

**ETUDE DE CAS SUR LE FONCTIONNEMENT DES RELAIS
COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DE LA PREVENTION
DE LA SOUS-NUTRITION**

Burkina Faso-Mali-Sénégal

Contenu

Résumé de l'étude	4
1. Introduction	5
2. Objectif global	6
3. Objectifs spécifiques:	6
4. Méthodologie.....	6
Part I: Revue des politiques de santé communautaire et le fonctionnement des relais communautaires	6
Part II: Sélection des projets	7
Part III: Analyse des projets.....	9
Part IV: Chronogramme	9
5. Résultats.....	10
Part I : Identification des projets.....	10
Part II : Revue des politiques ANJE et des politiques de santé communautaires.....	11
A) Politiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	11
B) Revue de l'état des politiques de santé communautaires au Burkina Faso, Mali et Sénégal	13
Part III : Fonctionnement des relais communautaires.....	15
a) Résultats de l'enquête	15
b) Définition et terminologie.....	15
c) Processus de sélection	17
d) <i>Formation et supervision des relais</i>	19
e) <i>Motivation</i>	21
f) <i>Responsabilités et charge de travail</i>	24
g) <i>Charge de travail</i>	28
h) <i>Coordination et relations</i>	28
5. Conclusion.....	31
6. Recommandations	32
Bibliographie	34
Annexes	37
Annexe 1 : Questionnaire sur la description du projet à l'intention des chefs de projets	37
Annexe 2 : Questionnaires à l'intention des agents de santé	38
Annexe 3: Questionnaire à l'intention des relais communautaires	38
Annexe 4 : Questionnaire à l'intention de la communauté.....	41

Liste des Abréviations

ACF : Action Contre la Faim

ASACO : Associations de santé communautaire

ASBC : agents de santé à base communautaire

ASC : agents de santé communautaire

AGR : Activité génératrice de revenus

AMMIE : Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

COOPI : Cooperazione Internazionale

CRB : Croix Rouge Belge

DS : District Sanitaire

FBR : Financement basé sur les résultats

HKI: Helen Keller International

ONG : Organisation non Gouvernementale

PADS : Programme d'Appui au Développement Sanitaire

PAIN: paquet d'activités intégrées de Nutrition

PCIMA: Prise en charge intégrée de la malnutrition aigue

PCIME: Prise en charge Intégrée des maladies de l'enfant

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

RC : Relai Communautaire

TDH: Terre des Hommes

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

USAID: United States Agency for International Development

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Résumé de l'étude

Dans le cadre de la mise en œuvre d'approches spécifiques à la nutrition telles que les pratiques ANJE pour lutter contre la sous-nutrition, le renforcement de la santé communautaire et du rôle des relais communautaire est essentiel. Si de nombreux projets ont été développés en intégrant les relais communautaires comme partenaires d'exécution, un manque d'harmonisation est constaté entre les organisations, notamment lié à une absence de statut des relais.

L'étude a pour objectif d'évaluer le fonctionnement des relais communautaires à travers la revue des politiques de santé communautaire et à partir d'études de cas dans le cadre des activités de prévention de la malnutrition aigüe, au Burkina Faso, Mali et Sénégal. 12 projets portés par 9 ONG ont été retenus, et 8 ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Au total, 13 villages ou quartiers urbains ont été visités, couvrant plus de 130 relais communautaires, une quinzaine d'agents de santé et une centaine de représentants de la communauté.

Les résultats montrent une volonté politique de développer un environnement favorable à l'allaitement et de renforcer la santé communautaire avec la mise en place de politiques appropriées que ce soit par le renforcement des relais communautaire, la couverture des actions de sensibilisation, ou la création d'une cellule de santé communautaire.

L'étude des différents aspects du fonctionnement des relais communautaires, montre une disparité non seulement entre les programmes de santé communautaire des ONG et la politique du gouvernement, mais entre les ONG elles-mêmes.

Le statut des relais reste inconnu avec de multiples définitions pour les agents communautaires, des différences dans le système hiérarchique (niveau de rattachement au centre de santé, relations avec l'ONG) ou des variations dans le niveau de responsabilité entre les agents opérant dans les centres de santé et ceux agissant dans la communauté. En raison de cette absence de règles, les processus de sélections s'ils sont existants ne sont pas systématiquement appliqués avec une importante disparité non seulement dans les conditions de recrutement, mais également dans l'identification des recruteurs (chef de village, agent de santé, ONG...) avec une influence plus ou moins importante des ONG. Ce manque de statut accompagné d'un financement insuffisant a également un impact sur la qualité de la formation et du suivi des relais (curricula non établi, manque de planning pour les formations et les supervisions, manque de financement pour le suivi des relais...). La question de la motivation reste la plus importante, car étant considérée comme un facteur essentiel à la bonne réalisation des activités. Le type de motivation fluctue beaucoup entre les pays, les régions et les organisations entre une motivation qui reste symbolique (reconnaissance de la communauté) et une rémunération qui peut représenter un véritable salaire pour une charge de travail qui peut évoluer de quelques heures à plusieurs jours par semaine. On constate également un manque d'harmonisation mais également de coordination entre les partenaires sur l'évaluation du type et du montant de la motivation, créant ainsi une concurrence entre les différents projets.

Dans l'ensemble si les relais montrent une satisfaction à accomplir leurs tâches, et y voient en dehors d'une complémentarité financière, une amélioration de leur statut ainsi qu'une valeur ajoutée de leur travail pour la communauté, ils reconnaissent la précarité de leur situation et l'absence actuelle de solution durable. Ce constat est partagé par l'ensemble des acteurs qui devront s'employer à appuyer la mise en place de politiques permettant un renforcement durable de la santé communautaire.

1. Introduction

Il est estimé qu'environ 25% de la mortalité infantile mondiale se trouve en Afrique de l'Ouest où la sous-nutrition représente plus de 50% des causes sous-jacentes de la mortalité chez les moins de 5 ans. Les taux de malnutrition ont faiblement diminué, notamment par rapports aux objectifs fixés pour 2025.

En 2008, Lancet identifiait la fenêtre des 1000 jours (de la conception au 24^{ème} mois de l'enfant) comme prioritaire pour la mise en œuvre d'interventions visant au bien être de l'enfant et de la femme enceinte et allaitante. En 2013, il a été identifié une série d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition qui, mises à l'échelle au sein d'une approche multisectorielle, devraient permettre de réduire de manière durable la sous-nutrition. Parmi ces interventions, on note les interventions liées à la santé communautaire, notamment la prise en charge de la malnutrition, le suivi et traitement des maladies, et les bonnes pratiques d'allaitement et de nourrisson du jeune enfant (ANJE). Cette mise en œuvre d'interventions multisectorielles au niveau communautaire doit être accompagnée de politiques de mise à l'échelle que ce soit pour renforcer la mise en œuvre d'une intervention spécifiques (ex: ANJE) ou pour ancrer l'approche multisectorielle au niveau communautaire à travers le renforcement du réseau communautaire.

