USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

OCTOBRE 2015

AFRICAN STRATEGIES FOR HEALTH

INCITATIFS OFFERTS AUX AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MALAWI : ENSEIGNEMENT RETENU

Les membres du comité de santé du village au centre de santé Mbonechela, district de Machinga. Photo par Uzaib Saya

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]

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. Le projet ASH fournit à l'USAID et à d'autres partenariats du 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.

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 à 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] Le Malawi a été choisi comme l'un des deux pays, à cause de son cadre national d'ASC financés par le gouvernement, ainsi que de la gamme des incitatifs utilisés actuellement par les programmes de santé communautaire. Cette note technique présente les principales conclusions et recommandations fondées sur les recherches menées au Malawi. Le rapport complet est disponible en ligne à l'adresse www.africanstrategies4health.org.

Contexte du pays : Malawi

Au Malawi, les soins primaires sont offerts par le biais d'initiatives communautaires, de postes sanitaires, de dispensaires de village, d'officines, de centres de santé et d'hôpitaux communautaires, situés, pour la plupart, dans les zones rurales, où réside 86 pour cent de la population des ménages.[4] Malgré les progrès réalisés par le Malawi au cours des dernières années pour améliorer la santé communautaire,

des défis demeurent. Soixante-dix pour cent des décès d'enfants au Malawi sont dus à des causes telles que paludisme, diarrhée, pneumonie, anémie, malnutrition et complications néonatales, dont la plupart peuvent être efficacement évitées et traitées au niveau communautaire.[5] Dans plus de 3 000 dispensaires de village ciblant les zones difficiles à atteindre, des agents de santé communautaire tels que les assistants de surveillance sanitaire (HSA) financés par le gouvernement et des agents de distribution communautaire (CBDA) financés par des organismes non gouvernementaux, des membres des comités de santé de village (COSAN) et des bénévoles fournissent des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs.

Pendant de nombreuses années, le système de santé du Malawi a souffert d'une grave pénurie de personnel de santé. De 2004 à 2010, les partenaires de développement ont appuyé la mise en œuvre d'un plan des ressources humaines d'urgence dans le cadre du Programme des projets de santé. Ce soutien a renforcé considérablement la disponibilité des ressources humaines dans le secteur de la santé. Le nombre des ASC a augmenté de 53 pour cent, passant de 5 453 en 2004 à 8 369 en 2010.[6] La capacité des institutions de formation en santé a aussi augmenté et la rétention du personnel s'est améliorée.

Aujourd'hui, alors que le ministère de la Santé (MS) alloue des ressources dans le cadre du Plan stratégique du secteur de la santé 2011-2016, il est important d'analyser les possibilités de planification et de mise en œuvre des activités de santé communautaire en fonction des ressources humaines existantes pour la santé. La politique nationale des volontaires de la santé communautaire de 2015 offre de nouvelles possibilités afin de garantir la mise en place de programmes appropriés d'ASC.[7] En plus des HSA, cette politique identifie le besoin de volontaires de santé communautaire, et prend en compte les coûts d'opportunité ainsi que les devoirs, droits et responsabilités des bénévoles.

Approche et méthodologie

Les objectifs globaux de l'étude au Malawi 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.

Cinq districts (Salima, Mangochi, Machinga, Kasungu et Mchinji) ont été choisis à dessein pour l'étude en tenant compte de la distribution entre les zones de santé, du nombre de HSA, de la taille de la population, du fonctionnement des comités de santé de village (COSAN), des zones difficiles à atteindre, de la présence de programmes ASC soutenus par des partenaires et de la proximité générale entre ces districts.

À l'aide d'un questionnaire semi-structuré, 55 informateurs, y compris différents types d'ASC au niveau des districts, ont été interrogés entre février et mars 2015. Des données ont été recueillies sur les indicateurs aux niveaux tant des utilisateurs finaux que des ASC (*voir l'encadré 1*).[8] Les ASC, leurs superviseurs et des partenaires sélectionnés ont été interrogés sur les facteurs d'élaboration des interventions qui influent sur la performance, y compris les incitatifs. Les partenaires d'exécution et les membres de l'unité de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) au Ministère de la Santé ont également fourni des données sur la fréquence de la surveillance des ASC, la gestion, les réunions de supervision et de formation, ainsi que 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.[9] 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.[10] Les critères spécifiques à chaque niveau sont définis dans la section des constatations.

