



L'Approche Commune Champion:

Améliorer la capacité de la communauté à gérer les activités de santé



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

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

Contexte Général

L'accès aux soins de santé par les populations rurales dans les pays en voie de développement est limité. A Madagascar, plus de 35 pourcent de la population vivent à plus de 10 km d'un centre de santé. En outre, moins de 32 pourcent de la population ont accès aux services de santé.¹ Entre 2008 et 2012, la situation s'est empirée à cause de la fermeture de plusieurs Centres de Santé de Base (CSB). Dans les zones rurales, il appartient souvent aux acteurs locaux, notamment les agents communautaires (AC), d'assurer les services de santé de base.

Contexte de MAHEFA

MAHEFA renforce les capacités des acteurs locaux afin de satisfaire les besoins de la population en services de santé communautaire, incluant et non limité aux consultations prénatales (CPN), à la santé néonatale et infantile, à la nutrition, à la planification familiale et à l'eau, assainissement et hygiène (EAH). En 2009, le Ministère de la Santé Publique (MINSANP) a élaboré la Politique Nationale de Santé Communautaire laquelle met en exergue les interventions, incluant celles des AC qui contribuent de manière significative à l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les populations des zones les plus reculées du pays.

Depuis la moitié des années 1990, l'approche "Kaominina Mendrika Salama" (KMS) constitue un outil qui permet de faire face aux défis relatifs à la santé publique. Cette approche incite la population locale à déterminer les objectifs liés à l'amélioration de la santé communautaire, à identifier les activités à réaliser, de suivre les progrès et d'engager tous les acteurs locaux à œuvrer ensemble pour atteindre ces objectifs.

Approche de MAHEFA

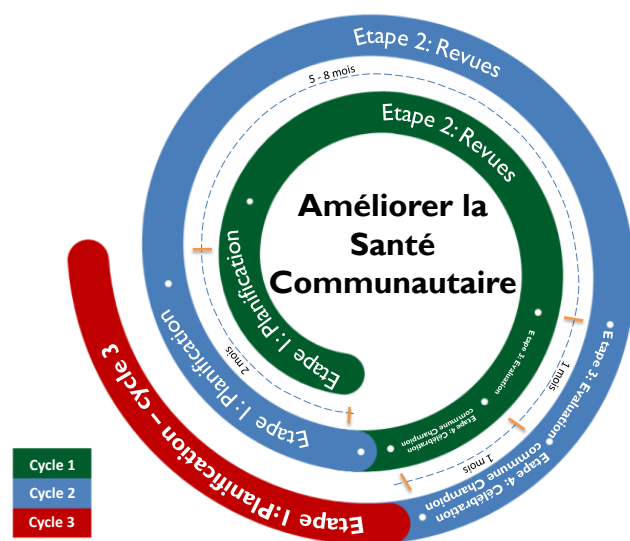
MAHEFA s'est référé à l'approche KMS et l'a adapté en "Kaominina Mendrika Salama miabo" (KMSm) ou "Communes Championnes plus". Le programme a ainsi ajouté le terme *miabo*, qui signifie « aller plus ». Le choix de la lettre "m" exprime le désir de la communauté de ne jamais se limiter aux objectifs déjà atteints mais de rechercher constamment à améliorer la qualité de vie. L'approche KMSm de MAHEFA a été élaborée afin de s'adapter aux services intégrés de santé communautaire fournis par les AC formés par le programme.

L'approche KMSm est constituée de cycles continus de quatre étapes dans chaque cycle. La durée d'un cycle KMSm varie selon le progrès fait par chaque commune. La fin d'un cycle KMSm implique le commencement d'un autre. Cette pratique permet d'assurer que chaque cycle traite les objectifs non atteints du cycle précédent mais établit également des nouveaux objectifs pour le prochain cycle. Tel que présenté dans la figure 1, la durée requise pour compléter un cycle KMSm varie selon la capacité de la commune à atteindre leurs objectifs.