Depuis 1978 et la Déclaration d'Alma Ata, le rôle des relais communautaires dans l'amélioration de l'accès au système de santé a été sans cesse reconnu, notamment pour atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire (Zulliger, 2012) (Sanders, 2007). La littérature montre notamment la valeur ajoutée que représentent les relais communautaire dans le domaine des actions préventives pour la santé de la mère et l'enfant (Gilmore, 2013) (J., 2011), sur la mortalité et la morbidité de la santé de la mère et de l'enfant. Plus particulièrement, l'adhérence aux pratiques de soins, notamment l'allaitement exclusif dont les taux sont augmentés par 5,6 lorsque les femmes sont conseillées par les relais (J., 2011). De manière générale, il est admis que le suivi personnalisé assuré par les RC a un impact durable sur l'adhérence aux messages sur l'allaitement (Ibanez, 2012).

En 2013, face aux faibles progrès réalisés en Afrique Sub-saharienne pour atteindre les Objectifs du Millénaire en matière de santé de la mère et l'enfant, une campagne internationale (*1 million Health workers*) a été lancée afin de mobiliser les décideurs sur le renforcement des agents de santé communautaire. En 2015, une conférence internationale au Ghana a réuni à nouveau l'ensemble des acteurs (Ministères et Société civile) afin de signer un accord sur l'engagement pour le financement de la santé communautaire incluant les résolutions suivantes :

- Produire et implémenter un plan de passage à l'échelle de la santé communautaire
- Elargir les fonds nationaux à la santé communautaire
- Assurer que les relais communautaire reçoivent une formation, un support matériel et technique et une rémunération appropriée, afin d'assurer des soins de santé adéquats au sein de leur communauté
- Renforcer le rôle des relais communautaire dans le ciblage des maladies non contagieuses, dans le cadre des prochains Sustainable Development Goals (SDGs)
- Renforcer le système d'information et de communication des relais communautaires à travers le développement des technologies innovantes
- Renforcer la capacité des communautés à travailler avec le système de santé

Face aux recommandations techniques de renforcer le développement d'interventions au niveau communautaires, de nombreux projets à visée de réduction de la sous-nutrition s'appuyant sur le système de réseau communautaire, ont été développés. Toutefois, l'absence de cadres fonctionnels ne permet pas d'identifier clairement les différents aspects du rôle des relais communautaire dans la mise en œuvre de ces approches. Face à l'importance du rôle joué par les relais communautaires dans la promotion des activités de prévention de la sous-nutrition telles que l'ANJE, un bilan sur le rôle et le fonctionnement des relais communautaires dans le cadre des projets de prévention de la nutrition se révèle nécessaire. Ce bilan doit faciliter l'identification des bonnes pratiques afin d'assurer l'efficacité des relais et ainsi un meilleur impact des approches préventives de la sous nutrition.

2. Objectif global

L'objectif de l'étude est d'évaluer le fonctionnement des relais communautaires à partir d'études de cas dans le cadre des activités de prévention de la malnutrition aigüe, au Burkina Faso, Mali et Sénégal

3. Objectifs spécifiques:

- Effectuer une revue de l'état des politiques ANJE et de santé communautaires au Burkina Faso, Mali et Sénégal
- A travers une étude de cas, évaluer le rôle et le fonctionnement des relais communautaires dans le cadre des activités de promotion des pratiques ANJE au Burkina Faso, Mali et Sénégal
- Présenter des recommandations sur les bonnes pratiques et leçons apprises en matière de fonctionnement des relais communautaires dans le cadre d'activités de prévention de la malnutrition aigüe mise en œuvre par des ONG

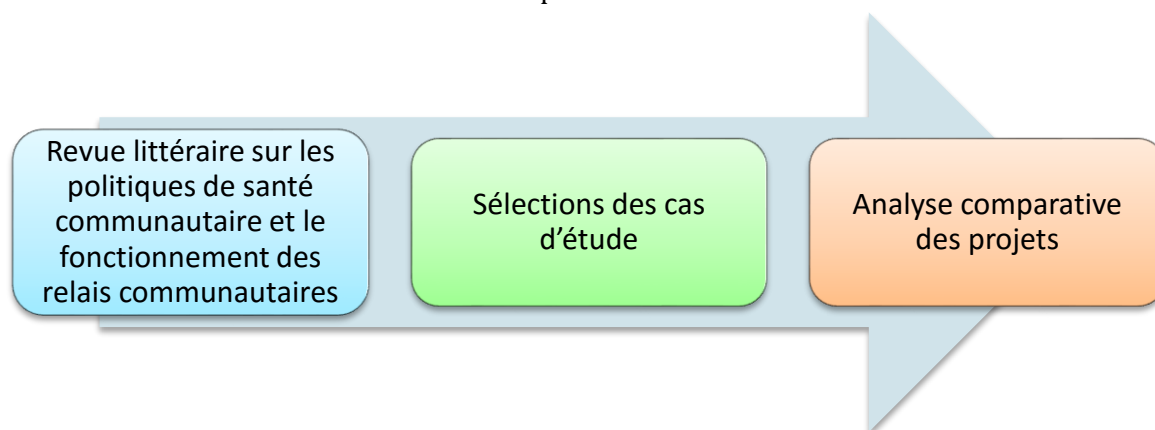
4. Méthodologie

Type d'étude

L'objectif de l'étude était de pouvoir identifier les bonnes pratiques et leçons apprises du fonctionnement des relais communautaires dans le cadre de projets existants. Le type d'étude choisi a donc été **l'étude de cas comparative** accompagnée d'une revue littéraire.

Approche générale

Le déroulement de l'étude s'est fait en 3 étapes :



Part I: Revue des politiques de santé communautaire et le fonctionnement des relais communautaires

a) Revue Littéraire sur le fonctionnement des relais communautaire

La revue littéraire avait pour objectif d'identifier les différents rapports concernant le fonctionnement des relais communautaires avant d'établir un 1er constat sur les difficultés rencontrées au niveau global par les relais communautaires.

La collecte s'est fait à travers une revue systématique à l'aide de mots clefs tel que "santé communautaire", "relais communautaires" "nutrition communautaire", à travers des réseaux tels que *pubmed, FHI 360, CMAM Forum.*,

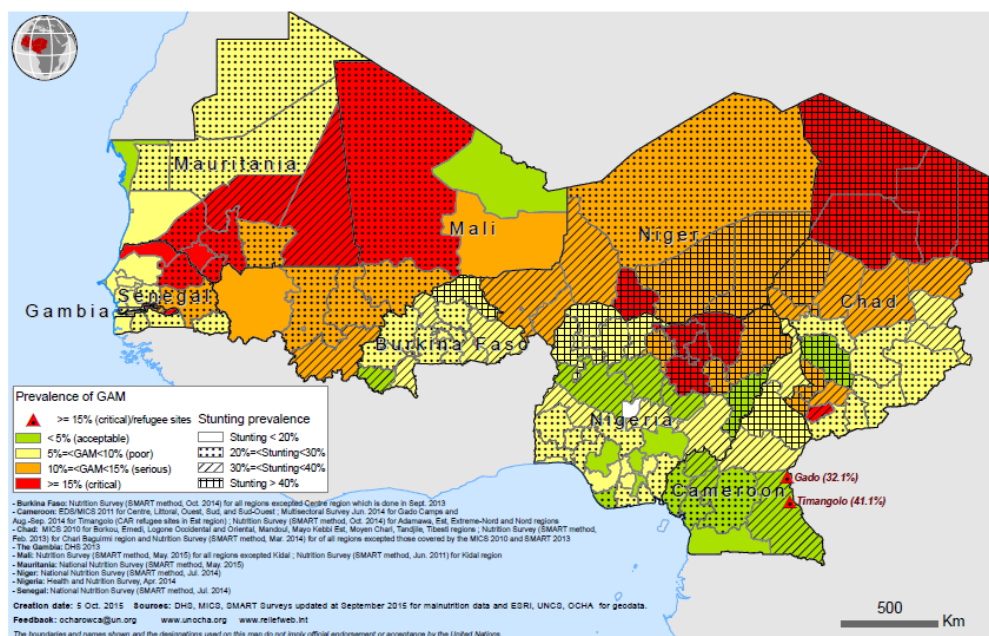
b) Revue des politiques de santé communautaire, incluant politiques ANJE

La revue des politiques de santé s'est faite à travers l'analyse des publications officielles ministérielles officielles ainsi qu'avec des échanges avec les partenaires sur les politiques en cours de publication.