Principales constatations

Programmes ASC évalués

Les entrevues ont été menées auprès de 55 ASC répartis dans divers programmes. Voici leurs profils :

- Les HSA et leurs superviseurs HSA, les seuls cadres financés par le gouvernement et recevant un salaire fixe ;
- Les agents de communication interpersonnelle (IPCA), soutenus par Population Services International (PSI), qui reçoivent des incitatifs financiers basés sur la performance ;
- Les groupes bénévoles informels y compris les agents de distribution communautaires (CBDA), qui reçoivent des incitatifs financiers ponctuels et des incitatifs non financiers ;
- Les bénévoles tels que les visiteurs de suivi de croissance et les membres de groupes d'action communautaire soutenus par des organisations telles que Mai Khanda, World Vision Malawi et la Croix-Rouge, qui reçoivent des incitatifs financiers ponctuels et des incitatifs non financiers ; et
- Les membres des comités de santé de village (COSAN), qui reçoivent uniquement des incitatifs non financiers.

Des détails sur les programmes, incitatifs, charges de travail et services fournis par ces ASC sont présentés 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.[11]

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 1. Aperçu des activités et des incitatifs déployés pour les cadres ASC

Type d'agent de santé communautaire	Aperçu des activités et des incitatifs
Assistant de surveillance de santé (HSA)	*Couverture :* Les HSA fournissent des services communautaires dans 3 138 dispensaires de village dans les 28 districts.
	Rôle des ASC : Les HSA fournissent la gestion intégrée des cas en milieu communautaire (iCCM) et des services curatifs pour les enfants, mènent des activités de surveillance des maladies, de sensibilisation dans les cliniques, de vaccination et de suivi de croissance, d'éducation sanitaire, d'inspection de l'eau et de l'assainissement, et gèrent les comités et les volontaires de santé communautaire.
	Incitatifs financiers : Les HSA reçoivent des indemnités mensuelles (de 40 000 à 45 000 Kwacha), des indemnités journalières régulières aussi appelées DSA (Daily Subsistence Allowance) pour présence à des formations et à des réunions, et sont inscrits dans des activités génératrices de revenus tels que des associations villageoises d'épargne et de prêts non associés avec le ministère de la Santé.
	Incitatifs non financiers : Les HSA reçoivent des aides au démarrage et des formations de recyclage à intervalles réguliers. Ils reçoivent également, de leurs superviseurs, des incitatifs en nature tels que t-shirts, bicyclettes, bottes de caoutchouc et sacs de voyage. La supervision trimestrielle est régulière et les HSA fournissent une évaluation par les pairs aux autres HSA et aux bénévoles. Les HSA ont mentionné comme incitatifs non financiers motivants : la reconnaissance publique, de meilleures connaissances et une capacité améliorée.
	Soutien des HSA : Les HSA sont financés par le ministère de la Santé.
Agents de communication interpersonnelle (IPCA)	*Couverture :* Les IPCA opèrent dans 2 districts (Kasungu et Mchinji), couvrant la population de desserte de 28 cliniques privées sous franchise sociale.
	Rôle des ASC : Les IPCA offrent des sessions d'éducation à la santé reproductive, distribuent des bons de santé reproductive donnant accès à des services subventionnés dans les cliniques privées sous franchise sociale, vendent des préservatifs et orientent les femmes en âge de procréer vers les dispensaires pour des conseils sur la santé reproductive et le VIH.
	Incitatifs financiers : Les IPCA sont payés en fonction de leur performance durant les sessions individuelles et de groupe et des clientes qu'ils recommandent. Ils perçoivent également les bénéfices générés par la vente des préservatifs obtenus par PSI pour des clients potentiels.
	Incitatifs non financiers : Les IPCA reçoivent une formation régulière, une supervision bimestrielle et participent à des réunions de discussion avec des IPCA pairs. Ils sont admissibles à des possibilités d'emploi au sein de PSI. Les IPCA reçoivent des équipements et des produits tels que sacs et t-shirts.
	Soutien des IPCA : Les IPCA sont soutenus par la Banque de développement KfW en partenariat avec PSI.
Agents de distribution communautaire (CBDA)	*Couverture :* Inconnue
	Rôle des ASC : Les CBDA dispensent un enseignement et des conseils sur les méthodes de planification familiale, les contraceptifs oraux et les préservatifs. Dans certaines régions, ils fournissent également des tests de dépistage et des conseils sur le VIH.
	Incitatifs financiers : Les CBDA reçoivent, de manière ponctuelle, des indemnités journalières pour les formations et certains vendent également des préservatifs et des contraceptifs oraux.
	Incitatifs non financiers : Les CBDA reçoivent, de manière ponctuelle, un soutien de supervision et des incitatifs non financiers épisodiques.
	Soutien des CBDA : Les CBDA ne sont pas officiellement pris en charge, bien que certains soient liés aux HSA et à quelques ONG œuvrant pour soutenir les domaines pertinents de santé maternelle.
Groupes bénévoles	*Couverture :* Inconnue
	Rôle des ASC : Les bénévoles fournissent un enseignement sur divers sujets de santé et orientent les enfants vers les dispensaires de village. Ils identifient les cas suspects de tuberculose et recueillent des frottis de crachats, aident à déployer des campagnes de sensibilisation, et assistent les centres de santé pour les vaccinations, le pesage des enfants et le suivi à domicile des patients.
	Incitatifs financiers : Les bénévoles ne reçoivent pas d'incitatifs financiers
	Incitatifs non financiers : Les bénévoles reçoivent, des ONG, des incitatifs en nature tels que bicyclettes, t-shirts et autres aides au travail. L'encadrement et la formation assurés par les HSA sont intermittents. Les bénévoles décrivent un renforcement des capacités et la reconnaissance de la communauté comme incitatifs non financiers motivants.
	Soutien des bénévoles : Les ONG dont notamment World Vision, Mai Khanda et la Croix-Rouge.
Membres des comités de santé de village (COSAN)	*Couverture :* On compte un COSAN pour chacun des 3 138 dispensaires dans les zones difficiles à atteindre.
	Rôle des ASC : Les membres des COSAN participent à des comités communautaires, collaborent étroitement avec les HSA au dispensaire du village et suivent les améliorations de la santé communautaire.
	Incitatifs financiers : Les membres des COSAN ne reçoivent pas d'incitatifs financiers
	Incitatifs non financiers : En général, les COSAN ne sont pas impliqués dans des formations ou des réunions formelles, mais ils jouent un rôle crucial dans le recrutement des volontaires issus des communautés et villages.
	Soutien des COSAN : Les COSAN sont dirigés par les anciens du village, mais pas officiellement pris en charge.

