

BASICS II

Les Agents de santé communautaire :

Effets des incitations et des désincitations
sur leur motivation, le maintien en poste et
la durabilité



Contributeurs

*Karabi Bhattacharyya
Karen LeBan*

*Peter Winch
Marie Tien*

Les Agents de santé communautaire :

Effets des incitations et des désincitations sur leur
motivation, le maintien en poste et la durabilité

Karabi Bhattacharyya

Peter Winch

Karen LeBan

Marie Tien

Résumé

Ce document examine l'expérience d'utilisation d'incitations diverses pour motiver et retenir les agents de santé communautaire (ASC) servant principalement comme bénévoles dans le cadre de programmes de santé et nutrition infantiles dans les pays en développement. Il formule des recommandations pour l'utilisation plus systématique d'incitations multiples, basée sur la compréhension des fonctions de différents types d'incitations, et souligne l'importance des relations entre ASC et communauté. Des études de cas de l'Afghanistan, du Honduras et de Madagascar illustrent l'utilisation efficace de différents types d'incitations pour retenir les ASC et appuyer les programmes ASC.

Citation recommandée

Karabi Bhattacharyya, Peter Winch, Karen LeBan et Marie Tien. *Agents de santé communautaire : Effets des incitations et des désincitations sur leurs motivation, maintien en poste et durabilité*. Une publication du Projet Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Projet de Soutien à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant) (BASICS II) pour l'USAID, Arlington, Virginia, octobre 2001.

Crédit photographique

Photo de couverture : Johns Hopkins Center for Communications Program (JHU/CCP)

BASICS II

BASICS II est un projet mondial pour la survie de l'enfant, financé par le Service Population, Santé et Nutrition du Bureau des Programmes Mondiaux, de l'Appui sur le Terrain et de la Recherche de l'USAID (Office of Population, Health and Nutrition of the Bureau for Global Programs, Field Support, and Research). BASICS II est géré par le Partenariat pour les Soins de Santé Infantile (Partnership for Child Health Care, Inc., sous le contrat n° HRN-C-00-99-00007-00. Les partenaires sont : "Academy for Educational Development", "John Snow, Inc.", et "Management Sciences for Health". Les sous-traitants sont notamment : "Emory University", "The Johns Hopkins University", "The Program for Appropriate Technology in Health", "Save the Children Federation, Inc." et "TSL".



Les idées et opinions exprimées ici ne sont pas ceux de l'USAID. Le document peut être reproduit à condition de bien mentionner les sources.

BASICS II

1600 Wilson Boulevard, Suite 300 • Arlington, Virginia 22209 USA

Tél : 703-312-6800 • Fax : 703-312-6900

E-mail : infoctr@basics.org • Site Web : www.basics.org

Table des Matières

Remerciements	v
Sigles	vii
Résumé Analytique	ix
Section 1	
ASC : Le contexte général	1
Contexte	1
Déperdition des effectifs dans les programmes ASC	2
Définition des mots clés	2
Les ASC et les soins de santé primaires généralisés	3
Les ASC dans le contexte de la réforme du secteur sanitaire	5
Les ASC et la PCIME Communautaire	6
Environnement politique et décentralisation	7
Section 2	
Méthodologie	9
Organisation de l'étude	9
Méthodologie	9
Section 3	
Qui sont les ASC et que font-ils ?	11
Caractéristiques des ASC	11
Responsabilités des ASC	11
Section 4	
Incitations et désincitations monétaires	15
L'argent comme incitation	15
Problèmes de l'utilisation de l'argent comme incitation	16
Les paiements en nature comme compromis efficace	18
Section 5	
Incitations et désincitations autres que monétaires	21
Supervision ou reconnaissance	21
Progrès et chances de promotion individuels	23
Formation	24
Appui par les pairs et réseaux ASC	27
Section 6	
Relations avec la communauté	29
Amélioration de rapports entre ASC et communautés	29
Sélection des ASC	30
Reconnaissance par la communauté du travail des ASC	31
Organisations communautaires appuyant le travail des ASC	33

Section 7	
Tout combiné : les incitations multiples	35
Modèle comportemental	35
Exemples d'incitations multiples	35
Section 8	
Conclusions et recommandations	41
Appui aux rapports des ASC avec la communauté	42
Utilisation d'incitations multiples	43
Faire correspondre les incitations avec les responsabilités	43
Employés ou bénévoles ?	44
Importance du suivi	44
Thèmes pour la recherche	45
Section 9	
Ouvrages de référence	47
Annexes	
Annexe 1 : Exemples d'utilisation d'incitations multiples	51
Annexe 2 : Questionnaire pour e-mails et premiers entretiens	57
Annexe 3 : Guide des entretiens pour les exemples de BASICS	59
Tableaux	
Tableau 1 : Autres appellations pour les ASC	2
Tableau 2 : Comparaison entre ASC et professionnels de la santé	5
Tableau 3 : Rôles des ASC dans la mise en œuvre des trois éléments du cadre de la PCIME Communautaire	8
Tableau 4 : Modèle de motivation	37
Tableau 5 : Incitations et désincitations pour les ASC selon une approche systèmes	38

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes d'avoir bien voulu apporter leurs commentaires sur les différentes ébauches de ce document : Renata Seidel, Mark Rasmuson, Rene Salgado, Marilyn Rice, Paul Ickx, Lisa Sherburne, Stephen Solat, Judianne McNulty, William Brieger, Eric Swedberg, Peter Gottert et Michael Favin. Pour certains exemples, nous avons eu des entretiens avec Adwoa Steel, Marcia Griffiths, Tina Sanghvi et Alfonso Contreras. L'exemple sur l'Afghanistan a été rédigé par Paul Ickx. Il convient également de remercier Wendy Hammond et Kathleen Shears qui ont revu le texte et Kathy Strauss pour la conception artistique et la mise en page.

Sigles

AASD	Agence adventiste de secours et de développement
AIN	Atencion Integral a la Niñez
AS	Agent sanitaire
ASB	Agent de santé de Barangay (Philippines) ou Agent de santé de bas (Afghanistan)
ASC	Agent de santé communautaire
ASCB	Agent de santé communautaire bénévole
ASV	Agent de santé villageois
CAS	Comités d'action sanitaire
CASP	Coopérative pour l'assistance et le secours partout
CS	Centre de santé
CSC	Centre de santé communautaire
CSV	Comité de santé villageois
IRA	Infection respiratoire aiguë
MC	Ménage et communauté
MS	Ministère de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PASSA	Projet appui au secteur de la santé en Afghanistan
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PES	Pont vers l'équipe de santé
PSC	Promoteur de santé communautaire
RVO	Réhydratation par Voie Orale
SFT	Sage-femme traditionnelle
SSC	Services du secours catholique
SSD	Service de santé du district
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international

Résumé analytique

Au cours des deux dernières décennies, de nombreuses études ont montré que les agents de santé communautaire (ASC) peuvent aider à réduire la morbidité et la mortalité dans certaines circonstances. Les programmes de santé ont recruté et formé ces travailleurs essentiellement bénévoles pour mener diverses activités de promotion de la santé, de prise en charge des cas de cas et de prestation de services au niveau communautaire. Les ASC peuvent servir de pont entre les professionnels de la santé et la communauté et aussi aider les communautés à identifier et à se pencher sur leurs propres besoins en matière de santé. Ils peuvent fournir aux gestionnaires des systèmes de santé des informations auxquelles ils n'auraient jamais accédé autrement et aussi encourager les travailleurs du système sanitaire à comprendre les besoins de la communauté et y répondre. Les ASC peuvent contribuer à la mobilisation des ressources communautaires, se faire les avocats de la communauté et renforcer les capacités locales.

L'environnement général de la santé publique au niveau international a connu un changement radical avec la réforme du secteur de la santé et la décentralisation. Les administrations locales ont une autonomie et une autorité accrues pour développer et financer les solutions appropriées aux problèmes de santé de leurs localités. Dans les programmes de survie de l'enfant, l'approche de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) est en train de changer la façon dont les enfants malades sont pris en charge et l'organisation des services de santé. Ces changements considérables créent de nouvelles opportunités pour les programmes utilisant des agents de santé communautaire, et le moment est crucial pour examiner l'expérience du passé et tirer des leçons pour l'avenir.

L'un des problèmes les plus critiques pour les programmes ASC, est le taux élevé de

déperdition des effectifs. On signale des taux de déperdition situés entre 3,2 et 77%. Des taux plus élevés sont en général associés au volontariat. Ces taux élevés ont pour conséquence le manque de continuité dans les relations entre ASC et communautés, l'augmentation des coûts liés à la sélection et la formation des ASC et les opportunités manquées de tirer parti de l'expérience acquise. En fait, l'efficacité même du travail des ASC dépend en général de leur durée à leur poste.

Ce document examine l'expérience de diverses incitations pour les ASC et leur incidence sur le maintien en poste de ces derniers ainsi que la durabilité des programmes ASC. Il passe en revue les types d'incitations nécessaires pour motiver la participation, retenir les ASC à leur poste après leur formation et maintenir leurs performances à des niveaux acceptables. Bien qu'il y ait des leçons importantes à tirer des autres agents de développement communautaire, ce document se focalise principalement sur les agents communautaires qui fournissent un type quelconque de service de santé ou de nutrition.

Organisation du Document

Ce document est présenté en sections comme suit : la Section 1 discute le contexte des programmes ASC, y compris les changements introduits par la réforme du secteur de la santé et l'approche de la PCIME. La Section 2 décrit les objectifs et la méthodologie de l'étude. La Section 3 examine les principales caractéristiques des ASC et donne une vue d'ensemble de leurs nombreuses fonctions. La Section 4 examine les diverses façons pour l'argent d'être aussi bien une incitation qu'une désincitation et passe en revue les incitations en nature. La Section 5 étudie quelques-unes des autres caractéristiques du programme pouvant inciter

les ASC à continuer leur travail, parmi lesquelles leurs relations avec les autres membres du personnel de santé, leur sens de la promotion et de l'accomplissement de l'individu, leurs possibilités de formation et le soutien mutuel par les pairs. La Section 6 examine les relations capitales entre les ASC et leurs communautés. La Section 7 examine comment l'utilisation d'incitations multiples peut aider à retenir les ASC à leur poste et la Section 8 contient les conclusions et recommandations.

Conclusions

La conclusion la plus importante de cette étude est qu'il n'y a peut-être pas de paquet bien ficelé contenant trois incitations pour garantir la présence d'ASC motivés et qui vont continuer à travailler pendant des années. Il y a plutôt une série complexe de facteurs qui influent sur la motivation et la déperdition des effectifs des ASC, et la façon dont ces facteurs agissent varie considérablement d'un endroit à un autre. Cependant, les planificateurs de programmes peuvent se servir des nombreuses expériences de la communauté de la santé publique dans le domaine des programmes ASC. Nous présentons ensuite un résumé des principales conclusions de l'étude.

Les ASC n'existent pas dans le vide. Ils font partie intégrante de l'environnement politique et culturel plus large dans lequel ils opèrent et qui influe sur eux. Le processus de réforme du secteur sanitaire, l'adoption de la stratégie de la PCIME et les progrès accomplis par les programmes de nutrition communautaire ont suscité un regain d'intérêt pour la contribution potentielle des ASC. La réforme du secteur de la santé a modifié la structure d'encadrement des systèmes de santé et donné plus d'autonomie aux formations sanitaires périphériques. Elle a aussi décentralisé le contrôle des fonds, permettant ainsi une plus grande flexibilité dans les dépenses pour divers types d'incitations aux ASC. La stratégie de la PCIME comporte un programme de formation

sur l'évaluation et le traitement des maladies infantiles bénignes et modérées. Cette formation permet aux ASC de jouer un rôle curatif, ce qui correspond à la demande habituelle des communautés. Les politiques de distribution d'antibiotiques et d'antipaludéens par les ASC peuvent avoir d'énormes effets sur leurs relations avec les communautés.

La motivation et le maintien en poste des ASC dépendent de ce qu'ils sont dans le contexte de la communauté. Les caractéristiques intrinsèques des ASC telles que l'âge, le sexe, l'ethnie et même la situation économique influenceront sur la façon dont ils sont perçus par les membres de la communauté et sur leur capacité à fournir un travail efficace.

Au niveau micro, les tâches et responsabilités spécifiques des ASC ont une incidence sur leur motivation et leur maintien en poste. Lorsqu'on leur assigne trop de tâches, les ASC se sentent submergés d'informations ou peuvent passer tellement de temps à se former qu'ils mettent rarement en pratique ce qu'ils ont appris. Souvent, leur zone d'intervention est trop vaste et comporte trop de ménages, d'où la difficulté de consacrer du temps à visiter tous les ménages ou de trouver des moyens de transport pour s'y rendre. Beaucoup d'ASC sont limités à des rôles de prévention et de promotion, ce qui ne leur permet pas de répondre aux demandes de soins curatifs de la communauté (et en général de médicaments)

Les incitations monétaires peuvent accroître le maintien en poste. Les ASC sont des personnes démunies qui cherchent à subvenir aux besoins de leurs familles. Cependant, les incitations monétaires créent souvent d'innombrables problèmes car il peut arriver que l'argent ne soit pas suffisant ou versé régulièrement, ou que les versements cessent complètement. Les incitations monétaires peuvent également créer des problèmes chez les différentes catégories d'agents de développement qu'ils soient rémunérés ou pas. Cependant, il y a quelques

expériences réussies des programmes payant des ASC. Beaucoup de programmes ont fait un usage efficace des incitations en nature.

Les incitations autres que monétaires sont d'une importance vitale pour la réussite d'un programme ASC quel qu'il soit. Les ASC ont besoin de sentir qu'ils font partie intégrante du système de santé grâce à une supervision formative et une formation appropriée. Des choses relativement insignifiantes, telles que le port d'un badge, peuvent leur donner un sentiment de fierté au travail et rehausser leur statut au sein de leurs communautés. Des outils de travail appropriés tels que des cartes-conseils et un renouvellement régulier des stocks peuvent contribuer à faire en sorte que les ASC se sentent compétents pour accomplir leur travail. Le soutien par les pairs peut revêtir plusieurs formes, telles que le travail régulier avec un ou deux autres ASC, des recyclages fréquents, ou même des associations d'ASC.

En fin de compte, l'efficacité de l'ASC se résume à ses relations avec la communauté. Les programmes doivent faire tout leur possible pour renforcer et appuyer cette relation. Tout d'abord, il faut que les planificateurs de programmes reconnaissent la complexité sociale des communautés, et que les communautés ne sont pas toutes les mêmes. Des communautés différentes auront besoin de différents types d'incitations, en fonction de l'existence d'autres opportunités de travail, de leur expérience préalable des ASC, de leur situation économique, et cætera. Malheureusement, il y a très peu d'expériences ou de conseils sur le meilleur moyen de distinguer les communautés. Il est important de faire participer les communautés à tous les aspects du programme ASC, mais surtout à l'établissement des critères de sélection des ASC et à la sélection finale. Les programmes peuvent fournir des opportunités pour des résultats rapidement visibles et qui vont contribuer à la reconnaissance par la communauté du travail des ASC. Il faut que les ASC soient formés à interagir d'une

manière appropriée et respectueuse avec tous les membres de la communauté et à réagir face à des personnes ou des situations difficiles. Les organisations à base communautaire telles que les groupes religieux ou les foyers de jeunes, peuvent soutenir les ASC et leur alléger considérablement la tâche en se chargeant des activités d'éducation sanitaire.

Beaucoup de programmes réussis utilisent avec le temps des incitations multiples pour motiver les ASC. Un effort systématique qui planifie les incitations multiples au fil du temps peu développer chez les ASC un sentiment durable de satisfaction et d'accomplissement.

Recommandations

Appuyer les relations entre les ASC et la communauté.

Il est surprenant de noter qu'on oublie souvent le fait que l'efficacité du travail de l'ASC dépend presque entièrement de ses relations avec la communauté. Nombre de programmes sont essentiellement axés sur la formation en milieu hospitalier, les listes de contrôle pour la supervision et la logistique (qui sont toutes extrêmement importantes), au détriment des activités qui favorisent les relations avec la communauté. Quant aux programmes efficaces, ils ont toujours été, d'une manière implicite ou explicite, entièrement axés sur l'appui à toutes les interactions entre ASC et membres des communautés ainsi que le renforcement de celles-ci. Ces efforts sont amplement illustrés dans le document par des exemples allant de la reconnaissance publique du travail des ASC par les superviseurs aux moyens de travail qui favorisent le dialogue permanent entre membres de la communauté et ASC. Les programmes doivent constamment chercher à savoir ce qui peut être fait pour favoriser des interactions bénéfiques.

Utiliser des incitations multiples.

Dans la plupart des programmes examinés, les incitations ont été appliquées

Incitations et désincitations pour les ASC selon une approche systèmes

	<i>Incitations</i>	<i>Désincitations</i>
Facteurs monétaires motivant l'ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rémunération satisfaisante / Incitations matérielles / Incitations financières ■ Possibilité d'emploi salarié à l'avenir 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rémunération faible ■ Changements des incitations tangibles ■ Répartition inéquitable des incitations parmi les différents types de travailleurs communautaires
Facteurs autres que monétaires motivant l'ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Respect et reconnaissance du travail de l'ASC par la ■ Acquisition de compétences appréciées ■ Progrès personnels et réalisation de soi ■ Accomplissement ■ Soutien par les pairs ■ Associations d'ASC ■ Identification (badge, chemise) et outils de travail ■ Statut au sein de la communauté ■ Traitement de faveur ■ Horaires flexibles et minimums rôle bien défini 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personne venant de l'extérieur de la communauté ■ Stages de recyclage inadéquats ■ Encadrement inadéquats ■ Demandes/contraintes de temps excessives ■ Manque de respect de la part du personnel de la formation sanitaire
Facteurs communautaires motivant l'ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Participation de la communauté à la sélection des ASC ■ Organisations communautaires appuyant le travail des ASC ■ Participation de la communauté à la formation des ASC ■ Systèmes d'information communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mauvaise sélection des ASC ■ Pas de participation communautaire à la formation, la sélection et l'appui aux ASC
Facteurs encourageant les communautés à appuyer et maintenir les ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Changements visibles ■ Contribution au renforcement des pouvoirs de la communauté ■ Associations d'ASC ■ Réussites dans l'orientation des patients vers les formations sanitaires compétentes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rôle et attentes pas bien définis (soins préventifs contre soins curatifs) ■ Mauvais comportement des ASC ■ Non prise en compte des besoins de la communauté
Facteurs motivant le personnel des MS à appuyer et maintenir les ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Politiques/législation appuyant les ASC ■ Changements visibles ■ Financement public et/ou communautaire des activités d'encadrement 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnel et approvisionnement insuffisants

de façon ponctuelle plutôt que comme partie intégrante d'un programme systématique. Il serait utile d'identifier les fonctions de chacune des incitations utilisées pour comprendre quelles sont les fonctions critiques et comment celles-ci peuvent varier, en se fondant sur le rôle des ASC et le type de communauté. Les incitations intrinsèques contribuent à créer le sentiment que le travail vaut la peine d'être effectué, alors que les incitations extrinsèques comprennent le salaire et l'élévation du statut au sein de la communauté et aux yeux des collègues. Il est évident que les incitations intrinsèques aussi bien que les incitations extrinsèques doivent être appliquées et suivies. Le tableau de la page xi donne la liste des incitations pour les ASC, et aussi des principales désincitations mentionnées dans la littérature et à travers des communications personnelles, le tout organisé selon une approche système qui permet à la personne désireuse de les appliquer d'envisager ce qu'il est possible de faire pour appuyer un ASC à différents niveaux du système.

Faire varier les incitations basées sur les responsabilités des ASC.

Les ASC continuent à jouer un rôle important dans de nombreux programmes internationaux de soins de santé primaires. Tout en poursuivant leurs tâches de prévention et de mobilisation de la communauté, les ASC interviennent de plus en plus dans la prise en charge des cas au niveau communautaire des maladies infantiles très répandues. Le cadre de la PCIME-Communauté définit trois éléments de mise en œuvre et décrit les différents types de communautés où ces éléments sont appropriés. Le rôle des ASC, et par conséquent les incitations à utiliser, varieront d'un élément à l'autre.

Les ASC sont-ils des bénévoles ou des employés ?

En général, les ASC ne perçoivent pas de salaire parce que les MSP ou les bailleurs de fonds ne considèrent pas les salaires comme

durables. Cependant les ASC sont souvent tenus pour responsables et supervisés comme s'ils étaient des employés. Les programmes ASC doivent reconnaître que les ASC sont des *bénévoles*, même s'ils reçoivent de petites incitations monétaires ou autres. Ils offrent volontairement leur temps pour servir la communauté.

Continuer à comprendre votre programme.

Beaucoup de programmes ne comprennent pas pourquoi leurs ASC les quittent. Les programmes gagneraient beaucoup à suivre quelques-uns des facteurs les plus importants qui ont un effet sur la motivation de l'ASC et sur son désir de conserver son travail. Les responsables de programmes doivent suivre les progrès de la « concurrence » : quels autres emplois et opportunités existe-t-il pour les ASC ? Lorsque de nouvelles tâches ou fonctions sont ajoutées, les programmes doivent évaluer la façon dont les ASC gèrent leur surplus de travail. Comment interagissent les membres de la communauté et les ASC ? Quelles sont les demandes des membres de la communauté aux ASC ? Comment les superviseurs et autres membres du personnel du système sanitaire traitent-ils les ASC ? Est-ce que les ASC ont la formation et les outils nécessaires pour être efficaces et se sentir compétents dans leur travail ? Quelles incitations monétaires et autres seraient nécessaires pour accroître leur motivation et appuyer leur travail ?

Nécessité d'intensifier les recherches.

La question de savoir comment maintenir un programme ASC de longue durée et retenir les travailleurs requiert davantage de recherches. Il est malheureux de constater que malgré la grande expérience des ASC, il existe relativement peu de preuve scientifique pour répondre à quelques-unes des questions fondamentales suivantes : Quels sont les taux de déperdition actuels ? Quels sont les taux de déperdition réalistes ? Quel est le moyen le plus efficace pour suivre les programmes ASC ? Quels sont les meilleurs

moyens de réduire la déperdition et d'accroître le maintien en poste des ASC ? Quelles stratégies financières pour rémunérer les ASC d'une manière régulière et durable ? Quelles fonctions essentielles sont remplies par les différentes incitations ? Quelles sont les différences les plus importantes entre les communautés et qui ont un effet sur les programmes ASC, et quelle est la meilleure façon d'évaluer ces différences ? Comment les planificateurs peuvent-ils adapter de façon efficace leurs programmes aux besoins locaux ?

