Planifier le MEAL en pratique

MEAL Planning in Practice

Textes des leçons en français

Leçon 1

Introduction

Bienvenue dans cette formation consacrée à la planification du suivi, de l'évaluation, de la redevabilité et de l'apprentissage (MEAL, d'après l'anglais *Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning*).

Si vous découvrez le MEAL, c'est parfait : nous allons le démystifier et montrer comment il s'applique concrètement. Si vous avez déjà de l'expérience, vous trouverez des moyens pratiques et nouveaux de faire mieux fonctionner vos systèmes MEAL.

Cette séance est une introduction aux bases, conçue pour les ONG de petite taille, qui n'ont pas forcément de service dédié au suivi-évaluation ni de personnel spécialisé (S& ;E). Si vous cherchez une exploration technique plus avancée du MEAL, ce ne sera peut-être pas tout à fait cela, mais vous repartirez avec des outils utilisables presque immédiatement.

À la fin de cette formation, vous disposerez :

- d'une compréhension claire de ce qu'est le MEAL et de son importance pour votre travail
- d'un cadre pratique pour élaborer votre premier plan MEAL, même avec des ressources limitées
- d'outils prêts à l'emploi, dont un tableau du cadre MEAL (*MEAL Framework Table*) et un modèle de réunion mensuelle d'apprentissage
- d'une preuve concrète de la façon dont le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage fonctionnent ensemble comme un système

Vous aurez la confiance nécessaire pour y parvenir sans créer de systèmes inutilement complexes.

Tout au long de la formation, nous suivrons le parcours du Dr Sita : de la gestion d'un projet de santé maternelle dans sept villages isolés du Népal à la construction d'un système MEAL simple qui l'aide à suivre les progrès, à s'adapter vite et à prouver l'impact.

Pause et réflexion

Quelles questions sur votre propre projet vous empêchent de dormir ?

Qu'espérez-vous pouvoir faire autrement après cette formation ?

Leçon 2

Comprendre le contexte du projet

Voici le Dr Sita Sharma. Elle est médecin et travaille pour une petite ONG de santé dans le district de Rukum, au Népal. Elle est chargée de programme et responsable des activités de santé maternelle dans une zone d'intervention. Cette zone compte sept villages, soit environ 2 300 habitants. Elle travaille avec deux membres du personnel de terrain : Ramesh, son agent de terrain, et Rashmi, sa coordinatrice des agentes de santé communautaires bénévoles (ASCB).

Elle gère donc cette zone : sept villages dans un district isolé, 2 300 habitants, une équipe de trois personnes. La zone compte cinq postes de santé, dix agents de santé employés par l'État et sept agentes de santé communautaires bénévoles.

Ne vous inquiétez pas si vous connaissez mal le secteur de la santé ou la santé maternelle. Les difficultés de Sita sont celles que rencontrent même les plus expérimentés d'entre nous, quel que soit le secteur : eau, assainissement et hygiène (WASH), éducation, agriculture, moyens d'existence, etc.

Qu'est-ce qui empêche Sita de dormir ?

Premièrement, atteint-elle les bonnes personnes ? Atteint-elle les plus vulnérables, ou ne fournit-elle des services qu'aux personnes faciles à joindre ? Il est très facile de se laisser distraire en servant celles qui sont plus accessibles, plutôt que d'aller vers celles qui demandent un effort ou une attention supplémentaires.

Elle se demande si elle fait réellement une différence. Elle se sent occupée en permanence, mais comment savoir si elle crée vraiment un changement positif ?

Comment sait-elle où son soutien est le plus nécessaire : quels villages demandent son attention, des services supplémentaires ou une approche différente ?

Et c'est une inquiétude très courante : comment allons-nous démontrer l'impact et les changements positifs de notre projet à la fin ? Comment fonder cela sur des preuves ?

Il lui faut un système pour répondre à ces questions, et ce système, c'est le MEAL : suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage.

Les quatre composantes du MEAL

Le MEAL répond à quatre types de questions tout au long de votre projet :

Le suivi demande si les choses avancent comme prévu. La mise en œuvre se déroule-t-elle comme planifié ? Il nous permet de savoir ce qui se passe sur le terrain, quand nous rencontrons des obstacles et quand les choses ne se déroulent pas comme nous l'attendions — et pourquoi.

L'évaluation est plus réflexive. Elle demande : cela a-t-il fonctionné ? Avons-nous obtenu le changement que nous voulions produire ? Si le suivi demande « sommes-nous sur la bonne voie ? », l'évaluation demande « cette voie mène-t-elle là où nous pensions ? »

La redevabilité consiste à écouter et à communiquer. Les communautés ont-elles des plaintes ? Des problèmes ? Rencontrent-elles des difficultés pour accéder aux services ? Sommes-nous à l'écoute, et sommes-nous transparents sur la mise en œuvre du projet et sur nos décisions ?

L'apprentissage demande : que devons-nous changer ? Que devons-nous faire autrement pour obtenir des résultats positifs pour nos groupes cibles et nos communautés ?

Le MEAL n'est pas un exercice de façade destiné aux rapports aux bailleurs. Le MEAL est la manière dont nous gérons efficacement notre travail et nos projets.

Le problème que Sita cherche à résoudre

Dans sa zone, seules 31 % des femmes enceintes effectuent quatre consultations prénatales (CPN) ou plus. C'est la norme minimale que nous devrions viser.

Un bailleur vient de fournir de nouveaux équipements de soins prénatals — tensiomètres, échographes portables, fournitures d'examen — aux cinq postes de santé de sa zone. L'équipement est installé et prêt à l'emploi.

Le travail de Sita consiste à gérer un projet de 12 mois visant à faire passer la fréquentation des consultations prénatales de 31 % à 55 %. Elle formera les agents de santé pour qu'ils dispensent des soins de qualité, et mobilisera les communautés par des séances d'éducation et de sensibilisation afin que les femmes viennent réellement à leurs consultations.

