



AFRICAN STRATEGIES FOR HEALTH (STRATÉGIES AFRICAINES POUR LA SANTÉ, ASH)



Photo par USAID MIKOLLO

INCITATIFS OFFERTS AUX AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE À MADAGASCAR : ENSEIGNEMENT RETENU

Contexte

Les agents de santé communautaire (ASC) jouent un rôle essentiel dans l'extension de l'accès aux services de santé, surtout dans les zones mal desservies et difficiles à atteindre. Leur apport est prépondérant dans l'équipe de première ligne des soins de santé primaires et ils contribuent de manière essentielle aux systèmes de santé intégrés. Afin de maximiser leur impact, la conception et la mise en œuvre des programmes des ASC devraient s'aligner sur les principes directeurs qui mettent l'accent sur la gestion de la performance. Ces principes préconisent ce qui suit : programme de leadership des ASC, intégration au système de santé, engagement communautaire, financement, suivi, formation des agents de santé, supervision, gestion, soutien et utilisation d'incitatifs.¹

Pour que les gouvernements et les organisations adoptent, mettent en œuvre et intensifient les programmes de santé communautaire, la connaissance de la vaste typologie des modèles d'ASC et de leurs mécanismes d'incitation associés est essentielle. Il est tout aussi important pour les décideurs et les exécutants des programmes de comprendre l'impact des facteurs d'élaboration des programmes, tels que les incitatifs, et comment ils peuvent contribuer à optimiser la performance des ASC et atteindre des résultats de santé durables.²

Pour mieux comprendre l'impact des incitatifs financiers et non financiers sur la performance et la rétention des ASC en Afrique, le projet African Strategies for Health (ASH) a entrepris une analyse des publications et des études approfondies dans deux pays.³ Madagascar a été choisi comme l'un des deux pays, car les ASC y jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de l'accès aux services de santé de qualité dans le contexte d'un secteur public faible et d'une grave pénurie d'agents de santé formés. Cette note technique présente les principales conclusions et recommandations fondées sur les recherches menées à Madagascar.⁴

À PROPOS DU PROJET ASH

Le projet African Strategies for Health (ASH) est un contrat de cinq ans financé par le Bureau Afrique de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et mis en œuvre par Management Sciences for Health. ASH œuvre à améliorer l'état de santé des populations africaines à travers l'identification et la promotion des meilleures pratiques, le renforcement des capacités techniques et la participation des institutions régionales africaines pour résoudre les problèmes de santé de manière durable. ASH fournit à l'USAID et à d'autres partenaires de développement des données sur les tendances et les progrès enregistrés sur le continent en vue d'améliorer la prise de décisions en matière d'investissements dans la santé.

Contexte du pays : Madagascar

Pour 83 pour cent des 22,9 millions habitants de Madagascar vivant dans les zones rurales,⁵ l'accès à des services de santé de qualité reste limité. Après le coup d'État soutenu par l'armée en 2009 et les crises politiques et économiques qui ont suivi, le gouvernement de Madagascar (GoM) a fermé 339 centres de santé de base (CSB ou centres de soins de santé primaires), entraînant une diminution de 20 pour cent du taux de fréquentation, tandis que le système de santé

a connu de fréquentes ruptures de stocks de médicaments essentiels et des interruptions dans la prestation des services de santé.⁶

À l'échelle du pays, le taux de mortalité des moins de cinq ans reste à 62 décès pour 1000 naissances vivantes.⁷ La plupart de ces décès peuvent être attribués à des causes évitables en grande partie, y compris les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, le paludisme et la septicémie néonatale. En outre, le taux de mortalité maternelle a stagné à 478 décès pour 100 000 naissances vivantes - loin de son objectif de 127 décès pour 100 000 naissances vivantes fixé pour 2015⁸ alors que seulement 43,9 pour cent des naissances sont assistées par un agent de santé qualifié.⁹

Les ASC ne sont pas rémunérés, et les agents de santé communautaire bénévoles (ASCB)¹⁰ constituent la pierre angulaire du système de santé de Madagascar. Ils jouent un rôle clé dans l'accès aux services de santé de qualité, servant souvent de premier point de service. Reconnus comme membres de confiance de leurs communautés, plus de 34 000 ASC formés¹¹ assurent une variété de services portant sur des domaines de santé prioritaires, tels que : santé maternelle et infantile ; planification familiale (PF) et santé génésique ; nutrition ; tuberculose ; et services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH).