ASC : Le contexte général

Le concept d'agents de santé communautaire (ASC) n'est pas nouveau. Les programmes de santé recrutent et forment depuis plusieurs dizaines d'années des ASC pour mener diverses activités de promotion de la santé, de prise en charge des cas et de fourniture de services au niveau communautaire. Les ASC peuvent servir de pont entre le personnel de santé professionnel et la communauté et aussi aider les communautés à identifier et à se pencher sur leurs propres besoins en matière de santé. Ils peuvent fournir aux gestionnaires des systèmes de santé des informations auxquelles ils n'auraient peut-être jamais pu accéder autrement et aussi encourager tous les travailleurs du système de santé à comprendre les besoins de la communauté et à y répondre. Les ASC peuvent contribuer à la mobilisation des ressources de la communauté, se faire les avocats de la communauté et renforcer les capacités locales (Centre pour des politiques alternatives 1998).

Contexte

Pour beaucoup de praticiens de la santé cependant, notamment les agences financières, le concept d'ASC est un échec. L'efficacité des ASC en tant qu'agents de changement et la faisabilité de la mise en œuvre et la durabilité de programmes ASC à grande échelle ont toutes deux été remises en question. Après avoir été initialement vantés comme une composante clé de la stratégie de la Santé pour Tous d'ici à l'An 2000, les programmes ASC ont rarement réussi à répondre aux attentes d'un mouvement populaire dynamique.

En dépit de cette perception, les programmes ASC valent la peine d'être examinés. Au cours des deux dernières décennies, plusieurs études ont montré que les ASC peuvent contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans certaines circonstances. L'environnement général de la

santé publique au niveau international a connu un changement radical avec la réforme du secteur de la santé et la décentralisation, ce qui a donné aux administrations locales une autonomie et une autorité accrues pour développer et financer les solutions appropriées aux problèmes de santé de leurs localités. Dans les programmes de survie de l'enfant, l'approche de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant a créé un changement de paradigme dans la prise en charge des enfants malades et l'organisation des services de santé. Et avec l'avènement de la composante communautaire de la PCIME, l'on s'est tourné vers les ASC comme agents communautaires efficaces ayant un rôle à jouer dans la prévention des maladies, la promotion de comportements sains et, dans certains endroits, la prise en charge des enfants malades.

Ces changements radicaux du contexte de la santé publique ont créé de nouvelles opportunités pour les programmes ASC. C'est le moment crucial d'examiner les expériences du passé et d'en tirer des leçons pour l'avenir. Bien qu'il puisse y avoir des enseignements importants à tirer des autres agents de développement communautaire, ce document se focalise principalement sur les travailleurs communautaires qui fournissent un type quelconque de service de santé ou de nutrition.

Les programmes ASC sont confrontés à de nombreux problèmes, notamment l'inadéquation de la formation et de la supervision, le manque d'approvisionnements et de mauvaises relations avec les communautés. L'un des éléments les plus frustrants de nombreux programmes ASC est leur taux élevé de déperdition. Ce document examine des expériences récentes de programmes ASC afin de déterminer les facteurs favorisant une forte motivation et un faible taux de déperdition. L'identification de ces incitations aidera les planificateurs de programmes à développer des programmes ASC durables.

Déperdition des effectifs dans les programmes ASC

La littérature fait état de taux de déperdition des ASC allant de 3,2 à 77%, les taux les plus élevés étant généralement associés au bénévolat (Walt 1989). Une étude (Parlato et Favin 1982) a trouvé des taux de 30% sur une période de neuf mois au Sénégal et de 50% sur une période de deux ans au Nigeria. Les ASC dépendant du financement communautaire ont un taux de déperdition double de celui des agents rémunérés sur des fonds publics. Aux Iles Salomon, la déperdition a été attribuée à de multiples causes qui s'ajoutent aux mauvais salaires, notamment les raisons familiales, le manque d'appui de la communauté et l'amélioration des postes de santé (Chevalier 1993).

Les taux élevés de déperdition créent plusieurs problèmes. Les rotations fréquentes des ASC entraînent un manque de continuité dans les relations établies entre ASC,

communauté et système de santé. Un investissement considérable est fait dans chaque ASC, et les coûts du programme pour l'identification, le filtrage, la sélection et la formation des ASC augmentent avec les taux élevés de déperdition. Lorsque les ASC quittent leurs postes, cela fait perdre l'opportunité d'utiliser leur expérience et de continuer à développer leurs compétences par des stages de recyclage. L'efficacité même du travail des ASC dépend généralement de leur maintien en poste.

Définition des mots clés

Agents de santé communautaire

Depuis que le rôle des ASC a été reprecisé par la Conférence d'Alma Ata de 1978, il y a eu plusieurs variations et définitions de ce terme. Les rôles et responsabilités spécifiques des ASC varient largement d'un pays à l'autre, selon l'accès des individus aux soins de santé et la présence d'autres catégories de travailleurs de la santé. Le Tableau 1 montre la grande diversité des appellations utilisées pour les ASC. Dans ce rapport, le terme ASC se réfère à toutes ces appellations, l'utilisation des appellations locales renvoyant à des exemples précis.

Walt (1998) donne la définition suivante des ASC :

... habitants généralement natifs de la localité ayant reçu une formation limitée pour fournir aux mères des communautés environnantes des services spécifiques élémentaires en matière de santé et de nutrition. Ils sont supposés rester dans leur village ou quartier d'origine et travailler seulement à temps partiel comme agents de santé. Ils peuvent être bénévoles ou salariés. Toutefois, ce ne sont généralement pas des fonctionnaires ou des employés qualifiés du ministère de la Santé.

Il faut faire une distinction entre les ASC et les autres professionnels de la santé pour

expliquer le rôle unique et les qualifications des ASC. L'exemple du Tableau 2 provenant de l'Amérique latine est une comparaison entre deux groupes d'agents sanitaires—les professionnels et les bénévoles. Cette comparaison s'applique dans la plupart des autres pays et régions du monde.

Beaucoup de définitions de l'ASC reflètent aussi les attentes quant à son rôle. Par exemple, il doit « ...être membre de la communauté dans laquelle il travaille ; être choisi par la communauté ; être responsable devant la communauté pour toutes ses activités ; être appuyé par le système sanitaire mais pas forcément faire partie de

ce système ; et avoir une formation plus courte que celle des professionnels » (Frankel 1992). Les ASC fournissent généralement des services à des personnes vivant dans des zones d'intervention précises, qui sont le plus souvent les zones où ils habitent eux-mêmes.

Autres définitions

Les définitions et postulats suivants des concepts clés d'*incitations*, *motivation*, *maintien en poste* et *durabilité* des ASC sont utilisées dans tout le document.

Incitations : Facteurs positifs ou négatifs, intrinsèques ou extrinsèques, qui influencent la motivation et le bénévolat des ASC (Note : ce document met l'accent sur les incitations qu'on peut examiner dans le cadre d'un programme).

Motivation : Désir de servir et de fournir un travail efficace d'ASC

Maintien en poste : Période d'activité d'un ASC pendant laquelle il effectue des tâches appropriées de soins de santé primaires

Durabilité : Système continu de recrutement, formation et supervision d'une catégorie de bénévoles à même de satisfaire les besoins des individus ou groupes d'une communauté ou d'un district en matière de soins de santé

Tableau 1. Autres appellations pour les ASC

Appellation	Pays
Activista	Mozambique
Anganwadi	Inde
Animatrice	Haïti
Barangay health worker	Philippines
Basic health worker	Inde
Brigadista	Nicaragua
Colaborador voluntario	Guatemala
Community health agent	Ethiopie
Community health promoter	Zambie
Community health representative	Divers pays
Community health volunteer	Malawi
Community nutrition worker	Inde
Community resource person	Ouganda
Female multipurpose health worker	Népal
Health promoter	Divers pays
Kader	Indonésie
Monitora	Honduras
Outreach educator	Divers pays
Promotora	Honduras
Rural health motivator	Swaziland
Sevika	Népal
Village health helper	Kenya
Village health worker	Divers pays

Les ASC et les soins de santé primaires généralisés

A la Conférence d'Alma Ata de 1978, les ASC ont été identifiés comme étant l'une des pierres angulaires des programmes de soins de santé primaires. Selon cette Conférence, les ASC sont tout à fait capables de fournir des services de santé équitables à des populations vivant dans des zones reculées

et d'aider à satisfaire la demande de services de santé courants dans de nombreux pays. Ces agents pourraient régler les problèmes d'accès réduit aux soins de santé et de coût élevé des consultations, et aussi réduire les barrières sociales et culturelles aux soins de santé. Tout en menant des interventions techniques et éducatives simples, les ASC pourraient également servir de point d'entrée dans les facteurs culturels, environnementaux, politiques et sociaux plus larges, qui influent sur la santé. Ils pourraient être des agents de changement, stimulant la participation communautaire dans le cadre d'efforts tendant à résoudre les facteurs de risque de maladies (Frankel 1992). En d'autres termes, les ASC passaient pour être la baguette magique des soins de santé primaire.

Après Alma Ata, beaucoup de pays ont démarré des programmes visant à élargir les initiatives ASC locales à l'échelon national. Cependant, dès le début des années 1990, l'enthousiasme des ministères de la santé et des bailleurs de fonds pour les ASC a commencé à tomber pour des raisons diverses.

- Les pays ne pouvaient pas reproduire et élargir les programmes ASC tout en conservant le niveau initial d'altruisme, d'engagement et d'efficacité.
- Le mouvement des médecins aux pieds nus en Chine, qui pour beaucoup était le modèle même de l'extension des programmes ASC, s'est affaibli tant du point de vue de son rayon d'action que de son efficacité, à la suite des réformes économiques et de la conversion de presque tout le secteur de la santé au modèle de services payant.
- Les tentatives de création d'une approche universelle (existant en modèle unique) des programmes ASC ont débouché sur des programmes et approches dépourvus de flexibilité.
- L'utilisation des mass média et du marketing social a semblé plus rentable

que celle des ASC pour promouvoir des changements dans les comportements en matière de santé au niveau national.

- Il y a eu des tentatives de renforcement des compétences des pourvoyeurs de soins de santé existant au niveau de la communauté (pharmaciens, médecins privés, guérisseurs traditionnels) plutôt que de créer de nouvelles catégories d'agents de santé qui pourraient cesser leurs activités une fois les fonds épuisés.
- L'utilisation des ASC comme agents pour des programmes verticaux spécifiques, par exemple la diarrhée et le paludisme, a réduit les avantages de l'approche holistique et a souvent débouché sur des formations multiples, entraînant une réduction du temps de travail effectif.

Malgré toutes ces contraintes, il est prouvé que les ASC peuvent réduire la morbidité et la mortalité dans certaines conditions et par conséquent assurer des services décentralisés que les ministères de la santé ne pourraient peut-être pas fournir autrement. En Egypte, la mortalité infantile a été réduite de 40 % avec la distribution de solutions de réhydratation par voie orale (RVO) dans les foyers, contre 15 % lorsqu'elles étaient disponibles uniquement en pharmacie (Parlato et Favin 1982). Au Népal, où les ASC ont reçu des antibiotiques et ont été formés à diagnostiquer la pneumonie, une évaluation a montré que la prise en charge des cas par les ASC était correcte à 80 % (Dawson et al. 2001). En Equateur, il est ressorti d'une étude que les ASC étaient beaucoup plus rentables que les agents des hôpitaux dans la vaccination des enfants (San Sebastian et al. 2001). Parmi les populations ayant un accès limité aux soins de santé de base, les ASC peuvent faciliter l'orientation des patients vers les structures sanitaires compétentes. Il est de plus en plus évident que les programmes.

ASC constituent un moyen approprié de s'attaquer au problème d'équité chez les populations mal desservies, et aussi

Tableau 2 : Comparaison entre ASC et professionnels de la santé

<i>Aides-Infirmiers ou techniciens de santé (personnel de santé qualifié)</i>	<i>Promoteurs de la santé ou agents de santé villageois (bénévoles appartenant à la communauté)</i>
<ul style="list-style-type: none">■ Etudes primaires plus 1 à 2 années de formation■ N'appartiennent pas à la communauté■ Employés à temps plein■ Salaire généralement versé par le programme (et non par la communauté)	<ul style="list-style-type: none">■ Trois années d'études primaire plus 1 à 6 mois de formation■ Appartiennent à la communauté■ Employés à temps partiel■ Reçoivent de l'aide des travailleurs agricoles ou toute autre aide de la communauté■ Peuvent être des guérisseurs traditionnels

Source : Walt 1988

d'accroître l'efficacité des programmes. Deux études d'impact menées en Colombie indiquent que les programmes réduits (couvrant un quartier, une municipalité, un district ou un groupe ethnique) développés à travers la participation communautaire, sont plus efficaces que les programmes plus vastes pour modifier les comportements liés à la santé (Quinones 1999). Aux côtés d'autres personnes-ressources de la communauté, les ASC peuvent jouer un rôle crucial dans la promotion des comportements clés en matière de prévention et de traitement.

S'il est possible que les ASC ne soient pas appropriés pour toutes les situations, on ne saurait les écarter en tant qu'option programmatique. Les approches mass média et marketing social ne peuvent à elles seules apporter les d'interactions nécessaires pour induire des changements profonds de comportements complexes en matière de santé. Par exemple, si les média peuvent promouvoir la consommation d'aliments riches en vitamines A, les ASC, eux, peuvent travailler avec les familles pour élaborer des recettes et utiliser les produits alimentaires locaux. De même, les approches exclusivement basées sur le secteur privé pourraient avoir un impact limité là où les points de vente sont rares. Il faut continuellement négocier des comportements sains afin que les familles les appliquent à

leur propre situation. Les ASC peuvent constituer un moyen pratique et efficace d'y parvenir dans la plupart des situations.

Les ASC dans le contexte de la réforme du secteur sanitaire

Dans la plupart des pays d'Afrique et du monde, il y a actuellement une réforme du secteur de la santé qui procède à une réorganisation totale de ce secteur. En général, la réforme du secteur de la santé comprend la décentralisation, la fin de la gratuité pour un certain nombre de services, des programmes intégrés de soins de santé et la coordination par les bailleurs de fonds.

L'accent mis sur la réforme et la décentralisation du secteur de la santé a suscité un regain d'intérêt pour les moyens d'étendre la couverture à des zones mal desservies et aussi d'accroître la participation locale à la prise de décisions concernant les prestations des services de santé. Les problèmes auxquels se trouvent confrontés les services de santé sont illustrés dans une récente étude des services de santé au Burkina Faso (Bodart et al. 2001). L'étude documente la baisse constante du recours aux services curatifs, un net parti pris pour les zones urbaines dans les dépenses publiques de santé et le coût élevé des soins aux malades. Les décideurs se demandent comment régler ces questions ainsi que d'autres pour améliorer l'accès des

populations mal desservies aux soins de santé. La réforme du secteur de la santé, qui comprend la décentralisation des systèmes civils et sanitaires, constitue une opportunité nouvelle de revitaliser les programmes ASC et de développer des solutions locales aux incitations pour les ASC.

Les rôles et tâches des ASC varient selon le district et la communauté et les types d'incitations nécessaires pour appuyer ces tâches doivent également être spécifiques à la localité. Dans le cadre du mouvement de décentralisation des services de santé, les ministères de la santé et les agences donatrices se tournent de plus en plus vers les Organisations non-gouvernementales (ONG)¹ comme partenaires naturels pour l'extension de la couverture et des interventions à une plus grande échelle. Les ASC jouent souvent un rôle clé dans les actions des ONG aux niveaux du village et du district.

Etant donné que les programmes financés par les gouvernements peuvent fréquemment changer ou disparaître au gré des changements d'administration, de nombreux programmes ASC à grande échelle financés par les gouvernements n'ont pas été soutenus dans le long terme (Frankel 1992). Le cadre décentralisé offre de nouvelles opportunités d'appui et de motivation des ASC. Les gouvernements qui ont délégué la prise de décision et l'autorité locales aux districts, municipalités et villages semblent avoir du succès dans l'application flexible des directives générales du gouvernement pour satisfaire leurs besoins en matière de santé. Des lois et des politiques appropriées peuvent aider les ASC à s'organiser, à se maintenir en poste et à pérenniser le système. Deux exemples sont examinés à la page 6.

Les ASC et la PCIME Communautaire

En 1995, l'OMS et l'UNICEF ont lancé la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant La PCIME est une approche intégrée de l'évaluation, la classification et la prise en charge des enfants malades combinant les aspects nutrition, vaccination, prévention des maladies et promotion de la croissance et du développement. La stratégie s'attaque aux maladies et aux problèmes de santé qui sont la cause de la plupart des décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans, et sur le fait que les causes des maladies de ces enfants sont souvent multiples. La PCIME fait en sorte qu'un enfant amené dans un centre de santé pour cause de diarrhée soit aussi traité pour le paludisme ou la pneumonie si nécessaire.

Jusqu'à une époque récente, la PCIME mettait l'accent sur l'amélioration des systèmes de santé (y compris la disponibilité des médicaments) et les compétences des agents de santé pour évaluer, classer et traiter les enfants de façon adéquate. En 1997, la composante familiale et communautaire (HH/C) de la PCIME a été lancée (Lambrechts et al. 1999). Un cadre a été défini pour la planification et la mise en œuvre de la PCIME Communautaire (Steinwand 2001 ; Winch et al. 2001). Il comprend les trois éléments suivants :

1. Amélioration des partenariats entre les structures et services de santé et les communautés qu'elles desservent
2. Amélioration des informations et des soins appropriés et accessibles par le biais des agents communautaires
3. Intégration de la promotion des pratiques familiales clés essentielles pour la santé et la nutrition de l'enfant.

1. Le terme ONG fait ici référence aux organisations privées bénévoles basées aux Etats-Unis et à leurs partenaires locaux et internationaux non-gouvernementaux.

Ces trois éléments doivent être mis en œuvre en intervenant sur plusieurs secteurs (une « plate-forme multisectorielle ») pour prendre en compte les facteurs sociaux, économiques et environnementaux facilitant ou empêchant l'adoption de comportements familiaux clés. Chacun de ces éléments aborde un point d'influence crucial pour les soins de santé infantile appropriés. A chaque point d'influence, les ASC participent souvent à la fourniture de services et de messages et à la mobilisation de la communauté (Tableau 3).

Le rôle des ASC varie en fonction de la stratégie choisie pour mettre en œuvre chaque élément approprié pour une situation spécifique. Cependant, il est évident qu'il faut impérativement un certain type d'ASC pour la réussite de la PCIME Communautaire. La mise en œuvre de la composante communautaire de la PCIME exige une certaine catégorie d'agents pour fournir les services nécessaires aux zones périphériques, promouvoir la bonne santé et un bon état nutritionnel, prévenir les maladies infantiles et relier les communautés aux structures sanitaires qui peuvent être sous-utilisées. Bien qu'on puisse trouver un certain type de praticiens privés même dans les zones les plus reculées, l'approche des services payants ne se prête ni aux services préventifs ni aux interventions dans le domaine de la nutrition. Des organismes tels que l'Organisation Pan Américaine de Santé (PAHO) sont donc en train de promouvoir les ASC comme point d'entrée pour la mise en œuvre de la PCIME Communautaire.

Environnement politique et décentralisation

L'environnement général de la politique de santé peut avoir un impact radical sur les programmes ASC. En Indonésie, le système kader a survécu grâce à la tradition du bénévolat et à l'appui du PKK, une organisation nationale des épouses des leaders politiques (Favin 2001). Au Mozambique, les membres de la communauté qui étaient heureux de faire du bénévolat sous

le régime socialiste, exigent désormais des incitations monétaires avec le passage au capitalisme (Favin 2001). Les politiques déterminent souvent qui est éligible au statut d'ASC et si les ASC peuvent administrer des antibiotiques ou recevoir des incitations monétaires. Avec la réforme du secteur de la santé, certains ministères de la Santé sont en train de restructurer leurs programmes ASC. Voici deux exemples de cette restructuration.

En 1995, le gouvernement philippin a promulgué la Barangay Health Workers Act, une loi qui accordait des avantages et des incitations aux agents de santé *barangay* (BHW) accrédités. La loi prévoyait des dispositions telles que l'indemnité de subsistance, les programmes d'enrichissement des carrières, la comptabilisation des années de soins de santé primaire, des programmes de formation spéciale et l'accès préférentiel au crédit. L'expérience d'une campagne pilote de plaidoyer a montré qu'avec une information et une motivation adéquates, les services de l'administration locale acceptaient de fournir un appui financier et logistique, comprenant des indemnités de transport et un budget pour des stages de recyclage réguliers, ainsi que la reconnaissance formelle du rôle des BHW. Les BHW se sont maintenant organisés au niveau barangay et sont fédérés aux niveaux municipal et provincial dans plusieurs zones ; ils sont en train de devenir une force politique importante pour la survie de l'enfant (Paison 1999).

Ceara, au Brésil, un programme a découvert qu'une approche décentralisée faisant appel à des agents de santé (AS) rémunérés pouvait améliorer l'accès aux soins de santé. Une des conditions était que les AS aient vécu dans la communauté au cours des cinq années précédentes. Ils devaient également être âgés de plus de 18 ans, être capables de travailler huit heures par jour et faire preuve d'engagement pour le service social. Chaque AS visite 75 ménages (225 dans les zones urbaines) une fois par mois, pour faire de l'éducation sanitaire et

prodiguer des traitements curatifs mineurs. Ils sont supervisés par des infirmiers du dispensaire le plus proche. Les agents gagnent l'équivalent de US\$ 112 par mois (deux fois le revenu moyen local), payés sur les recettes fiscales du gouvernement central pour isoler les AS de la politique locale. Pour s'assurer de l'appui local pour les AS, les autorités municipales doivent utiliser une partie des fonds nouvellement décentralisés

pour employer les infirmiers superviseurs avant le versement des fonds de l'administration centrale. Les résultats obtenus ont été des agents de santé bien formés et une amélioration considérable de la santé de l'enfant, avec une réduction de la mortalité infantile de 32%. Malheureusement, les taux de déperdition n'ont pas été documentés (Svitone et al. 2000).