Part II: Sélection des projets

a) Sélection des pays

Figure 1: Prévalence de la Malnutrition Aigue et Chronique en Afrique de l'Ouest (Septembre 2015)



La sélection des pays se base sur un ensemble de facteurs tels :

- la revue du niveau de mise en place des politiques de santé, notamment sur le statut des relais communautaire
- Le statut nutritionnel du pays
- L'état des pratiques ANJE
- L'accès aux données (situation stable, accès au terrain)
- Disponibilité de projets visant à renforcer les relais communautaire et intégrant une composante ANJE

Compte-tenu de ces facteurs, les pays choisis ont été le Burkina Faso, le Mali et le Sénégal.

Les 3 pays possèdent chacun une politique de santé communautaire mais certains éléments, notamment le rôle et le statut des relais communautaire, sont à des niveaux de mise en oeuvre différents. L'analyse du contexte nutritionnel montre une amélioration de la situation au Burkina avec l'ensemble du pays qui tombe sous la barre des 10%, alors que le Sénégal ou le Mali possèdent encore des régions avec une prévalence de la malnutrition dépassant le seuil critique de 15%.

b) Sélection des projets

La sélection des projets se fait selon 3 critères :

- Variété du contexte : les projets sélectionnés devaient représenter une variété de contexte (urbain/rural) et localisés dans des zones géographiques différentes, notamment en terme de prévalence de la malnutrition et de charge de travail, et mis en place par des organisations différentes, un choix a également été fait d'alterner entre les projets visant à appuyer la mise en œuvre/à l'échelle des projets du Ministère de la Santé, et les projets plus indépendants.
- Expérience du projet : les projets doivent avoir été mis en place depuis au moins 1 an afin de permettre une analyse
- Projets ayant des activités ANJE portées par des relais communautaires
 - o Relais communautaires : Membres de la communauté où ils travaillent, choisis et reconnus par la communauté, reconnus par les services de santé, mais n'étant pas considérés comme employés à plein temps du système de santé, bénéficiant ou pas d'une prime de travail, devant réaliser des tâches précises en rapport avec la santé (dépistage, vaccination, traitement en 1^{ère} ligne des maladies de l'enfant..) (Walker, et al., 2013)
 - o Promotion des pratiques ANJE : la promotion des pratiques ANJE s'applique à améliorer les pratiques liées à l'allaitement et à l'alimentation du nourrisson et de jeune enfant. Les indicateurs internationalement reconnus sont l'initiation à l'allaitement dans l'heure suivant la naissance, le taux d'allaitement exclusif pour les 0-6 mois, la poursuite de l'allaitement au-delà de 1 an, Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous à 6 mois, la Diversification alimentaire minimum et la fréquence des repas, l'apport alimentaire acceptable et la consommation d'aliments riches en fer (WHO, 2008)

c) Collecte des données

Les informations seront collectées via 2 biais :

- Collecte de données secondaire : les données obtenues à travers des rapports/publications
 - o les rapports de projets, capitalisation, impacts disponibles au moment de l'étude
 - o Politiques de santé communautaires, politiques ANJE
- Collecte des données primaires
- les données collectées au moment de l'étude auprès des principaux acteurs :
 - o ONG : entretien individuels
 - o Relais communautaires : entretiens individuels ou groupes de paroles
 - o Agents de santé : entretiens individuels
 - o Communauté (mères, chefs de villages..) : entretiens individuels ou groupes de paroles
- Au Sénégal, la collecte de données a été assurée directement dans les zones concernées (Nord du Sénégal, Zone péri-urbaine de Dakar). Au Mali et au Burkina, en raison de difficultés financière pour un accès direct, la collecte de données a été réalisée avec l'appui des organisations porteuses de projets qui ont assuré la collecte de données (identification des cibles, réalisation des questionnaires, traduction). Les chefs de projets ont été joints par téléphone/skype pour le Mali et le Burkina, et par entretien direct pour le Sénégal
- La collecte a été réalisée en langue locale soit par les interviewers directement, soit à l'aide d'un traducteur.

d) Limite de la collecte de données

- En raison du manque d'accès au terrain, les chefs de projets ont dû assurer la collecte de données, ce qui a fortement biaisé les réponses, notamment sur l'aspect relationnel entre les relais et les ONG.
- L'absence de formation des enquêteurs a également pu influencer les réponses.
- Enfin, les difficultés de traduction ont sans doute influencé la qualité de l'analyse

Part III: Analyse des projets

a) Identifications des cibles et des thématiques

Les études précédentes ont mis en avant les thématiques devant être identifiées lors d'un travail d'analyse sur le fonctionnement des relais communautaires (Shakir, 2010), (K., 2010) :

- Définition des fiches de postes des RC
- Implication de la communauté dans le recrutement et le suivi des RC et du programme
- Implication et adhésion des autorités locales et nationales
- Disponibilité des ressources
- Système de motivation adapté
- Formations de recyclage et suivi des RC

Ajouté à cela, d'autres thématiques ont également été couvertes afin d'avoir une analyse plus complète du fonctionnement des relais, notamment:

- Qualité de la relation et des dynamiques de travail entre les RC et leurs interlocuteurs (communauté, agents des ONG, agents de santé)
- Répartition des relais et charge de travail

b) Analyse des données

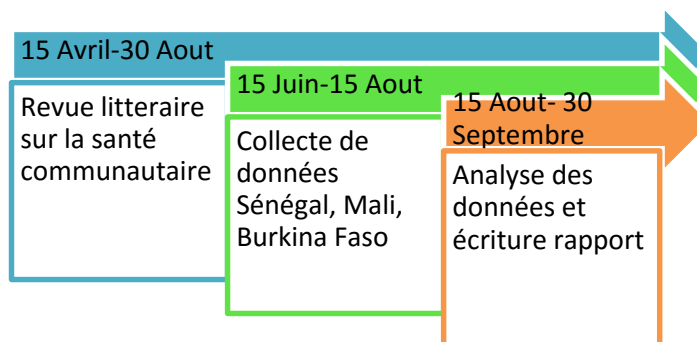
L'analyse se portera sur les indicateurs préétablis du fonctionnement des relais communautaires avec une comparaison de la mise en œuvre à 2 niveaux :

- Vis-à-vis de la politique de santé communautaire
- Vis-à-vis des recommandations internationales

Une comparaison entre les différents projets sera également faite afin de lister les différents types d'interventions existantes et éventuellement d'en tirer des recommandations sur les bonnes pratiques.