Toutefois, les approches de santé communautaire ont souvent servi d'alternative palliative pour compléter les lacunes des systèmes de santé et de protection sociale.¹² Certains programmes de santé communautaire restent assez verticaux (axés sur la maladie), sont souvent sous-financés et souffrent d'un manque d'harmonisation entre les donateurs et les organismes d'exécution.

Approche et méthodologie

Les objectifs globaux de l'étude de Madagascar étaient d'identifier les types de cadres ASC et d'incitatifs utilisés et d'analyser l'impact de ces incitatifs sur les performances des ASC et la mise en œuvre du programme.

Trois régions (Analamanga, Atsimo Andrefana et Atsinanana) ont été sélectionnées pour cette étude en tenant compte de la présence de programmes ASC soutenus par des partenaires, des populations vivant dans des zones difficiles à atteindre, et de l'accessibilité générale.

Utilisant un questionnaire semi-structuré, 68 informateurs, y compris différents types d'ASC et d'ASCB, leurs superviseurs et des partenaires sélectionnés ont été interviewés, en janvier 2015, sur les facteurs d'élaboration des interventions influençant la performance, y compris les incitatifs. Des données ont été recueillies sur les indicateurs, tant au niveau des ASC que de l'utilisateur final (voir l'encadré 1).¹³ Les ONG et partenaires d'exécution ont également fourni des données, lorsque celles-ci étaient disponibles, sur la fréquence de supervision des ASC, les prix du matériel et des médicaments, les coûts de gestion, de supervision, des réunions et des formations, ainsi que des informations sur les incitatifs financiers et non financiers.

Les données qualitatives et quantitatives recueillies ont été utilisées pour identifier la couverture géographique des programmes d'ASC, les types et l'emplacement des services fournis, la couverture réelle et ciblée, la supervision et le soutien, les ruptures de stock, et le temps consacré par les ASC pour exécuter les tâches pertinentes.¹⁴ Les données ont été analysées en utilisant comme référence les niveaux ASC et utilisateur final (présentés dans l'encadré 1) pour déterminer l'impact des incitatifs sur les performances. Les critères spécifiques à chaque niveau sont décrits dans la section des constatations.

Principales constatations

Programmes ASC évalués

Les programmes ASC à Madagascar sont tributaires de l'aide extérieure, même si certains sont soutenus par la supervision du Ministère de la santé. Les entrevues ont été menées auprès de 25 agents de santé communautaire soutenus par trois programmes communautaires : le projet USAID Mikolo, le projet USAID du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et le projet Marie Stopes Madagascar. En raison des inondations et du manque d'accessibilité aux sites, des entrevues n'ont pas été menées avec les ASCB pris en charge par le projet USAID Mahefa. Cependant, les données programmatiques transmises par le bureau central ont été incluses dans l'étude. Des entrevues ont également été menées auprès de cinq superviseurs ASC travaillant pour des ONG locales, deux comités de santé de village (COSAN), et huit employés des Ministères de la Santé (MS) travaillant aux niveaux central, régional, de district, et dans des centres de soins de santé primaires. Des détails sur les programmes, les incitatifs offerts aux ASC, les charges de travail des cadres ASC, ainsi que sur les services fournis par ces ASC sont disponibles dans les tableaux 1 et 2. De plus amples détails sur les incitatifs spécifiques offerts à chaque cadre ASC sont disponibles dans le rapport complet.¹⁵

Types d'incitatifs utilisés

Parmi les incitatifs financiers les plus souvent offerts à tous les ASC interrogés figurent les suivants : indemnités journalières pour présence à des réunions et des formations, frais d'utilisation provenant de la vente de médicaments et de produits, financement basé sur la performance (FBP), et commissions pour l'orientation vers les services de planification familiale (PF). Certains ASC ont également été impliqués dans des activités de communautés d'épargne et de prêts internes (SILC) et des activités génératrices de revenus soutenues par le programme, tandis que d'autres ont pu gratuitement souscrire à des régimes d'assurance maladie communautaires. Des ASC très performants soutenus par le projet USAID Mahefa ont reçu des vélos et ont participé à des réunions d'échange pour partager leurs expériences avec d'autres ASC.