1. World Health Organization 2014



Figure 1. Approche KMSm de MAHEFA



Principales Activités

1. Adapter le modèle KMSm et modifier les outils. L'équipe de MAHEFA a revu le modèle KMS déjà existant à Madagascar et l'a adapté par rapport aux activités de santé communautaire du programme. MAHEFA a amélioré les outils existants pour la mise en œuvre de chaque étape du KMSm.

2. Conduire un atelier sur KMSm pour les personnels du programme et ONG. Avant de commencer les activités KMSm dans les communautés, MAHEFA a organisé des ateliers de formation sur l'approche KMSm y compris les étapes d'implémentation et outils.

3. Commencer les activités KMSm dans les communautés. Le programme a as-

sisté les communautés à commencer le premier cycle KMSm. Chaque cycle KMSm comprend quatre étapes comme suit:

Etape 1 de KMSm

- Tenir une réunion de demi journée pour introduire l'approche KMSm et pour s'assurer l'engagement des leaders communautaires dans le processus KMSm. Les participants incluent : quatre membres de CCDS, quatre leaders religieux, et la communauté ainsi que les leaders communautaires en matière de santé.
- Conduire un atelier de trois jours sur l'approche KMSm à l'intention des COSAN et CCDS sur les techniques KMSm, le processus d'élaboration d'un plan d'action et les compétences en supervision permettant d'assurer la responsabilisation des acteurs communautaires dans l'amélioration de la santé communautaire.
- Assister le CCDS et le COSAN au développement d'un plan d'action. Le programme MAHEFA a organisé un atelier de planification participative d'une durée de deux jours. Ledit atelier a regroupé divers participants, notamment quatre membres de CCDS, un représentant de chaque COSAN de tous les *fokontany*, tous les AC de la Commune, un responsable de points d'approvisionnements, un employé venant de chaque ONG et des acteurs communautaires représentant chaque *fokontany*. Pendant les ateliers, les participants ont mené des discussions sur les défis en matière de santé rencontrés au niveau de leurs communautés respectives et ont élaboré des plans d'action permettant aux Communes d'atteindre les onze objectifs KMSm. (voir les objectifs en matière de KMSm dans l'encadré 1).
- Signer le contrat entre la commune, les *fokontany* et MAHEFA marquant l'engagement à la réalisation du plan d'action de la communauté. Ceci est une dernière activité de la première étape de l'approche KMSm.

Encadré 1. Les onze indicateurs KMSm

1. Nombre de femmes enceintes référées en CPN
2. Nombre de nouveaux utilisateurs PF reçu par les AC
3. Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée sans déshydratation ayant reçu le SRO ou le Zinc chez les AC
4. Nombre d'enfants de moins de 5 ans traités avec du Pneumostop ou du Cotrim chez les AC
5. Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre testé avec des TDR par les AC
6. Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre, testés positifs avec des TDR, ayant reçu un traitement dans les 24 heures après l'apparition de fièvres
7. Nombre de personnes ayant reçu des messages clés sur le lavage de mains avec du savon
8. Nombre de latrines améliorés
9. Nombre de villages ayant reçu des certificats attestant la non-défécation à l'air libre
10. Nombre d'enfants de moins de 2 ans pesés aux Toby des AC
11. Nombre de Toby permanent offrant des services intégrés avec Tippy Tap, latrines améliorées et fosses de décharges.



Étape 2 de KMSm

Mener une série de revues pour suivre les progrès réalisés par la commune dans l'atteinte des objectifs KMSm qui ont été fixés. Tous les participants ayant pris part à la réunion de planification participative ont tenu un atelier d'une journée chaque trois mois pour faire une revue des objectifs et le suivi des progrès. Certaines communes ayant déjà atteint leurs objectifs lors de la deuxième revue n'ont plus besoin de faire une troisième revue. Toutefois, les communes qui n'ont pas toujours atteint leurs objectifs après la troisième revue seront obligées à tenir une quatrième revue.