Tableau 3. Rôles des ASC dans la mise en œuvre des trois éléments du cadre PCIME Communautaire

<i>Élément</i>	<i>Rôle des ASC</i>
1. Amélioration du partenariat entre les structures ou services de santé et les communautés qu'ils desservent	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aider les structures sanitaires à mener la décentralisation communautaire. ■ Faire participer les membres de la communauté à la planification et à la mise en œuvre de programmes et services de santé. ■ Sensibiliser davantage la communauté sur les améliorations des services de santé. ■ Former les membres de la communauté à identifier les signes de danger exigeant des soins dans des structures sanitaires. ■ Participer à la collecte de données pour les systèmes d'information sanitaires au niveau communautaire.
2. Augmentation des soins et des informations appropriées et accessibles par le biais d'agents communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir aux enfants malades des soins primaires efficaces (par exemple la thérapie de réhydratation par voie orale, les antipyrétiques). ■ Dans certaines zones, traiter les enfants malades avec d'autres médicaments de base, tels que la chloroquine et le cotrimoxazole, et déconseiller les pratiques nocives telles que les injections. ■ Orienter les enfants malades vers les formations sanitaires compétentes lorsque des soins plus poussés sont nécessaires. ■ Servir de pont menant aux autres fournisseurs (secteur privé et guérisseurs traditionnels).
3. Integrating promotion of key family practices critical for child health and nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire participer les communautés à la sélection des comportements à encourager et identifier les actions à mener. ■ Promouvoir les pratiques familiales clé pour une croissance physique et un développement intellectuel meilleurs, la prévention des maladies, des soins de santé appropriés à domicile, et un bon comportement de recherche de soins à travers des conseils individuels et des réunions communautaires.

Méthodologie

Le regain d'intérêt pour les ASC décrit aux pages 5 et 6 amène les décideurs et les chargés de programmes à procéder à un examen critique de l'expérience passée des programmes ASC. Compte tenu de tous les problèmes causés par le taux élevé de déperdition, les responsables se demandent quels types d'incitation il faut pour motiver la participation des ASC, les retenir à la fin de leur formation, et maintenir leurs performances à des niveaux acceptables. Cette étude examine l'expérience d'incitations diverses pour les ASC et leur impact sur le maintien en poste de ces derniers et la durabilité des programmes ASC.

Organisation de l'étude

La Section 3 de cette étude examine les caractéristiques typiques des ASC. La Section 4 donne une vue d'ensemble de leurs diverses fonctions. La Section 5 examine les différentes façons pour l'argent de servir aussi bien d'incitation que de désincitation et examine l'utilisation des paiements en nature. La Section 6 discute des autres caractéristiques des programmes qui peuvent motiver les ASC à continuer leur travail, notamment les relations avec les autres membres du personnel de santé, le sentiment du progrès personnel et de l'accomplissement, les opportunités de formation et l'appui par les pairs. La Section 7 examine la relation cruciale entre les ASC et la communauté. Enfin, la Section 8 examine la contribution de l'environnement politique général et la combinaison d'incitations pouvant contribuer au maintien en poste des ASC.

Méthodologie

L'examen des incitations pour les ASC a été identifié comme une priorité au cours d'une réunion tenue en automne 1999 entre le personnel du Projet BASICS II et le Groupe de Travail PCIME de CORE². Les personnels de BASICS et des ONG ont observé que de petits signes de reconnaissance pourraient introduire une énorme différence dans l'amélioration de la participation communautaire et l'accroissement du maintien en poste des bénévoles. En examinant de plus près les incitations, BASICS II espérait découvrir leurs effets sur la motivation, le maintien en poste et la durabilité des ASC.

Cette étude est basée sur un examen de la littérature et des entretiens avec les personnels des programmes de plusieurs organisations. Des recherches documentaires ont été menées en utilisant les bases de

2. Groupe de Ressources et de Collaboration pour la Survie de l'Enfant, un réseau de plus de 35 ONG américaines travaillant ensemble pour l'améliorer des programmes de soins de santé primaires destinés aux femmes, aux enfants et aux communautés dans lesquelles ils vivent.

données Internet PubMed, Medline et Popline, avec différentes combinaisons des mots clés *motivation, incitations, durabilité, ASC, bénévoles* et *pays en développement*.

Plusieurs livres et articles recommandés par des praticiens travaillant avec les ASC ont également été utilisés pour la réalisation de ce document. L'essentiel des informations sur les ASC se trouvant dans des documents non publiés (« littérature grise »), cette littérature a été identifiée grâce à des contacts personnels et à une demande d'informations qui comprenait un questionnaire envoyé aux listes de discussions par e-mail (listserv) du Groupe CORE sur la Survie de l'Enfant au niveau communautaire, et aux listserv de MSH sur la Santé Communautaire. Le questionnaire a produit plus de 30 réponses dont certaines ont débouché sur des entretiens avec plus d'une douzaine de praticiens.

Deux grandes catégories de documents ont été identifiées. La première comprend des études sur l'histoire et l'expérience des programmes ASC, et la seconde des exemples précis émanant de programmes travaillant avec des ASC. Un des documents clés utilisés dans cette étude est l'étude de Parlato et Favin publiée en 1982, intitulée *Progress and Problems : An Analysis of 52 AID-assisted Projects*. Bien que vieille de presque 20 ans, cette étude est la seule à passer systématiquement en revue l'expérience d'un grand nombre de programmes de soins de santé primaire. Les auteurs fournissent d'importants détails sur le travail des ASC dans ces programmes, mais donnent peu d'informations sur les incitations.

Une première série d'entretiens individuels et de groupes a été menée avec le personnel de BASICS II, les personnels

d'ONG actives dans les programmes de survie de l'enfant, des universitaires et des personnels anciens ou en activité des programmes financés par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Ces entretiens étaient basés sur le guide des entretiens figurant à l'Annexe 1 et essentiellement axés sur des exemples et expériences spécifiques tirés du travail avec des ASC.

Un document provisoire a été distribué en août 2000 à l'ensemble du personnel technique sur le terrain et au niveau du siège de BASICS II, et à travers le listserv de CORE, pour solliciter de plus amples informations et commentaires. D'autres entretiens ont été menés avec le personnel du projet pour expliquer l'expérience de BASICS en matière d'ASC. Des entretiens semi-structurés ont été conduits avec les personnels du programme en Equateur, au Salvador, au Honduras, à Madagascar, au Nigeria et en Zambie. Le guide des entretiens figurant à l'Annexe 2 couvre une large gamme de sujets, comprenant la sélection des ASC, l'appui de la part du système de santé, les opportunités de formation et les incitations monétaires et autres que monétaires. Sur la base de ces commentaires et expériences supplémentaires, d'importantes révisions ont été entreprises et la version finale du document a été achevée.

L'examen de la documentation et les entretiens ont été principalement axés sur les ASC travaillant dans le domaine de la santé infantile, plutôt que sur d'autres types d'agents de développement, tels que les agents de la planification familiale, les matrones ou les agents de développement agricoles.

Qui sont les ASC et que font-ils ?

Bien avant de penser à l'argent, aux T-shirts ou autres incitations extérieures, les programmes doivent déterminer les personnes qu'il faut sélectionner comme ASC. Les caractéristiques des ASC sont en général beaucoup plus importantes pour leurs capacités à fonctionner efficacement que les incitations extérieures.

Caractéristiques des ASC

Il n'existe pas de prescription pour l'ASC idéal, mais les programmes doivent comprendre le rôle et le statut des personnes qui travaillent comme ASC, afin de planifier les incitations les plus appropriées. Dans beaucoup de cultures, les hommes ne peuvent pas rendre visite aux femmes et converser avec elles, et les femmes ne peuvent pas se rendre toutes seules dans d'autres communautés ou parler à des gens dans des maisons qu'ils ne connaissent pas. L'ethnie, la religion ou les compétences linguistiques des ASC sont souvent des facteurs cruciaux de leur capacité à travailler efficacement. La plupart des cultures non-occidentales accordent plus d'importance aux attributs (caractéristiques inhérentes à la personne, telles que l'âge ou le sexe) qu'aux caractéristiques acquises, comme par exemple la formation spéciale. Ainsi, dans certaines cultures, les jeunes femmes célibataires ne sont pas considérées comme des personnes ayant des compétences en matière de santé, même lorsqu'elles ont suivi une formation approfondie. De même, les communautés réagissent différemment face aux ASC, selon qu'ils appartiennent à la communauté ou soient des étrangers. Certains membres de la communauté peuvent penser que puisque les ASC appartenant à la communauté sont « juste comme moi », ils ne possèdent aucune connaissance spéciale. D'autres, en revanche, peuvent penser que des membres de leur communauté comprendront leur situation beaucoup mieux

que des étrangers. Ces ASC « membres de la communauté » sont « ...dotés d'une connaissance qu'aucun professionnel ne saurait égaler : une connaissance profonde de leur propre culture » (Quinones 1999).

La plupart des ASC sont originaires des communautés dans lesquelles ils travaillent, mais leurs traits personnels varient largement d'un pays à l'autre. Il est ressorti d'une étude portant sur 38 projets (Parlato et Favin 1982) que 40 % ont recruté comme ASC des hommes, 23 % des femmes, et 37 % des hommes et des femmes. Nombre de programmes requièrent que les ASC soient instruits (études primaires) pour pouvoir noter des informations médicales et utiliser des écrits. D'autres programmes ont développé des moyens d'enregistrer l'information pour les analphabètes, comme l'utilisation de fiches de couleur ou de cailloux dans une boîte (Storms 1979). L'instruction exigée influe souvent sur l'âge des ASC sélectionnés, les personnes instruites ayant tendance à être plus jeunes. Cependant, il est aussi prouvé que les ASC plus âgés sont plus respectés dans leur communauté (Ofosu-Amaah 1983).

Responsabilités des ASC

Comme dans n'importe quel travail, les responsabilités des ASC sont liées au besoin et à l'attente de différentes incitations. Les responsabilités et fonctions spécifiques des ASC peuvent considérablement influencer sur leur efficacité et leur motivation pour rester en poste. L'ASC peut aider le système de santé à améliorer l'accès à la santé, promouvoir des

messages portant sur la santé préventive, prodiguer des conseils nutritionnels ou des soins curatifs et aider les habitants de la communauté à trouver d'autres options thérapeutiques par le biais de l'orientation des patients vers les structures sanitaires compétentes. Certains ASC font seulement de la promotion et n'ont pas de fonction curative. Tous les programmes nationaux de santé fonctionnent avec des contraintes budgétaires et un personnel qualifié restreint. En conséquence, ces programmes ont tendance à donner continuellement des tâches et fonctions supplémentaires au personnel en place, surtout les ASC. Bien qu'il n'existe pas d'équation parfaite pour la combinaison des responsabilités des ASC, l'expérience récente éclaire quelques-unes des questions touchant au rôle des ASC.

Tâche unique ou tâches multiples

La Déclaration d'Alma Ata a énuméré les tâches suivantes pour les ASC : « visites à domicile, hygiène du milieu, approvisionnement en eau, soins d'urgence et traitement des affections simples et courantes, éducation sanitaire, nutrition et surveillance, santé maternelle et infantile et activités de planification familiale, lutte contre les maladies transmissibles, activités de développement communautaire, orientation des patients vers les structures compétentes, rapport d'activités sur un registre et collecte de données sur les événements vitaux » (Ofosu-Amaah 1983). Cette longue liste de tâches semble constituer une demande déraisonnable à des travailleurs bénévoles. Certains programmes ont formé plusieurs personnes et réparti les fonctions entre elles. Par exemple, au Népal, l'agent de santé villageois se charge du travail préventif et curatif de base, tandis que le responsable de la santé communautaire se charge de motiver la communauté à participer à des campagnes spéciales (Parlato et Favin 1982). Cependant, lorsqu'il s'agit d'une équipe d'agents de santé, le problème des incitations est souvent exacerbé, du fait qu'un plus grand nombre de

personnes a besoin d'appui. Beaucoup de programmes ont formé des ASC pour travailler dans un domaine spécifique, tel que la diarrhée, le paludisme ou la nutrition. Par exemple, presque partout en Amérique latine, des collaborateurs bénévoles se chargent du traitement et de la surveillance du paludisme. Ils font des visites à domicile chez des personnes présentant les symptômes du paludisme, remplissent les bulletins de maladie, font des prélèvements sanguins et administrent des doses de chloroquine (Ruebush et al. 1994). L'avantage des ASC ayant un seul domaine d'intervention, c'est qu'ils peuvent être formés et suivis pour s'acquitter d'un ensemble de tâches faciles à gérer. L'inconvénient majeur, c'est la formation et le recyclage fréquents dans divers programmes verticaux, qui ne laissent guère d'opportunité d'intégration. L'expérience de Madagascar semble suggérer qu'un ASC ne peut gérer au maximum que trois ou quatre domaines à la fois (Gottert 2001).

Mis à part le consensus selon lequel nul ne peut gérer seul toutes les activités énumérées dans la Déclaration d'Alma Ata, il n'existe pas beaucoup de preuves scientifiques concernant le nombre optimal et la combinaison optimale pour les fonctions et tâches de l'ASC. Les programmes doivent suivre avec soin la charge de travail des ASC et ses effets sur la motivation à mesure que s'y ajoutent d'autres tâches.

Combinaison de services curatifs et préventifs

Que les ASC travaillent dans un ou plusieurs domaines, l'équilibre entre soins préventifs et soins curatifs a été identifié comme un problème. Il est extrêmement difficile de faire accepter la prévention dans tous les programmes de santé publique. Lorsqu'on propose des soins curatifs, ils sont en général plus facilement acceptés et appréciés par les habitants (Frankel 1992 ; Heggenhougen et al. 1987 ; Walt et al. 1989 ; Curtale et al. 1995). Un rapport réalisé en Tanzanie a noté que « les ASC ont exprimé leur frustration du fait

qu'ils n'ont pas été en mesure de fournir la qualité de services exigée par la communauté, et veulent en conséquence un perfectionnement en médecine curative » (Heggenhougen et al. 1987). Avec cette déception des villageois et le sentiment d'incapacité des ASC, leurs rapports ont été « caractérisés par un manque d'appui de la part de la communauté... ». Selon ce même rapport, « à moins que les attentes des communautés ne changent, le manque d'appui aux ASC va s'accroître si les activités préventives l'emportent sur leurs activités curatives... »

Parlato et Favin (1982) ont constaté que « la crédibilité des ASC dépend largement de leur rôle curatif ». Au Népal, les bénévoles de la santé communautaire qui sont parvenus à traiter les infections respiratoires aiguës (IRA) ont ainsi vu leur crédibilité augmenter considérablement chez les villageois (Curtale et al 1995). Un manque de compétences curatives peut constituer une désincitation pour les ASC, compromettant ainsi leur standing au sein de la communauté. (Gilson et al. 1989). Lorsqu'ils ont à choisir entre soins préventifs et soins curatifs, les membres de la communauté demandent plus de soins curatifs (Walt et al. 1989), et il y a souvent des problèmes quand les ASC ne sont pas à même de répondre aux demandes de la communauté. Les relations entre les ASC et la communauté doivent être suivies et appuyées pour garantir un partenariat efficace.

Médicaments

Un lien étroit existe entre l'importance des prestations de soins curatifs et l'accès des ASC aux médicaments et à leur approvisionnement. La question du type de médicament que les ASC doivent être autorisés à administrer a fait l'objet de plusieurs débats. Nombreux sont ceux qui craignent que le traitement par les antibiotiques et les antipaludéens, en particulier, pourrait conduire à l'abus et à l'utilisation inappropriée de ces médicaments

et à une possible augmentation de la résistance à ces médicaments. Les partisans de l'inclusion de ces médicaments dans la trousse des ASC soutiennent qu'on peut facilement se les procurer dans les pharmacies locales et auprès des vendeurs locaux de médicaments et que des ASC formés doivent être capables d'en promouvoir l'usage approprié.

Il ne fait aucun doute que les ASC jouissent d'un plus grand respect et statut dans leurs communautés lorsqu'ils ont des médicaments à leur disposition. Dans leur étude portant sur 52 projets, Parlato et Favin (1982) sont arrivés à la conclusion que « la crédibilité des ASC pâtit de l'approvisionnement irrégulier en médicaments ». Des expériences récentes de recrutement d'ASC parmi les vendeurs de médicaments et les pharmaciens ont montré que cette stratégie permet de rendre les médicaments disponibles, accroît le prestige des vendeurs de médicaments et réduit considérablement les taux de déperdition (Ishan 2001).

Dans l'Etat de Gongola, au Nigeria, les agents de santé villageois (ASV) ont été formés pour travailler dans des villages reculés, traiter des maladies courantes avec des médicaments simples et faire de l'éducation sanitaire. Selon les conclusions d'une recherche opérationnelle visant à déterminer les facteurs contribuant au taux élevé de déperdition chez les ASV, l'une des raisons principales était l'insatisfaction provoquée par le rôle curatif restreint des ASV. L'absence de formation ou d'autorisation pour faire des injections a créé un décalage entre les attentes de la communauté et ce que les ASV pouvaient offrir (Gray et Ciroma 1987).

Incitations et désincitations monétaires

Par définition, l'ASC n'est généralement pas un employé salarié et à temps plein du ministère de la Santé (MS) ou d'un autre organisme. La raison première à cela est la conviction que le MS n'a pas les moyens de payer les ASC sur une longue durée. Cependant, la compensation des ASC pour leurs services est un problème récurrent dans bon nombre de programmes. Bien souvent, les ASC ont de longues heures de travail ou même travaillent à temps plein à côté d'employés salariés, ce qui fait qu'ils exigent inévitablement une compensation normale pour les services prodigués. Même si les ASC salariés travaillant à temps plein sont assez rares, beaucoup d'ASC reçoivent un type d'incitation monétaire. Cette section passe en revue tous les types d'incitations monétaires.

L'argent comme incitation

Il y a beaucoup d'avantages à prodiguer des incitations monétaires aux ASC. Du point de vue programmatique, on peut demander à des ASC rémunérés des horaires de travail plus longs pour atteindre des objectifs précis dans un délai déterminé. Lorsque les agents sont rémunérés, une supervision rigoureuse peut s'exercer, les programmes peuvent être rapidement mis en œuvre, les activités quotidiennes uniformisées et la qualité de service maintenue (Phillips 1999). Des renforcements négatifs tels que le licenciement ou la sanction peuvent être utilisés pour encourager la performance désirée. La rémunération est aussi considérée comme un facteur contribuant à bâtir une certaine équité économique au sein des populations très peu instruites ou économiquement défavorisées.

Le principal avantage des incitations monétaires du point de vue programmatique est le taux de déperdition apparemment plus faible chez les ASC rémunérés. Dans l'état de

Gongola, au Nigeria, le Programme de santé rurale de l'Eglise Chrétienne Réformée a relevé que les ASC quittaient leurs postes au bout d'un à trois ans (Gray et Ciroma 1987). Les ASC travaillaient une à deux heures par jour et recevaient un salaire modique (se situant en 1984 entre US\$13 et 27 par mois). Les hommes disposant de revenus mensuels plus faibles travaillaient pendant deux ans, contre un an pour les femmes de cette catégorie, tandis que les hommes touchant des salaires plus élevés restaient en moyenne 3,25 années, contre 1,5 année pour les femmes de cette catégorie. La raison le plus souvent évoquée par les ASC pour dire que le travail était difficile était la modicité des salaires. Dans un système établi en Ethiopie ; dans le District de Gumer, chaque ménage cotisait un *birr* (US\$0,15) par an pour payer les agents de santé communautaire (ASC) et les accoucheuses traditionnelles (AT). Cette contribution était suffisante pour couvrir un traitement modeste pour tous les ASC et AT ayant suivi une formation, et le

taux de déperdition est tombé de 85 % à 0 % par an (Wubneh 1999).

Du point de vue des ASC, une indemnisation juste, respectueuse et régulière constitue un signe de reconnaissance et d'approbation qui leur permet de gagner leur vie ou sert de complément à d'autres revenus. Les incitations monétaires peuvent revêtir plusieurs formes. Les ASC peuvent être des fonctionnaires et percevoir un salaire. Ils peuvent aussi recevoir un petit traitement. Les ASC bénéficient souvent de per diem et d'indemnités de transport pour assister aux formations ou faire des visites de terrain. Les incitations monétaires peuvent aussi être liées aux ventes de médicaments.

Les ASC peuvent être pris en charge par la communauté (contributions des ménages), l'Etat, une ONG, ou même une société à but lucratif. La source de financement peut avoir une incidence sur le rôle et l'allégeance des ASC. Plusieurs ONG ont essayé de créer un système de recouvrement des coûts pour les médicaments ou d'autres types de fonds communautaires destinés au crédit, spécialement pour des incitations en matière de santé. Lorsque ces systèmes ont été associés à des bénéficiaires constituant « l'incitation » pour les ASC, très peu ont été des réussites ou ont atteint un quelconque niveau d'expansion (Edison 2000 ; Henderson 2000). Lorsque l'indemnisation est liée aux ventes de médicaments, les ASC ont tendance à se focaliser sur les soins curatifs, alors que les ASC salariés conservent leurs activités tant curatives que préventives (Parlato et Favin 1982). Les systèmes payants ont souvent pour résultat une hausse des activités curatives par rapport aux activités préventives et des prescriptions excessives de médicaments (Davis 2000). Certaines ONG signalent la mauvaise utilisation des fonds, par le biais des « emprunts » sur le produit des ventes.

Il semble que la décentralisation augmente la flexibilité du gouvernement local et sa capacité à faire face à la question de la rémunération des ASC.

Aux Philippines, de plus en plus d'honoraires ou d'indemnités de déplacement ont été octroyés aux agents de santé communautaire bénévoles (ASCB) par les autorités municipales et les conseils de développement villageois. Les honoraires qui s'échelonnent entre US\$0,50 et US\$50 par mois, sont possibles du fait du transfert des services sanitaires du niveau provincial au niveau municipal villageois. A chaque niveau, l'appui local aux programmes de santé est financé par le biais de l'affectation des recettes publiques (Paison 1999).

Certains pays ont tenté l'expérience des plans d'assurance. A Haiti, une combinaison de plans pré financés, de groupes communautaires existants et d'activités génératrices de revenus a été utilisée pour motiver les ASC à fournir des services préventifs. Les groupes de mères en mesure de prouver leurs connaissances en matière d'interventions pour la survie de l'enfant, dont les enfants étaient complètement immunisés et qui participaient à la surveillance de la croissance étaient éligibles à recevoir des prêts faiblement rémunérés pour des activités génératrices de revenus. Chaque groupe de mères s'acquittait d'une cotisation annuelle pour une carte de santé, et ces fonds servaient à payer les ASC. Ces fonds ont été assortis d'une subvention unique octroyée par l'institution qui parrainait le projet ASC. Les mères avaient une incitation économique pour apprendre à intervenir dans le domaine de la santé afin d'accéder aux prêts (Augustin et Pipp 1986).