Part IV: Chronogramme

La partie de revue littéraire s'est déroulée tout au long du projet avec un focus pendant les 3 premières semaines de l'étude. La collecte de données s'est déroulée entre Juin et Août en raison de contraintes de temps et de disponibilité des enquêteurs.



5. Résultats

Part I : Identification des projets

Pays	Zone d'intervention	ONG	Objectif du projet
Sénégal	MATAM (Rural)	ACF	Réduire et traiter la malnutrition aigüe à travers une approche multisectorielle et renforcement de la mobilisation communautaire
Sénégal	DAKAR (Urbain)	HKI	Projet PROMIS de prévention de la malnutrition à travers une approche intégrée à travers la mise en place de stratégies de prévention au niveau communautaire
Sénégal	DAKAR (Urbain)	ChildFund	Le projet est intégré dans un projet de santé plus large intégrant une approche multisectorielle visant à améliorer la santé des enfants
Sénégal	LOUGA (Rural)	Plan International	Contribuer à l'amélioration de la situation nutritionnelle et sanitaire des enfants 0-59 mois, des femmes enceintes et ou allaitantes
Mali	SEGOU (Rural)	TDH	Réduire significativement la mortalité due à la malnutrition à travers une mise en œuvre de qualité des volets PCIME, PCIMA et santé périnatale pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes
Mali	SEGOU (Rural)	COOPI	Contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population de la Région de Ségou
Mali	BAMAKO (urbain)	ACF	Contribuer à atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement n°4 -réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, attribuable à la malnutrition au Mali
Mali	KITA (Rural)	ACF	Réduction de la malnutrition aigüe à travers la mise en place du package PCIMA incluant des activités de prévention
Burkina Faso	Pama (Rural)	ACF	Projet intégré nutrition – sécurité alimentaire et eau hygiène – assainissement pour répondre aux besoins des populations (traitement, prévention avec activités spécifiques + sensibles).
Burkina Faso	BOUCLE DU MOUHOUN (Rural)	TDH	Prévention de la sous nutrition à travers l'amélioration durable du régime alimentaire des enfants de 0 à 24 mois, des femmes enceintes, allaitantes et en âge de procréer.
Burkina Faso	SAHEL (Rural)	CRB	Amener la population à adopter des comportements susceptibles de favoriser une bonne nutrition et des pratiques alimentaires garantissant un bon état nutritionnel et sanitaire des enfants et de leurs mères
Burkina Faso	NORD (Rural)	Ammnie	Le Projet de lutte contre la malnutrition par la promotion des pratiques optimales d'ANJE à travers le cycle de vise à réduire

Part II : Revue des politiques ANJE et des politiques de santé communautaires

A) Politiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Depuis les années 1980 de nombreuses initiatives se sont développées pour renforcer l'allaitement identifié comme une priorité en matière de santé du jeune enfant. On note notamment l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » (1991), le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) et la Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990) (Organisation Mondiale de la Santé, 2003)

En Janvier 1998, l'OMS a souhaité pouvoir renforcer l'engagement mondial en faveur de la nutrition appropriée du nourrisson et du jeune enfant, et en particulier de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire. Une consultation des politiques ANJE a amené produire en 2003 une stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Suite à cette publication, l'OMS établit une liste d'indicateurs ANJE à suivre avec 8 indicateurs de base (OMS, 2007) :

1. Initiation précoce de l'allaitement au sein
2. Allaitement exclusif au sein avant l'âge de 6 mois
3. Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge d'un an
4. Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous
5. Diversification alimentaire minimum
6. Nombre minimum de repas
7. Apport alimentaire minimum acceptable
8. Consommation d'aliments riches ou enrichis en fer

Au Sahel, seulement certains indicateurs sont régulièrement mesurés :

Indicateur	Burkina Faso	Mali	Sénégal
taux d'allaitement	>95	>95	
taux d'allaitement exclusif	<50%	33	37,5
% des enfants de la tranche d'âge de 6 - 23 mois bénéficient d'une alimentation minimale acceptable.	11,4	21,6	Non disponible

Si la majorité des enfants est allaité au Sahel, le taux d'allaitement exclusif reste faible avec moins d'un enfant sur 5, voir un enfant sur 3 étant exclusivement allaité. La diversité alimentaire est également faible avec seulement 1 enfant sur 5, voir un enfant sur 10 ayant une alimentation acceptable.

POLITIQUES ANJE

Burkina Faso

Mali

Sénégal

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer la qualité et la couverture des interventions communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE. ➤ Créer au niveau communautaire un environnement favorable à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE. ➤ Mettre en œuvre au niveau national un plan de communication d'appui aux activités communautaires. ➤ Appuyer la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau des structures sanitaires. ➤ Renforcer l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel par une adoption du texte réglementaire relu et la mise en place d'un système de surveillance. ➤ Renforcer les compétences pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH, urgences). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Porter et maintenir à au moins 80%, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de 0 à 6 mois dans toutes les régions ✓ Augmenter de 50% le nombre d'enfants de 6 à 23 mois qui bénéficient d'un régime alimentaire minimal acceptable en termes de fréquence et de diversité ✓ Renforcer la communication pour le changement de comportement relatif aux principaux problèmes touchant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'importance d'une bonne alimentation pour les femmes enceintes/allaitantes et celles en âge de procréer ✓ Créer un environnement permettant aux mères, aux familles et aux autres personnes qui s'occupent des enfants d'effectuer en toute circonstance des choix en pleine connaissance de cause concernant les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intensification des efforts pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel exclusif et de l'alimentation complémentaire adéquate à travers la mise en œuvre du PAIN (paquet d'activités intégrées de Nutrition), de la PCIME et de la santé péri natale et néo natale. ✓ Promotion de la nutrition maternelle et de celles des femmes en âge de procréer ✓ Promotion d'un environnement institutionnel et juridique renforçant la protection de la maternité et les droits d'allaiter pour les femmes travailleuses des secteurs formel et informel. ✓ Promotion et application effective du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures y afférant ✓ Adaptation au Sénégal des recommandations courantes des Nations Unies au sujet de l'alimentation des enfants nés de mère séropositive ✓ Définition et application de mesures spécifiques en ligne avec les recommandations internationales en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant les situations d'urgences naturelles ou causées par l'homme <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants présentant une malnutrition aigue
---	--	---

Les politiques des 3 pays encouragent la mise en place d'un environnement favorable à l'allaitement soit en améliorant la disponibilité des services que ce soit au niveau communautaire (augmentation de la couverture des sensibilisations), ou au niveau des centres de santé (formations des agents de santé). La promotion de l'allaitement maternel est également réalisée à travers le renforcement du code international de commercialisation des substituts du lait maternel. IL est à noter que seul le Mali a également intégré des indicateurs de progrès avec un objectif sur l'amélioration de l'allaitement exclusif.