Cela paraît simple, n'est-ce pas ?

La complexité

Le terrain est très difficile. Deux villages n'ont aucun poste de santé : les femmes doivent se rendre dans le village voisin ou attendre la visite d'un agent de santé mobile. Certains ménages se trouvent encore à deux heures de marche du poste le plus proche, ce qui est un défi de taille, surtout en fin de grossesse. Pour accéder aux soins, certains villages exigent de traverser une rivière.

Les attitudes des communautés envers les soins prénatals et leur niveau de sensibilisation varient aussi. Certaines communautés n'en ont peut-être jamais entendu parler, ou préfèrent consulter une tante, une grand-mère ou un ancien du village plutôt que de se tourner vers un poste de santé. Il existe des problèmes de sensibilisation, d'attitudes et de confiance envers les services de santé publics.

C'est la complexité désordonnée du monde réel. Sita doit améliorer la fréquentation dans tous ces contextes — pas seulement parmi les personnes faciles à atteindre.

Cette complexité est précisément la raison pour laquelle elle a besoin du MEAL : pour suivre ce qui fonctionne et où, s'adapter à ce qu'elle découvre et prouver l'impact malgré ces difficultés.

Pause et réflexion

Pensez à votre propre contexte. Comment la géographie, la religion, la culture, les différences entre groupes tribaux, les disparités économiques, l'éducation et la langue rendent-elles votre environnement de travail plus complexe ?

Laquelle des inquiétudes de Sita fait le plus écho à votre situation actuelle ?

Leçon 3

La chaîne de résultats

Compte tenu de cette complexité, quel est le plan de Sita ?

Il s'agit d'un projet de 12 mois comportant deux volets.

Premièrement, former les dix agents de santé afin qu'ils puissent utiliser le nouvel équipement et dispenser des soins prénatals de qualité.

Deuxièmement, sensibiliser les communautés à l'importance des examens pour les mères, afin qu'elles connaissent les signes de danger pendant la grossesse.

Ce sont des activités simples. Cela paraît direct, mais son défi est de les transformer en plan MEAL. Que doit-elle mesurer exactement ? Quand ? Comment ?

Pour y répondre, elle doit cartographier sa logique. Quel changement cherche-t-elle à produire ? Et comment ces activités mèneront-elles à ce changement ? C'est ce qu'on appelle sa chaîne de résultats.

La chaîne de résultats

Activités (*Activities*) — Tout en bas, nous trouvons les activités. Ce sont les actions que le projet mène concrètement :

- Organiser une formation intensive de cinq jours aux soins prénatals pour les agents de santé
- Assurer un mentorat clinique mensuel auprès des agents de santé
- Former les agentes de santé communautaires bénévoles comme éducatrices communautaires
- Mener des séances d'éducation communautaire
- Élaborer des supports d'éducation et de sensibilisation

Ce sont toutes des actions, des verbes, des choses que nous faisons. C'est là que la plupart d'entre nous commencent, parce que nous savons ce que nous faisons.

Produits (*Outputs*) — Que produisent ces activités ? Deux produits :

Produit 1 : Les agents de santé des structures ciblées (les cinq postes de santé) sont compétents pour dispenser les soins prénatals.

Remarquez la formulation. C'est un état, pas une activité. Il ne s'agit pas de « former les agents de santé » — c'est ce que Sita fait. Le produit, c'est que les agents de santé SONT compétents. C'est

ce qui existe à la fin de ces activités.

Produit 2 : Les communautés ciblées ont de meilleures connaissances en santé maternelle.

Là encore, c'est un état. Les communautés ONT des connaissances — et non « mener des séances ». Le produit, c'est le changement de connaissances qui existe.

Elle produit donc des agents de santé compétents et des communautés informées. Qu'est-ce que cela crée ?

Effet (*Outcome*) — Le changement précis que Sita vise en 12 mois est qu'un plus grand nombre de femmes enceintes bénéficient de soins prénatals de qualité. Rappelez-vous : on partait de 31 %. La cible est que 55 % des mères effectuent quatre CPN ou plus.

C'est le changement de comportement, d'accès, de ce qui se passe réellement pour les femmes.

Impact — À quoi cela contribue-t-il ? L'impact, c'est la raison pour laquelle nous faisons tout cela. Ici, il s'agit d'une contribution à la réduction de la mortalité maternelle — le changement plus large, à plus long terme.

Le projet de Sita peut-il y parvenir seul ? Probablement pas. La mortalité maternelle a de nombreuses causes : la nutrition, le manque de soins obstétricaux d'urgence, le manque de transport. Mais son projet contribue à la réduire.

La théorie du changement de Sita

Voici la théorie du changement de Sita, ou son modèle logique :

Si elle forme des agents de santé compétents ET des communautés informées, davantage de femmes bénéficieront de soins prénatals de qualité, ce qui contribuera à réduire la mortalité maternelle.

Pause et réflexion

Pouvez-vous formuler l'effet de votre projet en une phrase — comme un état, et non comme une activité ?

Quels sont vos produits ? Sont-ils rédigés comme des états (« les communautés ont des connaissances ») ou comme des activités (« mener des séances ») ?

À quel impact votre projet contribue-t-il — et pourquoi ne peut-il pas l'atteindre seul ?

Leçon 4

Le cadre MEAL

Sita a sa chaîne de résultats — elle sait ce qu'elle cherche à accomplir. Viennent maintenant les questions décisives :

- Comment suivra-t-elle si cela fonctionne ?
- Comment saura-t-elle si les compétences des agents de santé se sont améliorées ?
- Comment mesurera-t-elle si les attitudes et les connaissances de la communauté ont changé ?
- Comment saura-t-elle si davantage de femmes reçoivent réellement des soins ?
- Parmi ces sept villages, lesquels progressent et lesquels prennent du retard ?
- Comment tiendra-t-elle informés les communautés, les agents de santé et son bailleur de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas ?
- À la fin des 12 mois, comment apportera-t-elle la preuve du changement ?
- Et surtout : si les choses ne fonctionnent pas, comment s'en apercevra-t-elle assez tôt pour corriger le tir ?

