependant à fluctuer d'un CCDS à l'autre. Bien que tous les CCDS ne fassent pas suffisamment place aux femmes, la plupart d'entre eux veillent à une participation et à une représentation de celles-ci.

Un des rôles dévolus aux CCDS est de promouvoir l'occupation de responsabilités égales entre les hommes et les femmes concernant la santé familiale en montrant l'exemple et en sensibilisant les populations. Durant la dernière application des auto-évaluations des CCDS, 86% des membres des CCDS se sont dit satisfaits de leur engagement à promouvoir ce type d'égalité.

Les animateurs des réunions communautaires encouragent la participation aussi bien des hommes que des femmes dans la communauté pour veiller à ce que toutes les voix soient entendues. À travers les groupes de discussion dirigée, un membre CCDS de Fiadanana affirme que lorsqu'un enfant est malade « l'homme et la femme prennent ensemble cette responsabilité. »

Ce n'est pas seulement le cas pour la santé infantile mais également pour la planification familiale. « Avant les hommes étaient réticents à la planification familiale. Actuellement, ce sont eux qui encouragent les femmes à l'utiliser » (CCDS, Vatohandrina). De plus, le CCDS de Kirano Firariantsoa a indiqué que l'approche de qualité sociale avait permis de promouvoir l'égalité des genres dans la mesure où la planification familiale est davantage acceptée et qu'avec elle les femmes ont davantage de temps pour les réunions et d'autres activités sociales.

D. Motivation des CCDS

Bien que la motivation des CCDS ait varié d'un site à l'autre, elle est directement liée à la quantité de travail et de plaidoyer que les CCDS affirment avoir accompli pour mieux comprendre les besoins de la communauté et y répondre, et améliorer la qualité des services dispensés par les AC et les CSB. Un membre du CCDS de Vatohandrina à qui il a été demandé de parler de sa motivation à rejoindre le CCDS a fait la déclaration suivante : « En tant que responsable, nous assumons notre obligation sociale. C'est un devoir car il s'agit de la santé pour tous. Il n'y a pas de développement sans une bonne santé, la santé est le premier capital de développement, alors nous adhérons à l'approche d'amélioration de la santé. » Cette attitude est reflétée dans les diverses activités, notamment la tenue de réunions communautaires, l'assistance prêtée aux AC, la tentative d'intervenir pour résoudre les problèmes de gestion logistique entre le maire et les PA, et la mobilisation communautaire.

De la même manière, lorsque les CCDS sont plus actifs dans un aspect de leur rôle, il semble que cela soit dû à la motivation derrière la participation à l'approche de qualité sociale. Le CCDS d'Ambohimiarina a fait part de sa motivation de la manière suivante : « La communauté a beaucoup de difficultés à accéder au CSB. Il nous faut des heures de trajet pour accéder aux services de santé. Ici, nous avons l'occasion d'accéder à des services de santé de proximité, alors comment ne pas être motivé ? » Ainsi, leurs principales activités ont été axées autour du soutien des AC dans leur rôle, en particulier la construction de cases de santé, le travail avec les AC pour mobiliser la communauté et la tenue de réunions avec les AC pour les appuyer. Un exemple qui revient souvent à travers les communes est que les CCDS ont commencé à organiser des réunions de revue par eux-mêmes. Alors que le projet a encouragé la tenue de réunions de revue trimestrielle pour examiner les progrès des plans d'action et soutenir les AC et faire part des impressions de la communauté, bon nombre de CCDS ont commencé à tenir des réunions de revue mensuelles par eux-mêmes.