Les politiques ANJE du Burkina Faso, Mali et Sénégal incluent à différents niveaux d'intégration un renforcement de la mobilisation communautaire. La politique ANJE du Sénégal insiste sur la nécessité d'une meilleure coordination inter-acteurs et recommande dans ses modalités de mise en œuvre au niveau opérationnel le « *Renforcement des capacités en direction du personnel de santé et des groupes de soutien des mères (Bajenou Gox et autres) pour la promotion de pratiques d'alimentation adéquates du nourrisson et du jeune enfant* ». Le Mali mentionne la nécessité non seulement de renforcer les réseaux à base communautaire dédiés à la promotion de l'ANJE, et également faciliter leur intégration au sein des systèmes de santé (*ex : agents ayant un statut réel, accompagné d'une formation et d'une description de poste*). Au Burkina, le renforcement de la santé communautaire est le plus développé avec notamment la promotion d'un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA) à travers le cycle de vie qui inclue une affectation par agent de santé à base communautaire d'un effectif spécifique d'enfants 0 – 23 mois à couvrir pour assurer de bonnes couvertures de disponibilité et d'accessibilité, la promotion de l'utilisation au niveau communautaire de l'approche de groupes de soutien mère à mère ou les Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA) pour favoriser l'adoption des conseils prodigués. Cette stratégie dépend fortement de la validation du statut des ASBC qui auront en charge le suivi des GASPA et du PISA. De ce fait, la stratégie a été mise en place dès 2014 à l'état de pilote dans 3 régions uniquement (Nord, Plateau central et Cascades) avec un appui technique et financier par les ONG et les bailleurs internationaux.

Ce manque de consensus associé à un manque de volonté des politiques de santé des gouvernements laisse la gestion des RC liée à une forte dépendance des partenaires techniques et financiers (ONGs, bailleurs internationaux). En raison de l'accumulation de preuves présentant les relais communautaires comme une alternative, ou un complément aux systèmes de santé défaillants, de nombreuses études (Sanders, 2007) se sont concentrées sur le fonctionnement de ces relais et comment le rendre plus efficace. En 2013 (Global Health Workforce Alliance, 2013) , dans le cadre des objectifs du millénaire de donner une vraie place à la santé communautaire, l'OMS ainsi qu'un grand nombre d'organisations internationales ont pu proposer des recommandations internationales en matière de fonctionnement des relais communautaires et sur leur intégration au niveau des systèmes de santé. Le point principal a été le besoin d'une meilleure coordination et harmonisation entre acteurs avec la mise en place d'un cadre logique commun (Zulliger, 2012) intégrant différents éléments tels que le financement des RC, leur formation, supervision et motivation, l'intégration au sein de la communauté ou le suivi des données.

B) Revue de l'état des politiques de santé communautaires au Burkina Faso, Mali et Sénégal

Dans la sous-région, de nombreux pays suivent les recommandations de la Conférence d'Alma Ata tenue en 1978 sur les Soins de santé primaires (SSP) avec une mise en avant et un renforcement des Agents de santé à base communautaire (ASBC/ASC) afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaire. La mise en place de politiques de santé communautaires, les appellations des textes nationaux et leur application varie selon les pays. Il s'agit de guide au Mali et de stratégie au Burkina Faso. (Valéa, 2011) La gestion des centres de santé communautaire, et par extension des activités des relais communautaires a été progressivement transféré à la société civile dans la majorité des pays Sahélien. Ce transfert avait pour but d'améliorer la couverture et d'impliquer davantage la communauté dans la gestion des soins de santé de proximité. Le système de décentralisation a été fait à travers systèmes de contractualisation qui varient selon les pays.

❖ [Burkina Faso](#)

Au Burkina Faso, le gouvernement a renforcé la promotion des services de santé à base communautaire (SBC) en réponse aux orientations stratégiques de la Politique nationale de santé (PNS) ainsi que dans l'optique de l'atteinte des OMD liés à la santé. A cet effet, des interventions de santé appelées Interventions à gain rapide (IGR) et visant essentiellement la réduction de la mortalité maternelle et infantile ont été élaborées (WHO/Global Fund, 2013). Le développement de la santé communautaire s'est renforcée en 2000 avec l'intégration des activités à base communautaires dans les programmes de santé dans le cadre du PNDS 2001-2010, et l'adoption en 2008 d'une stratégie nationale d'interventions intégrées à base communautaire permettant l'élargissement du paquet d'activités avec la prise en charge communautaire des diarrhées, du paludisme simple et de la prévention de la malnutrition à travers une implication des acteurs communautaires (Valéa, 2011)

Le pays a également mis en place un système de contractualisation (Ministère de la Santé Burkina Faso, 2009) permettant aux associations choisies (les organisations d'exécution à base communautaire) de relayer les agents de santé dans les activités qu'ils n'ont pas le temps de réaliser. Ces organisations peuvent être financées par le Ministère de la Santé comme par des fonds internationaux (ex : PADS au Burkina Faso : Panier Commun Aide Développement, qui centralise les financements pour la santé communautaire et approvisionné par des bailleurs externes). Ces financements restent parfois insuffisants, ne permettant pas d'assurer la couverture des besoins. IL peut également y avoir des rivalités entre les systèmes de santé et les OBCE en raison de la répartition des financements. Toutefois, cette approche de contractualisation avec des organisations de la société civile s'inscrit dans la volonté de décentralisation des systèmes de santé (engagée en 2006) avec une plus grande implication de la communauté, notamment grâce aux comités de Gestion (COGES) responsables du suivi et financement des centres de santé locaux.

Ces OBE peuvent être indépendantes ou appuyées financièrement et techniquement par une ONG de référence ou ONG Rencap (Valéa, 2011).

Mali

Le Mali a élaboré, en 2010, un document sur les soins essentiels dans la communauté (SEC), pour guider la mise en œuvre des services offerts dans la communauté. Les SEC se définissent comme « *l'ensemble des services et des actions préventifs, curatifs et promotionnels ayant une efficacité scientifiquement prouvée, socialement acceptables, accessibles géographiquement et financièrement, mis en œuvre avec la communauté pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle au niveau des ménages et des familles* » (Valéa, 2011). Cette stratégie faisait suite à un constat de taux de mortalité infantile relativement élevé et a été décidé lors du forum national sur l'amélioration de l'accès aux soins essentiels au niveau de la communauté tenu en Mars 2009. La stratégie qui est planifiée pour 4 ans (2014-2018) vise « à accroître la couverture géographique, à renforcer la gouvernance et la gestion des ressources, à accroître la demande, l'offre et l'utilisation des services, à renforcer l'engagement de l'Etat et ses partenaires dans le financement de la stratégie et à renforcer le suivi évaluation du programme » (Direction Nationale de la Santé Mali, 2014).

Au Mali, les centres de santé communautaires (CSPCOM) ainsi que les activités de santé communautaires sont gérées par des associations de santé communautaire (ASACO) avec l'appui du service de développement social. L'ASACO a la gestion financière et logistique des centres de santé, incluant l'approvisionnement, la gestion des revenus et le financement des activités. Ils doivent également assurer la supervision des activités, qu'elles soient au niveau des centres de santé ou dans la communauté. L'ASACO appuie également la communauté dans la sélection des Agents de Santé Communautaire et assurent leur gestion. Les ASACOs reçoivent des fonds du Ministère de la santé, des Mairies, mais également des bailleurs internationaux (banque Mondiale, USAID) et des agences des nations Unie (OMS, UNICEF), (Direction Nationale de la Santé Mali, 2014)

Sénégal

Le Sénégal avait lancé dès 1967 une offre de soins de santé communautaire. La mise en place des « cases de santé » a permis d'élargir la couverture de soins de santé primaire avec la disponibilité d'une matrone et d'un agent de santé communautaire. A partir de 2013, le Sénégal a lancé la création d'une Cellule de Santé Communautaire rattachée à la Direction Générale de la Santé pour impulser, organiser et coordonner la santé communautaire. Parallèlement, deux documents ont été produits afin de faciliter l'opérationnalisation et les orientations de la stratégie sur les 5 prochaines années : Un document de Politique de santé communautaire servant de cadre de référence et d'outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires, et un Plan National Stratégique de Santé Communautaire (PNSSC) (Direction générale de la Santé Sénégal, 2014). Le Plan National Stratégique de Santé Communautaire est articulé autour de 5 axes stratégiques qui sont : Améliorer la couverture géographique ; Renforcer l'intégration au système de santé ; Améliorer la qualité et élargir l'offre de services ; Renforcer la participation des communautés et des collectivités locales ; Mettre en place la gouvernance et le schéma général de mise en œuvre de la santé communautaire. Ces axes incluent 17 lignes d'action visant à formaliser, intégrer et développer la santé communautaire aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. (Direction générale de la Santé Sénégal, 2014).