Types d'incitatifs utilisés

Parmi les incitatifs financiers les plus souvent offerts à tous les ASC interrogés figurent les suivants : salaires fixes, paiements ponctuels sous forme d'indemnités journalières ou DSA, primes au rendement et frais d'utilisation pour la vente de médicaments et de produits. Parmi les incitatifs non financiers les plus souvent cités figuraient notamment la reconnaissance et le respect de la communauté, l'acquisition de compétences précieuses, l'identification (badge ou t-shirt), les possibilités de formation, le statut au sein des communautés, la supervision et le soutien par les pairs.

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 entrevues 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 salaires (F) motivent les HSA et les incitent à se sentir responsables dans leurs rôles.
- Les revenus de la vente de médicaments et les primes au rendement (F) augmentent la motivation des HSA, des IPCA et d'autres agents de santé communautaire.
- Une compensation financière insuffisante (F) a été citée comme un facteur de démotivation et une raison clé de l'attrition parmi les CBDA et les bénévoles.
- Selon le rapport, les indemnités journalières (F) pour présence à des formations et à des réunions sont un facteur de motivation pour tous les cadres et compensent en partie les coûts d'opportunité du temps consacré à leur activité d'ASC.
- Les incohérences dans les taux d'indemnités journalières (F) pour les formations étaient précédemment considérées comme démotivantes et frustrantes parmi les ASC impliqués dans plusieurs programmes, tels que ceux qui travaillent à la fois comme CBDA et bénévoles. L'établissement récent d'un tarif journalier commun par le ministère de la Santé a aidé à résoudre ce problème.
- Selon le rapport, l'absence d'un régime de retraite garanti (F) impacte négativement la motivation des HSA et conduit à l'attrition.
- Les formations sur le lieu de travail (NF) incitent les HSA et les IPCA à continuer leurs activités.
- Selon le rapport, la supervision individuelle et de groupe (NF) améliore la motivation en augmentant les capacités sur le lieu de travail, la qualité des services fournis et la confiance parmi les membres de la communauté envers les services fournis.
- Les intermittences dans la supervision (NF) ont fait que quelques CBDA et bénévoles se sont sentis déçus par le système de santé, ce qui a conduit à une augmentation de l'attrition.
- Le prestige social et l'approbation de la communauté (NF) ont été des facteurs de motivation pour tous les cadres d'ASC.
- Une lourde charge de travail (NF) ou un rapport population-HSA élevé peuvent réduire la motivation parmi les HSA en surchargeant les services à fournir, ce qui augmente la perte de suivi. Face à ces déficiences, le ministère de la Santé envisage de réduire ce rapport population-HSA qui passera de 1530:1 à 1000:1.
- Le temps consacré à des tâches non liées à la prestation de services (NF) peut influencer négativement la motivation des ASC. Les HSA et les CBDA ont signalé que le temps consacré à se rendre dans le centre de santé pour aller chercher des fournitures ou remplir les rapports mensuels a affecté leur capacité à fournir des services de santé et était démotivant.

