



Motivations des Agents Communautaires:

Approche multi-facette de MAHEFA pour soutenir la motivation des AC



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, 6052 agents communautaires (AC) ont été formés, équipés et supervisés pour fournir des services de santé de base dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile; la planification familiale et la santé reproductive, y compris la prévention des infections sexuellement transmissibles; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; la nutrition; la prévention et le traitement du paludisme. Les AC ont été sélectionnés par les membres de leur communauté, encadrés et supervisés par les responsables des centres de santé de base. Ils ont fourni des services selon le mandat qui leur est assigné dans la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). Dans ce cadre, à l'instar des autres acteurs communautaires impliqués dans le programme, ils ont accompli leur travail en volontaires.

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

Contexte Général

Les initiatives, la recherche et l'investissement au niveau mondial reflètent un regain d'intérêt dans le rôle des agents communautaires (AC) dans le renforcement des systèmes de santé et l'extension de l'accès aux services de santé¹. Etant donné que les AC dans le système de santé ne sont pas des salariés et, vu que la force des activités de santé communautaire dépend en grande partie de leur efficacité, il est important de comprendre ce qui les motive et d'intégrer les activités de motivation dans les programmes de santé communautaires afin de renforcer la qualité de leurs services et de garantir un taux de rétention élevé. Les AC sont largement influencés par l'environnement culturel et politique dans lequel ils travaillent. En outre, leur motivation et rétention en tant que bénévoles actifs sont influencées par le rôle qu'ils jouent dans leur contexte communautaire. Les caractéristiques inhérentes aux AC tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique et le statut économique affectent la façon dont ils sont perçus par les membres de la communauté et leur capacité à travailler efficacement. MAHEFA a bâti la capacité de cet important cadre d'AC pour répondre aux besoins réels des femmes, enfants et familles vulnérables dans six régions à Madagascar. Afin d'optimiser la qualité et la durabilité à long terme de leur travail, MAHEFA a utilisé une approche multi-facettes pour aborder la motivation de 6 052 AC.

Contexte de MAHEFA

Pour 83 pourcent des 22,9 millions d'habitants de Madagascar vivant dans les zones rurales, l'accès aux services de santé de qualité est limité. Suite à la crise politique et économique de 2009, 339 Centres de Santé de Base (CSB) publiques ont été fermés, résultant à une baisse de 20 pourcent du taux d'utilisation des services au niveau des CSB. Il y a eu également beaucoup des ruptures de stock de médicaments essentiels au niveau du système de santé qui ont eu des répercussions négatives sur la continuité des services fournis par les CSB². Les services des AC deviennent ainsi dans ce contexte la seule alternative pour faire face aux barrières géographiques et saisonnières (distance, inondations, mauvais état de la route, etc...). Environ 34 000 AC dans tout Madagascar ont été formés pour fournir des services³. Les AC sont reconnus pour faire partie du système de santé du GOM. La Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) décrit le rôle des AC, et recommandant que chaque *fokontany* (généralement un ensemble de villages) désigne plusieurs AC pour fournir des services de santé de base à domicile et dans la communauté.

Le projet « USAID/ Stratégie Africaine pour la Santé ⁴ » a mené une étude sur les motivations des AC à Madagascar. L'étude a révélé qu'il faudrait soutenir les AC par une combinaison de motivations financières et non financières. En outre, elle a conclu que des facteurs tels que la charge de travail des AC, le coût des opportunités, l'environnement physique, et le contexte socio-

1. Singh P, Sachs JD. 1 million de travailleurs de santé communautaire en Afrique sub-saharienne d'ici 2015. *Lancet*. 2013; 382(9889): 363-365.

2. Plan de développement du Secteur Santé 2015-2019, Minister of Public Health, Madagascar. July 2015.

3. Idem

4. Motivations des AC: leçons apprises et meilleures pratiques, Madagascar Rapport national, Stratégie USAID / Africaine pour le Projet Santé, 2015.



culturel devraient être pris en considération lors de l'analyse des avantages et des inconvénients de chaque système de motivation. De même, une étude récente de l'USAID/PMI⁵ sur les performances des AC à Madagascar a également signalé que les motivations reçues par les AC sont effectivement à la fois des motivations financières tels perdiems fournis par les organisations d'appui au cours des formations, et des motivations non financières. En outre, la reconnaissance par la communauté dans laquelle ils travaillent est perçue comme un avantage important d'être un AC.