Au Sénégal, comme au Mali ou au Burkina, la décentralisation a permis la mise en place de comités de santé, de comités de gestion et de réseaux des associations d'acteurs communautaires. Les comités de santé gèrent les acteurs de santé communautaire à travers le suivi de l'exécution des activités de promotion de la santé et à la contribution au financement de la santé communautaire (cases de santé et sites). Le comité de gestion assure le suivi budgétaire et financier du centre de santé. Enfin, les associations d'acteurs communautaires de santé (MSAS) peuvent faciliter le financement des activités, la supervision des RC ou agir en tant que prestataires de services lorsque nécessaire.

Part III : Fonctionnement des relais communautaires

a) Résultats de l'enquête

En raison de contraintes budgétaires et logistiques, la collecte de données terrain a concerné seulement 8 des 12 projets (ACF Sénégal, ChildFund Sénégal, ACF Burkina Faso, TDH Burkina Faso, ACF Mali (2 projets), TDH Mali, Coopi Mali).

Au total, 13 villages ou quartiers urbains ont été visités, couvrant plus de 130 relais communautaires, une quinzaine d'agents de santé et une centaine de représentants de la communauté.

b) Définition et terminologie

La définition officielle de l'organisation internationale du Travail précise que *“les agents de santé communautaires fournissent l'éducation sur la santé, ainsi que le référencement pour une série de Service, et fournissent support et assistance aux communautés, familles et individus grâce à des mesures préventives de santé, un accès facilité aux services curatifs de santé ainsi qu'aux services sociaux. Ils créent un pont entre les fournisseurs de santé, services sociaux et les communautés ayant un accès réduit.”* (Global Health Workforce Alliance, 2013). Cette définition officielle est sujette à modifications selon le niveau de mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire dans chaque pays

Au Burkina Faso, un document ministériel en cours de validation précise le profil des ASBC avec la définition suivante : « L'ASBC est une femme ou un homme sélectionné dans et par sa communauté conformément aux critères définis, ayant reçu une formation de base sur les SBC, pour offrir localement des services préventifs, promotionnels et curatifs de base, sous l'encadrement technique du personnel de santé ». Les services promotionnels incluent la promotion des pratiques familiales essentielles, les actions essentielles en nutrition et l'ANJE.

Dans certains pays comme le Sénégal ou le Mali, on sépare les relais soignants (ou Agents de Santé communautaires= ASC) des relais communautaires. Les relais communautaires sont issus de la communauté, ont une formation basique (niveau primaire) et sont responsables des activités de prévention (sensibilisation et distribution de matériel hygiène), du dépistage et du suivi des cas de malnutrition. D'un autre côté, les ASC sont intégrés dans la pyramide sanitaire, ont une formation diplômante en santé, bénéficient d'un statut ainsi que d'un salaire. En plus des responsabilités d'un « simple RC », ils sont également en charge de la partie curative de la santé communautaire (traitement de la diarrhée, du paludisme..), ainsi que de la prise en charge de malnutrition aigüe modérée. Les RC travaillent principalement au niveau de la communauté alors que les ASC exercent au niveau des centres de santé, ce qui permet un partage des tâches, et une amélioration de la couverture pour les tâches couvert en double (ex : les activités liées au Changement Social de Comportement (CCSC), la Promotion des pratiques familiales essentielles au niveau communautaire). Les ASC se positionnent comme intermédiaire entre les RC et les centres de santé et peuvent également jouer un rôle de supervision lorsque nécessaire (Direction Nationale de la Santé Mali, 2014). Ce statut intermédiaire des ASC peut être parfois source de conflits, notamment lorsque les liens hiérarchiques ne sont pas clairement établis.

Au Sénégal, bien que l'approche communautaire soit ancienne, il y a une absence d'harmonisation entre les pratiques et les définitions.

On distingue plusieurs profils de relais communautaires :

- **l'ASC** (« chargé(e) de dispenser des soins curatifs de base ainsi que des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté »,
- **la matrone** « chargée d'assister la mère pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, de l'amener à respecter ses consultations prénatales et de l'orienter pour bénéficier d'une assistance par du personnel qualifié lors de l'accouchement »,
- **le relais communautaire** « chargé(e) de mener des activités de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, ainsi que des activités préventives et promotionnelles dans sa communauté »,
- **le dispensateur (trice) de soins à domicile (DSDOM)** : chargé(e) de prendre en charge les cas de paludisme dans sa communauté, les IRA et la diarrhée en plus du paludisme et les services préventifs et promotionnels en rapport avec les maladies de l'enfant
- **Bajenu Gox** : marraine de quartier ou de village ; elle appuie les relais dans la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire :
- **Le Tradipraticien(ne) de santé (TPS)** : reconnu par la communauté dans laquelle il vit comme compétent pour identifier des maladies et invalidités spécifiques, et dispenser des soins de santé grâce à des moyens spirituels, des techniques manuelles et exercices et /ou l'emploi de substances d'origine végétale ou animale (fonctionne dans le système alternatif de soins).

Le Plan stratégique de santé communautaire du Sénégal pour 2014-2018 prévoit de regrouper ces catégories en 2 catégories d'acteurs communautaires de santé

- **Acteurs Communautaires de soins (ACs)**, en charge de délivrer un paquet de service curatif, préventif et promotionnel. Il peut s'agir d'un homme ou d'une femme officiant dans une case de santé ou à domicile (ASC, Matrone, ASC/matrone, DSDOM). Il a reçu une formation homologuée, centrée sur un paquet de services normés

- **Acteurs de Promotion et de Prévention (APP)** en charge de la création de la demande et de la diffusion des messages sanitaires (Relais, Banjenu gox). Ils sont composés d'hommes et de femmes officiant dans une case de santé ou un site et qui ont reçu une formation homologuée centrée sur un paquet normé. Les tradipraticiens peuvent être utilisés dans cette catégorie s'ils suivent la formation appropriée sur le paquet de services normés.

Les définitions des relais communautaires sont généralement reconnues et acceptés par les acteurs humanitaires. Toutefois, dans la réalité, l'absence de statut officiel peut laisser place à une ambiguïté, notamment en présence de multiples ONG. A la question «*est ce que les relais sont les représentants de la communauté ?* » bien que la majorité des relais se reconnaissent comme «*indépendants* » et «*travaillant avec qui aide la communauté*¹», certains reconnaissent une forte appartenance à l'ONG qui les finance, et réciproquement ; ainsi certains responsables d'ONG peuvent revendiquer un droit de priorité «*ce sont nos relais* » et ainsi exiger une exclusivité dans le travail.