Compétence

- Les indemnités journalières ou DSA (F), utilisées pour encourager la présence aux formations et réunions des ASC salariés et non salariés peuvent améliorer les connaissances des ASC et leur capacité à fournir des services de santé de qualité, même si elles peuvent avoir des conséquences négatives et des effets pervers (par exemple, leur utilisation abusive comme complément de salaire a entraîné des formations improductives et des absences excessives des lieux d'affectation, et peuvent avoir un impact négatif sur la motivation).
- Inversement, pour les ASC non-salariés, des indemnités journalières insuffisantes (F) peuvent affecter la participation à des formations, et donc influer sur les compétences.
- Les HSA et les IPCA reçoivent une formation et des possibilités structurées d'avancement (NF), ce qui améliore leurs connaissances et compétences.
- Les bénévoles, y compris les CBDA et les COSAN, ont également noté que les possibilités d'avancement professionnel (NF), telles que la supervision par les pairs et la formation continue, peuvent renforcer leurs compétences.

Tableau 2. Aperçu des incitatifs offerts aux cadres ASC

	HSA	IPCA	CBDA	Bénévoles	COSAN
Incitatifs financiers					
Salaire	✓				
Indemnités journalières	✓	✓	✓		
Frais d'utilisation					
Incitatifs basés sur la performance		✓			
Incitatifs non financiers					
Éducation et amélioration des capacités communautaires	✓	✓	✓	✓	✓
Équipements et produits	✓	✓	✓	✓	
Supervision	✓	✓		✓	
Reconnaissance de la communauté et de la famille	✓	✓	✓	✓	✓
Avancement professionnel	✓	✓	✓	✓	✓

Respect des lignes directrices

- Selon le rapport, la supervision (NF), cohérente parmi les HSA et les IPCA et variable parmi d'autres cadres, aide à assurer que les ASC fournissent des services de haute qualité.
- La fourniture d'équipements et de produits (NF), disponible plus régulièrement chez les HSA qui peuvent compter sur le soutien de représentants du gouvernement pour obtenir un stock régulier en médicaments, a conduit à des services de meilleure qualité.
- Certains informateurs ont attribué la qualité des soins fournis par les HSA (par rapport aux soins dispensés par des bénévoles ou des guérisseurs traditionnels) au fait qu'ils reçoivent un salaire régulier (F).
- La fourniture d'outils tels que les téléphones mobiles (NF) a aidé les HSA à améliorer la visibilité des données et à réduire les ruptures de stock de produits de santé aux niveaux des dispensaires de village (par exemple cStock).[12]

Satisfaction professionnelle

- Les HSA se sont déclarés satisfaits dans leurs rôles parce que, comme salariés et employés du gouvernement, ils ont été reconnus par leurs superviseurs et la communauté (NF).
- Les facteurs financiers et non-financiers qui ont encouragé la motivation ont également joué un rôle dans l'amélioration de la satisfaction professionnelle des cadres ASC.

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. Les écarts de performance entre les cadres ASC sont mis en évidence.