E. Compréhension du CCDS du rôle lui étant confié

Comme dans le domaine de la motivation, la compréhension par les CCDS de leur rôle et de leurs limites a un impact sur les activités qu'ils choisissent de mener et les méthodes auxquelles ils recourent pour remédier aux divers problèmes dans leur communauté. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le CCDS d'Ambohimiarina focalise ses activités sur les AC. Alors que cela semble être la principale motivation de ses membres, cela reflète aussi la manière dont ils ont répondu à la question concernant la perception qu'ils avaient de leur rôle. D'après l'engagement qu'ils témoignent dans le soutien des AC dans leur commune, il ne s'agit pas d'un problème en soi. En revanche, cela signifie qu'il est moins probable qu'ils s'engagent dans des améliorations au niveau du centre de santé dans la mesure où ils ne voient pas cela comme leur rôle principal. Cela a également été le cas pour le CCDS de Fiadanana qui a considéré que son rôle était avant tout de mobiliser la communauté pour l'amener à utiliser les services de santé et remédier aux problèmes d'eau potable et d'hygiène. Ainsi, le CCDS est parvenu à aider les communautés à construire des latrines avec des pompes à eau. Mais d'après le responsable du centre de santé de base, le CCDS a rarement communiqué avec lui et ne lui a jamais fait part des retours concernant les services délivrés dans le centre de santé.

Tous les CCDS semblent voir des limites à leur rôle ou par rapport au niveau d'autorité dont ils disposent. En théorie, le CCDS doit superviser la PA et doit avoir l'autorité de remédier aux problèmes avec les PA, s'ils surviennent. Malheureusement, cela n'a pas été le cas. Alors qu'il était évident que le PA de Vatohandrina était incapable de faire son travail, le CCDS n'avait pas le sentiment de pouvoir faire quoi que ce soit pour le faire remplacer. Ils avaient parlé au maire et demandé à en obtenir un autre, mais sans succès. Ainsi, au lieu de remplacer le PA ou de demander à ce que PSI remplace le PA, ils ont commencé à travailler avec une autre ONG pour obtenir les fournitures des AC. Cela a aussi été le cas pour Fiadanana. Dans la mesure où le PA a arrêté de faire son travail, les AC sont allés au centre de santé pour obtenir leurs produits.

F. Appropriation de l'approche par les autorités locales

D'après les résultats des visites sur les sites, il est clair que les autorités locales ont besoin d'être engagées dans le processus pour que l'approche soit couronnée de succès. Alors que le CCDS de Vatohandrina s'est montré actif et extrêmement motivé, il disposait d'un pouvoir limité pour susciter des changements au niveau de la commune. Les plus gros problèmes ont été que le CSB avait été fermé pendant près d'un an et que le PA n'était plus engagé dans l'apport de fournitures. Le maire adjoint était décédé et le maire n'était pas engagé dans l'approche de qualité sociale. Dès lors, le CCDS a focalisé son attention sur les AC pour trouver des sources de stock alternatives ainsi que d'autres interventions au niveau des *fokontany*.

De même, alors que la majorité du CCDS de Fiadanana n'a pas semblé très motivée à l'idée de faire autre chose que de remédier aux problèmes d'eau et d'hygiène, le maire adjoint a fait preuve d'une grande motivation et d'une véritable compréhension de l'approche de qualité sociale. Le chef CSB à Fiadanana est aussi très motivé car il croit « qu'il n'y a pas de développement durable sans la santé communautaire. En tant que premier responsable de la santé, je travaille étroitement avec les AC et les autorités communales. Je coordonne toutes les activités des AC et j'effectue des suivis et supervisions rigoureux. » La combinaison de la motivation du député maire, de son appropriation de l'approche et du dévouement et de la motivation du chef CSB a débouché sur l'obtention de très bons résultats pour la commune avec des indicateurs élevés aussi bien dans le domaine de l'engagement communautaire que de l'amélioration des résultats sanitaires.

G. Efficacité de la stratégie d'encadrement des ONG et des TA

Le dernier facteur de succès de la qualité sociale a été l'efficacité de la stratégie d'encadrement des acteurs des ONG. Tout d'abord, les ONG ont bénéficié d'un renforcement de compétences continu à travers les formations, guide de mise en œuvre, réunions de coordination et système de communication régulier et fluide. Cette stratégie a soutenu la motivation et les compétences des TA.