Encadré 1. Mesure de la performance des ASC

La conception des programmes d'ASC influence la performance des ASC. Parmi les principaux facteurs d'élaboration des programmes figurent la charge de travail des ASC, la gestion des ressources humaines, les incitatifs financiers et non financiers, l'assurance qualité, les ressources et la logistique, et les liens entre le système de santé et les communautés. Cette étude examine l'influence des incitatifs (financiers et non financiers) sur la performance.

La performance des ASC peut être mesurée à deux niveaux : le niveau des ASC individuels et le niveau des utilisateurs finaux ou de la communauté.

- Au niveau des ASC, les facteurs mesurables comprennent la motivation, les compétences, le respect des lignes directrices et la satisfaction professionnelle des ASC.
- Au niveau de la communauté et des utilisateurs finaux, la performance des ASC peut être mesurée par la couverture, le nombre de services fournis, l'utilisation des services, la qualité des services, le comportement de recours aux soins, et l'adoption de pratiques qui favorisent la santé et l'autonomisation des communautés.

Tableau I. Aperçu des activités et des incitatifs déployés pour les programmes de santé communautaire

Programme de santé communautaire	Aperçu des activités et des incitatifs
USAID Mikolo (2013-2018)	Couverture géographique : Mis en œuvre dans six régions (Atsinanana, Vatovavy-Fitovinany, Amoron'i Mania, Haute Matsiatra, Ihorombe et Atsimo-Andrefana), 32 districts et 375 villages
	Rôle des ASC : Dans le cadre du projet de santé communautaire intégrée, les ASCB supervisent des traitements (diarrhée, paludisme et pneumonie) et des méthodes de PF à courte durée d'action (pilule, préservatifs, Colliers du cycle, Depo-Provera) parmi d'autres activités de promotion de la santé.
	Incitatifs financiers : Les ASCB sont considérés comme des bénévoles, mais ils reçoivent des indemnités journalières pour assister à des réunions et à des formations et reçoivent de l'argent issu des frais d'utilisation sur la vente de médicaments et de produits. Certains ASCB sélectionnés ont également accès au crédit par le biais des activités SILC établies par les projets.
	Incitatifs non financiers : Les ASCB reçoivent une formation, des équipements et un kit de démarrage pourvu de médicaments et de produits. Les ASCB sont surveillés régulièrement par un technicien de terrain et peuvent être promu à une certification de niveau supérieur sur la base de tests de compétence. Les ASCB ont mentionné comme incitatifs non financiers motivants : la reconnaissance publique, de meilleures connaissances et une capacité améliorée.
Projet de santé communautaire maternelle et néonatale de l'UNICEF (2012-2014)	Couverture géographique : Mis en œuvre dans deux régions (Atsimo Andrefana et Anosy), trois districts (Toliara II, Betioky Sud et Amboasary) et 66 villages
	Rôle des ASC : Les ASC sont chargés de la sensibilisation et de la promotion des interventions de santé maternelle et néonatale, notamment en encourageant les examens prénataux précoces, les examens prénataux, les accouchements au CSB, les examens postnataux, et la méthode mère kangourou.
	Incitatifs financiers : Les ASC reçoivent des paiements incitatifs fondés sur le rendement trimestriel en fonction du nombre d'activités qu'ils mènent. Les paiements incitatifs sont basés sur le financement disponible et l'importance de l'indicateur (à savoir les services à fort impact, tels que l'orientation des femmes vers l'accouchement en CSB, sont fortement rémunérés).
	Incitatifs non financiers : Les ASC reçoivent une formation et des équipements ainsi qu'une supervision et une évaluation trimestrielle par le personnel des CSB.
Cliniques mobiles de Marie Stopes Madagascar (2007- présent)	Couverture géographique : Mis en œuvre dans toutes les 22 régions de Madagascar; y compris 100 districts et 828 villages
	Rôle des ASC : Les ASC mènent des activités de sensibilisation aux services de PF. Les ASC remettent aux clientes un bon pour recevoir des conseils et des méthodes MPLD de l'équipe de santé mobile de Marie Stopes Madagascar lors des visites trimestrielles.
	Incitatifs financiers : Les ASC gagnent 2 000 Ar (0,62 USD) pour chaque cliente qu'ils aiguillent vers une MLPD.
	Incitatifs non financiers : Les ASC reçoivent une formation initiale et des visites trimestrielles de supervision par des équipes mobiles.
USAID Mahefa (2011-2016)	Couverture géographique : Mis en œuvre dans six régions (Boeny, Diana, Melaky, Menabe, Sava et Sofia), 24 districts et 279 villages
	Rôle des ASC : Les ASCB supervisent des diagnostics et des traitements (diarrhée, paludisme et pneumonie) et des méthodes de PF à courte durée d'action (pilule, préservatifs, Colliers du cycle, Depo-Provera) parmi d'autres activités de promotion de la santé et de l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).
	Incitatifs financiers : Les ASCB sont considérés comme des bénévoles, mais ils reçoivent des indemnités journalières pour assister à des réunions et à des formations et reçoivent de l'argent issu des frais d'utilisation sur la vente des médicaments et des produits. Certains ASCB sont sélectionnés pour participer à des activités génératrices de revenus (par exemple Eboxes et la vente de produits WASH).
	Incitatifs non financiers : Les ASCB reçoivent une formation, des équipements et un kit de démarrage pourvu de médicaments et de produits. Les ASCB participent à des réunions de supervision de groupe chaque mois et reçoivent des visites de supervision sur place par le personnel du centre de santé et les agents de terrain des ONG. Tous les ASCB soutenus par le projet USAID Mahefa reçoivent des commentaires de leurs clients sur la qualité de leurs services par le biais des cartes d'évaluation de la communauté et aussi durant les sessions d'évaluation des soins de santé au niveau des villages. Les ASCB performants reçoivent des bicyclettes, participent à des visites d'échange pour partager leurs expériences avec d'autres ASCB et se rendent parfois dans d'autres régions pour diffuser les bonnes pratiques et participer à des conférences et ateliers. Les ASCB aiguillent également leurs clientes vers les MPLD (méthodes de contraception permanente et à longue durée d'action) dispensées dans les cliniques mobiles de Marie Stopes Madagascar. Ils reçoivent 2 000 Ar (0,62 USD) par recommandation.