De plus, l'absence de statut peut entraîner un problème d'identité sur le plan administratif ; certains relais ont ainsi souligné les difficultés à se faire reconnaître lors des visites à domicile ou dans les centres de santé en l'absence de document officiel (carte professionnelle)², particulièrement dans les zones urbaines.

Enfin, la présence d'animateurs/bénévoles d'ONG ou d'associations agissant sur des activités similaires au sein de la communauté³ peut également entraîner la mise en place d'un système parallèle où la communauté fait face à une multitude d'interlocuteurs ainsi qu'une frustration pour les relais communautaires officiels qui voient leurs rôles et responsabilités «*volés* »

c) Processus de sélection

Le recrutement des relais se fait la plupart du temps à la demande d'une ONG (si le système n'existe pas) ou à travers le financement d'activités de santé communautaires (dépistage, vaccination...). Les recrutements se déroulent également en cas de départ (décès, abandon du poste) du précédent relais, ou de son inadéquation au poste (plus rare).

Le processus de sélection est complexe et diffère fortement, non seulement selon les pays, les projets, mais également selon les interlocuteurs sondés.

Dans les 3 pays, le recrutement/sélection se fait selon des critères établis dans les textes officiels (ou en cours de validation) :

- *résider dans la communauté (village/secteur/quartier) ;*
- *être volontaire pour la position*
- *parler la langue du milieu et avoir un niveau d'instruction suffisant (savoir lire et écrire)*
- *être âgé de 20 ans au moins et 50 ans au plus au moment de la sélection ;*
- *avoir de bonnes relations avec la population et être de bonne moralité (le statut marital est parfois exigé) ;*
- *être capable d'exercer activement et efficacement le rôle d'ASBC.*

Le processus de sélection doit également répondre à certains critères comme le fait d'avoir un processus électoral démocratique, et d'impliquer les notables et décideurs d'opinion.

Existence d'un comité de sélection

L'existence d'un comité de sélection a surtout été mentionnée soit par les responsables de projets, les chefs de villages, ou par les responsables des centres de santé. Dans certains cas, la mise en place du comité de sélection, ainsi que les critères de sélection, ont été réalisés à l'initiative de l'ONG, et présentent l'avantage d'être structurés, et généralement bien acceptés par la communauté. Dans les autres cas, les parties prenantes (chefs

¹ Le relai ne souhaitant pas s'attacher à un organisme particulier, mais juste aider sa communauté

² Le relai a dû demander l'appui de l'agent de santé pour appuyer sa demande auprès de la communauté

³ La multitude des statuts au Sénégal

de villages, agents de santé..) mentionnent l'existence d'un processus de sélection sans qu'il soit pour autant officiellement formalisés.

Toutefois, parmi les divers relais interrogés, peu sont capables d'identifier un processus de sélection (critères et comité de sélection), mentionnant des situations particulières.

Composition du comité de sélection

La composition du comité diffère également selon les zones. Il peut intégrer un panel varié, certains incluant l'infirmier chef de poste ou des membres de l'ONG ou de l'organisation d'exécution (ex ASACO au Mali), d'autres étant uniquement composés de membre de la communauté (chefs de villages, Imam, groupements féminins).

Dans la majorité des cas, la composition du comité reste ad hoc et dépendante du niveau d'implication des structures (ONG, District sanitaire, Société civile) comme des personnes (chefs de village, infirmier chef de poste..). Ainsi on constate dans une même zone, un niveau différent d'implication des agents de santé, certains participant activement dans l'expression du besoin et l'identification des agents « *on m'a demandé mon avis, alors j'ai donné des noms de filles que je connaissais et qui avaient l'air sérieux* » ; Accoucheuse, Sénégal » , et d'autres préférant laisser la responsabilité à la communauté « *je dis quand j'ai besoin de relais, et on m'envoie des personnes*, Infirmier chef de Poste, Sénégal » « *Je n'ai pas participé à leurs sélections. Je pense que l'ONG a soumis des critères de base qui a été approuvé par les personnes ressource du village*, Agent de Santé, Mali ». Dans certains cas, les relais travaillant souvent en binôme, ils peuvent être impliqués dans la sélection du remplaçant de leur équipier.

Processus de décision

S'il y a une volonté de choisir les personnes les plus aptes, de façon générale, il règne une certaine disparité entre les documents officiels et leur application concernant la sélection. En dehors des différences liées à l'existence et composition du comité de sélection, il existe également des jeux de pouvoirs entre les structures et les personnes.

L'absence de règles établies, ou d'application des règles, ressortait clairement lors des échanges avec les relais qui ne citent que la personne les ayant approchés, ou confirmés dans leur position « *un infirmier est venu me voir en me demandant si je voulais être relais, et j'ai dit oui*, Relais Communautaire, Burkina Faso » « *c'est le village qui nous a recommandé*, Relais Communautaire, Mali ». Certains vont mettre en avant leur volonté ou expérience dans le processus de sélection « *j'avais l'habitude d'appuyer les agents de santé alors ils m'ont choisi*, Relais Communautaire, Burkina Faso », « *j'étais accoucheuse du village depuis les années 86; relais communautaire, Mali* »;

Le rôle joué par les ONG dans la prise de décision varie selon leur niveau d'implication et selon les personnes interrogées. Ainsi certaines ONG mettent en place des critères minimum pour être relais sur leurs projets (« *l'ONG voulait des femmes qui savaient lire* ; Agent de santé, Sénégal » « *c'est surtout les ONG et UNICEF qui ont lancé le système de relais, donc oui, ils jouent un rôle*, Agent de santé, Mali », voire procèdent à une période d'essai. Si les chefs de projets des ONG ne semblent pas avoir une influence directe sur le choix de la personne, ils en expriment le besoin (*nous sommes allés voir le responsable du centre en lui demandant de nous désigner 15 relais*, Responsable de projet ONG, Mali) créant ainsi un sentiment d'appropriation de l'ONG vis-à-vis du relais (*Je suis devenu relais parce que l'ONG avait besoin de personnes pour un projet*, Relais Communautaire, Burkina Faso).

Limites de la sélection

L'ensemble des critères de sélection est rarement respecté, que ce soit en raison de non-respect de la procédure, ou du manque de candidats compétents.

En effet, certaines zones sont fortement dépourvues en personnes volontaires et éduquées, les plus éduquées occupant souvent un poste à responsabilités. Le problème de turn-over de personnels qualifiés important est souligné par les ONG comme par les agents de santé, notamment dans les zones où des facilités sont en place pour accéder à la fonction publique qui recrute ainsi les relais les plus compétents. Les agents de santé utilisent

notamment cette possibilité pour appâter les futurs relais (*l'infirmier m'a dit qu'il pourrait me trouver un poste au centre de santé quand cela serait possible mais que je pouvais travailler comme relais en attendant, Relais communautaire, Burkina Faso*)

Les cas de népotisme sont également cités, que ce soit au Burkina, Mali ou Sénégal, certains le dénonçant « *ce relais a été choisi parce qu'il était proche du chef du village, ce n'était pas le choix de la communauté, Agent de santé, Mali* », d'autres le voient plus comme du réseautage, « *j'avais l'habitude de suivre un vieux qui participait aux réunions, il m'a dit d'y aller et je suis devenu relais, Relais Communautaire, Burkina Faso* ».