Ensuite, les ONG ont transféré les compétences aux acteurs locaux à travers des formations, dotation d'outils de facilitation et suivis périodiques. Les TA ont assuré un rôle de facilitateur pour que les acteurs s'organisent entre eux. Les motivations et compétences des TA ont amené les acteurs locaux à s'engager dans la prise de responsabilité locale.

Sur les quatre TA qui ont été interrogés durant les visites sur les sites, tous semblaient motivés à l'idée de participer à l'approche de qualité sociale. L'un d'eux à Vatohandrina a affirmé que sa motivation résultait du fait que « c'est une approche qui unifie la communauté et qui améliore tout l'environnement de la santé. » Un autre à Ambohimiarina a déclaré que cette approche « a permis de voir la prise de responsabilité de la communauté dans l'amélioration de la santé. »

D'après les visites sur le site, les connaissances des TA et leur capacité à transférer celles-ci est un facteur essentiel de la réussite de l'approche de qualité sociale. Un des problèmes mentionnés ci-dessus est que le CCDS d'Ambohimiarina a défini son rôle comme un soutien des activités des AC. Cela semble provenir en grande partie de la TA dans la mesure où elle a eu tendance à focaliser ses réponses sur les résultats de l'approche de qualité sociale sur le soutien apporté aux AC. La plupart des CCDS ont affirmé que les TA constituaient leurs principaux soutiens et se sont montrés reconnaissants d'avoir participé aux formations données par les TA.

Un des problèmes de compétences soulevés durant les visites sur les sites a été l'aptitude des TA à négocier avec les autorités locales. Si les TA avaient le sentiment que le maire ou le maire adjoint ou le chef CSB était la cause du problème ou qu'il empêchait de trouver une solution, ils ne pensaient pas avoir le contrôle de la situation. À Kirano Firariantsoa, par exemple, le chef CSB n'était quasiment jamais au poste, notamment durant la visite sur le site. Ni le TA ni le CCDS n'ont eu le sentiment de pouvoir remédier à ce problème.

VI. PÉRENNITÉ DE L'APPROCHE

L'approche de qualité sociale a été conçue pour s'inscrire dans la durée. Elle responsabilise la communauté en lui donnant la possibilité de veiller à ce que ses besoins sanitaires soient satisfaits et à ce que les services lui étant dispensés répondent à sa perception de qualité. Alors que les TA issus des ONG ont soutenu l'approche à travers la formation et les supervisions des CCDS, les décisions ainsi que le travail ont été effectués au niveau local, aussi bien au niveau de la commune que du *fokontany*.

Durant les visites sur le site, il a été demandé à tous les acteurs de la communauté leurs impressions quant à la pérennité de leur travail, aussi bien concernant la mise en œuvre de l'approche de qualité sociale à travers les CCDS que la prestation de services communautaires par les AC. Tous les acteurs, y compris les AC, sont univoques et pensent que les AC continueront de dispenser des services et travailleront avec les CCDS et les CSB tant que la chaîne d'approvisionnement des produits des AC sera

maintenue. Les activités d'amélioration de la qualité des services vont continuer car c'est la communauté elle-même qui demande des services de qualité.