Population et couverture géographique

Parmi tous les cadres ASC interrogés, les HSA, qui reçoivent des salaires, une formation et un soutien régulier, avaient la couverture géographique signalée la plus élevée. On estime que 9 907 HSA couvrent tous les 28 districts du Malawi. Les IPCA couvrent actuellement 2 districts, mais un plan est en place pour intensifier les services. Les cibles de population et de couverture géographique des cadres ASC non-payés variaient et étaient considérablement plus faibles puisque les programmes de bénévolat fonctionnent sur une base ponctuelle pour une période de temps limitée et ont moins de liens avec le système de santé en général au niveau des centres de santé (ce qui a influencé l'accès des ASC aux équipements, fournitures et systèmes d'orientation).

Enseignement retenu : comme en témoignent les HSA, les ASC salariés peuvent atteindre une plus importante population et une couverture géographique plus vaste que les autres cadres ASC qui ne reçoivent ni salaires fixes ni allocations régulières.

Nombre de services offerts

Des données fiables sur les cas n'étaient disponibles que pour les HSA. Sur base de la population cible nécessitant des services de gestion intégrée des cas en milieu communautaire (iCCM) et du nombre de HSA formés aux méthodes iCCM, chaque HSA a, en moyenne, fourni 29 traitements iCCM par mois. Cette fréquence permet aux HSA de maintenir leurs compétences et d'être évalués régulièrement.[13] Souvent, les nombres de services fournis variaient en fonction d'incitatifs non financiers tels que la supervision de soutien, la formation et la disponibilité des médicaments et des produits. Pour les IPCA, les données normatives sur les cas ont indiqué que près de 75 femmes par mois ont reçu des conseils sur la santé reproductive et 50 femmes par mois ont été aiguillées vers la clinique Tunza.

Enseignement retenu : les HSA, les IPCA et les cadres ASC bénéficiant d'un soutien régulier par le biais d'incitatifs financiers et non financiers sont régulièrement évalués et donc en mesure de maintenir leurs compétences et de fournir un grand nombre de services.

Estimation de la demande satisfaite

Pour calculer l'estimation de la demande satisfaite et l'utilisation des services fournis par les ASC, cette étude a examiné les estimations de population desservie et le nombre escompté de services pour chaque pathologie, sur la base des taux d'incidence par maladie. En raison de la disponibilité des données, une estimation de l'utilisation des services n'a été possible que pour les services fournis par les HSA. L'estimation de la demande satisfaite a été calculée en utilisant l'hypothèse que 40 pour cent de la population vit dans des zones difficiles à atteindre. Bien que ces estimations demandent à être révisées en utilisant des taux d'incidence sous-nationaux (en particulier pour les zones difficiles à atteindre), les HSA ont couvert plus de 100 pour cent des cas escomptés de diarrhée, de pneumonie et de paludisme chez les enfants (estimés à 17 pour cent de la population). Il n'a pas été possible de faire des calculs similaires pour les cadres bénévoles.

Enseignement retenu : au Malawi, les HSA soutenus par des salaires réguliers et du soutien non financier tels que la supervision et la formation, mènent des activités de santé curatives et préventives et parviennent à répondre à la demande pour des services de santé communautaires dans les zones difficiles à atteindre.

Qualité des services fournis par les ASC

Cette étude ne comprenait pas une évaluation en profondeur de la qualité des services fournis par les ASC ni de la qualité de la supervision et des formations. Au lieu de cela, les informateurs ont été interrogés sur des mécanismes d'amélioration de qualité tels que le respect des directives de traitement ainsi que l'utilisation de l'évaluation par les pairs, de la formation et des normes de rendement. Parmi les cadres ASC interrogés, seuls les HSA et les IPCA ont respecté des protocoles et des lignes directrices standards et signalé que ces outils leur ont permis de mieux comprendre leurs rôles et responsabilités. Les IPCA sont surveillés par des agents IPC qui assurent le suivi, la supervision et la rétroaction, pour évaluer la prestation IPC et renforcer la performance en conformité avec la stratégie globale d'IPC. Les CBDA et les bénévoles ont indiqué que la rétroaction de la communauté a influencé leur performance. Les COSAN ont effectué le suivi communautaire des services offerts par les HSA dans les dispensaires de village pour contrôler la qualité.

Enseignement retenu : l'utilisation des lignes directrices et des protocoles officiels, fréquente chez les HSA et les IPCA, peut contribuer à améliorer la qualité des services.