Le cadre MEAL

C'est ici qu'intervient le cadre MEAL (*MEAL Framework*). Il s'agit d'un tableau de planification qui répond à ces questions.

Le cadre nous indique :

- **Ce que** nous allons mesurer — nos indicateurs (*indicators*)
- **Comment** nous allons le mesurer — les sources de données et les méthodes
- **Quand** nous allons le mesurer — la fréquence
- **Qui** en est responsable — de la collecte et de l'analyse des données
- **Comment** les résultats seront rapportés — pas seulement aux bailleurs, mais aussi à l'équipe et aux communautés

Le cadre MEAL constitue le socle du suivi et de l'évaluation. L'apprentissage et l'adaptation, eux, passent par la discipline des réunions mensuelles de revue, que nous verrons plus loin.

Les neuf colonnes

- **Niveau de résultat (*Results Level*)** — L'effet et les produits

- **Ce que nous réalisons (*What We're Achieving*)** — Les énoncés de la chaîne de résultats
- **Indicateur (*Indicator*)** — Ce que vous allez mesurer
- **Définition (*Definition*)** — Comment le calculer, pour que tout le monde le calcule de la même façon
- **Valeur de référence (*Baseline*)** — Le point de départ
- **Cible (*Target*)** — Ce que nous voulons atteindre
- **Source de données (*Data Source*)** — D'où viennent les preuves
- **Fréquence (*Frequency*)** — Quand nous collecterons les données
- **Responsable (*Responsible*)** — Qui collecte et compile les données
- **Rapportage et redevabilité (*Reporting & ; Accountability*)** — Qui est informé, et comment

Le cadre MEAL complet de Sita

Cinq indicateurs couvrent l'effet et les produits :

Indicateur d'effet : Pourcentage de femmes enceintes effectuant quatre CPN ou plus — la principale mesure de réussite.

Indicateurs du produit 1 :

- Nombre d'agents de santé formés (couverture)
- Pourcentage d'agents de santé démontrant leur compétence (qualité)

Indicateurs du produit 2 :

- Membres de la communauté touchés par les séances d'éducation (couverture)
- Pourcentage de personnes capables d'identifier les signes de danger pendant la grossesse (qualité)

Remarquez le schéma : pour chaque produit, elle mesure à la fois la couverture (combien) et la qualité (dans quelle mesure).

La colonne « Définition »

Regardez la définition de l'indicateur d'effet : « Nombre de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN ou plus ÷ nombre total de femmes enceintes identifiées × 100. » Cette formule garantit que tout le monde calcule de la même façon, quelle que soit la personne qui collecte les données.

Ce qui ne figure PAS dans le cadre

- **Aucun indicateur d'impact** — La mortalité maternelle est mesurée par des enquêtes nationales tous les cinq ans. Un projet de 12 mois ne peut pas mesurer l'évolution de la mortalité.
- **Aucun indicateur d'activité** — L'avancement des activités est suivi à l'aide des plans de travail habituels, et non du cadre MEAL.
- **Seulement cinq indicateurs** — Pour une équipe de trois personnes, chaque indicateur a un coût : du temps pour la conception, les tests, la collecte, l'analyse et le rapportage. Un système MEAL qui fonctionne se concentre sur les indicateurs nécessaires pour démontrer et suivre les progrès.

Les décisions clés derrière le cadre

Décision 1 : pourquoi viser 55 % et non 100 % ?

La valeur de référence est de 31 %. Une hausse de 24 points de pourcentage en 12 mois est ambitieuse mais réalisable. Atteindre 100 % supposerait de lever tous les obstacles — transport, culture, capacités du système de santé — au-delà du périmètre de son projet. 55 % est un progrès réaliste. Quatre contacts de CPN ou plus constituent la norme minimale de l'OMS, ce qui est donc pratique pour ce contexte.

Décision 2 : pourquoi utiliser à la fois les registres des structures de santé ET les listes des ASCB ?

Les registres des structures de santé indiquent qui est venu en CPN, mais ils ne comptent pas les femmes qui ne sont jamais venues. Les ASCB suivent toutes les femmes enceintes de leurs villages. Combiner les deux donne le vrai dénominateur — on ne peut pas calculer un pourcentage sans connaître le total.

Décision 3 : pourquoi mesurer l'effet à la référence, à mi-parcours et en fin de projet — et non chaque mois ?

Il s'agit d'un effet. Le changement de comportement prend du temps. On ne verra pas de changement significatif d'un mois à l'autre. Gardez votre énergie pour l'évaluation périodique, à des moments clés.

Décision 4 : pourquoi viser 80 % de compétence et non 100 % ?

Deux agents approchent de la retraite et ont du mal avec les nouvelles technologies. Un poste de santé a un fort taux de rotation du personnel. Une compétence parfaite chez les dix agents n'est pas réaliste. 80 % signifie que huit agents sur dix démontrent leur compétence — c'est réalisable

tout en restant de haute qualité. Ceux qui ont des difficultés peuvent être associés à des collègues plus compétents. C'est une façon honnête de fixer des cibles, et non un rêve ambitieux.

Décision 5 : pourquoi observer la compétence chaque trimestre et non chaque mois ?

Une observation mensuelle perturberait trop les services. Le personnel passerait plus de temps à être observé qu'à travailler. Le rythme trimestriel (mois 3, 6, 9 et 12) laisse le temps de s'exercer entre les évaluations, tout en permettant de repérer les problèmes avant qu'ils ne s'installent.