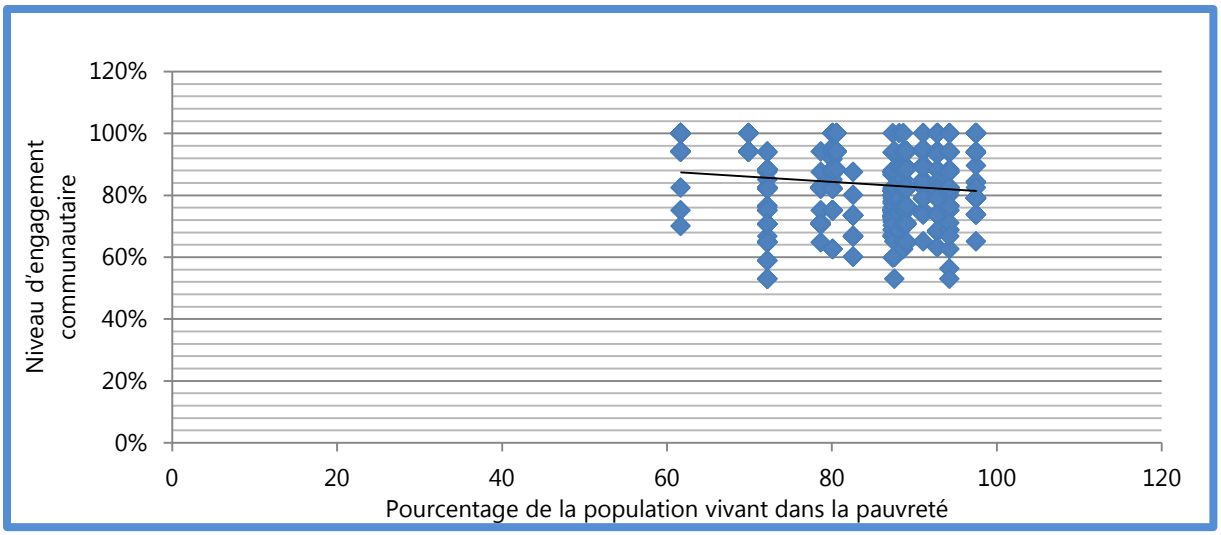
Pour la plupart, les CCDS et les autorités locales croient que l'approche de qualité sociale se poursuivra par le biais des CCDS. Ceux-ci nous assurent qu'ils continueront le travail car ils sont motivés et qu'ils ont des plans d'action pour les guider. Le maire adjoint d'Ambohimiarina ne pense pas que la pérennisation de l'approche posera problème car les CCDS ont été formés et qu'ils comprennent les démarches à suivre. Un membre du CCDS de Kirano Firariantsoa a notamment fait la déclaration suivante : « Comment ne pas continuer ? Nous avons expérimenté l'approche. Nous avons constaté une nette amélioration de la santé. Le pouvoir est maintenant entre les mains de la communauté. Nous allons poursuivre cette amélioration. » Il pense que l'ensemble du travail communautaire se poursuivra car ils vont « essayer d'avoir une disponibilité continue des produits de santé » et « continuer à renforcer les liens entre les AC, les CCDS et la communauté. »

L'approche de qualité sociale pourrait être pérenne dans la mesure où elle a :

- soutenu et lié les structures existantes sur le plan institutionnel
- respecté l'environnement socioculturel et placé la communauté comme levier de changement sur le plan social
- amené les CCDS à conduire le processus d'amélioration de qualité sur le plan technique
- mobilisé les ressources locales (humaines, matérielles, financières, informations, temps).

Le diagramme de dispersion suivant compare le niveau d'engagement communautaire au pourcentage de la population vivant dans la pauvreté. Le fait qu'il n'existe aucune véritable corrélation démontre que quel que soit le niveau de pauvreté de la communauté, celle-ci peut dépasser cette fatalité et prendre en charge sa santé.

Figure 11: Relation entre la pauvreté et le niveau d'engagement communautaire



Source: Index qualité, 2012 et INSTAT, Enquête périodique des ménages 2010

En dépit des facteurs favorables cités plus haut, l'instabilité politique et les élections pourraient perturber la pérennité de l'approche. En effet, les membres du CCDS peuvent être remplacés. Toutefois, comme le disait le maire adjoint de Kirano Firariantsoa, en dépit des élections, l'approche continuerait d'être mise en œuvre dans la mesure où la communauté est engagée et qu'elle tiendrait les CCDS et les nouveaux élus à leurs engagements.

VII. RECOMMENDATIONS

1. D'après les succès de l'approche de qualité sociale et le besoin d'apporter un soutien communautaire local aux AC, l'approche de qualité sociale doit être étendue à toutes les communes dans lesquelles les AC sont actifs.

2. Veiller à ce que les CCDS reçoivent des formations de recyclage sur leur rôle et les méthodes de plaidoyer auprès des collectivités locales.