Approche de MAHEFA

Le programme MAHEFA a utilisé une combinaison de quatre principales activités pour maintenir et accroître la motivation des AC. Le programme a : 1) renforcé les liens entre les AC et le système de santé publique, 2) appuyé les AC afin qu'ils soient acceptés par les membres de la communauté en tant que prestataires de services de santé, 3) utilisé de multiples activités de motivation pour les AC, et 4) ont examiné le suivi et la compréhension des facteurs qui expliqueraient l'abandon des AC.

Principales Activités

1. Renforcer les liens entre les AC et le système de santé publique. Des entretiens informels avec les AC dans les régions du programme MAHEFA ont montré que la plus grande source de motivation a été de faire partie du système officiel de santé publique. Dans les trois premières années et demie de mise en œuvre, MAHEFA ne pouvait pas travailler officiellement avec le système de santé publique de Madagascar en raison de la restriction politique du Gouvernement Américain sur l'utilisation de ses fonds pour soutenir des activités du GOM. Malgré, MAHEFA a veillé à ce que les activités des AC au titre du programme soient conformes avec les politiques du GOM pour respecter le rôle des AC selon la PNSC et faciliter leur collaboration avec les CSB et les autres entités. Une fois la restriction levée vers mi-2014, MAHEFA a mis rapidement en place les activités suivantes, pour permettre aux AC de travailler étroitement avec le GOM selon la PNSC :

- Réaliser des formations de formateurs (FDF) pour les pools de formateurs du gouvernement aux niveaux régional, district (Equipe de Management de la Région ou EMAR, et l'Equipe de Management du District ou EMAD) et CSB, pour eux de conduire les formations en pré-service et recyclage des AC.
- Assister les Chefs CSB pour organiser les regroupements mensuels et mener les supervisions techniques des AC pour renforcer davantage leurs relations et impliquer le personnel des CSB au contexte de travail des AC.
- Mener ensemble des campagnes sur la santé, comme les

campagnes contre la polio ou les campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée (MID).

- Organiser une évaluation conjointe du programme et des séances de diffusion qui incluent l'EMAR, l'EMAD, le CSB et les AC.

2. Appuyer les AC à assumer leur rôle en tant que prestataires de services au niveau communautaire. Les AC ont été sélectionnés par les membres de leur propre communauté mais il a fallu du temps pour que la communauté les accepte comme des prestataires de services de santé au niveau de la communauté. Le programme MAHEFA a réalisé les activités suivantes pour promouvoir le rôle des AC dans la communauté :

- a fourni la formation et le paquet d'outils nécessaires (comprenant plus de 100 articles) pour les AC pour faire leur travail. A également fait les présentations officielles des AC à leur communauté après la fin de leur formation.
- a utilisé deux approches, à savoir les Communes Championnes (KMSm) et la Fiche d'Evaluation par la Communauté (FEC) afin de renforcer la relation entre les AC et les membres de leur communauté. Plus d'informations sur ces deux approches sont accessibles dans d'autres fiches techniques de MAHEFA.
- a encouragé la communauté à construire des cases de santé (*toby*), les équiper avec des mobiliers et des infrastructures d'assainissement comme les latrines, *tippy tap* et fosse de décharge pour permettre aux AC d'effectuer leurs services (tel que stipulé dans la PNSC).

3. Utiliser de multiples activités de motivation pour les AC. MAHEFA a utilisé plusieurs types de mesures incitatives pour motiver les AC. Les deux premières mesures incitatives couvraient l'ensemble des AC et le reste était des activités complémentaires destinés à certains AC.

- Organiser des visites d'échange pour les AC performants en vue d'assurer le mentorat des AC dans d'autres districts.
- Inviter les AC performants à participer et partager leur témoignage lors des ateliers régional et national organisés par le GOM et des partenaires du développement.
- Présenter le travail des AC lors des journées nationales de la santé organisées par les autorités locales au niveau des communes, districts et régions.
- Doter de kits de démarrage les 6 052 AC, comprenant des médicaments, produits de santé et fournitures après leur formation initiale pour disposer d'un fond de roulement.
- Remettre des bicyclettes à 1 020 AC performants (17 pour-cent du total des AC dans les zones du programme MAHEFA).
- Donner l'opportunité de développer des activités génératrices de revenu à 30 AC par la dotation de lot de démarrage de produits WASH



- Donner l'opportunité à 97 AC d'être membres de coopérative eBox (vente et réparation de bicyclettes).