Étape 3 de KMSm

Organiser une évaluation d'une journée afin de voir l'atteinte des objectifs. Les participants qui étaient présents au premier atelier de planification participative ont pris part à cette séance d'évaluation. Ladite évaluation a été faite avec la notation de chaque objectif et la compilation des notations afin d'obtenir un pourcentage qui reflète la réalisation du cycle KMSm. Pour devenir « Commune championne ou KMSm », les Communes devraient atteindre le pourcentage minimum fixé pour chaque cycle. Une Commune devrait atteindre 60 pourcent des objectifs fixés pour le premier cycle, 70 pourcent pour le second, 80 pourcent pour le troisième, et 85 pourcent pour le quatrième.

Étape 4 de KMSm

Célébrer leur statut de commune championne après avoir passé l'évaluation avec succès.

4. Recommencer le nouveau cycle de KMSm. Après la célébration, la commune championne a commencé le prochain cycle qui répète les quatre mêmes étapes. Les communes peuvent modifier ou ajouter des nouveaux objectifs selon leur contexte.

Figure 2. Nombre de membres de CCDS formés pour conduire des activités KMSm dans les zones d'intervention de MAHEFA (2011-2016)

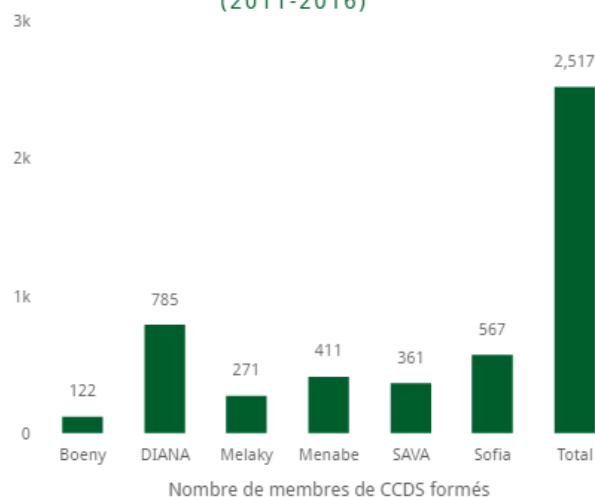


Tableau 1. Progrès des indicateurs de santé entre KMSm cycle 1 et cycle 4

Indicateurs KMSm sélectionnés	Cycle 1	Cycle 4	Taux d'augmentation
Nombre de femmes enceintes ayant effectué CPN4 auprès des CSB	12085	29568	2.4
Nombre de nouveaux utilisateurs de PF	33086	54939	1.7
Nombre d'enfants de moins de 24 mois pesés auprès des AC chaque mois	7749	60421	7.8
Nombre de latrines améliorées construites	3488	31659	9.1

Résultats

A la fin du mois de février 2016, toutes les 279 communes d'intervention de MAHEFA ont achevé leur troisième cycle KMSm. Cela veut dire que toutes ces 279 communes ont atteint au moins les 80 pourcent de leurs objectifs. 131 d'entre elles ont achevé leur quatrième cycle KMSm, ce qui signifie, qu'elles ont atteint 85 pourcent de leurs objectifs. Pour favoriser la participation et l'engagement des communes dans la réalisation des activités KMSm, MAHEFA a élaboré un manuel de formation KMSm en Malagasy et a conduit une formation aux CCDS sur la manière de mener ces activités. La figure 2 affiche le nombre de CCDS formés sur les activités KMSm de 2012 et 2016.

Le tableau 1 présente les progrès des réalisations au niveau des indicateurs de santé sélectionnés pour KMSm. Globalement, il y a des progrès pour tous les indicateurs du tableau mais le plus grand est sur le pesage des enfants moins de deux ans.