3. Considérer des méthodes de partage de l'information et des expériences entre différents CCDS. Une compétition entre les CCDS pour identifier un champion parmi ces entités à l'intérieur de leur région pourrait être intéressante pour motiver ces commissions.

4. Après les élections, les CCDS devront recevoir une formation ou un recyclage. Un plaidoyer et une orientation à l'approche de qualité sociale devront avoir lieu avec les nouveaux élus.

5. Les CCDS ont besoin de représenter les femmes issues des zones rurales. Au moins 20% des membres des CCDS doivent être des femmes.

6. Les CCDS ou les chefs de *fokontany* doivent essayer de tenir des réunions communautaires à un moment où les hommes et les femmes sont en mesure d'y participer. Ils doivent encourager une participation à niveau égal. Quand ils font appel à la communauté, les CCDS doivent demander aux personnes de venir avec leur épouse ou mari.

7. Les AC et la communauté doivent bénéficier d'une orientation sur le rôle des CCDS. Cela permettra à la communauté de tenir les CCDS à leurs engagements et de renforcer les partenariats entres les CCDS, les AC et la communauté.

8. Il serait idéal d'instaurer un système de commande téléphonique de produits de santé entre les PA et PSI afin de prévenir les ruptures de stock et faciliter la livraison.

9. Afin de soutenir et de motiver les TA, les réunions de coordination entre TA doivent être poursuivies pour le partage des réussites et la recherche participative des solutions aux problèmes rencontrés.

10. Les TA doivent être formés aux techniques de plaidoyer et de négociation pour mieux dialoguer avec les autorités locales.

VIII. CONCLUSION

« La mauvaise santé n'est pas une fatalité ». Les communautés dans les 800 communes de Madagascar où la qualité sociale a été mise en œuvre, l'ont prouvé. La communauté peut dépasser son statut d'observateur et de victime vers la prise en charge de sa santé. Elle peut gérer la santé à partir de l'écoute et la résolution de ses besoins par la prise de responsabilités au niveau local.

À la base d'une gouvernance locale de la santé, devrait exister une bonne dose de confiance réciproque qui unit le peuple aux dirigeants locaux et techniques. Des bénéficiaires de services de santé impliqués et des prestataires de santé et décideurs attentifs aux besoins communautaires ont permis d'accroître la disponibilité et l'utilisation de services de santé de qualité. Tout système de santé communautaire qui ne reste pas à l'écoute de ses usagers est condamné à plus ou moins brève échéance.

IntraHealth International, à travers Santénet2, a voulu démystifier l'approche de qualité sociale par une vision simple, facilement accessible à la population rurale et adaptée au contexte socioculturel. La qualité sociale a été bâtie sur les structures existantes et les capacités locales. Elle a respecté l'environnement socioculturel de la population rurale. L'approche a accordé une importance particulière à la voix du peuple, à l'émancipation du pouvoir des femmes, à la prise de responsabilité constructive de l'homme à la santé et à la redevabilité sociale. Sa mise en œuvre a reposé sur l'idée, fort simple, qu'on ne peut résoudre valablement les problèmes d'une population sans que cette population ne soit associée à l'analyse, à l'expression et à la résolution de ceux-ci.

Les résultats s'avèrent tangibles et prometteurs. L'approche de qualité sociale a aidé la communauté à mieux cerner ses besoins de santé et à y répondre avec ses propres capacités, tout en ayant un impact

sur la qualité des services leur étant dispensés. La communauté a vécu et apprécié les effets de l'approche. L'approche de qualité sociale doit faire l'objet d'un plaidoyer au niveau politique et d'un élargissement progressif à l'ensemble du territoire.

IX. ANNEXES

Annexe A : Canevas de rapport d'évaluation communautaire par *fokontany*
Annexe B : Grille d'auto-évaluation CCDS
Annexe C : L'index qualité
Annexe D : Questionnaires pour les visites de sites de la qualité sociale