Problèmes de l'utilisation de l'argent comme incitation

Certes, le paiement régulier des ASC peut résoudre beaucoup de problèmes, mais l'expérience de nombre de pays a montré qu'un tel paiement peut aussi avoir des conséquences négatives imprévues, selon la façon dont il est géré. L'argent peut être source de discorde chez les ASC et peut saper leur engagement et les relations qu'ils ont avec leurs communautés. Les bénévoles

citent souvent l'absence de rémunération comme principal facteur responsable de la déperdition de leurs effectifs, à côté d'autres raisons cruciales telles que l'absence d'appui communautaire et de supervision (Wubneh 1999). Il est difficile de séparer la rémunération des autres raisons car toutes sont souvent étroitement liées. Lorsqu'ils se servent d'incitations monétaires, les gestionnaires de programmes doivent calculer la durée possible de ce genre de système de rémunération. Lorsque l'Etat ou une ONG offre un soutien monétaire, il faut un effort particulier pour contrebalancer un éventuel manque de confiance ou des attentes exagérées au sein de la communauté. Voici quelques exemples de conséquences négatives de la rémunération des ASC.

L'argent n'est jamais suffisant

Le problème numéro un avec l'argent, c'est que les travailleurs exigent inmanquablement plus d'argent, d'avantages et de chances de promotion. Aux Iles Salomon, 38 % des ASV non actifs sont partis pour cause de rémunération irrégulière. Quatre-vingt-deux pour cent des 66 ASV de l'étude en activité pensaient que leurs allocations étaient insuffisantes et voulaient qu'elles soient doublées de US\$13,67 à US\$27 par mois (Chevalier 1993). Au Swaziland, les salaires des ASC sont restés invariables toute une décennie pendant laquelle le pouvoir d'achat de la monnaie locale s'est accru de 400 % (Green 1996). Si les ASC considèrent leurs salaires comme insuffisants, il est possible que leur niveau de performance et de maintien en poste soit négativement affecté.

Durabilité des paiements

Le problème numéro deux de l'indemnisation monétaire, c'est que le paiement est souvent irrégulier et peut cesser totalement lorsque le financement du projet s'épuise. L'utilisation d'autres termes tels que « indemnité de terrain », « indemnité de déplacement » ou « per diem » peut comporter des avantages dans certaines circonstances, car ils créent

moins d'attentes. Cependant, la durabilité de ces incitations peut dépendre en définitive de leur source.

Les paiements sont souvent liés à des sessions de formation spéciale. En Zambie, l'ONG Adventist Development and Relief Agency (ADRA) versait une petite « indemnité de nourriture » aux ASC lorsqu'ils faisaient leurs rapports mensuels aux centres de santé (Edison 2000). Pour contourner la question salariale, une ONG bolivienne donnait de petites incitations financières aux ASC pour de modestes tâches faciles à évaluer et à suivre (Shanklin 2000). Toutefois, le personnel devait passer du temps à évaluer les rapports exagérés ou en double des ASC.

Inégalité entre les travailleurs

En comparant leurs salaires avec ceux d'autres travailleurs, les ASC peuvent être amenés à réclamer des augmentations ou des avantages tels que des pensions de retraite et la couverture maladie. Les paiements sont rarement uniformes parmi les catégories de travailleurs tels que les ASC et les distributeurs locaux de contraceptifs, qui peuvent effectuer côte à côte des activités similaires. De telles différences peuvent créer de la jalousie et de l'inimitié. Si quelques-uns seulement parmi les ASC ou autres travailleurs communautaires sont rémunérés, cela peut créer des tensions avec le reste du groupe non rémunéré. En Colombie, les ASC qui reçoivent une compensation financière pour leur travail ont fait naître des tensions et de l'envie chez les autres ASC et dirigeants communautaires qui ne reçoivent aucune rémunération (Quinones 1999). Les *monitoras* qui travaillent au Honduras le long de la frontière avec le Salvador se plaignent souvent du fait que leurs homologues salvadoriennes sont payées alors qu'elles ne le sont pas (Griffiths 2001).

Les ASC sont-ils responsables devant la communauté ou devant l'Etat ?

Les ASC qui reçoivent un salaire ou des appointements peuvent se considérer comme

des employés de l'Etat ou d'une ONG plutôt que comme des serviteurs de la communauté. Les incitations financières peuvent détruire l'esprit du bénévolat et aller à l'encontre de sa philosophie qui est le sens de la communauté (Alonzo et Hurtate 2000). Même une allocation infime peut renforcer la perception de la communauté que les ASC sont des employés de l'Etat et faire que l'on attende d'eux qu'ils donnent encore plus généreusement de leur temps et de leurs propres ressources (Taylor 2000 ; Hilton 2000). Une communauté peut devenir moins encline à appuyer autrement les bénévoles. Au Mozambique par exemple, les communautés qui ont cru que les *activistas* allaient recevoir une incitation monétaire d'une ONG ou du MS ont retiré leur appui en nature (Snetro 2000). Lorsque les gens n'ont pas confiance au gouvernement ils n'ont pas non plus confiance aux ASC qui sont perçus comme partie intégrante du système étatique.

Le paiement en nature comme compromis efficace

Payer des ASC en nature plutôt qu'en espèces comporte des avantages. Les paiements en nature se prêtent moins à la comparaison avec les niveaux d'indemnisation des employés salariés, parce que leur valeur exacte peut être difficilement quantifiable. Les ASC peuvent être payés en nature avec des repas, des vivres, de l'hébergement et de l'aide pour les travaux agricoles et les soins aux enfants. La plupart des paiements en nature réussis sont planifiés et mis en œuvre par la communauté. Au Pérou, les familles bénéficiaires ont travaillé gratuitement à tour de rôle sur les champs des bénévoles en reconnaissance de leur importante contribution (Buenavente 2000).

Un autre type de paiement en nature, c'est les objets offerts par les ONG. Ces objets sont le plus souvent en rapport avec les fonctions des ASC. Exemple de paiements en nature réussis par les ONG : sacs à provisions, outils agricoles,

imperméables, sacs à dos, matériel de bricolage, matériels pédagogiques, plantes médicinales et arbres fruitiers. Alonzo et Hurtate (2000) ont toutefois constaté que les incitations données trop souvent ou sous des formes trop diverses sont des échecs et démotivent à la longue. Au Bangladesh, le programme nutritionnel du Shishu Kabar Hearth a donné à chaque mère volontaire un assortiment d'assiettes à la fin des sessions, évitant ainsi de les payer en espèces. Cette incitation a permis aux volontaires de se sentir appréciées et aux formateurs de recruter plus facilement des mères dans de nouvelles communautés (Wolinka 1997). Dans quelques exemples, des compléments alimentaires ont été utilisés comme paiement, mais les ASC se sont montrés peu disposés à continuer le travail une fois ces compléments alimentaires épuisés. L'expérience de l'ADRA a montré que tout type d'appui financier ou de subvention pose problème pour la durabilité, malgré son impact positif à court terme (McHenry 2000). Donner sélectivement un paiement ou des vivres à certaines communautés et pas à d'autres peut susciter de l'animosité parmi les communautés et de la jalousie parmi les familles (Shanklin 2000).

Traitement de faveur

Plusieurs programmes montrent qu'ils apprécient le travail des ASC en leur accordant des traitements de faveur comme l'accès aux programmes de crédit, les cours d'alphabétisation ou le traitement de faveur dans les postes de santé. Par exemple, au Guatemala, les ASC étaient exemptés du service militaire (Parlato et Favin 1982). En Inde, l'ASC doit d'abord avoir réussi dans une activité génératrice de revenus avant d'être reconnu comme agent de santé. Plutôt que de percevoir un salaire, l'ASC indien obtient l'accès au crédit pour des activités rémunératrices par le biais d'un prêt bancaire (Arole 2000). D'autres programmes d'ONG donnent aux ASC, surtout les femmes, la priorité pour l'inclusion dans d'autres

programmes de développement, tels que les programmes de crédit et d'épargne avec garantie solidaire. Dans la région ashanti du Ghana, les membres des comités villageois de santé (CVS) reçoivent des cartes d'identité leur permettant de se faire repérer rapidement dans les dispensaires. En cas de décès dans la famille d'un membre du CVS, un petit don

en espèces est fait à la famille et l'Equipe Cadre du District (ECD) est représentée aux funérailles (Leonard 2000). Dans tous ces cas, le traitement de faveur accordé aux ASC doit être rigoureusement contrôlé pour que les membres de la communauté ne s'en offusquent pas.

Incitations et désincitations autres que monétaires

Même lorsque des incitations monétaires ou en nature sont octroyées aux ASC, elles ne sont pas suffisantes pour les maintenir et entretenir leur motivation. D'autres types d'incitations, souvent intangibles, sont d'une importance capitale pour la satisfaction et l'accomplissement dans le travail. Ces incitations sont entre autres : de bons rapports avec le personnel de santé, l'évolution personnelle et les chances de promotion, la formation et l'appui par les pairs. Les bonnes relations avec la communauté, qui constituent peut-être la plus importante des incitations autres que monétaires, sont examinées dans la section qui suit.

Supervision ou reconnaissance

Les ASC occupent une position unique dans le système de santé. Ils ne sont pas en général des travailleurs de la santé à temps plein et salariés, mais n'en constituent pas moins un pont central entre la communauté et le système de santé. En comparaison avec les autres travailleurs de la santé, leur statut tend à être le plus bas, à cause de leur niveau d'éducation peu élevé et leur situation économique précaire. Pour que les ASC continuent « d'appartenir à la communauté », les ministres de la santé sont en général peu disposés à les traiter comme une autre catégorie de travailleurs de la santé, alors que les ASC sont souvent désireux d'être assimilés au prestige du système de santé. Ces tensions rivales et contradictoires créent souvent une multitude de problèmes liés au sentiment qu'a l'ASC d'appartenir au système de santé et de bénéficier de son appui.

Le MS peut aider les ASC à se sentir appuyés et appréciés de maintes façons. En Indonésie, une campagne radiophonique d'information sur la santé a motivé les kaders en faisant publiquement leur éloge comme

« des bénévoles qui travaillent sans aucune compensation pour nos enfants dans nos villages pour l'avenir ». Après la campagne, les mères et les chefs de villages ont fait des compliments aux kaders et fréquenté plus souvent les postes de santé. Cela a entraîné une amélioration considérable de leur maintien en poste. (Elder 1992). A Kitwe, en Zambie, où les promoteurs de santé communautaire (PSC) n'avaient aucun contact avec le système sanitaire, des visites fréquentes de personnes non-membres de la communauté (donateurs et ONG) les ont aidés à maintenir leur engagement et leur motivation (Steel 2001). Quelquefois, les MS envoient des lettres de remerciements aux ASC et à leurs familles, bien que de tels remerciements soient inhabituels.

Typiquement, après la formation initiale, les relations d'un ASC avec le reste du système de santé se limitent à ce que l'on appelle généralement la supervision. Les superviseurs peuvent donner aux ASC l'opportunité de discuter des problèmes, d'échanger des informations et de profiter de la formation continue. Les visites de supervision contribuent à atténuer le

sentiment d'isolement souvent associé au travail de l'ASC. Pour être efficaces, ces visites doivent être régulières et basées sur une compréhension commune du but de la visite. Les ASC apprécient une bonne supervision effectuée avec l'intention honnête de renforcer leurs capacités et de les guider. Au Guatemala, les ASC supervisés avaient des taux de déperdition deux à trois fois moins élevés que ceux des ASC non-supervisés parce que leurs liens avec des experts de l'extérieur leur donnaient un statut supérieur (Parlato et Favin 1982).

Très souvent, on cite la supervision faible, insuffisante et irrégulière comme l'une des causes des faibles taux de maintien en poste (Frankel 1992 ; Ofosu-Amaah 1983 ; Heggenhougen et al, 1987 ; Walt et al, 1989 ; Curtale et al. 1995 ; Ojofeitimi 1987 ; Schaefer 1985). Les problèmes liés à la supervision vont des difficultés logistiques pour atteindre les communautés reculées à des interactions qui constituent plus une punition qu'une aide. Ofosu-Amaah (1992) résume plusieurs des problèmes de supervision des ASC par des professionnels de la santé dans la liste ci-dessous :

- lourdes responsabilités médicales et autres des professionnels de la santé
- formation inadéquate des professionnels de la santé en matière de soins de santé primaire
- inaccessibilité des villages
- nombreuses visites de supervision non coordonnées de différents membres du personnel de santé travaillant avec les ASC
- manque de véhicules ou de carburant
- absence de per diem
- pénurie générale de personnels de santé

Au Sri Lanka, la fréquence et la durée de la supervision étaient inadéquates à cause d'une grande pénurie de personnels de supervision à tous les niveaux, et surtout au niveau central du MS où un tiers des postes étaient vacants (Ofosu-Amaah 1983). En

Tanzanie, les ASC ont été supervisés par les chefs de village et les conseils villageois mais ne connaissaient ni la formation des ASC ni les descriptions de ces postes (Heggenhougen et al. 1987). La mauvaise gestion peut également avoir un effet sur la qualité de la supervision à tous les niveaux des services de santé périphériques et des services de base. Gilson et al. (1989) décrivent cet effet comme « le manque d'enthousiasme pour la supervision qui découle de l'absence d'incitations, du manque de confiance dans les techniques de supervision et du manque d'objectifs et de buts à atteindre ».

Bien qu'étant souvent bénéfique, le contact étroit avec le personnel de santé peut créer des problèmes lorsque les ASC se comparent aux professionnels de la santé. Par exemple en Colombie, les ASC affiliés aux institutions sanitaires telles que les hôpitaux avaient le sentiment que leur travail était sous-estimé et qu'ils étaient traités différemment des autres agents et assistants de santé, bien que s'acquittant des mêmes tâches. Cette perception était perçue comme un grand facteur de démotivation et une cause de la déperdition des effectifs (Quinones 1999).

Lorsque la supervision est irrégulière, les ASC peuvent ne pas se sentir appuyés par le système sanitaire. Faire en sorte que les superviseurs soient formés pour superviser et solliciter la participation de la communauté à la supervision peuvent accroître le maintien en poste des ASC et contribuer à garantir leur durabilité à longue échéance dans la communauté. En Colombie, une étude (Robinson et Larsen 1990) a conclu que contrairement aux hypothèses largement répandues, la communauté a plus d'influence sur les ASC que le système sanitaire. Si c'est la communauté et non pas le système sanitaire qui est le premier groupe de référence pour les ASC, alors le feedback de la communauté a une influence considérable sur la motivation et les performances. Selon cette étude, le superviseur doit se poser la question

suivante : « Comment mon contact avec l'ASC peut-il contribuer à développer davantage les relations avec la communauté ? ». Ces conclusions montrent que la supervision d'une structure de santé ou d'une ONG doit promouvoir des interactions et un dialogue plus positifs avec les membres de la communauté sur des questions pertinentes.

Identification et moyens de travail

Une des façons les plus courantes et les plus faciles de renforcer l'affiliation des ASC au MS ou à une organisation d'appui consiste à leur fournir une forme d'identification. Les cartes d'identité, badges ou diplômes peuvent apporter la sécurité dans des situations politiquement instables et constituent des marques de prestige dans la communauté. Beaucoup d'ONG ont offert aux ASC des T-shirts, carnets de notes, casquettes, ponchos et sacs avec des logos d'identification pour promouvoir la solidarité de groupe et faciliter l'entrée dans les foyers pendant la durée d'un projet (Percy 2000 ; Rubardt 2000). Certains programmes prêtent souvent aux ASC des bicyclettes ou des motocyclettes. Ceux qui ont suivi jusqu'au bout le programme de formation de la Croix Rouge ghanéenne ont été autorisés à acheter et à porter la blouse ou le T-shirt de la Croix Rouge. Le symbole de la Croix Rouge les identifiait comme volontaires de la Croix Rouge, ce qui leur valait la reconnaissance et le respect de leurs communautés et du MS (Leonard 2000)

Les outils de travail sont des matériels qui aident l'ASC à s'acquitter de leurs tâches. Tout en procurant un sentiment d'affiliation et en renforçant l'autorité de l'ASC, des moyens de travail appropriés renforcent également les compétences et sont précieux pour accroître la confiance. Ces moyens sont notamment des médicaments, des matériels d'éducation sanitaire tels que les cartes-conseils, les trousseaux de secours, les marmites pour les séances de démonstration de la préparation des aliments de sevrage, des crayons et stylos, des flipcharts, des carnets de notes et

des boîtes d'archivage. Ces incitations qui sont souvent citées, sont importantes pour le respect de soi des ASC et leur capacité à remplir leur rôle. (Henderson 2000).

Progrès et chances de promotion individuels

Le progrès et la promotion individuels sont souvent présentés dans la littérature scientifique comme une incitation majeure pour les ASC. L'acquisition de connaissances et de compétences est considérée comme un tremplin pour un futur emploi et une composante nécessaire de la satisfaction des besoins de la communauté. Le travail des ASC vivant en milieu rural avec peu de chances de trouver un emploi les place sur le chemin de l'apprentissage permanent. La formation permanente (acquisition et promotion de messages préventifs, services curatifs de base, analyse de problèmes et compétences en matière de résolution de problèmes) est considérée comme importante pour la satisfaction au travail.

Dans certaines circonstances, les postes d'ASC ont ouvert les portes d'un emploi dans la fonction publique, mais dans bien d'autres, la formation et les responsabilités assumées sont trop minimes pour préparer les ASC à un tel emploi, là où il existe. En Inde, dans le District de Solapar, 93 % des bénévoles n'étaient pas satisfaits de leur travail parce qu'ils pensaient que ce serait un tremplin vers un futur emploi dans l'administration, alors que cela ne s'est pas réalisé. (Kartikeyan et Chaturvedi 1991).

Accomplissement de soi

Le fait de voir des changements positifs est un puissant facteur de motivation pour les ASC. Un sentiment d'accomplissement rapide provient souvent des services curatifs et des interventions en matière de nutrition plutôt que des services préventifs. A Haïti, des mères bénévoles ou *animatrices* sont motivées en voyant leurs enfants léthargiques devenir « des enfants vifs, pleins d'énergie et voraces » (Wolinka et al. 1997). Ce changement

spectaculaire donne à l'animatrice la conviction que « ses efforts ont eu un impact, ce qui semble renforcer son engagement en faveur du programme, du menu équilibré et du modèle d'alimentation plus fréquent recommandé par le programme ». Au Ghana, les mères bénévoles sont motivées par la santé de leurs enfants et leur désir d'aider les autres mères à avoir des enfants en bonne santé (Leonard 2000). Les groupes de soutien aux mères se réunissent régulièrement avec l'appui des agents de santé pour parler de l'allaitement maternel et aider les jeunes mères pratiquant ce mode d'allaitement à résoudre leurs problèmes. Les bénévoles utilisent souvent leurs propres enfants comme exemples de bébés en bonne santé, exclusivement allaités au sein.

Les ASC peuvent tirer un sentiment d'accomplissement tant au niveau collectif qu'en notant des changements chez un enfant, ce qui est souvent difficile. Les ASC qui collectent et utilisent des informations sanitaires peuvent suivre leurs propres progrès et en ressentir de la fierté. En Bolivie, les ASC, les prestataires de soins et les membres de la communauté se réunissent tous les mois pour discuter de données sanitaires collectées par la communauté et planifier des actions sur la base de ces données (Howard-Grabman 2000). Ce processus a eu pour résultat une plus grande prise de conscience de la communauté, un intérêt accru pour les problèmes de santé maternelle et infantile, et des changements positifs dans les attitudes de la communauté et des prestataires de soins de santé. Les ASC sont considérés comme un pont pour ces réunions de renforcement des capacités entre les prestataires de soins de santé et la communauté. Les programmes de vaccination, d'utilisation de vitamine A et de surveillance de la croissance se sont accrus dans les communautés boliviennes qui ont recours à ce « système épidémiologique communautaire intégré », et il y avait 2,2 fois plus de probabilités que les femmes des communautés pilotes allaitent au sein dans l'heure qui suivait l'accouchement.

Formation

L'absence de formation générale et basée sur les compétences est souvent citée comme obstacle à l'efficacité des performances des ASC (Walt et al. 1989 ; Gilson et al. 1989 ; Kaseje et al. 1987 ; Robinson et Larsen 1990). La plupart des observateurs des programmes communautaires de distribution de contraceptifs s'accordent à dire que la qualité et l'intensité de la formation des agents est le plus important déterminant de la qualité et de l'impact du programme (Phillips 1999). La formation peut fournir aux ASC l'opportunité d'acquérir des compétences, de recevoir de l'instruction, d'avoir des interactions avec des professionnels de rang plus élevé, et d'obtenir des avantages qu'ils n'auraient pas pu obtenir autrement. L'acquisition de compétences est l'une des principales raisons pour lesquelles les ASC font du bénévolat.

La formation est essentielle si l'on veut que les ASC accomplissent efficacement leur travail. Elle couvre non seulement la fourniture de services préventifs, curatifs et autres à la communauté, mais aussi l'enseignement et la communication avec les habitants de la communauté. Au Népal, une formation supplémentaire a permis aux volontaires de la santé communautaire (VSC) d'identifier les causes et le traitement de l'héméralopie et de reconnaître la respiration rapide comme un des signes principaux de l'IRA (Curtale et al. 1995). Leur motivation a été décuplée par leur capacité à prodiguer un traitement.

Pour être efficace, la formation doit être dispensée d'une façon régulière et continue, en ne perdant pas de vue les besoins de la communauté (Gilson et al. 1989 ; Kaseje et al. 1987 ; Robinson et Larsen 1990 ; Walt et al. 1989). Dans l'état du Gongola, au Nigeria, les ASV ont déclaré pendant des entretiens qu'ils pensent qu'une formation supplémentaire en soins de santé leur permettrait de progresser vers les activités professionnelles de soins de santé et de recevoir un salaire plus élevé (Gray et Ciroma 1987).

Une bonne combinaison des

compétences peut aider l'ASC à devenir un travailleur plus qualifié. Posséder des compétences précieuses aux yeux de la communauté élève le statut de l'ASC au sein de la communauté. En Colombie et en Tanzanie, les stratégies de formation étaient basées sur des études de la communauté réalisées par les candidats ASC avant le démarrage de la formation (Robinson et Larsen 1990). Les compétences acquises par les ASC étaient en rapport direct avec les problèmes de santé communautaire. Robinson et d'autres expliquent la façon dont l'orientation de cette formation renforce les liens des ASC avec la communauté tout en rehaussant leur standing pendant qu'ils s'efforcent de répondre aux besoins de la communauté.