Décision 6 : pourquoi viser 500 membres de la communauté et non les 2 300 ?

Sept villages, environ 330 personnes par village. Environ 25 % sont des femmes en âge de procréer ou leurs maris — le public principal. Cela fait environ 80 personnes par village, soit 560 sur les sept villages. De façon réaliste, nous en toucherons 500, car tout le monde ne viendra pas. C'est une cible ancrée dans la réalité.

L'indicateur mesure « le nombre de personnes distinctes ayant assisté à au moins une séance ». Cela peut sembler un seuil bas, mais c'est une mesure de couverture, et non de rétention. Elle nous dit combien de personnes nous avons touchées. L'indicateur de qualité (pourcentage de personnes qui citent des signes de danger) nous dit ce qu'elles ont réellement appris.

Faire venir 500 personnes ne serait-ce qu'une fois, dans des villages ruraux où les demandes concurrentes sont nombreuses — saisons agricoles, jours de marché, responsabilités domestiques — est déjà une réussite.

Décision 7 : pourquoi viser 70 % de personnes citant des signes de danger et non 100 % ?

Les séances d'éducation sont volontaires et informelles. Certaines personnes peuvent être distraites, arriver en retard ou oublier. Une rétention de 100 % n'est pas réaliste. 70 % signifie que la majorité a appris et retenu les messages clés — c'est une bonne qualité d'éducation.

La valeur de référence est établie au mois 1, à partir des premières séances. Aucune évaluation préalable n'est nécessaire — une référence rapide est pratique et acceptable.

Décision 8 : qu'est-ce qu'elle NE mesure PAS ?

Cet indicateur ne mesure que les personnes qui assistent aux séances. Nous n'aurons pas de données quantitatives sur les connaissances des personnes absentes — c'est une lacune. Mais grâce aux adaptations ultérieures, les ASCB enseigneront les signes de danger lors des visites à domicile, les cliniques mobiles toucheront les personnes absentes et les participants partageront leurs connaissances avec leurs voisins. Cela étend la portée au-delà des 500 personnes qui viennent.

Décision 9 : comment mesurera-t-elle les connaissances ?

Par des évaluations orales après la séance, sur échantillon. À la fin de chaque séance, l'ASCB choisit au hasard 3 à 5 participants et leur demande : « Pouvez-vous me citer les signes de danger pendant la grossesse ? » Elle écoute et compte combien ils en citent correctement. S'ils en citent 3 ou plus sur 8, ils connaissent les signes de danger.

Pourquoi à l'oral et non à l'écrit ? De nombreux participants sont peu alphabétisés. L'oral est plus rapide et moins intimidant. Il correspond à la façon dont les ASCB communiquent naturellement. Nous testons la mémorisation des connaissances, et non la capacité de lire ou d'écrire.

Pourquoi un échantillon de 3 à 5 personnes et non tout le monde ? Tester les 20 à 30 participants prendrait au moins une demi-heure par séance. Un échantillon donne une idée suffisamment bonne de la qualité de la séance et reste gérable pour des bénévoles qui ont peu de temps.

C'est une mesure adaptée au contexte. La méthode correspond au public, aux capacités des personnes qui collectent les données et au cadre.

Le schéma commun à toutes les décisions

- Des cibles réalistes, fondées sur les capacités et le contexte
- La couverture ET la qualité pour chaque produit
- Une fréquence à la fois réalisable et utile
- Des méthodes adaptées au public et aux personnes qui collectent les données
- Une honnêteté sur les limites et les lacunes

Voilà le cadre MEAL de Sita — l'ossature de son système. Mais un cadre ne crée pas, à lui seul, de l'apprentissage. Pour cela, il lui faut une pratique.

Pause et réflexion

Pour l'un de vos produits, qu'est-ce qui prouverait qu'il existe ? (C'est votre indicateur.)

Vos indicateurs actuels mesurent-ils à la fois la couverture ET la qualité — ou seulement l'une des deux ?

Y a-t-il un indicateur que vous collectez actuellement et qui ne changerait aucune décision ? Pourriez-vous l'abandonner ?

Leçon 5

Les composantes du MEAL

Le suivi

Le suivi demande : faisons-nous ce que nous avions prévu de faire ? Les choses avancent-elles comme prévu ?

Voici des exemples de questions de suivi pratiques :

- Menons-nous les séances d'éducation communautaire comme prévu ?
- Avons-nous formé les dix agents de santé ?
- Les agents de santé utilisent-ils le nouvel équipement ?
- Les fournitures arrivent-elles dans les postes de santé ?

La réunion MEAL mensuelle est l'occasion de répondre à ces questions. C'est là que nous examinons les données collectées et que nous voyons ce qui va bien, ce qui s'écarte du plan et ce que nous devons ajuster.

La force du suivi, c'est qu'il repère les problèmes tôt, ce qui permet de les corriger. Sans suivi régulier, les problèmes n'apparaissent qu'à la fin, quand il est trop tard pour agir.

L'évaluation

L'évaluation demande : avons-nous créé le changement que nous voulions ?

Voici des exemples de questions d'évaluation pratiques :

- Le pourcentage de femmes effectuant quatre CPN ou plus est-il passé de 31 % à 55 % ?
- Les agents de santé ont-ils réellement amélioré leurs compétences ?
- Les membres de la communauté peuvent-ils désormais identifier les signes de danger pendant la grossesse ?

Sita évalue à trois moments :

- **La référence (*baseline*)** — D'où partons-nous ?
- **Le mi-parcours (*midline*)** — Progressons-nous ?
- **La fin de projet (*endline*, mois 12)** — Avons-nous atteint notre effet ?

Les données de référence comptent. Sans elles, on ne peut pas prouver le changement.