Parmi les incitatifs non financiers les plus souvent cités figuraient notamment l'acquisition de compétences précieuses grâce à des formations (à savoir éducation et amélioration des capacités), des équipements et du matériel, le mentorat et la supervision des programmes, la reconnaissance du public et des possibilités d'avancement professionnel en tant qu'ASC. Selon les entretiens menés et une analyse des données programmatiques, ces incitatifs présentent des avantages et des inconvénients considérables et peuvent influencer sur la performance des ASC.

Impact des incitatifs sur les facteurs propres aux ASC

La performance des ASC peut être mesurée en fonction de facteurs individuels tels que motivation, attitudes, compétences, respect des lignes directrices et satisfaction professionnelle. Des entretiens avec des informateurs clés ont permis d'identifier les effets des incitatifs suivants (identifiés par **F** pour financiers et **NF** pour non-financiers).

Motivation

- Les indemnités journalières (**F**) pour présence à des formations et à des réunions incitent les ASC à participer et compensent en partie les coûts d'opportunité de la durée de leur engagement bénévole. Le soutien financier permet également aux ASC de subvenir à leurs familles.
- Les écarts dans les indemnités journalières (**F**) offertes par les divers partenaires d'exécution ont été considérés comme démotivants par les ASC impliqués dans plusieurs programmes.
- Les revenus générés par les primes au rendement (**F**) ont incité les ASC à encourager l'adoption de comportements sains et d'interventions visant à améliorer les résultats thérapeutiques.
- Une compensation financière insuffisante (**F**) et des retards dans les paiements des FBP ont été cités comme des facteurs de démotivation.