Sans la capacité à prodiguer des traitements ou à faire de la prévention, l'ASC peut perdre son standing dans la communauté. Les bénévoles de l'étude sur le Sri Lanka déclarent : « Nous devons souvent nous rendre auprès de la sage-femme ou de l'infirmier publiques pour obtenir une réponse et ensuite en faire part au chef de famille. Dans ces cas-là, la communauté perd confiance en nous et refuse d'accepter nos conseils » (Walt et al. 1989). Les concepteurs de la formation doivent tenir compte de la façon dont le matériel est enseigné, du lieu où l'enseignement s'effectue et des compétences pertinentes qui renforcent la capacité des ASC à enseigner aux membres de la communauté (Ofusu-Amaah 1983 ; Gilson et al. 1989 ; Kaseje et al. 1987 ; Robinson et Larsen 1990). Les compétences en matière de résolution de problèmes constituent un volet crucial de la formation requise pour promouvoir des changements de comportements plutôt qu'une simple accumulation de connaissances.

Les méthodes de formation peuvent faire la différence

Nombre de méthodes de formation sont inadéquates. Les méthodes ont tendance à

être trop théoriques, trop scolaires et trop compliquées (Gilson et al. 1989). De telles méthodes peuvent constituer une désincitation pour les ASC qui apprennent des choses qui leur sont peu familières. Le travail des ONG avec les ASC (Leban 1999) a donné les enseignements suivants pour la formation participative :

- Les fonctions des ASC doivent être clairement définies avant le démarrage de la formation.
- Les programmes de formation, outils et méthodes doivent couvrir chaque tâche spécifique, avec un maximum d'opportunités pour pratiquer.
- Les approches basées sur des modèles d'émulation et la formation par compagnonnage marchent très bien.
- Les approches basées sur les méthodes d'apprentissage participative des adultes et la résolution des problèmes peuvent aider les ASC à assumer le rôle d'agent du changement au niveau de la communauté.

Le lieu de formation est également important pour la capacité d'apprentissage des ASC. La formation est plus efficace quand elle s'effectue dans un endroit en harmonie avec les lieux d'habitation des ASC, qu'ils soient urbains ou ruraux. Selon Robinson, l'essentiel de la formation devrait avoir lieu à l'intérieur de la communauté. Le temps consacré aux activités sur le tas augmente la visibilité et renforce les relations avec la communauté (Robinson et Larsen 1990). Les formateurs et les ASC doivent se rendre ensemble dans les zones urbaines ou rurales pour travailler et évaluer les compétences dans des situations réelles (Gilson et al. 1989). Les ASC doivent être formés dans la structure sanitaire la plus proche par les formateurs des personnels de ces structures, pour de meilleurs rapports entre le système formel de soins de santé et la communauté (LeBan 1999). Après la formation, la délivrance de certificats aux

ASC ou une fête ou cérémonie de reconnaissance organisée par la communauté peuvent être fort utiles dans la reconnaissance des réalisations des ASC (Hilton 2000 ; Henderson 2000 ; Edison 2000 ; Percy 2000).

L'utilisation d'autres ASC pour aider à la formation peut contribuer à garantir la pertinence locale de cette formation. Dans le cadre d'une adaptation de l'approche formation des formateurs au Mozambique les meilleurs activistas (les ASC les plus forts) ont été d'excellents formateurs auxiliaires, et leurs prestations ont réduit le temps et le coût de formation (Koepsell et al. 1999).

Cours de recyclage

Il a été dit que la formation continue est « une condition préalable essentielle pour l'efficacité d'un programme ASC » (Frankel 1992) et un facteur important de maintien de la motivation des travailleurs, si l'on considère la courte durée des formations disponibles et le faible niveau d'instruction de la plupart des ASC (Ofosu-Amaah 1983). Les cours de recyclage permettent aux ASC d'acquérir de nouvelles compétences, de relever de nouveaux défis et d'interagir avec leurs pairs, tout en maintenant vif l'intérêt du travail et de promouvoir le progrès personnel. On dispose de peu d'informations sur les meilleures pratiques associées à la périodicité des cours de recyclage ou la fréquence des messages et de la formation. Dans la plupart des cas, les cours de recyclage dépendent des budgets et sont souvent supprimés en cas de pénurie de ressources.

En Indonésie, les kader qui ont de l'expérience en matière de réadaptation à base communautaire ont vu leurs frustrations croître alors qu'ils devenaient plus compétents en matière d'identification des infirmités. Ils se sont rendu compte qu'ils avaient besoin d'une formation supplémentaire pour s'attaquer à des problèmes de réadaptation plus complexes (Lysack et Frething 1993). Au Kenya la formation continue a apporté suffisamment de

motivation aux assistants de santé villageois pour qu'ils continuent à travailler même sans appui financier (Kaseje 1987). Au Mozambique, les cours de recyclage mensuels mettaient l'accent sur un thème sanitaire spécifique, ce qui a permis aux activistas de se focaliser sur ce thème dans les cours d'éducation sanitaires des mois suivants (Koepsell et al. 1999).

Parfois la formation à elle seule suffit pour faire continuer des agents motivés. Les mères de la Leche Ligue au Guatemala ont continué à prodiguer des conseils et à orienter les patients vers des structures compétentes quatre ans après la fin du financement du projet (Rasmuson et al. 1998). Leur motivation a été attribuée à la conjugaison de cours de recyclage, d'ateliers annuels, d'appui par les pairs et de changements visibles.

Cependant, la formation a un côté négatif. Les ASC, en particulier ceux qui sont efficaces, sont en général ciblés par tout un éventail de programmes verticaux de santé (tels que tuberculose, paludisme et onchocercose) et fréquemment emmenés en formation sur ces sujets. En général les ASC bénéficient des avantages supplémentaires de la formation (une occasion de quitter leur communauté, des indemnités de déplacement, l'interaction avec les pairs, l'acquisition de nouvelles compétences), mais les communautés sont laissées sans ASC au cours de la formation. Au Salvador, on a découvert que les ASC consacrent plus de temps à la formation qu'au travail (Contreras 2001).

La formation représente clairement un volet important et permanent de tout programme ASC. L'ONG CARE (2000) décrit une stratégie de formation complète à Nyanza, au Kenya, avec la participation du MS et de la communauté. CARE a combiné une stratégie de formation et de supervision pour les ASC, utilisant les formateurs et superviseurs des ONG, du MS et de la communauté. Les comités de santé villageois (CSV) ont recruté des ASC pour servir 20 familles chacun. Le service de santé du

district (SSD) a mis à disposition l'équipement sanitaire pour la formation, les stages trimestriels sur le tas et l'orientation vers les structures compétentes. La formation pratique s'est déroulée à l'hôpital. Les personnels de CARE et du MS ont dispensé une formation supplémentaire de trois mois après la formation initiale. Le SSD et le CSV ont pris en charge le suivi global des performances des ASC. Au bout de deux ans, 319 ASC géraient des enfants malades au niveau de la communauté. La compétence médicale des ASC était égale ou même supérieure à celle des personnels hospitaliers du MS dans ce contexte (LeBan 1999 ; Steiwand 2001). La motivation des ASC qui était forte au début du projet, a commencé à baisser au bout de quelques années. Les aînés de la communauté, déjà engagés dans la supervision, ont promis de jouer un rôle plus agressif dans la résolution des problèmes des incitations des ASC dans leurs zones.

Appui par les pairs et réseaux ASC

L'interaction avec d'autres ASC peut être un facteur de motivation essentiel pour des agents souvent très peu encadrés ou qui ont peu de preuves tangibles de leur efficacité. L'appui par les pairs revêt plusieurs formes. Beaucoup de programmes d'ONG ont réussi à grouper les ASC deux par deux pour qu'ils puissent travailler ensemble et s'aider mutuellement. Par exemple dans le programme Atención Integral a la Niñez (AIN) au Honduras, les monitoras travaillaient par groupes de trois. Le travail en équipe permet aux ASC de diviser leur travail et atténue leur sentiment d'isolement et de responsabilité totale pour une aire géographique. Dans le district de Liben en Ethiopie, l'organisation Save the Children a mobilisé des communautés pour mettre en place des équipes formant un « pont vers la santé » (EPS). Chaque EPS comprenait deux sages, homme et femme, ainsi qu'un jeune apprenti traditionnel. Les deux tiers des membres des EPS étaient des accoucheuses

traditionnelles, des rebouteux, des herboristes ou des circonciseurs influents et respectés. La plupart des guérisseurs traditionnels du district ont été désignés EPS. Les équipes ont atténué l'isolement des EPS, se sont mutuellement soutenues et ont permis un échange local d'informations (Marsh et al. 1999).

Les réunions de groupes peuvent apporter de la motivation aux ASC à travers l'appui par les pairs. Il est ressorti de recherches effectuées en Colombie, au Mozambique, au Népal et en Ouganda que l'appui par les pairs est aussi important pour la performance des ASC que le feedback des encadreurs (Snetro 2000 ; Robinson et Larsen 1990 ; Taylor 2000 ; Oriokot 2000). Les programmes réussis ont organisé des réunions mensuelles des ASC qui ont servi à promouvoir les liens entre eux, et aussi à leur offrir une formation en cours d'emploi et de la supervision (Robinson et Larsen 1990). Au Bangladesh, dans le programme nutritionnel du Foyer Shishu Kabar, les formateurs pouvaient donner libre cours à leur créativité et faire des suggestions pour améliorer le programme. Leurs idées étaient incorporées dans le programme pour qu'ils aient un sentiment de propriété et de participation à la prise de décision. Leurs contributions étaient reconnues au cours de réunions hebdomadaires. Les formateurs étaient encouragés à discuter des succès et à résoudre les problèmes entre eux pour échanger des informations et créer un environnement d'appui (Wolinka 1997).

Il existe dans de nombreux pays des exemples d'appui à des groupes d'ASC pour la formation d'associations. Au Pérou, CARE a efficacement regroupé des bénévoles des communautés en comités locaux couvrant des aires géographiques spécifiques. Les représentants de ces communautés s'organisent en associations de district. Les comités se rencontrent tous les mois pour discuter de leurs expériences et renforcer mutuellement leur engagement. Ils mobilisent des fonds pour financer leurs propres activités, organisent des sessions de

formation et plaident en faveur de la santé auprès du gouvernement et du MS. Ce système a donné des ASC dévoués, bien formés et actifs, qui ont de solides liens avec le MS mais n'en dépendent pas (McNully 2000).

Rapports avec la communauté

Le travail avec la communauté procure aux agents de la santé une plate-forme pour consolider leurs rapports avec la communauté et recevoir le feedback de cette dernière, ainsi qu'une structure pour une interaction régulière avec les personnels des services de santé. La participation communautaire fait partie intégrante de la motivation des ASC. Sans elle, les communautés perdent leur intérêt et leurs attentes, privant ainsi les ASC d'un système d'appui.

Amélioration des rapports entre ASC et communautés

Dans bon nombre de programmes, le potentiel des ASC ne s'est pas réalisé à cause de mauvais rapports avec la communauté. Aux Iles Salomon, 32% des agents de santé villageois non actifs de l'étude ont quitté leurs postes à cause du manque de soutien de la communauté (Chevalier 1993). Les programmes et organisations qui dès le départ n'incluent pas activement les communautés dans les programmes ASC constatent qu'en général, leurs ASC n'ont pas le moral. Cette absence de propriété commune provoque souvent une séparation et une prise de distance par rapport à la participation active de la communauté au programme ASC, avec comme conséquence un fort taux de déperdition.

Si l'on veut que les ASC servent de pont entre le système de santé et la communauté, il faut que l'on accorde beaucoup d'attention aux rapports avec la communauté. Cependant, ces rapports, font l'objet de beaucoup de rhétorique et bénéficient de très peu de ressources financières ou techniques. Il y a eu deux idées fausses très répandues sur la communauté : une conception naïve de la communauté et une supposition que les communautés sont toutes pareilles. C'est le travail des chercheurs en sciences sociales

et les expériences des ONG sur le terrain qui ont permis de révéler l'essentiel des connaissances actuelles sur la complexité des communautés.

Les programmes ont eu tendance à trop simplifier la « communauté » et à sous-estimer sa complexité sociale. Les communautés *ne sont pas* des groupes homogènes d'individus qui travaillent toujours bien ensemble. A l'instar de toutes les communautés, celles des pays en développement sont formées de divers groupes d'individus sur la base de critères tels que la religion, l'ethnie, et la situation économique. Avec des exceptions notables, les groupes les plus marginalisés et les plus faibles—les femmes et les très pauvres—ont le plus besoin des services des ASC, mais il est cependant rare qu'ils participent réellement aux programmes ASC. Les programmes qui ne reconnaissent pas la complexité des communautés locales ou ne font pas en sorte que les marginaux aient une voix peuvent finir par se rendre compte que leurs ASC sont les pions des élites locales. Un moyen de se prémunir contre cela est de travailler par l'intermédiaire des groupes communautaires existants et d'accroître le nombre total des ASC d'une communauté.

Les communautés pauvres ne sont pas toutes pareilles. S'il arrive aux programmes de

faire une distinction entre les communautés, c'est celle entre communautés urbaines et communautés rurales. La planification a tendance à être inflexible dans sa réponse à la diversité des communautés. Il va sans dire que les communautés diffèrent considérablement. Certaines ont plus de ressources, d'autres ont accès aux structures sanitaires, aux marchés et aux cultures commerciales, tandis que d'autres encore qui ne disposent que de peu de vivres ou d'autres ressources, sont au bord de la famine. On ne saurait ni ne devrait attendre des communautés les plus stressées qu'elles procurent de la main d'œuvre, de l'argent ou d'autres ressources pour appuyer les ASC. Les communautés qui ont accès aux meilleurs marchés de l'emploi peuvent avoir des difficultés à recruter des bénévoles, comme l'a constaté le Secours catholique au Salvador (voir p.35). Les communautés peuvent aussi avoir des profils épidémiologiques différents, comme en Ethiopie, où le paludisme ne constitue un problème qu'à certaines altitudes. Il est clair que les rapports entre un ASC et la communauté varient en fonction des caractéristiques de la communauté. Les approches de communautés distinctes ont été très peu documentées.

Sélection des ASC

L'idéal serait qu'une communauté participe à tous les aspects d'un programme ASC, y compris la sélection, la formation, et l'encadrement, mais les membres de la communauté n'auront peut-être pas le temps et les ressources à investir dans tous ces domaines. Il apparaît capital pour les programmes ASC que la communauté participe à la sélection des ASC, ainsi qu'à l'utilisation de leurs services et aux contributions en nature.

Critères de sélection

La sélection d'un ASC comporte plusieurs étapes. Il faut établir des critères, identifier les candidats et procéder à une sélection finale,

peut-être au bout d'une période d'essai. Il est vrai que la communauté pourrait avoir un rôle à jouer dans chaque étape, mais en général elle ne participe qu'à la proposition des candidats remplissant les critères établis par le personnel du programme. Comme nous l'avons vu à la Section 4, les caractéristiques personnelles des ASC jouent un rôle important dans leurs rapports avec la communauté et la pérennisation de leur motivation.

Lorsqu'on leur en donne l'occasion, les communautés sont souvent en mesure de développer des critères garantissant le maintien en poste des ASC. Dans un effort de relance du programme Agent communautaire de santé (ACS), le ministère éthiopien de la Santé a fixé l'instruction comme seul critère de recrutement. Cependant, lorsqu'on a demandé aux communautés locales quels critères de sélection elles utiliseraient pour les ACS, elles en ont énuméré 16, dont les suivantes : être choisi par la communauté, être marié (pour que les ACS ne quittent pas la communauté) et ne pas s'adonner au *chat*, une herbe stimulante (Bhattacharyya et al. 1997). Au Guatemala, les habitants des communautés pensent que les collaborateurs bénévoles doivent être des « personnes responsables » et « capables de prendre en charge les malades à tout moment, même lorsqu'elles sont occupées » (Ruebush 1994). Les candidats doivent aussi être sélectionnés sur la base de leur participation et de leur engagement prouvés en faveur de la communauté (Robinson et Larsen 1990). Les membres de la communauté connaissent souvent beaucoup mieux les caractéristiques qui vont garantir le maintien en poste des ASC.

Processus de sélection

Une fois les critères de sélection établis, on demande généralement à la « communauté » de désigner des candidats. Parce que ce processus est souvent une sorte de boîte noire pour les profanes qui ne connaissent presque rien de la dynamique sociale interne de la communauté, de nombreux problèmes peuvent surgir à ce stade. Il est possible que

les communautés ne soient pas organisées pour choisir des ASC qui soient représentatifs de la majorité des habitants, ou qu'elles ne comprennent pas bien les fonctions des ASC. Les communautés qui ne comprennent pas le rôle des ASC sont moins susceptibles de leur apporter l'appui nécessaire et il se peut qu'elles ne comprennent pas leur propre rôle dans l'amélioration de leur santé. A Saradidi, au Kenya, les responsabilités de l'assistant de santé villageois ont été discutées dans des réunions communautaires ouvertes et des échanges formels et informels (Kaseje 1987). Cependant, dans plusieurs cas, la sélection des ASC s'achève bien avant que la communauté ne comprenne clairement ce qu'ils font. La capacité des ASC à remplir efficacement leurs tâches peut être améliorée lorsque les communautés s'investissent dans l'effort d'amélioration de leur propre santé.

La compréhension par les communautés de leur propre rôle dans le changement de leur situation sanitaire peut contribuer à soutenir les activités des ASC. Les membres de la communauté doivent connaître la description du poste, des capacités et de l'engagement des ASC (Frankel 1992 ; Ofosu-Amaah 1983 ; Heggenhougen et al. 1987 ; Walt et al. 1989). Si les communautés comprennent ce pour quoi les ASC sont formés, il y a moins de risques que les attentes des habitants à l'endroit des ASC soient déçues. La compréhension de leur rôle par la communauté va également réduire les exigences et les frustrations indues (Heggenhougen 1987).

L'idéal serait que la communauté contribue au choix de l'ASC, afin que les besoins en matière de santé des habitants soient pris en compte et qu'ils respectent l'ASC et se sentent à l'aise dans leur interaction avec ce dernier pour leurs services de santé. Il est cependant arrivé que des ASC soient sélectionnés par des chefs de village qui portent leur choix sur des parents ou des amis, ou par des comités villageois qui font peu de cas de la contribution de la communauté. Selon une étude d'évaluation

des ASC menée par l'UNICEF en 1989, 45% des ASC concernés avaient un lien de parenté avec le chef local ou son adjoint. Ce pourcentage aurait été plus élevé si on y avait inclus d'autres liens de parenté et liens filiaux avec d'autres membres des conseils des chefs (Green 1996). Il est ressorti d'une évaluation succincte au Swaziland que c'est le népotisme et l'intérêt personnel qui déterminaient le choix des ASC par le chef local et son conseil, qui ne tenaient nullement compte de l'intérêt des candidats pour le travail ou de leurs qualifications (Green 1996).

Une grande expérience sur le terrain et une longue association avec des communautés spécifiques ont permis à beaucoup d'ONG de trouver le moyen de rendre le processus de sélection des ASC juste et représentatif des groupes marginalisés. Au Sénégal, par exemple, les volontaires de santé communautaire (VSC) étaient choisis au cours de réunions des dirigeants de la communauté parmi lesquels il n'y avait ni femmes ni représentants de tous les groupes communautaires. Bien que motivés au départ, 60% des volontaires choisis avaient abandonné leur travail au bout de deux ans, et beaucoup parmi ceux qui sont restés avaient perdu toute motivation pour mener des activités de santé communautaire. Au cours de la phase suivante du projet, le choix des volontaires s'est plutôt fait à travers une discussion approfondie avec les membres de la communauté et les comités de santé villageois mis en place par World Vision. Cinq ans plus tard, peu d'ASC avaient quitté leur poste, un succès attribué à la reconnaissance officielle de leurs rôles par la communauté et à l'encouragement moral de leurs communautés (Aubel et al. 1999).

Reconnaissance par la communauté du travail des ASC

La reconnaissance et l'appréciation par la communauté du travail des ASC peuvent avoir un effet boule de neige, étant donné que les communautés demandent plus de services et

que le MS est en mesure de répondre avec plus de formation et d'appui. C'est là le but suprême de nombre de programmes ASC. Au Mozambique où les activistes travaillent depuis plusieurs années, leur rôle semble pleinement développé et leur travail largement accepté par les communautés. A présent, ces derniers les contactent pour des services de planification familiale et d'autres types d'appui (Snetro 2000). A la question de savoir pourquoi ils continuaient leur travail de bénévoles, les *sevikas* du Népal ont répondu : « Nos voisins ne veulent pas que nous démissionnions ; ils insistent pour que nous continuions parce que la santé de leurs enfants dépend de nous » (Taylor 2000).

Beaucoup de programmes ont mentionné le soutien de la communauté comme une incitation pour les ASC, à côté d'autres facteurs positifs tels que la confiance, le prestige, la mobilité et l'interaction sociale (Walt et al. ; Kaseje 1987 ; Lysack et Krefting 1993 ; Ruebush 1994). Beaucoup d'ASC se portent volontaires parce qu'ils trouvent agréable de servir la communauté.

Bienfaits visibles

Les communautés qui ont directement et visiblement bénéficié des programmes ASC sont les plus disposées à militer en faveur de la présence continue des ASC. L'intérêt de la communauté pour le maintien d'un programme ASC est en grande partie basé sur des signes évidents de changements positifs de la situation sanitaire grâce à l'ASC, ou sur des bienfaits tels que l'orientation vers des institutions sanitaires compétentes. Les changements visibles sont limités par le fait que l'ASC fait surtout de la santé préventive. A l'exception de la rééducation nutritionnelle ou de l'utilisation de SRO pour les enfants déshydratés, peu de changements spectaculaires en matière de santé sont visibles pour les membres de la communauté.

Une façon pour les ASC et les communautés de provoquer des changements visibles, c'est de suivre régulièrement des indicateurs simples de santé. A Kitwe, en

Zambie, les communautés surveillent le nombre d'enfants qui ont pris du poids au cours du mois précédent comme indicateur général de la santé de l'enfant (Steel 2001). Dans l'Eastern Province, en Zambie, les communautés utilisent des cartes de risques pour suivre des indicateurs tels que l'état vaccinal et l'existence de latrines. Les cartes de risques identifient les ménages en se servant de codes couleurs pour marquer les indicateurs, par exemple le vert pour les enfants complètement vaccinés et le rouge pour les autres (Bhattacharyya et Murray 1997). La collecte et l'analyse d'informations sanitaires pour dresser la carte des changements de comportements (par exemple, un recours accru aux services de santé) ou la situation sanitaire (par exemple, la réduction des cas de déshydratation) permettent aux ASC de montrer aux communautés le résultat de leur travail.