Ce qui rend cela réaliste pour une petite équipe : elle ne mesure pas tout. Elle utilise des systèmes de données existants — les registres des structures de santé, les listes de grossesses des ASCB. Elle ne fait pas appel à un évaluateur externe pour la référence ni pour le mi-parcours. Pour ses indicateurs de produits, elle utilise des outils simples, adaptés aux personnes qui collectent les données et à la communauté, et elle accepte des données « suffisamment bonnes ».

La redevabilité

La redevabilité demande : tenons-nous nos promesses ? Écoutons-nous les retours et y répondons-nous ?

La redevabilité s'exerce dans trois directions :

Envers les bailleurs — Les résumés mensuels de suivi servent à rédiger les rapports trimestriels aux bailleurs. Les données de suivi deviennent le rapport au bailleur — ce n'est pas un travail à part.

Envers l'équipe — Les réunions mensuelles de revue, déjà programmées, sont l'outil central du MEAL en pratique.

Envers les communautés — Chaque séance d'éducation se termine par la question : « Que devrions-nous améliorer ? » Les agents de terrain rapportent les retours aux réunions mensuelles. L'équipe répond et fait savoir aux communautés ce qu'elle fait.

La redevabilité n'est pas de la bureaucratie ou de la paperasse en plus. Il s'agit d'intégrer l'écoute et la transparence à ce que vous faites déjà.

La réunion mensuelle n'est pas réservée à l'équipe — c'est là que se rejoignent la redevabilité envers les bailleurs, la coordination de l'équipe et les retours des communautés.

L'apprentissage

L'apprentissage pose trois questions :

- Qu'est-ce qui fonctionne ?
- Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ?
- Que devons-nous changer ?

L'apprentissage exige une pratique disciplinée : des réunions mensuelles d'apprentissage, toujours avec le même ordre du jour.

L'ordre du jour en quatre parties :

- **Revoir les actions du mois dernier** — Avons-nous fait ce que nous nous étions engagés à faire ?
- **Revoir les données de ce mois** — Que nous disent les chiffres ?
- **Ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas** — Discussion
- **Actions pour le mois prochain** — Qui va faire quoi, et pour quand ?

La réunion d'apprentissage est une discipline :

- Au même moment chaque mois (par exemple le premier mardi du mois à 14 h)
- Avec le même ordre du jour
- Avec des actions consignées par écrit (qui, quoi, quand)
- Avec une revue de ces actions le mois suivant, pour garantir la redevabilité

Sans cette discipline régulière, les données restent inutilisées. La réunion oblige votre équipe à examiner les données, à discuter de leur signification et à décider de ce qu'il faut changer.

Voilà l'apprentissage en pratique.

Comment le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage fonctionnent ensemble

Le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage ne sont pas quatre choses distinctes. Ils fonctionnent ensemble.

- Le suivi peut donner l'alerte
- L'évaluation peut faire apparaître une tendance ou un problème
- La redevabilité révèle pourquoi les chiffres sont ce qu'ils sont
- L'apprentissage décide de ce qu'il faut changer

Parfois, on commence par le suivi et on découvre un problème. Parfois, l'évaluation révèle une tendance qu'on n'avait pas remarquée. Les composantes s'alimentent mutuellement — il n'y a pas d'ordre fixe. Ensemble, elles forment un système complet.

Pause et réflexion

Quelle composante vous semble la plus faible dans votre travail actuel : le suivi, l'évaluation, la redevabilité ou l'apprentissage ?

Comment recueillez-vous actuellement les retours des communautés — et qu'en faites-vous ?

Quand avez-vous modifié pour la dernière fois quelque chose dans votre projet à partir de données ? Qu’est-ce qui l’a déclenché ?

Leçon 6

Le suivi en pratique

Le MEAL en action : l’histoire complète

Nous allons maintenant voir le MEAL en action tout au long du projet de 12 mois de Sita — c’est ici que tout se rejoint dans la pratique.

Rappelez-vous ses questions du début :

- Atteint-elle les plus vulnérables, ou seulement les personnes faciles à joindre ?
- Comment sait-elle si elle crée un changement positif, ou si elle est simplement occupée ?
- Comment saura-t-elle quels villages ont besoin de plus de soutien ?
- Comment aura-t-elle des preuves à présenter au bailleur à la fin ?

Voici comment le MEAL a répondu à chaque question au fil de l’année.

Mois 3 : le suivi repère un problème

Ramesh compile le résumé mensuel de suivi et examine les listes d’identification des femmes enceintes tenues par les ASCB dans chaque village. La plupart des villages indiquent de 10 à 20 femmes enceintes identifiées, mais un village — le plus isolé, sans poste de santé — n’en indique que deux.

Cela n’a pas de sens.

C’est le suivi en action : l’examen mensuel régulier des données repère une anomalie.

Ramesh la signale lors de la réunion mensuelle de l’équipe — la pratique disciplinée qui consiste à examiner ensemble les données chaque mois.

Ce qu’ils apprennent : L’ASCB de ce village admet qu’elle a cessé de suivre activement les grossesses. « À quoi bon ? dit-elle. Nous n’avons pas de poste de santé. Où vais-je envoyer ces femmes ? »

Ce n’est pas seulement une question de charge de travail — c’est une question de motivation. Elle ne croit pas que le système de santé puisse aider les femmes de son village.

Mais ce n’est pas tout. Lors des discussions de groupe du mois 3 — qui font partie du mécanisme habituel de redevabilité —, Rashmi, la coordinatrice des ASCB, avait déjà entendu la même chose. D’autres bénévoles de zones isolées indiquent que de nombreuses femmes

enceintes ne se déplacent pas lorsque leur grossesse est avancée. Le terrain est trop difficile. Il faut que les services viennent à elles.