Tableau 2. Aperçu des activités et des incitatifs déployés pour les programmes de santé communautaire

	USAID Mikolo	USAID Mahefa	UNICEF	Marie Stopes
Incitatifs financiers				
Indemnités journalières pour formations et réunions	✓	✓	✓	✓
Frais d'utilisation	✓	✓		
Incitatifs FBP			✓	
Commissions pour l'orientation vers les services				✓
Inscription dans les régimes d'assurance maladie communautaires	✓	✓		
Activités génératrices de revenus		✓		
Incitatifs non financiers				
Éducation et amélioration des capacités	✓	✓	✓	✓
Équipements et produits	✓	✓	✓	✓
Mentorat et supervision	✓	✓	✓	✓
Reconnaissance publique	✓	✓	✓	✓
Occasion d'avancement professionnel	✓	✓		

- Il semble que la supervision individuelle ou de groupe (**NF**) renforce la motivation des ASC, car les visites donnent aux ASC l'occasion de réviser leur travail, de discuter des défis et de partager leurs expériences.
- Inversement, une supervision incohérente (**NF**) peut mener à des services de qualité inférieure ou à des ASC ne se sentant pas suffisamment pris en charge par le système de santé¹⁶, ce qui entraîne une augmentation de l'attrition.
- Les ASC ont déclaré avoir été motivés par la reconnaissance et le respect (**NF**) qu'ils reçoivent de leur communauté et du personnel de programme.
- Le manque de possibilités d'avancement professionnel (**NF**) provoque chez les ASC une perte de motivation puisque leur rôle reste statique.

Compétence

- Les indemnités journalières (**F**) utilisées pour encourager la participation des ASC aux formations et réunions peuvent aider à améliorer les connaissances des ASC et leur capacité à fournir des services de santé de qualité.
- Les ateliers d'éducation et de formations (**NF**) sont un moyen d'améliorer les connaissances et l'expertise des ASC.
- La supervision (**NF**) améliorerait la qualité des services, et susciterait aussi un sentiment de confiance dans la communauté concernant les services de santé offerts par les ASC.
- Les possibilités d'avancement professionnel (**NF**) ont permis aux ASC d'accroître leurs capacités en acquérant des compétences et des certifications supplémentaires et, dans certains cas, de servir de mentor pour d'autres ASC.

Respect des lignes directrices

- La supervision et l'évaluation régulière des compétences (**NF**) incitent les ASC à se conformer à leurs descriptions de postes et à dispenser des services de qualité.
- Les frais d'utilisation (**F**) provenant de la vente de produits permettent aux ASC de renouveler leurs stocks d'approvisionnement avec des produits de qualité et d'acheter des produits de première nécessité pour les familles de la communauté.
- La fourniture de matériels et d'équipements (**NF**) permet aux ASC de dispenser efficacement des services de santé au sein de leurs communautés.

Satisfaction professionnelle

- Les écarts dans les indemnités journalières (**F**) offertes par les divers partenaires d'exécution ont été considérés comme démotivants par les ASC impliqués dans plusieurs programmes.
- La supervision (**NF**) renforce le rôle d'un ASC et lui rappelle qu'un système d'assistance est en place.
- Les formations et formulaires de rapports incohérents (**NF**) offerts par les différents programmes seraient source de confusion et de frustration chez les ASC impliqués dans plusieurs programmes.

Impact des incitatifs sur les facteurs liés aux utilisateurs finaux et aux communautés

La performance des ASC peut également être mesurée en fonction des facteurs liés aux utilisateurs finaux et aux communautés. Cette étude a porté sur les facteurs liés à l'offre et n'a pas exploré les comportements de recours aux soins ni l'autonomisation des communautés. L'analyse des entrevues et des données programmatiques a déterminé que les incitatifs ont influé sur la performance des ASC des manières suivantes.

Population et couverture géographique

Chacun des quatre programmes de santé communautaire soutient la prestation de diverses interventions de santé communautaire et opère dans plusieurs régions du pays, chacune avec son propre ensemble unique de différences géographiques et culturelles. La population et la couverture géographique ont varié entre les programmes, et les ASC ont dispensé des services de santé tant verticaux qu'intégrés. Par exemple, certains ASC ont seulement fourni des services de prévention ou de promotion, tandis que d'autres ont fourni des services iCCM (gestion intégrée de cas au niveau communautaire) destinés aux enfants ou des services de PF aux femmes en âge de procréer.

Enseignement : les ASC formés à dispenser un ensemble complet et intégré de services peuvent aider à répondre aux besoins de leur communauté et à réaliser une plus grande couverture de la population, car ils sont en mesure de cibler les populations prioritaires (par exemple services iCCM pour enfants ou PF et services de santé génésique pour les femmes).