Il est extrêmement important d'encourager la communication et les interactions entre les ASC et les membres de la communauté, pour renforcer la compréhension du rôle des ASC et l'appui pour leur travail. Les exemples d'encadrement des ASC par la communauté sont légion. Certes, on ne peut pas attendre que les comités de santé communautaire fassent de l'encadrement médical, mais ils peuvent suivre les performances des ASC au niveau de la communauté. En Chine, par exemple, les médecins aux pieds nus devaient rendre compte aux villages et bénéficiaient de l'encadrement technique des centres de santé (Frankel 1992).

Interactions individuelles

Le comportement négatif d'un ASC a des effets tout aussi négatifs sur le soutien de la communauté aux ASC et sur les messages qu'ils doivent promouvoir. Au Niger, les agents de santé ne traitaient pas respectueusement les mères et ne leur donnaient pas de conseils sur les possibles effets secondaires des vaccinations pour leurs enfants. Les mères ont déclaré que ce comportement

négatif constituait le principal obstacle à leur recours aux services de santé (Boyd et Shaw 1995).

Pour être de véritables agents du changement, les ASC doivent montrer les effets positifs des nouveaux comportements dans leurs propres maisons. Au Mozambique, les ASC dont les maisons étaient équipées de latrines à fosse ont ravivé l'intérêt de la communauté pour leur message encourageant l'usage de ces latrines, tandis que ceux dont les maisons n'en n'étaient pas équipées ont fait tomber cet intérêt (Snetro 2000). Au Honduras, l'organisation Save the Children et le MS ont affiché les photos et les noms des ASC sur le mur du poste de santé, ce qui leur a permis d'être reconnus par le public et a accru leur visibilité et leur maintien en poste (Amendola 1999).

Statut

L'identification en tant qu'ASC et l'affiliation au système sanitaire est le plus souvent une marque de prestige qui engendre le pouvoir et le respect au sein de la communauté. En Colombie, les ASC ont classé l'expression « avoir de l'influence au sein de la communauté » comme étant la récompense extrinsèque la plus importante influant sur leur performance. Selon des remarques non officielles, cette influence a permis aux ASC d'être des leaders d'opinion sur diverses questions intéressant la communauté. Que l'influence au sein de la communauté ait une grande valeur aux yeux des agents communautaires ajoute à leur rôle une dimension que sont à même de partager peu d'autres agents de santé, en particulier ceux basés dans des institutions (Robinson et Larsen 1990). Les badges, les uniformes et les rapports avec des « étrangers » peuvent, comme dans l'exemple de Kitwe, rehausser le prestige de l'ASC au sein d'une communauté.

Les éloges et le respect des habitants de la communauté et des pairs peuvent constituer une motivation positive pour les ASC et allonger leur durée de service. L'appréciation des populations qu'ils servent

est une forte incitation souvent citée comme importante pour la satisfaction des ASC au travail. En Ouganda, « Minnesota International Health Volunteers », une organisation de volontaires internationaux de la santé basée au Minnesota, a formé 2000 volontaires de la santé pour diverses tâches. La reconnaissance de la communauté s'est révélée un outil précieux pour la motivation et le maintien en poste des volontaires communautaires par l'élévation de leur statut au sein de la communauté. Près de 70 % d'entre eux ont été élus à divers postes dans leurs conseils locaux depuis qu'ils sont devenus des volontaires (Mullins 2000).

Pour ce qui concerne surtout les femmes, la reconnaissance publique en dehors de la famille peut engendrer le respect de soi et le renforcement des capacités à agir au sein de la communauté. A Dacca, au Bangladesh, des femmes pauvres qui ont servi comme ASC pendant dix ans étaient considérées comme des membres importants de leurs communautés (Silimperi 2000). Les activistes du Mozambique n'ont cessé de mettre en exergue l'importance de la valeur et du soutien dont ils ont bénéficié auprès de la communauté, et qui se sont manifestés par le respect accru que leur portaient leurs voisins, des gestes d'assistance mutuelle et l'acceptation des messages prônant le changement de comportements en matière de santé ; la compréhension et le soutien des leaders communautaires pour leur rôle, les visites fréquentes des personnels des ONG et des chances de formation (Snetro 2000).

Organisations communautaires appuyant le travail des ASC

Outre la reconnaissance de la communauté, la création d'organisations communautaires ou de comités de développement villageois a été citée comme utile pour appuyer et rendre durable le rôle des ASC. Il faut une certaine forme d'organisation communautaire viable pour établir un lien opérationnel entre la communauté et le gouvernement. Dans l'Etat de Gongola, au Nigeria, l'appui et les

encouragements du comité de santé villageois se sont avérés être un facteur important de la satisfaction des ASV au travail. La durée moyenne du service pour 13 anciens ASV qui avaient tenu des réunions mensuelles avec leurs comités locaux était de trois ans, contre 1,3 an pour 14 autres qui n'avaient jamais, ou avaient rarement tenu ce genre de réunions (Gray et Ciroma 1987).

Autre exemple, l'organisation Save the Children et le MS ont formé en Ethiopie des EPS dans le domaine des comportements clés et de la mobilisation communautaire. Des comités d'action sanitaire (CAS) de 10 à 12 membres élus ont été formés pour appuyer les quatre à six EPS dans chaque *kebele* (village), ainsi que les matrones dans les domaines de l'accouchements sans danger et de la reconnaissance des signes de danger. Les mères et les pourvoyeurs de soins de

santé primaire croyaient que les messages des EPS parlant de santé venaient de sources traditionnellement respectées. Les membres des EPS étaient motivés par la formation, l'efficacité au sein de la communauté et l'appui par les dirigeants locaux du CAS (Marsh et al. 1999)

Lorsque le soutien des groupes communautaires fait défaut, les ASC doivent mener une bataille incessante pour gagner le respect de la communauté. Les ASC de Cochabamba, en Bolivie, pensaient que la communauté ne les appuyait pas et n'était pas sensible à leurs activités. Ils se sentaient coupés des organismes décisionnels importants, et pensaient que l'appui institutionnel de leaders communautaires très visibles accroîtrait leur motivation et leur crédibilité auprès des villageois (Gonzalez 1987).

Tout combiné : les incitations multiples

Les programmes ASC réussis dépendent d'un cadre d'incitations aux niveaux individuel, communautaire et du système de santé qui, tous combinés, peuvent motiver les individus à devenir des ASC et à le rester pendant quelques années ou plusieurs années et aussi motiver les communautés ou les services des ministères de la santé à maintenir et appuyer les ASC et à les remplacer pendant plusieurs années. En général, les projets qui réussissent utilisent simultanément des incitations multiples pour motiver les ASC. Comprendre les fonctions de différentes incitations peut aider les programmes à les combiner efficacement.

Modèle comportemental

Dans les écrits sur la science comportementale, plusieurs modèles s'appliquent à la motivation au travail. Le modèle de Pareek (1986) identifie six principaux besoins ou facteurs de motivation en rapport avec la compréhension du comportement des individus dans les organisations. Ce modèle identifie les principaux motifs qui contribuent à la satisfaction et à l'accomplissement de l'employé (Tableau 4). Il suggère que les incitations qui affectent positivement et renforcent chacun de ces motifs contribuent à accroître la motivation et le maintien en poste des ASC, et que les incitations qui exacerbent les « craintes » entraînent probablement une plus grande déperdition.

La troisième colonne du Tableau 4 donne les catégories d'incitations qui ont été passées en revue dans ce document selon le modèle de motivation. Ce type de catégorisation peut aider les planificateurs de programme à choisir plusieurs incitations qui renforcent simultanément les aspects positifs de l'ensemble des six motifs.

La même liste d'incitations pour ASC, qui comprend les principales désincitations citées

dans la littérature et dans les communications personnelles, peut être organisé en une approche systèmes indiquant à la personne qui doit les appliquer ce qu'il est possible de faire pour appuyer les ASC à différents niveaux du système (Tableau 5).

Exemples d'incitations multiples

Comme le montre le reste de l'étude, les incitations appropriées dépendent du standing des ASC, de leurs responsabilités et d'autres opportunités dans la communauté. Cette section passe en revue plusieurs exemples de programmes ayant utilisé des incitations multiples. L'Annexe 1 donne plus de détails sur chaque programme .

Services du secours catholique, El Salvador

L'organisme de secours Catholic Relief Services (CRS) a utilisé le modèle comportemental de Pareek pour planifier et mettre en œuvre les incitations multiples pour les ASC à El Salvador. C'est là l'unique exemple que nous avons trouvé d'une organisation utilisant un modèle comportemental explicite pour planifier des

incitations pour ASC et suivre les taux de déperdition pour évaluer les effets des incitations. L'expérience du Salvador est riche d'enseignements. Le premier, c'est que l'utilisation d'incitations multiples basées sur ce modèle était déterminante non seulement pour la réduction des taux de déperdition, mais aussi pour faire participer la communauté (Rosales et al. 2000). Le deuxième, c'est que les taux de déperdition ont été réduits de 18 % dans les trois communautés concernées par l'étude, et de 54 % dans deux de ces communautés. Troisième enseignement, comme nous l'avons vu plus haut, les communautés ne sont pas toutes les mêmes. L'implantation d'usines pour la fabrication de vêtements dans l'une des communautés a provoqué un fort taux de déperdition chez les ASC qui se sont fait embaucher dans ces usines. Le principal enseignement de l'expérience du CRS est probablement que le fait de créer une catégorie de travailleurs bénévoles n'est peut-être pas la meilleure approche de la mise en place d'ASC dans des régions où les chances d'obtenir un emploi salarié sont de plus en plus nombreuses.

Atención Integral a la Niñez, (Soins Intégrés pour l'Enfant) Honduras

Le MS du Honduras a mis en œuvre le programme AIN depuis 1995, avec l'assistance technique du Projet BASICS. Le programme AIN possède un groupe très solide de monitoras qui procèdent tous les mois à la pesée des enfants de moins de deux ans et prodiguent des conseils aux mères dont les enfants n'ont pas un bon gain de poids. Plusieurs facteurs semblent déterminants dans la réussite des monitoras. Premièrement, elles travaillent par groupes de trois et sont libres de se répartir les tâches comme elles l'entendent. Deuxièmement, les monitoras, les infirmiers du centre de santé et le personnel du programme se concentrent tous sur le même indicateur : une bonne croissance de l'enfant au cours du mois précédent. Grâce à cet objectif uniformisé, chaque acteur du programme sait quels sont les enfants qui ne grandissent pas

normalement et pourquoi, et quelles sont les mesures qui ont été prises pour améliorer la croissance des enfants. Troisièmement, le programme a utilisé tout un éventail de petites incitations pour encourager et appuyer les monitoras.

Jereo Salama Isika, Madagascar

A Madagascar, le projet BASICS a fourni une assistance technique au projet Jereo Salama Isika, qui met en œuvre la PCIME communautaire ainsi que des interventions nutritionnelles communautaires utilisant une stratégie de communication intégrée. L'approche malgache de l'utilisation de bénévoles communautaires ou *animateurs*, est unique à maints égards. Le programme prévoit un taux d'abandon de 50 % des animateurs au bout de 12 à 18 mois. Cependant, même après leur départ, les animateurs sont toujours considérés par la communauté comme d'importantes sources d'informations sanitaires. Pour cette raison, le programme fête ses diplômés plutôt que de se préoccuper des abandons. Le but du programme est de former autant de personnes que possible (au moins 1% de la population) dans des ateliers de deux jours.

Techniquement, le programme se focalise sur la promotion de « petites actions réalisables » illustrées sur les cartes-conseils (par exemple faire vacciner un enfant). Les ONG et les agences de financement utilisent toutes les mêmes illustrations contenues dans une large gamme de matériels, d'où l'uniformité et la continuité des messages portant sur la santé.

Le programme Jereo Salama Isika souligne également l'importance d'examiner l'interaction entre le rôle des bénévoles (à Madagascar ce sont de simples promoteurs de santé sans aucune fonction curative) et les incitations qui leur sont offertes. Enfin, le terme encadrement n'est pas utilisé pour décrire la relation entre personnels de santé et bénévoles. Les communautés et les personnels de santé célèbrent plutôt les succès chaque année au cours d'une fête de la santé.

Tableau 4. Modèle de motivation

<i>Motif</i>	<i>Définition</i>	<i>Incitations pour ASC</i>
Réalisation	Souci de l'excellence ; fixation d'objectifs ambitieux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Possibilité d'emploi futur ■ Progrès et promotion personnels ■ Acquisition de compétences
Affiliation	Souci d'établir et de maintenir des relations personnelles étroites	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appui par les pairs ■ Associations et réseaux ASC ■ Participation communautaire ■ Identification (badges, T-shirts, etc.)
Extension	Altruisme ; forte envie d'être pertinent et utile à des groupes plus grands	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconnaissance et respect de la communauté pour le travail des ASC ■ Orientations réussies vers les structures sanitaires compétentes
Influence	Souci d'avoir un impact sur les autres ; désir de changer les choses et de promouvoir les autres	<ul style="list-style-type: none"> ■ Standing au sein de la communauté ■ Accomplissement ■ Changements visibles
Contrôle	Souci de l'ordre ; désir d'être continuellement informé, envie de surveiller et de prendre des mesures correctives au besoin	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rôle bien défini ■ Moyens de travail ■ Feedback au MS et à la communauté ■ Appui du système de santé ■ Politiques ou législation appuyant les ASC
Dépendance	Recherche de l'aide des autres pour son propre développement ; désir de maintenir une relation « d'approbation »	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rémunération satisfaisante (monétaire et autre) ■ Formation et stages de recyclage ■ Encadrement ■ Traitement de faveur

Source : Pareek 1996

Le Projet appui au secteur de la santé en Afghanistan (AHSSP)

C'est en 1986 que le Projet Afghanistan Health Sector Support (AHSSP) a commencé à fournir des soins de santé de base aux populations rurales afghanes dispersées dans de petits villages séparés par des barrières naturelles ou par la guerre. Le projet a formé plus de 2000 agents de santé de base (ASB)

pour prodiguer des soins curatifs et préventifs. Tout en étant confronté aux défis exceptionnels de la guerre, du trafic transfrontalier et des innombrables réfugiés, le projet n'en partage pas moins avec d'autres projets ASC les problèmes liés à la sélection des ASB et aux incitations à leur offrir.

Les ASB étaient soigneusement sélectionnés pour s'assurer de leur

Tableau 5. Incitations et désincitations pour les ASC selon une approche systèmes

<i>Facteurs motivants</i>	<i>Incitations</i>	<i>Désincitations</i>
Facteurs monétaires motivant les ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rémunération satisfaisante ; incitations matérielles ; incitations financières ■ Possibilité d'emploi salarié à l'avenir 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rémunération peu consistante ■ Changements des incitations tangibles ■ Répartition inéquitable des incitations entre différents types de travailleurs communautaires
Facteurs autres que monétaires motivant les ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Respect et reconnaissance des ASC par la communauté ■ Acquisitions de compétences précieuses ■ Avancement et développement personnels ■ Accomplissement ■ Appui par les pairs ■ Associations d'ASC ■ Identification (badge, chemise) et moyens de travail ■ Standing au sein de la communauté ■ Traitement de faveur ■ Horaires flexibles et minimums ■ Rôle bien défini 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ASC n'appartenant pas à la communauté ■ Stages de recyclage inadéquats ■ Supervision inadéquate ■ Exigences/contraintes de temps excessives ■ Manque de respect de la part des personnels de la structure sanitaire
Facteurs communautaires motivant les ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Participation de la communauté à la sélection des ASC ■ Organisations communautaires appuyant le travail des ASC ■ Participation de la communauté à la formation des ASC ■ Systèmes d'information communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mauvaise sélection des ASC ■ Pas de participation communautaire à la formation, la sélection et l'appui aux ASC
Facteurs motivant les communautés à appuyer et maintenir les ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Changements visibles ■ Contribution au renforcement des capacités de la communauté ■ Associations d'ASC ■ Réussites dans l'orientation des malades vers les structures de santé compétentes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rôle et attentes pas bien définis (soins préventifs contre soins curatifs) ■ Mauvais comportement des ASC ■ Non prise en compte des besoins de la communauté
Facteurs motivant le personnel des MS à appuyer et maintenir les ASC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Politiques ou législation appuyant les ASC ■ Changements visibles ■ Financement public ou communautaire des activités d'encadrement 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnel et approvisionnement inadéquats

engagement à améliorer les services de santé en Afghanistan et à servir le mouvement de résistance. Le suivi de leur travail s'effectuait au moyen de la vérification des dossiers administratifs, de l'examen des rapports sur les mouvements transfrontaliers, ainsi que de visites annuelles (et dans certains cas triennales). Après leur formation, les ASB recevaient un diplôme qui était considéré comme prestigieux. Le projet a décidé de rémunérer les ASB pour les encourager à rester en Afghanistan plutôt que d'aller au Pakistan comme bon nombre le faisaient. L'AHSSP a fait preuve d'un sens aigu de la responsabilité, en procédant à une vérification croisée des trois sources de données, une

démarche bien appréciée des ASB qui pensaient qu'ainsi, le projet pouvait identifier les « tricheurs ». Les ASB accordaient aussi une grande valeur à leurs contacts avec les agences étrangères. Les taux de déperdition étaient assez bas, avec une moyenne de 5 %, et la durée moyenne de participation était d'un peu plus de deux ans. Ces statistiques n'ont pas beaucoup changé même lorsque les salaires ont été réduits de 50 %. Les ASB qui servaient dans des zones frontalières avec le Pakistan affichaient des taux d'abandon beaucoup plus élevés, probablement à cause de liens familiaux et de meilleures opportunités au Pakistan.

Conclusions et recommandations

Les expériences de programmes ASC examinés dans la section précédente montrent qu'il n'y a pas un seul programme ASC qui va marcher pour toutes les communautés dans tous les pays. Cependant, étant donné que les planificateurs de programmes pensent qu'il est plus facile de développer un programme et de l'appliquer globalement, ils sont tentés d'emprunter cette voie. Puisqu'un programme ASC global ne serait pas applicable, comment faut-il modeler les programmes et les adapter à des situations particulières ? Quelles questions devront être examinées ? Comment les décisions relatives aux incitations devront-elles être prises ?

La conclusion la plus importante de cette étude est peut-être déjà connue : il n'y a pas un paquet bien ficelé de trois incitations qui vont garantir l'existence d'ASC motivés et qui continueront à travailler pendant des années. Il y a plutôt un éventail complexe de facteurs qui ont des effets sur la motivation et le taux de déperdition des ASC, et dont le mode d'action varie considérablement d'un endroit à l'autre. Cependant, les planificateurs de programmes n'ont pas besoin de partir de zéro : ils peuvent s'inspirer de la longue expérience de la communauté de la santé publique en matière de programmes ASC.

En résumé, les ASC n'existent pas dans le vide. Ils font partie intégrante de l'environnement culturel et politique plus large dans lequel ils travaillent et dont ils subissent l'influence. Le processus de réforme du secteur de la santé, la stratégie de la PCIME et les succès des programmes de nutrition communautaire ont suscité un regain d'intérêt pour la contribution potentielle des ASC. La réforme du secteur de la santé a modifié la structure d'encadrement dans les systèmes de santé et donné une autonomie accrue aux structures de santé périphériques. La réforme a aussi décentralisé le contrôle des fonds

affectés à la santé, permettant une plus grande flexibilité dans les dépenses au titre des différents types d'incitations pour les ASC. La stratégie de la PCIME comporte un programme de formation pour l'évaluation et le traitement des maladies infantiles bénignes. Cette stratégie permet aux ASC de jouer un rôle curatif, ce qui correspond à la demande habituelle de la communauté. Les politiques de distribution d'antibiotiques et d'antipaludéens par les ASC peuvent avoir des effets retentissants sur leurs rapports avec la communauté.

Au niveau micro, la position des ASC au sein de leur communauté a une influence sur leur motivation et leur maintien en poste. Les caractéristiques inhérentes des ASC telles que l'âge, le genre, l'ethnie, et même la situation économique influent sur la façon dont ils sont perçus par les membres de la communauté et sur leur capacité à travailler efficacement.

Les tâches et responsabilités spécifiques des ASC ont des effets sur leur motivation et leur maintien en poste. Lorsqu'on leur donne trop de tâches, les ASC peuvent se sentir submergés d'informations ou consacrer tellement de temps à la formation qu'ils

mettent rarement en pratique ce qu'ils ont appris. Leurs zones d'intervention sont souvent trop vastes, d'où la difficulté de trouver le temps ou les moyens de transport nécessaires pour visiter tous les ménages. Beaucoup d'ASC sont confinés dans des rôles de prévention et de promotion qui ne leur permettent pas de répondre aux demandes de soins curatifs (et en général de médicaments) de la communauté.

Les incitations monétaires peuvent accroître le taux de maintien en poste, les ASC étant des personnes démunies qui cherchent à subvenir aux besoins de leurs familles. Mais ce type d'incitation crée souvent une multitude de problèmes : l'argent peut être insuffisant, versé d'une façon irrégulière, ou les versements cesser complètement. Les incitations monétaires peuvent également créer de problèmes parmi les différentes catégories d'agents de développement, dont certains ne sont pas rémunérés. Cependant, certains programmes ont eu de la réussite avec la rémunération des ASC, et beaucoup ont utilisé avec efficacité les incitations en nature.

Les incitations autres que monétaires sont d'une importance cruciale pour le succès de tout programme ASC. Les ASC ont besoin de sentir, à travers un encadrement qui les soutient bien et une formation appropriée, qu'ils font partie intégrante du système de santé. Des symboles relativement insignifiants tels que les badges, peuvent leur procurer une sensation de fierté au travail et de position plus élevée dans leur communauté. Des outils de travail appropriés tels que les cartes-conseils et le renouvellement régulier des stocks peuvent leur faire sentir qu'ils sont compétents pour faire leur travail. L'appui par les pairs peut revêtir diverses formes telles que le travail régulier avec un ou deux autres ASC, des stages de recyclage fréquents et l'adhésion à des associations d'ASC.

En définitive, l'efficacité d'un ASC dépend de ses rapports avec la communauté. Les programmes doivent faire tout ce qui est

possible pour renforcer et appuyer ces rapports. Avant tout, les planificateurs de programmes doivent reconnaître la complexité et la diversité sociales des communautés. Des communautés différentes ont besoin de différents types d'incitations, selon les autres opportunités locales d'emploi, l'expérience passée avec les ASC, la situation économique et d'autres facteurs.