L'adaptation : Sita s'engage à ce que Ramesh rende visite chaque semaine à l'ASCB pour l'encourager et lui montrer son soutien. Mais surtout, elle promet : « Nous aurons des cliniques mobiles d'ici le mois 6. J'obtiendrai l'accord du district. »

La réflexion de Sita : Les discussions de groupe ont confirmé ce que montrent les données : on est en train de perdre les femmes les plus vulnérables. Les cliniques mobiles ont fonctionné dans d'autres districts ; elle l'a vu. Mais il faut que le district s'engage à fournir un véhicule et un agent de santé deux à trois jours par mois. Ce n'est pas un simple ajustement opérationnel qu'elle peut faire seule — il lui faut l'accord du district et celui du bailleur. Elle n'a encore obtenu ni l'un ni l'autre, mais elle doit rétablir la confiance maintenant, sinon il n'y aura plus aucune donnée en provenance de ces villages.

Le résultat : En deux mois, le village identifie sept femmes enceintes — un chiffre plus réaliste. La motivation de l'ASCB est revenue, soutenue par la promesse de l'arrivée des cliniques mobiles.

La leçon : Sans examen mensuel des données, ce village serait resté invisible jusqu'à la fin du projet. Le dénominateur aurait été faux, les données sur l'effet sans valeur, et les femmes enceintes invisibles.

Réponse à la question de Sita : « Comment saurai-je quels villages ont besoin de plus de soutien ? » Le suivi du mois 3 a révélé que le village le plus vulnérable était complètement laissé de côté.

Le suivi l'a repéré tôt.

Pause et réflexion

Quelles données collectez-vous sans les examiner réellement de façon régulière ?

Y a-t-il un « village 7 » dans votre projet — un groupe ou une zone qui pourrait être invisible dans vos données actuelles ?

Leçon 7

Évaluation, redevabilité et apprentissage en pratique

Mois 6 : l’évaluation révèle des tendances

Nous sommes au mois 6 — l’heure du mi-parcours.

Ramesh compile les données sur l’effet à partir des registres des structures de santé et des listes des ASCB des sept villages.

Résultat global : 38 % des femmes enceintes sont en voie d’effectuer quatre consultations ou plus — contre 31 % à la référence. Un progrès, mais pas suffisant.

Mais on ne s’arrête pas au chiffre global. On le décompose village par village.

Ce qui ressort :

- Villages avec un poste de santé et un bon accès : 45 à 50 % de fréquentation
- Villages SANS poste de santé : 15 à 20 % de fréquentation
- Villages où il faut traverser une rivière : 25 à 30 % de fréquentation
- Un village bien doté, proche de la ville : 52 % de fréquentation

C’est l’évaluation en action — elle révèle des tendances, et pas seulement un problème.

Sita constate que :

- Les villages sans poste de santé sont les plus défavorisés
- La traversée de la rivière est un obstacle majeur
- La proximité de la ville aide

Les données montrent les tendances, mais ne nous disent pas pourquoi.

Un point positif : Les connaissances sur les signes de danger parmi les participants aux séances sont passées à 45 %, contre 15 % à la référence. L’éducation fonctionne — les connaissances changent, même si les comportements n’ont pas encore évolué.

Un échec : Les cliniques mobiles promises par Sita au mois 3 ne se mettent pas en place. L’approbation du district est bloquée — il veut plus de preuves, une proposition formelle, des autorisations de réaffectation budgétaire. L’ASCB du village isolé perd de nouveau confiance.

Réponse à la question de Sita : « Est-ce que j’atteins les plus vulnérables, ou seulement les personnes faciles à joindre ? » L’évaluation à mi-parcours a montré exactement qui était atteint et

qui ne l'était pas. Les villages sans poste de santé étaient les plus vulnérables et prenaient du retard.

Les semaines suivant le mois 6 : la redevabilité enquête

L'équipe de Sita ne se contente pas de regarder des chiffres. Elle va écouter les communautés.

Par des visites à domicile et des réunions communautaires, elle découvre des obstacles qui s'accumulent.

Dans les villages où il faut traverser la rivière :

- « La traversée prend une heure à l'aller et une heure au retour. Pendant la mousson, c'est dangereux. »
- « J'y suis allée une fois. J'y ai passé toute la matinée. Je ne peux pas faire cela quatre fois pendant ma grossesse. »

Dans les villages sans poste de santé :

- « Nous n'avons pas de poste de santé ici. Aller dans le village voisin nous semble étrange, comme si c'était l'étranger. »
- « Notre bénévole a cessé de nous encourager — et où irions-nous, de toute façon ? »

Dans les ménages dispersés :

- Les familles qui vivent sur la crête doivent faire deux heures de marche en descente pendant la grossesse.

Même dans un village qui obtient de bons résultats :

- « Le poste de santé ferme à 14 h. Le jour du marché, c'est le mercredi — nous sommes toutes au marché jusqu'à 15 h. Si vous prolongiez les horaires ne serait-ce qu'un jour, davantage de femmes qui travaillent pourraient venir. »

La redevabilité en action : Une écoute systématique révèle qu'il n'y a pas un seul obstacle — il y a plusieurs obstacles qui se superposent.

Ce qui ressort :

- La géographie crée des obstacles différents selon les villages
- Les horaires du système de santé ne correspondent pas à la réalité des femmes
- Le manque de confiance là où les services sont absents

- La distance interagit avec le stade de la grossesse — il est plus difficile de se déplacer en fin de grossesse

Réponse à la question de Sita : « Comment saurai-je quels villages ont besoin de plus de soutien ? » Les mécanismes de redevabilité ont révélé exactement le soutien dont chaque contexte villageois avait besoin — cliniques mobiles, coordination des transports, horaires prolongés, interventions auprès des ménages dispersés.

Mois 7 à 9 : l'apprentissage conduit à des solutions sur mesure

Les réunions mensuelles d'apprentissage de Sita transforment toutes ces données en décisions.