Nombre de services offerts

Des données sur les cas étaient disponibles pour les quatre programmes ASC. Toutefois, la disponibilité et la cohérence des données programmatiques réelles varient considérablement et donc des comparaisons entre les programmes ne sont pas possibles. En outre, les programmes diffèrent en termes de couverture géographique, de variations de la charge de morbidité, d'accès aux services et de rapport entre le nombre d'ASC et la population. L'utilisation des services pourrait également dépendre d'un certain nombre de facteurs liés à l'offre et à la demande ainsi que de la maturité du programme de santé de la communauté.

En 2014, les ASC soutenus par le projet USAID Mikolo ont chacun fourni, en moyenne, 6,54 services iCCM par mois. Les enfants de moins de cinq ans vivant en zone de desserte ont reçu 2,28 services iCCM par habitant au cours de la période considérée.¹⁷ Ces ASC ont également déclaré avoir reçu 37 clientes régulières par mois aux consultations de PF. Les ASCB soutenus par le projet USAID Mikolo ont chacun fourni 3,34 services iCCM par mois et 2,68 services iCCM par habitant.¹⁸ Les mêmes ASCB ont également déclaré avoir reçu 15 clientes régulières par mois aux consultations de PF. Ces programmes ont été soutenus par des incitatifs financiers et non financiers tels que, notamment, des frais d'utilisation, des indemnités journalières pour présence à des réunions et des formations, et des équipements (voir le Tableau 2).

Les ASC soutenus par l'UNICEF ont, en moyenne, recommandé une visite de soins prénataux (SPN) à 11,6 femmes par an ; mené 29 sessions d'information, d'éducation et de communication (IEC) par an et aiguillé ou accompagné 37 patientes vers des centres de soins de santé primaires. Les ASC soutenus par le projet Marie Stopes Madagascar ont, en moyenne, aiguillé 253 personnes par an vers des cliniques externes mobiles de PF. Sur la base du nombre total de

clients ayant reçu une MPLD (88 422 personnes), chaque ASC a, en moyenne, aiguillé 124 personnes vers une MPLD en 2014.

Enseignement : les cadres ASC bénéficiant d'un soutien régulier par le biais d'évaluations et d'incitatifs financiers et non financiers sont en mesure d'acquiescer des compétences et de dispenser des services de santé à leurs communautés.

Estimation de la demande et de l'utilisation des services

Il n'est pas possible de comparer directement les performances des ASC entre les programmes en raison de différences significatives dans l'épidémiologie des maladies, la demande et la disponibilité des services de santé, le rapport entre le nombre d'ASC et la population, sans oublier d'autres facteurs géographiques, culturels et contextuels. Malgré ces importantes différences, cette étude a tenté d'examiner la demande et l'utilisation estimées des services fournis par les ASC en prenant en compte un certain nombre de variables, dont notamment une estimation de la population desservie et le nombre escompté de services pour chaque condition incluse dans la gamme des services fournis par les ASC, en fonction du taux d'incidence de chaque maladie.

Par exemple, les ASCB soutenus par le projet USAID Mikolo ont traité 46 pour cent de cas de pneumonie, deux pour cent de cas de diarrhée, et 48 pour cent de cas de fièvre. Les ASCB soutenus par le projet USAID Mahefa ont traité 22 pour cent de cas de pneumonie, trois pour cent de cas de diarrhée, et 15 pour cent de cas de fièvre.

L'utilisation des services d'ASC pourrait dépendre d'un certain nombre de facteurs liés à l'offre et à la demande, dont notamment la disponibilité des ASC, la disponibilité des médicaments et le choix des clients souhaitant obtenir des services auprès du CSB ou d'un autre prestataire de santé. En outre, ces chiffres pourraient reposer sur des données démographiques estimées ou des taux d'incidence qui peuvent varier considérablement d'une région à l'autre.

Enseignement : l'utilisation des services de santé communautaire dépend d'un certain nombre de facteurs liés à l'offre et à la demande. Toutefois, pour que les ASC soient efficaces et capables de répondre aux besoins de santé de leurs communautés, ils doivent recevoir des stocks suffisants d'équipements et de médicaments, une supervision fréquente et des incitatifs adéquats.