Défis

L'approche KMSm était un nouveau concept pour toutes les communes dans les zones d'intervention du programme MAHEFA.

Ainsi, il leur a fallu du temps pour saisir son importance et pour se l'approprier. Il en résultait que, pendant les premières années du programme, les communautés dépendaient beaucoup de l'équipe du programme MAHEFA dans la mise en œuvre des activités KMSm. Aussi, les acteurs locaux ne s'engageaient pas de manière régulière pour les activités KMSm sans les suivis fréquents des réalisations par le programme MAHEFA. Or, l'atteinte des objectifs fixés dans les plans d'action des communes dépend de la réalisation des activités.

Les actuels indicateurs KMSm sont plus focalisés sur les services fournis par les AC que sur la performance en matière de santé en générale de la communauté. Trois indicateurs KMSm relèvent de la responsabilité directe de la communauté. Quant aux huit autres indicateurs, les AC en sont les premiers responsables. Cela n'a pas favorisé la motivation de la communauté à engager leurs communes dans la réalisation des objectifs KMSm.

Comme toute activité visant à promouvoir l'appropriation du processus par la communauté, l'approche KMSm a dû faire l'objet d'ajustements afin de s'adapter au contexte spécifique de chaque Commune. Il a fallu adapter chaque approche pour favoriser la dynamique des acteurs communautaires. Cela a entraîné des fréquents ajustements de l'approche et des outils KMSm pendant les deux premières années du programme. Cette situation a causé une confusion au niveau des partenaires (l'équipe de MAHEFA, les équipes des ONG et les leaders communautaires) et a parfois entravé les progrès réalisés par le programme.

L'équipe MAHEFA n'a pas beaucoup d'expérience sur le modèle adapté de KMS. Aussi, en parallèle à la vulgarisation de l'approche KMSm au niveau des communes, l'équipe MAHEFA devait également former les équipes de terrain des ONG afin qu'ils puissent mener les activités KMSm. La réalisation simultanée de ces deux activités a créé une confusion.

Leçons Apprises et Recommandations

Les équipes de mise en œuvre, incluant les acteurs communautaires, l'équipe du programme MAHEFA et les ONG partenaires devraient être formés sur les principes, concepts, méthodes et outils KMSm avant la mise en œuvre des activités au niveau de la communauté. Les outils ont été adaptés selon le contexte d'interventions du programme MAHEFA. Les équipes de mise en œuvre devraient avoir une connaissance approfondie des cycles et outils KMSm afin d'en assurer la mise en œuvre adéquate.

Les acteurs communautaires devraient bénéficier de plusieurs formations. Par ailleurs, il faut du temps pour s'approprier du processus; il est important d'expliquer aux acteurs communautaires que les responsabilités KMSm leur seront ainsi transférées progressivement. La réussite de la mise en œuvre de l'approche KMSm au niveau de la communauté dépend de la réalisation de ces 2 conditions. Les acteurs communautaires se sentiront ainsi engagés dans la réalisation des plans d'action et auront les compétences nécessaires pour mener les séries d'activités pendant les quatre cycles KMSm.

Il faut établir un équilibre au niveau des indicateurs KMSm pour qu'ils reflètent en même temps les services fournis par les AC et la performance des communes. Des indicateurs plus équilibrés encourageront le partage des responsabilités entre les prestataires de service et les usagers dans la réalisation activités KMSm.

La mise en relation du plan KMSm et le plan de développement sanitaire des communes est nécessaire. Ainsi, les communes se sentiront plus engagées et plus responsables dans la réalisation du processus en adoptant le plan d'action KMSm comme outil important à la réalisation de leur propre plan de développement sanitaire.

POUR PLUS D'INFORMATION, VEUILLEZ CONTACTER:

JSI Research & Training Institute, Inc. | 44 Farnsworth Street, Boston, MA 02210 617.482.9485, www.jsi.com

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