Malheureusement, il existe peu d'expérience ou de directives concernant la différenciation des communautés. Les programmes doivent faire participer les communautés à tous les aspects du programme ASC, mais surtout à l'établissement de critères pour les ASC et à la sélection finale. Ils peuvent aboutir à des résultats rapides et visibles qui favorisent la reconnaissance du travail des ASC par la communauté. Les ASC doivent être formés à avoir des interactions appropriées et respectueuses avec tous les membres de la communauté et à apporter des réponses appropriées à des personnes ou des situations difficiles. Les organisations communautaires telles que les groupes religieux ou les foyers de jeunes peuvent apporter de l'appui aux ASC et alléger considérablement leur travail en se chargeant des activités d'éducation sanitaire.

Beaucoup de programmes réussis utilisent des incitations multiples dans le temps pour motiver les ASC. Un effort systématique qui planifie des incitations multiples dans le temps peut développer chez l'ASC un sentiment durable de satisfaction et d'accomplissement. L'identification des fonctions de chacune des incitations serait utile pour clarifier les fonctions critiques et la façon dont elles pourraient varier, sur la base du rôle des ASC et du type de communauté.

Appui aux rapports des ASC avec la communauté

Il est étonnant que le fait que l'efficacité du travail des ASC dépend presque entièrement de ses rapports avec la communauté soit souvent oublié. Nombre de programmes

finissent par se focaliser sur la formation médicale, les listes de contrôle des encadreurs et la logistique (qui sont toutes extrêmement importantes) au détriment des activités appuyant les rapports avec la communauté.

Les programmes efficaces se sont (implicitement ou explicitement) totalement orientés vers l'appui et le renforcement de chaque interaction des ASC avec les membres de la communauté. L'étude comprend beaucoup d'exemples de cette orientation, qui vont de la reconnaissance publique du travail des ASC par les encadreurs aux moyens de travail qui appuient le dialogue permanent entre les membres de la communauté et les ASC. Les programmes doivent constamment se demander ce qu'ils peuvent faire pour promouvoir les interactions favorables entre ASC et communauté.

Utilisation d'incitations multiples

Dans la plupart des programmes examinés dans cette étude, les incitations étaient mises en œuvre d'une manière ponctuelle plutôt que comme partie intégrante d'un programme systématique. Bien que des incitations multiples soient utilisées dans des programmes réussis, de nouvelles incitations sont souvent proposées en réaction à une crise de démoralisation plutôt que dans le cadre d'un effort programmatique général pour maintenir un bon moral. Les programmes devront envisager un effort systématique de planification d'incitation multiples dans le temps pour développer chez les ASC un sentiment durable de satisfaction et d'accomplissement.

Ils pourront trouver utile l'identification des fonctions de chacune des incitations en utilisant le modèle de Pareek ou quelque autre modèle pour comprendre les fonctions critiques et comment celles-ci peuvent varier sur la base du rôle des ASC et du type de communauté. Les incitations intrinsèques servent à promouvoir le sentiment que le

travail en vaut la peine, tandis que les incitations extrinsèques comprennent le salaire, l'élévation du statut au sein de la communauté et l'appui des collègues. Il va sans dire que les incitations doivent toutes être mises en œuvre et suivies, qu'elles soient intrinsèques ou extrinsèques. Un plan d'incitations pourrait s'intéresser aux motifs multiples que sont l'accomplissement, l'affiliation, l'extension, l'influence, le contrôle et la dépendance, selon la présentation de Pareek. Ou alors, le plan pourrait combiner des incitations ciblant différentes parties du système—les facteurs monétaires ou non-monétaires qui affectent l'ASC en tant qu'individu, les facteurs communautaires qui encouragent et appuient les ASC et les facteurs du système de santé qui appuient les ASC. Un plan d'incitations idéal comprendra une combinaison des deux.

Faire correspondre les incitations avec les responsabilités

Les ASC continuent à jouer un rôle important dans beaucoup de programmes internationaux de soins de santé primaires. Tout en poursuivant leurs tâches de prévention et de mobilisation de la communauté, les ASC participent de plus en plus à la gestion de cas communautaires de maladies infantiles répandues. On loue souvent les taux de succès des ASC au début d'un projet passionnant et nouveau, mais leur motivation décroît dans le temps si des mesures ne sont pas fréquemment prises pour maintenir leur enthousiasme pour leur rôle essentiel mais bénévole.

Le cadre de la PCIME Communautaire met en place trois éléments de mise en œuvre et décrit les types de communautés dans lesquelles ces éléments peuvent trouver leur place. Le rôle des ASC, et donc de leurs incitations, variera selon ces éléments. Le premier élément met l'accent sur la développement de partenariats solides entre les structures de santé et les communautés, ce qui dans une large mesure dépend de la

possibilité de faire jouer le rôle de pont aux ASC. Dans de telles situations où les relations personnelles sont d'une grande importance, il faut développer des séries d'incitations pour éviter une rotation fréquente.

Le second élément du cadre de la PCIME Communautaire met l'accent sur l'amélioration de la capacité des travailleurs communautaires à fournir des services préventifs et un peu de traitement curatif des maladies infantiles. Pour cet élément, les ASC utiliseront des concepts et outils de la PCIME pour classer et traiter les maladies et aussi faire de l'éducation sanitaire. Dans ce système qui s'apparente à ceux des exemples du Salvador et du Honduras décrits aux pages 31 à 33, le problème principal des forts taux de déperdition, c'est le coût de la formation. Par conséquent, les programmes devront planifier des incitations et développer des attentes réalistes sur la durée du service.

Le troisième élément du cadre de la PCIME Communautaire inclut la promotion des pratiques familiales essentielles pour la santé et la nutrition. Lorsque les ASC travaillent en tant que promoteurs de santé, comme dans l'exemple de Madagascar aux pages 33 à 34, les programmes devront envisager la maximisation du nombre de diplômés de la formation afin que les comportements sains soient largement vulgarisés.

Employés ou bénévoles ?

En général les ASC ne perçoivent pas de salaires parce que les MS ou les donateurs ne considèrent pas les salaires comme soutenables. Cependant les ASC sont souvent considérés comme responsables et supervisés comme s'ils étaient des employés salariés. Les programmes ASC doivent reconnaître que ces derniers sont des *bénévoles*, même s'ils reçoivent de petites incitations monétaires ou autres. Ils donnent bénévolement de leur temps pour servir la communauté. Trop souvent, les ASC sont traités comme des employés subalternes

plutôt que comme des bénévoles serviables.

Les taux élevés de déperdition ne constituent peut-être pas un problème, mais plutôt une opportunité de faire participer davantage de membres de la communauté à la promotion d'une bonne santé et d'une bonne nutrition. L'exemple de Madagascar montre diverses façons de changer la manière dont les gens perçoivent les ASC : fêter les diplômés plutôt que de se préoccuper des abandons, prévoir une grande rotation et organiser des sessions de formation plus courtes et plus fréquentes.

Importance du suivi

Beaucoup de programmes ne comprennent pas pourquoi leurs ASC abandonnent. Ces programmes auraient intérêt à suivre certains des facteurs les plus importants affectant la motivation des ASC et leur désir de conserver leur travail. Un tel suivi n'a pas besoin d'être complexe ou quantitatif. L'essentiel pourrait se faire qualitativement, à travers des entretiens avec des ASC et des membres de la communauté et leur observation, au cours de visites de routine sur le terrain.

Peut-être que la question la plus importante que les programmes ASC devraient suivre est celle de savoir si les programmes sont à même de soutenir la « concurrence » pour les ASC, c'est-à-dire d'autres emplois et opportunités. Une autre question à suivre est la façon dont les ASC gèrent la charge de travail accrue lorsqu'on leur ajoute de nouvelles tâches ou fonctions. Une autre encore, c'est l'interaction entre les membres de la communauté et les ASC. Quelles sont les demandes des membres de la communauté aux ASC ? Comment les ASC sont-ils traités par leurs encadreurs et par les autres membres du personnel du système de santé ? Est-ce que les ASC ont la formation et les instruments de travail nécessaires pour être efficaces et se sentir compétents dans leur travail ? Quelles incitations monétaires ou autres peuvent accroître leur motivation et appuyer leur travail ?

Thèmes pour la recherche

Malgré la grande expérience que l'on a des ASC, il existe malheureusement assez peu de preuves scientifiques pour répondre à certaines des questions fondamentales suivantes : Quels sont les taux actuels de déperdition ? Quels taux de déperdition sont réalistes ? Quel est le moyen le plus efficace de suivre les programmes ASC ? Quel est le meilleur moyen de réduire le taux de déperdition et d'accroître le maintien en poste ? Quelles stratégies de financement utiliser pour garantir le paiement régulier et durable des ASC ? Quelles sont les fonctions

critiques des différentes incitations ? Quelles différences importantes entre les communautés affectent les programmes ASC, et quelle est la meilleure façon d'évaluer ces différences ? Comment les planificateurs peuvent-ils efficacement adapter leurs programmes aux besoins locaux ?

Ces problèmes qui ont été seulement effleurés dans cette étude demandent des investigations plus poussées. Il demeure nécessaire de faire plus de recherches pour déterminer les meilleures façons de soutenir les programmes ASC sur une longue durée et de retenir les agents de santé bénévoles.

Ouvrages de référence

- Alonzo, L, et S Hurtarte. Catholic Relief Service. Personal communication, March 21, 2000.
- Amendola, L. Save the Children. Personal communication, June 1999.
- Arole, RS. JAMKHED Comprehensive Rural Health Care Project. Personal communication, June 1999.
- Aubel, J, et al. Strengthening Partnerships between Communities and Health Workers for Child Health. In B Burkhalter and V Graham, eds. *Presented Papers: High Impact PVO Child Survival Programs, Volume 2*. Proceedings of an Expert Consultation, Gaulladet University, Washington, DC, June 21-24, 1998. Published for the PVO community and the U.S. Agency for International Development by the Child Survival Collaboration and Resources (CORE) Group, Washington, DC, and Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), Arlington, VA, 1999: 73-87.
- Augustin, DA, et MM Pipp. Alternative Methods of Motivating Community Health Workers (abstract). Chevy Chase, Maryland: PRICOR/ University Research Corporation, 1986.
- Bhattacharyya K, P Freund, W Made, et D Teshome. *Community Demand Study for the Essential Services for Health in Ethiopia Project*. BASICS Technical Report. Arlington, Virginia: BASICS Project, 1997.
- Bhattacharyya, K, et J Murray. *Community Assessment and Planning: A Participatory Approach*. BASICS Technical Report. Arlington, Virginia: BASICS Project, 1997.
- Bodart C, G Servais, YL Mohamed, et B Schmidt-Ehry. The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning* 16(1):74–86, 2001.
- Boyd, B, et WD Shaw. *Unlocking Health Worker Potential: Some Creative Strategies from the Field*. Washington, DC: Academy for Educational Development/HealthCom, 1995.
- Buenavente, L. Project HOPE. Personal communication, March 3, 2000.
- CARE Kenya. Community Initiatives for Child Survival: Siaya (CICSS-II) Detailed Implementation Plan. March 2000.
- Center for Policy Alternatives. Community Health Workers: A Leadership Brief on Preventive Health Programs. Washington, DC: Georgetown University Law Center, Harrison Institute for Public Law, Civic Health Institute, Codman Square Health Center, 1998.
- Chevalier, C, et al. Why Do Village Health Workers Drop Out? *World Health Forum* 14(3):258–61, 1993.
- Curtale, F, et al. Improving Skills and Utilization of Community Health Volunteers in Nepal. *Social Science & Medicine* 40(8):1117–25, 1995.
- Dawson, P. Partnerships to Increase Access, Quality, and Scale of Childhood Pneumonia Treatment through Female Community Health Volunteers. In R Steinwand. *Reaching Communities for Child Health: Advancing PVO/ NGO Technical Capacity and Leadership for Household and Community Integrated Management of Childhood Illness (HH/C IMCI)*. Proceedings of a workshop, January 17-19, 2001, Baltimore, Maryland. Washington, DC: Child Survival Collaboration and Resources (CORE) Group and Arlington, Virginia: Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), 2001.
- Davis, T. Food for the Hungry International. Personal communication, April 14, 2000.
- Edison, J. Adventist Development and Relief Agency. Personal communication, March 2000.
- Elder, J, et al. HealthCom Indonesia: The Use of Radio Spots to Improve Performance and Motivation of the Kader. *International Quarterly of Community Health Education* XI/4 (December), 1992.
- Favin, M. CHANGE Project. Personal communication, June 2001.
- Frankel, S, et MA Doggett. *The Community Health Worker: Effective Programmes for Developing Countries*. New York: Oxford University Press, 1992.
- Gilson, L, et al. National Community Health Worker Programs: How Can They Be Strengthened? *Journal of Public Health Policy* 10(4):518–32, 1989.

- Gonzalez, DR. Community Financing to Reduce Attrition of Community Health Workers and Increase Health Service Coverage in Rural Bolivia (summary). Bethesda, Maryland: PRICOR/University Research Corporation, 1987.
- Gottert, P, R Roland, et R Alban. Streamlining Community-based IMCI: Six Guiding Principles. Project paper BASICS/JSI/LINKAGES/Madagascar, 2000.
- Gray, DHH, et J Ciroma. Attrition among Village Health Workers in Nigeria (summary). Bethesda, Maryland: PRICOR/University Research Co., 1987.
- Green, EC *Indigenous Healers and the African State: Policy Issues Concerning African Indigenous Healers in Mozambique and Southern Africa*. New York: PACT Publications, 1996.
- Griffiths, M. The Manoff Group. Semistructured interview, 2001.
- Griffiths, M. The Manoff Group. Personal communication, July 12, 2000.
- Griffiths, M, et V De Alvarado. Honduras: The AIN Community Experience (unpublished monograph). The Manoff Group, 1999.
- Heggenhougan, K. *Community Health Workers: The Tanzanian Experience*. New York: Oxford University Press, 1987.
- Henderson, A. World Vision. Personal communication, April 10, 2000.
- Hilton, D. Emory University. Personal communication, April 13, 2000.
- Howard-Grabman, L. Community Epidemiology Information System. Save the Children and Johns Hopkins University presentation at BASICS II, Arlington, Virginia, 2000.
- Ishan, T. Save the Children. Personal communication, June 6, 2001.
- Kartikeyan, S, et RM Chaturvedi. Community Health Volunteers: A Waste of Precious Resources? *World Health Forum* 12:341–342, 1991.
- Kaseje, DC, et al. Characteristics and Functions of Community Health Workers in Saradidi, Kenya. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 81 suppl. 1:56–66, 1987.
- Koepsell J, et al. The Strength Project: Strengthening District and Community Teams for Mother and Child Health in Northern Mozambique. Project application. Nacala, Mozambique and Washington, DC: Save the Children, 1999.
- Lambrechts, T, et al. Integrated Management of Childhood Illness: A Summary of First Experiences. *Bulletin of the World Health Organization* 77(7):582–94, 1999.
- LeBan, K, ed. *Workshop Proceedings: Reaching Communities for Child Health: Partnering with PVOs in Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*. Washington, DC: Child Survival Collaboration and Resources (CORE) Group, 1999.
- Leonard, SG, ed. Community IMCI Workshop, March 29 and 30, 2000. Consultancy to the Ministry of Health, Ghana. Arlington, Virginia: BASICS II Project, 2000.
- Lysack, C, et L Krefting. Community-based Rehabilitation Cadres: Their Motivation for Volunteerism. *International Journal of Rehabilitation Research* 16(2):133–41, 1993.
- Marsh, D, et al. Enlisting Traditional Healers for Rapid Change in Community Health Norms in a Conservative Rural Ethiopian District. Child Survival XIII Midterm Evaluation. Save the Children, October 1999.
- McHenry, M. Adventist Development and Relief Agency. Personal communication, March 4, 2000.
- McNulty, J. CARE International. Personal communication, March 19, 2000.
- Mullins, J. Minnesota International Health Volunteers. Personal communication, July 11, 2000.
- Ofosu-Amaah, V. National Experience in the Use of Community Health Workers. A Review of Current Issues and Problems. *WHO Offset Publication* 71:1–49, 1983.
- Ojofeitimi, EO, et al. Increasing the Productivity of Community Health Workers through Supervision in the Rural Areas of Nigeria's Ife-Ijesha Zone (summary). Bethesda, Maryland: PRICOR/University Research Co., 1987.
- Oriokot, F. AMREF. Presentation at a meeting with government and NGOs contributing to improvement in child health. Kampala, Uganda, February 9, 2000.

- Paison, NG. Policy-level Impact of the Save the Children–Department of Health Partnerships on the Community Volunteer Health Workers Program. In *Presented Papers: High Impact PVO Child Survival Programs, Volume 2*. Proceedings of an Expert Consultation, Gaulladet University, Washington, DC, June 21-24, 1998. Published for the PVO community and the U.S. Agency for International Development by the Child Survival Collaboration and Resources (CORE) Group, Washington, DC, and Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), Arlington, VA, 1999: 183–191.
- Pareek, U. 1986. Motivational Analysis of Organizational Behavior (MAD-B). In JW Pfeiffer and LD Goodstein, eds. *The 1986 Annual: Developing Human Resources*. San Diego, California: University Associates, 1986.
- Parlato, M, et M Favin. Progress and Problems: An Analysis of 52 A.I.D. Assisted Projects. Washington, DC: American Public Health Association, 1982.
- Pearcy, K. Mercy Corps International. Personal communication, April 19, 2000.
- Phillips, JF, WL Greene, et EF Jackson. *Lessons from Community-based Distribution of Family Planning in Africa*. Population Council Policy Research Division Working Paper No. 121. New York: The Population Council, 1999.
- Quinones, IdPL. *Community Health Workers: Profile and Training Process in Colombia*. Washington, DC: Pan American Health Organization and World Health Organization, 1999.
- Rasmuson, M, et al. (eds.). *Community-based Approaches to Child Health: BASICS Experiences to Date*. Arlington, Virginia: BASICS Project, 1998.
- Reis, T, et al. An Examination of the Performance and Motivation of Indonesian Village Health Volunteers. *International Quarterly of Community Health Education* 11(1):19–27, 1990.
- Robinson, SA, et DE Larsen. The Relative Influence of the Community and the Health System on Work Performance: A Case Study of Community Health Workers in Colombia. *Social Science & Medicine* 30(10):1041–8, 1990.
- Rosales, A, S de Mena, et J de Mazariego. Community Support for Improving Child Health: Its Promotion and Network Sustainability. In R Steinwand. *Reaching Communities for Child Health: Advancing PVO/NGO Technical Capacity and Leadership for Household and Community Integrated Management of Childhood Illness (HH/C IMCI)*. Proceedings of a workshop, January 17-19, 2001, Baltimore, Maryland. Washington, DC: Child Survival Collaboration and Resources (CORE) Group and Arlington, Virginia: Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), 2001.
- Rubardt, M. Personal communication, March 22, 2000.
- Ruebush, TK, et al. Qualities of an Ideal Volunteer Community Malaria Worker: A Comparison of the Opinions of Community Residents and National Malaria Service Staff. *Social Science & Medicine* 39(1):123–31, 1994.
- San Sebastian M, I Goicolea, J Aviles, et M Narvaez. Improving Immunization Coverage in Rural Areas of Ecuador: A Cost-effectiveness Analysis. *Tropical Doctor* 31(1):21–4, 2001.
- Sanghvi, T. BASICS Project. Semistructured interview, 2001.
- Schaefer, M, et Reynolds, J. Operations Research Issues: Community Health Workers. Bethesda, Maryland: PRICOR/University Research Co., 1985.
- Shanklin, D. Andean Rural Health Care. Personal communication, March 9, 2000.
- Silimperi, D. University Research Corporation. Personal communication, April 17, 2000.
- Snetro, G. Vision for Change: Community Health Promoters in Mozambique (draft). Save the Children Health, Population and Nutrition Unit, 2000.

- Solat, S. Africare. Personal communication, July 12, 2000.
- Steel, A. BASICS Project. Semistructured interview, 2001.
- Steinwand, R.W. *Reaching Communities for Child Health: Advancing PVO/NGO Technical Capacity and Leadership for Household and Community Integrated Management of Childhood Illness (HH/C IMCI)*. Proceedings of a workshop, January 17-19, 2001, Baltimore, Maryland. Washington, DC: Child Survival Collaboration and Resources (CORE) Group and Arlington, Virginia: Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), 2001: 45.
- Stinson, W, M Favin, et B Bradford. Training Community Health Workers. An issue paper prepared for UNICEF by the World Federation of Public Health Associations, 1983.
- Storms, D. *Training and Working with Auxiliary Health Workers: Lessons from Developing Countries*. APHA Monograph Series 3. Washington, DC: American Public Health Association, 1979.
- Svitone, EC, R Garfield, et MI Vasconcelos. Primary Health Care Lessons from the Northeast of Brazil: The Agentes de Saúde Program. *Pan American Journal of Public Health* 7(5):293-302, 2000.
- Taylor, C. Health Equity in Nepal. (draft, January 29, 2000). Johns Hopkins School of Public Health.
- Walt, G. *Community Health Workers: Policy and Practice in National Programs*. EPC Publication No. 16. London: The Evaluation and Planning Centre, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 1988.
- Walt, G, et al. Are Large-scale Volunteer Community Health Worker Programmes Feasible? The Case of Sri Lanka. *Social Science & Medicine* 29(5):599-608, 1989.
- Werner, D. The Village Health Worker: Lackey or Liberator? *World Health Forum* 2(1):46-68, 1981.
- Winch, P, K LeBan, et B Kusha. *Reaching Communities for Child Health and Nutrition: NGO Contributions to Community IMCI*. Calverton, Maryland: The Child Survival Technical Support Project, Arlington, VA: Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), and Washington, DC: Child Survival Collaboration and Resources (CORE) Group, 2001.
- Wollinka, O, et al. *Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam, and Bangladesh*. Arlington, Virginia: Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) Project, 1997.
- Wubneh, H. Gumer Child Survival Project and the Horses: An Alternative and Sustainable Approach to Child Survival Programs. In B Burkhalter and V Graham, eds. *Presented Papers: High Impact PVO Child Survival Programs, Volume 2*. Proceedings of an Expert Consultation, Gaulladet University, Washington, DC, June 21-24, 1998. Published for the PVO community and the U.S. Agency for International Development by the Child Survival Collaboration and Resources (CORE) Group, Washington, DC, and Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), Arlington, VA, 1999: 124-133.

Exemples d'utilisation d'incitations multiples

Catholic Relief Services, El Salvador

Le Catholic Relief Services/CARITAS child survival project (Service de Secours Catholique/projet de survie de l'enfant de CARITAS) a démarré en 1995 au Salvador. Au cours de réunions de la communauté, des comités de santé, promoteurs de santé et collaborateurs de santé communautaires étaient élus. Le rôle des comités de santé était de maintenir les liens avec les structures de santé et de promouvoir la collaboration intersectorielle. Les promoteurs de santé collectaient des informations sanitaires locales et supervisaient les collaborateurs de santé. Quant aux collaborateurs de santé, ils étaient chargés de tenir des réunions mensuelles et de faire des visites à domicile aux mères pour parler de l'allaitement maternel, de la vaccination et du traitement de la diarrhée.