Qualité des services fournis par les ASC

Des entrevues avec les membres des communautés et le personnel des centres ont été menées. Toutefois, peu d'informations ont été obtenues sur l'opinion de la communauté concernant la performance des ASC et la qualité perçue des services. Le personnel travaillant pour les projets USAID Mikolo et USAID Mahefa a fortement insisté sur l'importance de la supervision continue pour garantir que les ASC continuent à dispenser des traitements appropriés et corrects. Les deux projets ont organisé des sessions mensuelles de supervision en groupes pour mettre à jour les compétences techniques des ASC, partager les expériences et examiner les rapports. Les ASCB soutenus par le projet USAID Mahefa reçoivent des commentaires de leurs clients sur la qualité de leurs services par le biais des cartes d'évaluation de la communauté et aussi durant les sessions d'évaluation des soins de santé au niveau des villages.

Enseignement : une supervision et un soutien fréquents ainsi que des évaluations de compétences et connaissances peuvent inciter les ASC à mieux respecter les protocoles de prestation de services et peuvent améliorer la qualité des services et des rapports. La rétroaction des clients est également importante pour améliorer les prestations des services des ASC.

Discussion et recommandations

Cette étude démontre que l'offre d'incitatifs financiers et non-financiers a un impact sur la performance des ASC à Madagascar. Les variations dans la conception des programmes des ASC et l'utilisation d'incitatifs ont une influence considérable sur la performance des ASC. Les recommandations suivantes sont destinées à améliorer la performance des ASC et les prestations de services de santé communautaire.

1. Les programmes doivent veiller à ce que les incitatifs reflètent le contexte de la charge de travail des ASC, leurs coûts d'opportunité (par ex. la durée d'engagement) et l'environnement dans lequel ils travaillent. Les incitatifs financiers sont de puissants motivateurs pour les ASC et encouragent leur responsabilisation et leur engagement à dispenser des services de qualité dans les zones difficiles à atteindre. La constance dans le versement et le montant des compensations financières, telles que les indemnités journalières et les frais d'utilisation, est essentielle pour renforcer la motivation des ASC et, dans de nombreux cas, maintenir un approvisionnement régulier en médicaments.
2. Des incitatifs non financiers tels que la formation régulière, la supervision, la reconnaissance du public, et les possibilités d'avancement et de perfectionnement professionnel doivent être inclus comme éléments essentiels dans tous les programmes de santé communautaire. Ces incitatifs permettent non seulement de motiver les ASC, mais aussi d'améliorer leur capacité et d'assurer des prestations de services de haute qualité.
3. Les programmes de santé communautaire doivent harmoniser leurs incitatifs, formations, rapports et supervision afin de réduire les coûts redondants et d'améliorer les capacités des ASC ainsi que l'utilisation des services. Comme le montrent les données probantes de Madagascar, une meilleure cohérence des incitatifs atténue les frustrations qu'éprouvent les ASC.

Conclusions

Les incitatifs doivent être maintenus dans le long terme afin d'assurer que les ASC obtiennent le soutien requis pour offrir des services de santé de haute qualité. Fréquemment, des interruptions dans la prestation des services de santé résultent de financements épuisés ou parvenus à leur terme. Or, ces financements soutiennent des composantes programmatiques clés, notamment la supervision, les formations et les produits. Des incitatifs réguliers et des programmes d'ASC harmonisés peuvent améliorer la capacité des ASC et leur fournir de précieuses occasions d'intégrer le système communautaire au système de santé en général.

L'objectif de cette étude était d'identifier et d'analyser l'impact des incitatifs sur la performance des ASC à Madagascar. Ses conclusions et recommandations peuvent être utiles pour les pays qui envisagent d'introduire, de modifier ou d'intensifier un programme de santé communautaire. Alors que les gouvernements évaluent l'efficacité des allocations de ressources parmi les composantes du système de santé, il est important d'améliorer la planification des activités de santé communautaire en utilisant les ressources humaines existantes pour la santé. Grâce à une meilleure connaissance de la manière dont les caractéristiques de conception des programmes communautaires affectent la performance des ASC, les interventions peuvent être façonnées et ajustées pour obtenir un impact de santé optimal. ■

Remerciements : ASH souhaite reconnaître les contributions et le soutien du Bureau Afrique de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), USAID/Madagascar, le ministère de la Santé de Madagascar, le projet USAID Mikolo, le projet USAID Mahefa, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Population Services International (PSI) et le projet Marie Stopes Madagascar. ASH tient à remercier en particulier les ASC pour leur participation à cette étude ainsi que pour leur engagement à améliorer la santé de leurs communautés.