Discussion et recommandations

Cette étude démontre que l'offre d'incitatifs financiers et non-financiers a un impact sur la performance des ASC au Malawi. Les variations dans la conception des programmes des ASC et l'utilisation d'incitatifs ont une influence considérable sur la performance des ASC. Les expériences rapportées par les ASC au Malawi suggèrent les recommandations suivantes :

1. Les incitatifs financiers servent à motiver les ASC au Malawi. Toutefois, la régularité et le montant des compensations, que ce soit pour les salaires, les allocations ou les indemnités journalières (DSA), sont essentiels pour maintenir la motivation.
2. Les incitatifs non financiers tels que la formation et les possibilités d'avancement et de perfectionnement professionnel sont des motivateurs importants pour tous les types d'ASC. Ces incitatifs peuvent servir aussi bien à motiver les ASC qu'à renforcer les capacités. Ils devraient être inclus dans l'élaboration des programmes d'ASC, tant rémunérés que bénévoles.
3. Au niveau des utilisateurs finaux ou au niveau communautaire, les critères de couverture et de qualité doivent être systématiquement définis et inclus dans tous les rapports concernant les programmes de santé communautaire. Les données probantes du Malawi ont montré qu'une évaluation des performances des cadres ASC est possible lorsque ces données programmatiques sont disponibles (par exemple, grâce à une analyse de l'estimation de la demande satisfaite et de l'utilisation des services). Ce type de gestion des données peut offrir des possibilités pour évaluer la performance des ASC et revoir l'élaboration des programmes d'intervention.
4. Les agences d'exécution, les partenaires gouvernementaux et les donateurs qui appuient les programmes de santé communautaire doivent collaborer afin de normaliser les incitatifs offerts aux ASC. Les aspects programmatiques tels que formations, formulaires de rapports, fréquence des rapports, supervision, équipements et ressources disponibles pour le personnel de soutien et les superviseurs doivent être complémentaires. L'harmonisation et l'intégration des programmes aideront à réduire les coûts redondants et à améliorer la performance des ASC en renforçant l'utilisation des services ainsi que les capacités et la motivation des ASC.

Conclusions

L'objectif de cette étude était d'identifier et d'analyser l'impact des incitatifs sur la performance des ASC au Malawi. 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 entre les composantes du système de santé, il est important d'améliorer la planification des activités de santé communautaire et d'optimiser 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 tient à remercier Humphreys Nsona, Ernest Kaludzu, Madalitso Makhalira (tous employés du ministère de la Santé du Malawi), l'USAID/Malawi, MSH Malawi, et les agents de santé communautaire, le personnel des installations en charge, les membres des comités de santé de village et les bureaux régionaux de santé de Salima, Kasungu, Machinga, Mangochi et Mchinji.

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. Office national des statistiques. 2015. Malawi MDG Endline Survey 2014. Zomba, Malawi : Office national des statistiques.
5. Malawi : Challenges for Children. Save the Children. Accessible à partir de : http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.6150451/
6. Ministère de la Santé (MS) du Malawi. Malawi Child Health Strategy: For Survival and Health Development of under-five Children in Malawi. 2014-2020. Version de décembre 2013. Lilongwe, Malawi.
7. Ministère de la Santé (MS) du Malawi. National Community Health Volunteers Policy. Janvier 2015. Lilongwe, Malawi.
8. 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.
9. 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) emplois du temps, salaires, supervision, rapports et calendrier de réunions.
10. 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.
11. Incitatifs offerts aux agents de santé communautaire : Enseignement retenu et meilleures pratiques au Malawi. Rapport préparé par le projet African Strategies for Health (ASH) pour l'USAID. Septembre 2015.
12. cStock a été conçu en partenariat entre la chaîne logistique du projet de gestion des cas communautaire (SC4CCM) et le ministère de la Santé du Malawi, et a été mis en œuvre par le JSI Research and Training Institute, grâce à un financement de la Fondation Bill et Melinda Gates entre 2009-2015.
13. Les publications suggèrent que, pour maintenir leurs compétences, les ASC doivent voir au moins 10 cas par mois. Adapté de Collins D et al. "The costs of integrated community case management (iCCM) programs: a multi-country analysis." Journal of Global Health (2014): 4(2). doi: 10.7189/jogh.04.020407.

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.