L'évaluation à mi-parcours du projet a fait apparaître un fort taux de déperdition chez les collaborateurs. Le projet a utilisé le modèle de motivation de Pareek pour planifier des incitations multiples pour les bénévoles. Pour le motif accomplissement, on a utilisé une formation participative qui reflétait les besoins de la communauté, incluait le développement des capacités organisationnelles de la communauté et se déroulait à l'intérieur de la communauté. Pour le motif affiliation, on a mis en place des groupes féminins d'appui et des comités de santé, distribué des badges, et fait la promotion de réseaux de bénévoles. Quant aux motifs extension et influence, ils ont été atteints lorsque le MS et la communauté ont reconnu les bénévoles et leur ont manifesté leur soutien à travers l'organisation de « journées des réalisations » tous les six mois. Pour atteindre le motif dépendance, on a eu recours à l'encadrement

périodique par le personnel de santé et au traitement de faveur accordé aux bénévoles dans les structures de santé. Le motif contrôle a été atteint par l'utilisation du système d'information sanitaire.

L'évaluation finale a montré une baisse du taux de déperdition de 59 à 41 % (soit une différence de 18 %) chez les trois communautés. La répartition des données par communauté indique que deux des communautés avaient des taux plus bas (celui de Santiago de Maria a chuté de 85 % à 15 % et celui de San Vicente de 67 % à 33 %) tandis que la troisième, Zacatecoluca a vu son taux de déperdition s'accroître de 40 % à 60 %. Le projet a constaté que c'étaient les usines de fabrication de vêtements récemment ouvertes à Zacatecoluca qui avaient attiré les bénévoles vers l'emploi rémunéré (Rosales 2000).

Atención Integral a la Niñez, Honduras

Le projet Atención Integral a la Niñez est présent dans près des trois-quarts des zones sanitaires du Honduras. Il est mis en œuvre par le MS avec l'assistance technique de BASICS. Tous les centres de santé (CS) de ces zones y participent et introduisent progressivement les communautés qu'elles desservent, pour un total de près de 1 500 communautés. Si les nombres varient considérablement, trois monitoras couvrent de 25 à 35 ménages ayant des enfants de moins de deux ans.

Les infirmières des CS sélectionnent les communautés présentant les indicateurs de santé les plus bas, sur la base d'une évaluation des besoins en matière de santé. On demande à ces communautés si elles veulent participer au programme. Deux d'entre elles ont décliné l'offre de participation. Les

infirmières organisent des réunions communautaires au cours desquelles on demande aux communautés de désigner deux à cinq personnes qui seront formées comme monitoras. Le seul critère de sélection est que l'une de ces personnes soit très instruite. Près du tiers des bénévoles ont une expérience préalable de sages-femmes ou de promotrices de santé. La plupart sont des femmes ayant des enfants de tous âges. Celles qui sont instruites sont souvent plus jeunes et sans enfants. Beaucoup font partie des mieux nantis de la communauté, et toutes ont tendance à être extraverties et à avoir de la « présence » dans la communauté.

Les tâches des monitoras sont notamment les suivantes :

- Pesée mensuelle de tous les enfants de moins de deux ans et conseils nutritionnels individuels basés sur le gain de poids de l'enfant au cours du mois précédent.
- Identification et recherche de tous les enfants de moins de deux ans absents à la séance de pesée et mise à jour de la liste des enfants.
- Suivi des enfants qui ne prennent pas de poids.
- Visites à domicile de suivi des enfants malades ou n'ayant pas pris de poids au cours du mois précédent.
- Réunions communautaires trois fois par an pour faire un exposé des résultats des séances mensuelles de pesée.
- Disponibilité à des périodes déterminées pour traiter des enfants malades de moins de cinq ans en utilisant un algorithme de la PCIME modifié et, au besoin, administrer la solution de réhydratation par voie orale ou des antibiotiques. (Les monitoras ne font pas de visites à domicile de suivi des ménages pour cette composante récemment ajoutée et en phase d'introduction graduelle).

Les monitoras consacrent à peu près une journée ou une demi-journée par mois aux

séances de pesée et peut-être deux autres journées aux visites à domicile. En général elles travaillent par groupes de trois dans chaque communauté. Le travail en groupe est d'une importance capitale pour leur réussite. Les groupes peuvent décider de la répartition de leur travail. Tous les groupes travaillent bien ensemble, apparemment, le programme n'ayant jamais entendu parler de problèmes en leur sein.

La formation initiale dure cinq jours, ensuite les monitoras suivent une formation de trois jours pour le traitement des maladies. Pour cette formation, elles reçoivent une petite indemnité de déplacement. La fréquence des stages de recyclage et des réunions d'évaluation est très variable et dépend généralement de l'intérêt et de l'initiative de l'infirmière du centre de santé. Près de 60% des monitoras suivent un type ou un autre de stage de recyclage, essentiellement axé sur les conseils.

Les monitoras ne reçoivent pas d'indemnisation financière pour leur travail. Leurs principales incitations semblent être la reconnaissance de la communauté et leur sentiment d'altruisme et d'engagement en faveur du travail bénévole qui a une longue histoire au Honduras. Leur travail est fêté au cours d'une réception annuelle qui comprend généralement plusieurs heures de formation. Au départ, le programme avait préparé des incitations pour une année, y compris une lettre du MS aux familles des monitoras pour les remercier de les avoir autorisées à travailler, des certificats de réussite, des badges et des T-shirts.

Des preuves anecdotiques montrent un taux assez bas d'abandon chez les monitoras. Ces abandons sont généralement le fait des femmes plus jeunes et instruites qui trouvent un emploi salarié. Certaines des monitoras qui travaillent à la frontière avec le Salvador exigent souvent d'être payées parce que leurs homologues salvadoriennes perçoivent un salaire. Les monitoras étaient très fâchées lorsque le remboursement de

leur frais de déplacement pour la formation tardait à s'effectuer.

Les monitoras présentent des rapports mensuels sur les résultats des séances de pesée. Parfois les infirmières des CS assistent aux séances de pesée pour vacciner les enfants. De plus en plus, les infirmières reconnaissent le rôle crucial des monitoras dans l'allègement de leur charge de travail. Parfois les monitoras apportent leur aide au CS lors des journées nationales de vaccination et autres événements sanitaires. A présent, on cherche à sensibiliser davantage les municipalités aux besoins des communautés, comme par exemple une meilleure alimentation en eau (Griffiths 2000 ; Griffiths et De Alvarado 1999).

Jereo Salama Isika, Madagascar

Démarré dans deux districts pilotes en 1997, le programme Jereo Salama Isika couvre à présent 20 districts comptant une population totale de 4,5 millions d'habitants. La décision d'étendre le projet a entraîné un certain nombre de changements dans le programme pilote, notamment l'extension des thèmes pour inclure la planification familiale, la suppression d'une catégorie de bénévoles (les *amis de santé*), et la décision de n'utiliser que les groupes communautaires existants plutôt que d'en créer d'autres.

Le programme actuel comporte deux niveaux de bénévoles communautaires : les *encadreurs* et les *animateurs*. Les encadreurs sont sélectionnés par le MS parmi les dirigeants communautaires en place, tandis que les animateurs sont des bénévoles désignés par la communauté. Les seuls critères de sélection sont leur désir de servir comme animateurs et leur désignation par la communauté. Le programme a tellement de succès qu'on vient frapper à la porte des encadreurs pour demander à être animateurs. Dans chaque communauté servie, dix encadreurs appuient 30 animateurs. Les fonctions principales des animateurs sont l'organisation de théâtre villageois 20 à 30 fois dans l'année, l'utilisation des cartes-conseils

avec des groupes d'individus et la planification des fêtes de la santé. Parfois les animateurs se rendent au centre de santé pour aider à organiser les foules à l'occasion d'événements tels que les journées de vaccination. Les animateurs sont formés par groupes de 20 dans des ateliers de deux jours où ils apprennent l'utilisation des fiches conseils et les techniques de théâtre villageois.

Composés surtout de femmes ayant de jeunes enfants et des niveaux d'instruction divers, les animateurs comptent également quelques hommes parmi eux. A la question de savoir pourquoi ils voulaient être animateurs, la plupart ont répondu qu'ils voulaient améliorer la santé de leurs propres familles et se faire respecter davantage au sein de leur communauté. Le programme prévoit l'abandon de 50 % des animateurs au bout de 12 à 18 mois. Les animateurs ont une double explication de ce phénomène : 1) leur enfant a sept ans et il n'y a plus rien à apprendre et 2) ils peuvent occuper des emplois et être toujours considérés comme des ressources de la communauté.

Le programme actuel a bénéficié d'un certain nombre de principes et d'enseignements tirés du programme pilote (voir Gottert et al. 2000 pour une description détaillée). De « petites actions réalisables » plutôt que l'augmentation des connaissances, tels sont les points focaux de la stratégie globale. Tous les partenaires du MS et des ONG se sont mis d'accord sur ces actions, ce qui garantit une collaboration complémentaire et régulière. Des cartes-conseils ont été développées pour indiquer chacune des petites actions réalisables et les mêmes images étaient utilisées dans divers autres matériels. Les ateliers de deux jours permettent de former un plus grand nombre de personnes. Au cours du programme pilote la création de comités d'animation villageois s'est avérée être un processus à haute intensité de main d'œuvre. Le programme actuel ne travaille qu'avec les groupes communautaires existants, et utilise

également les mass média avec des spots radio de 45 secondes et de courts programmes de radio rurale fréquemment diffusés sur dix stations. Les bénévoles ne sont pas encadrés, mais ils sont appuyés et célébrés au cours des fêtes de la santé (Sanghvi 2001 ; Gottert et al. 2000).

Projet d'appui au secteur de la santé en Afghanistan (AHSSP)

En octobre 1986, un accord de coopération a été signé à Peshawar, au Pakistan, entre Management Sciences for Health et l'USAID pour lancer l'Afghanistan Health Sector Support Projet, un projet d'appui au secteur de la santé. Dès le départ, le projet a développé une stratégie accélérée pour former un grand nombre d'agents de santé communautaire ou de soins de santé primaire, appelés agents sanitaires de base. Ces ASB devaient fournir des services de prévention, de promotion et de soins élémentaires, et devaient s'inscrire à un stage de dix jours lorsqu'ils iraient se réapprovisionner.

Les ASB étaient sélectionnés selon les critères suivants :

1. savoir lire et écrire
2. avoir un niveau d'instruction équivalent à la sixième année d'école primaire
3. avoir 16 ans au moins, de préférence entre 20 et 30 ans
4. résider dans l'aire d'affectation
5. avoir de la famille proche en Afghanistan
6. ne pas avoir d'emploi au Pakistan
7. être prêt à participer au mouvement de résistance à l'intérieur de l'Afghanistan au terme de la formation
8. être de religion musulmane et avoir déjà participé au mouvement de résistance

Les trois premiers critères établissaient la capacité des candidats à boucler la formation avec succès. Les trois suivants visaient à sélectionner des candidats ayant personnellement intérêt à voir une amélioration des services de santé en Afghanistan. Le septième renforçait l'espoir

que les ASB travailleraient à l'intérieur de l'Afghanistan : servir les résistants faisait partie du mouvement de résistance. Le dernier critère cherchait à éliminer les candidats qui n'avaient pas fait leur service régulier en tant que moudjahidines et pouvaient donc être appelés pour servir dans les forces armées de la résistance.

De 1987 à 1993, 2 242 ASB ont été formés et 2 190 ont effectué leur service pendant un certain temps. A de rares exceptions près, tous les ASB formés étaient des hommes à cause des obligations de voyage. Chaque lieu d'affectation des ASB était visité au moins une fois par an, et jusqu'à trois fois par an pour un grand nombre. Les moniteurs de projet en visite prenaient des photos, se faisaient établir des documents signés des autorités militaires et civiles sur les performances des ASB, et enregistraient des entretiens dirigés avec les malades. Le contrôle de qualité était l'aspect le plus difficile du projet : peu d'agents de santé hautement qualifiés, comme les docteurs et les infirmiers, acceptaient de prendre le risque de voyager dans le pays pour effectuer des visites d'encadrement technique.

Les ASB recevaient plusieurs incitations. Après leur premier diplôme de formation et à la fin de chaque stage de recyclage, les ASB recevaient chacun un document écrit confirmant leurs nouvelles compétences. Ce document était considéré comme extrêmement précieux pour le prestige qu'il conférait aux ASB et l'imputabilité qu'il garantissait aux dirigeants communautaires pour le temps passé au Pakistan. Bien que conscients des effets négatifs possibles à long terme du paiement de salaires, l'AHSSP a décidé de payer les ASB parce que les salaires étaient considérés comme « de l'argent contre du travail » et constituait pour les familles qui habitaient encore les zones rurales un encouragement pour y rester. Le montant était fixé à 870 roupies pakistanaises, monnaie qui s'est constamment dévaluée par rapport au dollar

américain, jusqu'à près de la moitié pendant la durée du projet. Chaque ASB a reçu au départ une trousse médicale et du matériel de base pouvant être renouvelé tous les trois à six mois.

Le déplacement entre leur lieu d'affectation et le Pakistan pour la formation, l'approvisionnement et la perception de leur salaire était dangereux pour les ASB à cause de la géographie et des infrastructures du pays, ainsi que de l'instabilité politique et militaire. La plupart des 22 ASB tués durant le projet ont perdu la vie au cours d'un voyage. Les ASB n'étaient pas remboursés de leur frais de déplacement au Pakistan pour la formation initiale, mais ils étaient souvent financés par la communauté à l'intérieur de l'Afghanistan. Ils recevaient des frais de déplacement du Pakistan à leur lieu d'affectation et de transport du matériel médical, selon les taux en vigueur.

Le fait de procéder à une vérification croisée des trois sources de données et de faire contresigner les rapports de l'encadrement par les dirigeants communautaires locaux donnait aux ASB le sentiment d'être traités équitablement. En particulier, ceux qui restaient dans le projet pendant plusieurs années appréciaient la capacité du projet à découvrir et à démasquer les « tricheurs ». Dans bon nombre de communautés, les ASB étaient reconnus comme des « docteurs » parce qu'il n'existait aucune autre source de soins médicaux de type occidental. Beaucoup d'ASB se sont déclarés satisfaits de pouvoir parler directement à l'organisation chargée de l'exécution du programme, plutôt que de dépendre des autorités afghanes qui étaient souvent considérées comme partisans et corrompues. Les ASB—même ceux exclus du programme pour mauvaises performances—ont apprécié le fait d'avoir été traités « équitablement ».

La durée moyenne de participation active de tous les ASB qui ont abandonné le projet était de 25 mois, avec un minimum de moins d'un mois et un maximum de 67 mois. Le taux

moyen (et médian) de déperdition était de 5 % du nombre total d'ASB recrutés par trimestre, avec un minimum de 1 % et un maximum de 8 % par trimestre entre septembre 1988 et septembre 1993.

En octobre 1992, le projet a décidé de réduire les suppléments de salaire de 25 % du montant initial en avril 1992 et plus tard de 50 %. Le contenu des troussees médicales était revu à la baisse pour refléter la charge moyenne de patients par ASB. Il n'a été observé aucun accroissement des taux d'abandon au cours des 12 mois qui ont suivi les premières réductions.

Il est intéressant de noter que les ASB intervenant dans les provinces frontalières avec le Pakistan affichaient un taux beaucoup plus élevé d'abandons (63 % de l'ensemble des ASB formés) que ceux des autres provinces (32 % du total). Les raisons avancées pour expliquer cette différence sont notamment celles-ci :

- Au départ, les familles réfugiées au Pakistan venaient essentiellement des zones frontalières et avaient souvent des « familles scindées », dont une partie occupait encore des terres à l'intérieur de l'Afghanistan. Les ASB originaires de ces familles étaient moins motivés pour travailler en permanence à l'intérieur de l'Afghanistan.
- L'implantation de la plupart des projets de santé transfrontaliers dans les provinces frontalières a créé plus d'opportunités d'emploi rémunéré pour les ASB une fois qu'ils étaient formés, ainsi que de compétition avec des agents de santé plus compétents.
- Les provinces frontalières étaient occupées par une mosaïque de factions politiques et formaient dans une large mesure l'ancienne « ceinture tribale » de l'Afghanistan, ce qui, pour les ASB, rendait difficile tout lien avec des structures de santé où ils pourraient orienter des patients, et qui se trouvaient entre les mains d'autres chefs militaires.

Dans les régions non frontalières étaient apparues en 1989 des entités politiques régionales plus importantes, offrant plus d'appui local pour les ASB et, dans certains cas, la possibilité de s'intégrer dans les systèmes régionaux de santé.

(Cet appendice a été rédigé par Paul Ickx sur la base de rapports de projets et de discussions avec Laurence Ickx-Laumonier, ancienne chargée des opérations sur le terrain de l'AHSSP.)

Questionnaire pour e-mails et premiers entretiens

1. Donnez des exemples d'incitations qui ont réussi ou n'ont pas réussi à retenir les ASC sur une longue durée et à maintenir leur motivation.
2. Relatez des expériences positives ou négatives précises concernant l'utilisation des types suivants d'incitations pour ASC :
 - a) Reconnaissance publique
 - b) Activités génératrices de revenus
 - c) Gestion d'une trousse de première urgence, de médicaments, de produits divers
 - d) Formation
 - e) Encadrement
 - f) Opportunités de développement personnel
 - g) Fourniture de vivres
 - h) Traitement monétaire
 - i) Fourniture d'une bicyclette ou d'un vélomoteur
 - j) Mentor
 - k) Autres
3. Avez-vous trouvé des différences entre les régions du monde (Afrique, Amérique latine et Caraïbes, Asie, Nouveaux Etats Indépendants) et les types d'incitations qui ont réussi à promouvoir le maintien en poste et la motivation de longue durée des ASC ? Donnez des exemples.
4. Suivez-vous les informations sur les taux de maintien en poste des ASC et le coût d'un nouveau recrutement et d'une nouvelle formation ?
5. Pouvez-vous nous indiquer comment obtenir de la documentation sur l'expérience de votre projet en matière d'ASC ?
6. Quelles autres personnes nous recommanderiez-vous pour nous fournir des informations sur les incitations pour les ASC ? Comment peut-on les joindre par e-mail ou par téléphone ?
7. Y a-t-il d'autres informations sur les ASC qui pourraient vous être utiles si elles étaient collectées et analysées ?

Guide des entretiens pour les exemples de BASICS

Connaissance des ASC : Guide d'entretien semi-dirigé

1. **Informations générales :**
 - Quelle est la population servie par votre programme ?
 - Quel est le nombre total d'ASC actifs à tout moment ?
 - Combien d'ASC quittent le programme ou deviennent inactifs chaque année ?
 - Combien d'ASC recrutez-vous chaque année ?

2. **Sélection des ASC :** Comment les ASC ont-ils été sélectionnés ? Quels critères ont été fixés ? Qui les a fixés ? Quel rôle la communauté a-t-elle joué ?

3. **Caractéristiques des ASC :** Pourriez-vous décrire quelques-unes des caractéristiques des ASC (par exemple, sexe, niveau d'instruction, expérience préalable) ?

4. **Fonctions :** Quelles sont les fonctions des ASC ? Quel est l'équilibre relatif entre les activités préventives et curatives ? Combien de ménages couvre chaque ASC ? Combien de temps l'ASC (homme ou femme) doit-il/elle consacrer à ses fonctions ?

5. **Médicaments :** Quels médicaments, en particulier antibiotiques ou antipaludéens, les ASC ont-ils reçus ? Comment s'effectue le réapprovisionnement ? Quelle est la fréquence des ruptures de stock ?

6. **Formation :** Quelles ressources mettez-vous dans la formation des ASC nouvellement recrutés chaque année ? Combien de cours de formation y-a-t-il dans l'année pour les nouveaux ASC ? Combien d'ASC sont formés à chaque fois ? Quelle a été la durée de la formation reçue par les ASC ? Quelle sont la fréquence et la durée des stages de recyclage ? Y a-t-il eu des per diem ou des indemnités de déplacement ?

7. **Incitations :** Quelles incitations le programme a-t-il planifiées pour les ASC ? D'après vous, qu'est ce qui a incité les ASC à travailler ? Pouvez-vous donner des exemples d'incitations ayant réussi à maintenir la motivation des ASC pendant un certain temps ? Racontez toute expérience positive ou négative spécifique concernant l'utilisation des incitations suivantes :
 - L'argent sous quelque forme que ce soit, y compris la vente de médicaments
 - Incitations en nature telles que assistance dans les travaux agricoles, assiettes ou T-shirts
 - Outils de travail, identification spéciale
 - Reconnaissance de la communauté

8. **Incitations multiples :** Y a-t-il plus d'une incitation pour faire travailler l'ASC ? Si oui, est-ce que ces incitations ont évolué ? Etaient-elles planifiées ? Comment fonctionnent-elles ensemble ?

9. **Désincitations :** Y a-t-il eu des cas d'abandons chez les ASC ? Quelles sont d'après vous les raisons principales des abandons ? Pensez-vous que le programme a un problème de forts taux de rotation des effectifs, d'abandons ou de déperdition ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

- 10. Rapports entre la communauté et les structures de santé :** Quels sont les rapports entre les ASC et la structure de santé ? Est ce que la structure de santé est censée encadrer les ASC ? Comment cela se passe-t-il ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- 11. Rapports ASC/communauté :** Quel est le statut des ASC dans la communauté ? Sont-ils perçus comme agents publics de santé ou comme bénévoles ? Quelles fonctions des ASC sont considérées comme les plus appréciées par la communauté ? Quels sont les liens entre les ASC et les groupes communautaires, y compris les comités de santé ?
- 12. Appui par les pairs :** Les ASC travaillent-ils seuls ? Par groupes de deux ? De trois ? Comment doivent-ils travailler ensemble ? Quelles opportunités d'interaction avec d'autres ASC venant d'autres secteurs existe-t-il ?
- 13. Informations sur les ASC :** Quelles informations collectez-vous habituellement sur les ASC (par exemple taux de maintien en poste, coûts de la formation, coûts des incitations) ? Est ce que ce type d'information est important pour vous ? Si oui, comment utilisez-vous ces données (par exemple, pour modifier les incitations) ?
- 14. Documentation :** Avez-vous de la documentation sur des expériences avec des ASC, que vous pourriez nous envoyer ?