NOTES

1. Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment Case and Financing Recommendations, Juillet 2015, Joint Release from Partners in Health, Last Mile Health, and the UN Secretary General's Special Envoy for Financing the Health MDGs and for Malaria
2. Naimoli J et al. "A community health worker 'logical model': towards a theory of enhanced performance in low- and middle-income countries." *Human Resources for Health* (2014), 12:56: 1-16
3. Cette étude a utilisé la définition de l'OMS : « Les ASC doivent être choisis par les communautés, rendre des comptes aux communautés pour leurs activités, être pris en charge par le système de santé, sans nécessairement faire partie de son organisation, et avoir une formation plus courte que les travailleurs professionnels » (Adapté de l'OMS. "Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers." Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health. Genève, Suisse. Janvier 2007)
4. Le rapport complet, « Incitatifs offerts aux agents de santé communautaire : Enseignement retenu et meilleures pratiques de Madagascar », est disponible à l'adresse www.africanstrategies4health.org.
5. Institut National de la Statistique (INSTAT) de Madagascar; « Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar ».
6. USAID. "Primary Health Care (PHC) Project In Madagascar." Solicitation Number: SOL-687-13-000001.
7. Banque Mondiale. « Madagascar. » <http://www.worldbank.org/en/country/madagascar>
8. INSTAT, « Enquête nationale ».
9. United Nations Economic Commission for Africa, African Union, African Development Bank and United Nations Development Programme. "MDG Report 2014: Assessing Progress in Africa toward the Millennium Development Goals."

10. Aux fins de cette analyse, le terme « ASC » est utilisé pour décrire tous les cadres d'agents de santé communautaires. Cependant, certains programmes, dont l'USAID Mahefa et Mikolo, utilisent pour désigner les agents de santé communautaire non payés le terme « agents de santé communautaire bénévoles » (ASCB). Dans la description de ces deux programmes, nous utilisons le terme « ASCB ». Dans la description du programme de l'UNICEF et du programme Marie Stopes Madagascar, nous utilisons le terme « ASCB ».
11. Initiative présidentielle contre le paludisme. "Madagascar Malaria Operational Plan FY 2015."
12. Ministère de la Santé et du planning familial de Madagascar. « Politique nationale de santé communautaire à Madagascar. » Janvier 2009.
13. Rapport final de l'équipe d'analyse des données n° 1 : "Which Community Support Activities Improve the Performance of CHWs? A Review of the Evidence and of Expert Opinion with Recommendations for Policy, Practice and Research." Automne 2012. USAID.
14. Au niveau des centres de santé, le personnel a fourni les données démographiques, les données d'utilisation et les chiffres des dépenses pour ces installations et les communautés qu'elles desservent. Au niveau communautaire, les ASC ont fourni les données démographiques et les données d'utilisation pour leurs zones de desserte difficiles à atteindre, ainsi que des informations sur leur(s) emploi du temps, salaires, supervision, rapports et calendrier de réunions.
15. Incitatifs offerts aux agents de santé communautaire : Enseignement retenu et meilleures pratiques de Madagascar. Rapport préparé par le projet African Strategies for Health (ASH) pour l'USAID. Septembre 2015.
16. Bhattacharyya, Karabi, Peter Winch, Karen LeBan et Marie Tien. "Community health worker incentives and disincentives: how they affect motivation, retention, and sustainability." Published by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginie, Octobre 2001.
17. Période de neuf mois considérée (Avril - décembre 2014)
18. Période considérée : Octobre 2013 - septembre 2014

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à :
African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203, É-U • +1.703.524.6575 • AS4H-Info@as4h.org
www.africanstrategies4health.org

Cette publication a été rendue possible grâce au généreux soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) sous le numéro de contrat AID-OAA-C-11-00161. Le contenu est la responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ni du Gouvernement des États-Unis.