Actions immédiates (mois 7) :

- **Coordination des transports** — Pour les villages où il faut traverser la rivière, coordonner le transport les jours de marché
- **Ajustement des horaires des postes de santé** — Là où les horaires posent problème, prolonger l'ouverture un jour par semaine

Des gains rapides. Peu coûteux. Un effet immédiat.

À moyen terme (mois 7 et 8) :

- **Former les ASCB aux soins prénatals de base et les déployer en intervention de proximité** — Prise de tension, suivi du poids, dépistage des signes de danger au niveau du village. Visites mensuelles aux ménages dispersés qui ne peuvent pas rejoindre les postes de santé. Cela apporte un suivi de base directement aux femmes les plus isolées.

Cela prend plus de temps à mettre en place, mais élargit considérablement la portée.

Solution systémique (mois 9) :

- **Cliniques mobiles** — Enfin approuvées par le district. Un véhicule et un agent de santé sont affectés deux à trois jours par mois à l'intervention de proximité, en priorité pour les villages sans poste de santé et ceux séparés par une rivière.

C'était la mesure la plus importante — la promesse faite par Sita au mois 3. Il a fallu six mois de négociations et de présentation de preuves, mais elle est arrivée.

L'apprentissage en action : La réunion mensuelle d'apprentissage oblige à poser la question : « Que ferons-nous différemment, compte tenu de ce que nous savons ? »

Chaque solution est adaptée aux contextes précis révélés conjointement par le suivi, l'évaluation et la redevabilité. Pas de solution unique. Pas de tâtonnements. Une adaptation fondée sur des

preuves.

Réponse à la question de Sita : « Est-ce que je crée un changement positif, ou est-ce que je suis simplement occupée ? » Les réunions mensuelles d'apprentissage ont garanti que chaque enseignement débouche sur une action. L'équipe ne se contentait pas de collecter des données — elle les utilisait pour s'adapter et s'améliorer.

Ces adaptations sont nées du MEAL fonctionnant comme un tout : le suivi a repéré des problèmes de qualité des données, l'évaluation a révélé des tendances géographiques, la redevabilité a expliqué le pourquoi grâce à l'écoute, et l'apprentissage a transformé ces enseignements en actions sur mesure.

Pause et réflexion

Si vous ventiliez vos données sur l'effet par lieu, par groupe ou par contexte, quelles tendances pourraient apparaître ?

Quels obstacles vos bénéficiaires pourraient-ils rencontrer sans que vous leur ayez posé directement la question ?

Quelle adaptation avez-vous l'intention de faire depuis un moment sans l'avoir encore faite ? Qu'est-ce qui la bloque ?

Leçon 8

Résultats de fin de projet

Mois 12 : les résultats finaux

Effet global : 52 % des femmes enceintes ont effectué quatre CPN ou plus — contre 31 % à la référence.

La cible était de 55 %. Elle a été presque atteinte — et l'équipe sait exactement pourquoi elle ne l'a pas été.

Répartition par type de village :

- Villages avec un poste de santé et un bon accès : 58 à 62 % (cible dépassée)
- Villages sans poste de santé, avec des cliniques mobiles : 45 à 48 % (amélioration substantielle par rapport à 15–20 %)
- Villages séparés par une rivière, avec coordination des transports : 48 à 52 % (contre 25–30 %)
- Ménages dispersés, avec intervention de proximité : 42 à 45 % (contre environ 5 %)

Résultats des produits :

- Les 10 agents de santé ont obtenu en moyenne 85 % à l'évaluation des compétences (cible : 80 %) ✓
- 72 % des participants aux séances d'éducation ont correctement identifié les signes de danger (cible : 70 %) ✓

Ce qui a fonctionné :

- La formation des agents de santé : très efficace — cibles dépassées
- L'éducation communautaire : a fait évoluer les connaissances plus que prévu
- Les adaptations sur mesure : chaque solution a fonctionné dans son propre contexte

Ce qui n'a pas fonctionné comme prévu :

- L'approbation des cliniques mobiles a été retardée de trois mois (promises pour le mois 6, livrées au mois 9)
- Ces trois mois de couverture perdue pour les villages sans poste de santé ont probablement coûté les trois points de pourcentage manquants par rapport à la cible

Les réponses aux questions de Sita

« Est-ce que j'atteins les plus vulnérables, ou seulement les personnes faciles à joindre ? »

Oui — elle a atteint les plus vulnérables. Le projet a identifié qui ils étaient (villages sans poste de santé, villages séparés par une rivière, ménages dispersés) et a déployé des solutions ciblées pour chaque contexte. L'équipe n'a pas seulement travaillé avec les villages accessibles.

« Est-ce que je crée un changement positif, ou est-ce que je suis simplement occupée ? »

Oui — un changement positif. Une fréquentation de 52 % représente une amélioration de 21 points de pourcentage. Les connaissances ont considérablement progressé : de 15 % à 72 % de personnes citant des signes de danger. Les agents de santé sont compétents, avec 85 % en moyenne. Les données prouvent un changement réel, et pas seulement de l'activité.

« Comment saurai-je quels villages ont besoin de plus de soutien ? »

Le MEAL a révélé précisément quels villages étaient en difficulté et pourquoi. Les villages sans poste de santé ont reçu des cliniques mobiles. Les villages séparés par une rivière ont bénéficié d'une coordination des transports. Le village qui avait de bons résultats a obtenu des horaires prolongés. Chacun a reçu ce dont il avait besoin.

« Comment aurai-je des preuves à présenter au bailleur à la fin ? »

Sans aucun doute. Elle peut répondre à toutes les questions du bailleur :

« Pourquoi n'avez-vous pas atteint 55 % ? » Le retard de trois mois dans l'approbation des cliniques mobiles. Si nous avions associé les ASCB dès la planification initiale et négocié à l'avance le soutien du district, nous aurions atteint la cible. C'est notre principal enseignement.