4. Suivre et identifier les facteurs d'abandon des AC. Alors que les approches mentionnées ci-dessus ont contribué à l'augmentation de la motivation des AC, MAHEFA a également tenté de suivre et d'identifier les facteurs qui semblaient contribuer à un taux élevé d'abandon des AC. Lesdits facteurs comprennent: le déménagement dans une autre communauté, fonder une famille (ex: avoir un bébé, donc incapable de voyager fréquemment), le vieillissement. Quand un AC part, MAHEFA a essayé d'enquêter sur les raisons de son départ à travers le personnel de terrain des ONG ou les dirigeants communautaires concernés, afin d'améliorer les approches de maintien des AC.

Résultats

Il y avait un total de 6 052 AC (60 pourcent d'hommes et 40 pourcent de femmes) dans les six régions de MAHEFA. Tout au long de ces cinq années du programme MAHEFA, le taux d'abandon des AC était de 8,7 pourcent. Un pourcentage plus élevé d'AC hommes ont quitté le programme par rapport aux femmes (63 pourcent pour les hommes, contre 37 pourcent pour les femmes). Le taux d'abandon est considéré comme faible pour MAHEFA car habituellement se situe entre 5 à 77 pourcent⁵. L'étude menée en 2015 par USAID / African Strategy for Health Program a rapporté que les taux d'abandon des AC dans les zones d'intervention de MAHEFA en une année était de 5,08% contre les 9% observés dans les zones appuyées par le programme USAID/Mikolo. Elle a par ailleurs relevé qu'aucun autre programme communautaire n'a documenté le taux d'abandon des AC à Madagascar.

Parmi les AC qui ont reçu des vélos, le lot de démarrage des activités génératrices de revenu sur l'Eau, Assainissement, et Hygiène (EAH) ou ceux qui faisaient partie de la coopérative eBox, aucun abandon des AC n'a été observé. 1 717 AC (28 pourcent) ont participé à des visites d'échange et à des ateliers en dehors de leur lieu d'origine. Les visites et la participation aux ateliers sont perçues comme valorisantes car sont destinées aux seuls AC performants. Tous les AC appuyés par le programme MAHEFA ont reçu une formation initiale et de remises à niveau tout au long de leur carrière. Ils s'agit de formations sur: la planification familiale utilisant les méthodes de courte durée, incluant les injectables, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire ou PCIMEC, l'EAH, la nutrition et la responsabilisation pour le changement de comportement. Après chaque formation initiale, les AC recevaient un kit de démarrage comprenant des médicaments, et autres intrants de santé et des outils de travail et gestion. L'ensemble des formations reçues par les AC dans les zones appuyées par MAHEFA est présenté dans le tableau 1.

De nombreux AC ont expliqué que leur lien avec les CSB est une source importante de motivation pour eux. Au cours du programme, le taux de participation des AC aux regroupements mensuels du CSB était très élevé, de 82 pourcent à 90 pourcent. L'autre aspect ayant montré les liens efficaces entre les AC et CSB est la référence/contre-référence entre AC et CSB. Au total, 473 561 femmes enceintes ont été référées pour recevoir des soins prénatals (CPN) et accoucher aux CSB. Parmi ce nombre,

Tableau 1. Formation des AC dans les régions du programme MAHEFA (2011-2016)

Thèmes de formation	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Grand Total
PCIMEC	418	4 381	151	1 519	577	2	7 370
Santé reproductive/planification familiale (4 méthodes)		1 752	4 005	627	56	42	6 482
DEPOCOM et EAH1			2 584	3 290	317	42	6 233
Nutrition et EAH 2			2 271	3 780	231		6 282
Autonomisation pour le changement de comportement			2 888	3 075	79	152	6 194
Recyclage sur des thèmes intégrés					6 028	4	6 032
CHX - Misoprostol - SAYANA Press				541	22	5 944	6 507

5. Départ des agents de santé laïcs: important mais souvent ignoré, Lungiswa Nkonki a, Julie Cliff b & David Sanders. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, Volume 89, Numéro 12, Décembre 2011, 919-923