« Qu'est-ce qui est reproductible ? » Nous disposons d'un modèle éprouvé pour lever les obstacles d'accès dans des contextes ruraux variés. Avec la poursuite de la mise en œuvre et une mobilisation précoce du district, 58 à 60 % est réalisable en année 2.

Ce ne sont pas des excuses. C'est de la gestion de programme fondée sur des preuves.

Sita peut répondre à toutes les questions. Elle peut justifier chaque adaptation. Elle peut prouver l'impact.

Et elle y est parvenue avec : 5 indicateurs, 2 jours par mois consacrés au MEAL, 3 personnes en tout.

Voilà ce que le MEAL vous apporte : des preuves, de la compréhension, de la crédibilité et, surtout, une voie à suivre fondée sur ce qui fonctionne réellement.

Pause et réflexion

Si votre bailleur vous demandait « pourquoi n’avez-vous pas atteint votre cible ? », pourriez-vous répondre avec des preuves ?

Que feriez-vous différemment si vous recommenciez votre projet actuel ?

Leçon 9

Mettre le MEAL en œuvre

Votre système MEAL : deux documents

Votre système MEAL n'a besoin que de deux documents :

- **Le tableau du cadre MEAL (*MEAL Framework Table*)** — le plan à neuf colonnes qui vous indique quoi mesurer et comment
- **Le modèle de réunion mensuelle d'apprentissage** — l'ordre du jour en quatre parties, avec les actions

Même si votre échéance est très proche — disons dans trois jours —, vous pouvez quand même créer un système MEAL simple en suivant ces étapes :

Étape 1 : cartographiez votre chaîne de résultats. Activités → produits → effet → impact. Que faites-vous ? Que produisez-vous ? Quel changement créez-vous ?

Étape 2 : choisissez vos indicateurs. Pour chaque niveau : qu'est-ce qui prouverait que cela existe ?

Étape 3 : construisez votre tableau du cadre MEAL. Neuf colonnes : quoi mesurer, comment le calculer, les sources de données, la fréquence, la responsabilité et la redevabilité.

Étape 4 : mettez en place votre réunion mensuelle d'apprentissage. Programmez-la dès maintenant. Si vous êtes déjà dans un projet en cours, planifiez votre première réunion dans quatre semaines. Utilisez l'ordre du jour en quatre parties.

Étape 5 : documentez au fur et à mesure. Les réussites, les difficultés, la redevabilité et les actions. Vos comptes rendus de réunion deviennent vos rapports aux bailleurs.

Les messages clés à retenir

- Le MEAL n'est pas composé de quatre systèmes distincts — c'est une approche intégrée
- Sachez distinguer l'impact (ce à quoi votre projet contribue), les effets (ce que votre projet va produire comme changement) et les produits (les états à atteindre pour obtenir vos effets)
- Concentrez-vous sur la mesure de ce qui compte. Ne collectez pas des données simplement parce qu'il serait agréable de les connaître. Collectez des données qui influenceront vos décisions. Si rien ne change à la suite de leur collecte, vous perdez probablement vos efforts.

- La redevabilité va dans trois directions : vers les bailleurs, vers votre équipe et — peut-être surtout — vers vos communautés
- L’apprentissage ne se produit pas automatiquement. Il n’a lieu que si vous le programmez et le planifiez, par des réunions mensuelles de revue.

Sita est partie de questions. Elle a construit une chaîne de résultats, puis un plan MEAL qui répondrait à ces questions tout au long de son projet de 12 mois. Au mois 12, elle disposait de preuves de ce qui avait fonctionné, de ce qui n’avait pas fonctionné et pourquoi — à partager avec son directeur de programme, les bailleurs et les communautés, et surtout à utiliser pour améliorer son propre travail.

Vous pouvez faire exactement ce que Sita a fait. Pas seulement parce que les bailleurs l’exigent, mais parce que vous en avez besoin — pour comprendre et améliorer l’impact de ce que vous faites.

Leçon 11

Réflexion et planification des actions

Intégration et mise en œuvre

Intégration des enseignements clés : Quels sont les trois enseignements les plus importants de cette formation qui changeront votre façon d'aborder la planification du MEAL dans votre travail ?

Priorités de mise en œuvre : Parmi tous les domaines abordés, quels sont les deux qui demandent le plus d'attention dans votre travail actuel : la conception du cadre, l'élaboration des indicateurs, la planification de la collecte de données, les mécanismes de redevabilité ou les systèmes d'apprentissage ?

Vérification de la réalité organisationnelle : Quels obstacles organisationnels devrez-vous lever pour mettre en œuvre de meilleures pratiques MEAL ? Qui doit soutenir ces changements pour qu'ils réussissent ?

Prochaines étapes pratiques : Quelle action précise mènerez-vous dans les 30 prochains jours pour commencer à appliquer ces concepts de planification du MEAL ? Comment partagerez-vous ces outils avec votre équipe ?

Action à mener : Planifiez dans la semaine une réunion avec votre supérieur hiérarchique ou votre équipe pour discuter de la mise en œuvre de meilleures pratiques MEAL. Venez avec des exemples précis de la façon dont cela pourrait renforcer le suivi, l'apprentissage et la redevabilité dans vos projets actuels.

Votre objectif : devenir plus efficace pour démontrer l'impact et tirer des enseignements de votre travail, dans des environnements complexes où les communautés dépendent de votre réussite.

N'hésitez pas à partager vos réflexions et vos commentaires sur cette formation ci-dessous.

Nous accueillons aussi avec plaisir vos remarques sur la traduction française, les sous-titres et les notes d'étude, afin de nous aider à les améliorer. Si vous rencontrez un terme peu clair ou une formulation qui vous semble peu naturelle, n'hésitez pas à nous le signaler.