6. Idem 4. Le taux annuel de départ des AC pour l'USAID Mikolo est basé sur une période de six mois (juin - décembre 2014) au cours de laquelle 207 sur les 4.726 AC ont cessé leur travail. Le taux annuel de départ des AC pour l'USAID | Mahefa est basé sur une période de deux ans (septembre 2012 - septembre 2014) au cours de laquelle 683 AC sur les 6.728 ont cessé leur travail



89 226 femmes ont été contre-référées aux AC pour le suivi dans la communauté. Pour les cas de maladies des enfants de moins de 5 ans, les taux de référence et de contre-référence étaient extrêmement élevés, respectivement 2 518 528 cas référés et 805 691 cas contre-référés.

Défis

Les AC sont motivés par différents types d'activités de motivation. Tous les AC ont été exposés à des activités de motivation de MAHEFA, incluant la formation, les kits de démarrage santé, et les liens avec le système de santé publique. Un nombre plus restreint d'AC ont participé à des activités de motivation supplémentaires telles que des visites d'échange ou des activités génératrices de revenu. Les différents niveaux de participation à chaque activité de motivation et la diversité des activités de motivation supplémentaires a rendu difficile l'évaluation de l'impact de la motivation des AC.

Les activités de motivation des AC ont été ajoutées au programme en fonction de l'évolution du contexte et des priorités de MAHEFA. Bien que cette approche adaptative permet de répondre aux besoins immédiats, l'absence de plan global de motivation des AC en amont de la mise en place de chaque activité de motivation a limité la recherche d'opportunités optimale pour motiver les AC. Par exemple, les emplacements pour les activités de la coopérative eBox ont été décidés sur la base des résultats d'une étude de faisabilité, mais n'ont pas tenu compte des activités de motivation existantes dans ce domaine. Donc, les AC dans les sites ayant des coopératives ont pu recevoir plus de bénéficiés des activités de motivation que ceux dans d'autres sites.

Les AC qui n'ont pas bénéficié des activités supplémentaires se sentent moins motivés à travailler. Selon les résultats d'une étude qualitative sur la mobilité des AC utilisant la bicyclette, certains AC qui n'ont pas reçu de vélo ont déclaré être moins motivés pour faire leur travail en tant qu'AC quand ils ont su l'existence d'activités de motivation qui leur étaient destinées, mais auxquelles ils n'ont pas eu accès.

La pérennité de certaines activités de motivation n'est pas toujours possible. Les activités de motivation ayant des coûts, telles que la fourniture de vélos ou kits de démarrage EAH, sont plus difficiles à maintenir sans appui extérieur.

Leçons Apprises et Recommandations

Concevoir les activités de motivation des AC comme partie intégrante de tout programme global de santé communautaire dès le début du programme. Ce, afin de mieux comprendre l'efficacité de chaque approche. Les données sur la motivation des AC doit ainsi être intégrées dans le système global de suivi-évaluation du programme. De ce fait, il permettra de mieux cerner l'impact des activités de motivation sur la prestation de service .

Communiquer des plans de motivation transparents. Planifier la plupart ou toutes les activités de motivation au début de tout programme et expliquer clairement le plan à tous les intervenants, y compris les AC eux-mêmes. Une planification anticipée et la transparence contribueront à l'intégration efficace des efforts de motivation dans les activités de programme et éviteront toute confusion et la jalousie parmi les AC ou d'autres membres de la communauté.

Développer une base solide d'activités de motivation à faible coût, à haut impact et durables Comme décrit ci-dessus, MAHEFA a reconnu que l'un des facteurs de motivation les plus essentiels pour les AC a été de se sentir inclus dans et reconnu par l'ensemble du système de santé publique, ainsi que la communauté. Même dans les contextes où l'on peut poursuivre des activités de motivation ayant des coûts plus élevés, l'appréciation venant du et des liens avec le système de santé publique et communautaire représentent une forme fiable de motivation.

Superviser et rapporter l'impact des activités de motivation comme faisant partie des activités plus larges de suivi du programme. Au besoin, développer des méthodes nouvelles et à faible coût pour suivre la motivation et la rétention des AC, y compris la collecte d'informations sur les raisons d'abandon des AC, afin d'identifier les défis communs rencontrés par les AC. Lesdits défis devraient être présentés à toutes les parties prenantes, avec une discussion et une mise en œuvre de solutions alternatives.

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.