La problématique du genre peut entraîner un certain déséquilibre dans le ratio homme/femme. En effet, certains contextes ne permettent pas à une femme d'entrer dans un foyer où un homme vit et vice-versa, d'où la nécessité d'avoir des relais hommes pour les visites à domicile ; en même temps, la plupart des thématiques couvertes (allaitement, grosses, soins de l'enfant) peuvent être délicates à aborder pour un homme. Il est noté que les déterminants culturels s'adaptent également au contexte, et beaucoup de relais mentionnent que les barrières culturelles limitant leur travail, se sont abaissées face à la nécessité des activités (« *mon mari me laisse faire mon travail car il voit que c'est nécessaire* ». Enfin, certains jugent qu'il est parfois plus facile pour une femme de quitter son emploi pour occuper une activité jugée comme philanthropique, que pour un homme, qui reste la 1^{ère} source de revenus du ménage. D'autres mettent en avant que les femmes devant s'occuper des enfants, elles « *n'ont pas de temps à perdre pour du volontariat* ».

L'âge des relais joue également un facteur important, le *jeune* étant jugé plus susceptible de partir, mais plus endurant et éduqué qu'un *vieux*, pouvant plus difficilement se déplacer.

d) *Formation et supervision des relais*

❖ Formations

Dans l'ensemble les compétences des relais communautaires sont jugées satisfaisantes, et le manque de satisfaction dans l'exécution des tâches reste lié à un manque d'effectifs, de motivation ou de matériel.

Les politiques de santé communautaire ne définissent pas clairement le curricula des relais communautaires, en raison notamment de leur absence de statut au sein du système de santé. Il existe des modules de formations sur les différentes thématiques qui sont régulièrement couvertes par les relais (dépistage et prise en charge de la malnutrition, maladies de l'enfant, activités de sensibilisation...) mais le manque de moyens des districts sanitaires ne permettent pas des recyclages réguliers. La prise en charge financière et organisationnelle des formations est souvent laissée aux ONG qui vont financer en priorité les formations en liens avec leurs activités et leurs objectifs. Ainsi, si certaines thématiques comme la PCIMA ou l'ANJE sont régulièrement revues, d'autres thématiques (PCIME) peuvent être laissées de côté. On constate également un manque de coordination entre les acteurs et les districts concernant les curricula et les plannings de formations, certaines thématiques étant couvertes plusieurs fois par plusieurs organisations, et certaines organisations imposant leur propre curricula.

Les relais comme les agents de santé déplorent la faible fréquence des formations « *je n'ai reçu aucune formation depuis 1 an, relais communautaire, Sénégal* » « *oui on reçoit des formations, mais cela ne suffit pas, relais communautaire, Sénégal* » « *les formations ne couvrent pas suffisamment de sujets, relais communautaire, Burkina Faso* ». En effet, la fréquence des formations varie fortement selon les budgets des ONG (entre 1 formation annuelle et 1 formation par trimestre). Le plus souvent, les formations sont réalisées en début de projet avec un recyclage annuel, ainsi que précédent les campagnes de santé (vaccination, dépistage...). Les relais regrettent également le manque d'attestation de formations. Il est à noter que la fréquence des formations va également dépendre de la thématique et certains sujets (ex : VIH) sont plus régulièrement couverts que les sujets jugés moins prioritaires (notamment l'allaitement).

❖ Supervisions

Quelle fréquence?

La fréquence de supervisions peut varier entre une fois par semaine et une fois par trimestre selon les ONG, leurs moyens et leur niveau d'implication dans le projet ; ainsi certaines ONG ayant intégré des résultats liés aux activités des relais (nombre de foyers touchés, nombre de mères sensibilisées) vont tendre à assurer une

supervision plus fréquente et régulière. Parallèlement, les activités à grande échelle (type dépistage/vaccination) généralement accompagnées de moyens suffisants, vont bénéficier de supervisions systématiques.

L'utilisation d'intermédiaires comme les partenaires locaux peut également avoir un effet sur la fréquence et la qualité de la supervision, en particulier lorsqu'il y a un faible suivi avec le partenaire. De façon générale, on constate que la fréquence des supervisions va dépendre de la mise en place d'un comité de pilotage et/ou avec un planning et/ou des objectifs précis.

Les agents de santé regrettaient le manque de temps et de budget pour assurer ces supervisions, les relais reconnaissaient avoir été « visités » par les agents des relais, mais ne connaissant pas forcément le planning prévu.

Quel est le but des supervisions ?

Comme pour la fréquence, la nature de la supervision dépend du degré d'implication des organisations, et des moyens disponibles. Certaines supervisions n'ont pour but que de collecter des données et de s'assurer de la réalisation des activités à travers des fiches de suivi; d'autres supervisions se veulent plus « formatives » visant à améliorer la capacité des relais

Lorsqu'un comité villageois est en place, les supervisions permettent également à la communauté de faire le point sur l'avancée des activités.

La vision des relais sur les supervisions est partagée ; certains y voient un contrôle et un manque de confiance, notamment lorsque la demande de rapports est souhaitée, et d'autres saluent l'initiative, y voyant l'intérêt que les partenaires ont pour leur travail. De façon générale, si certains relais exprimaient le souhait d'avoir plus de formation, peu ont souhaité avoir plus de supervisions.

Qui assure les supervisions ?

Le partage des responsabilités dans la supervision varie fortement selon les systèmes mis en place. Dans une volonté de renforcement de capacités, la majorité des organisations impliquent les responsables des centres de santé dans la supervision, soit en leur confiant la responsabilité d'assurer entièrement la supervision, soit en les conviant lors de supervisions conjointes. Il existe des systèmes bien établis (comités de pilotage) définissant clairement les rôles et permettant une supervision. Toutefois, dans certains cas, l'absence de système de coordination entre les acteurs entraîne une forte sollicitation des agents de santé, chargés de participer à chaque supervision, et une confusion tant pour la communauté que pour les relais communautaires⁴. Ces derniers dénoncent également parfois l'absence de suivi de la part des agents de santé « *le Major ne vient jamais me voir, Relais communautaire, Burkina Faso* » ou la mainmise des ONG « *seul l'agent de l'ONG vient me voir, Relais Communautaire, Sénégal* »

Toutefois, l'aspect financier reste l'élément clé à la mise en œuvre des plannings de supervision. Certains responsables de projets regrettaient le manque d'implication des agents de santé dans les supervisions (en dehors des périodes de dépistage), notamment lorsque l'implication n'était pas rémunérée⁵. Les ONG mettent alors en place des systèmes parallèles (ou complémentaire) avec leur propre réseau d'animateurs ou d'éducateurs communautaires.

Suivi et évaluation des supervisions

La question de la suite données aux supervisions n'a pas été creusée mais les échanges avec les partenaires a pu mettre en avant l'absence de mesures correctrices prises suites aux évaluations. L'absence de statut, et surtout de salaire, limite le pouvoir disciplinaire des superviseurs qui ne peuvent que donner des conseils et des recommandations. On constate que les organisations ayant mis en place un système de prime à la performance (financement basé sur les résultats) ont une marge de manœuvre plus importante.

⁴ Les relais n'étant pas capables d'identifier clairement la personne en charge de les superviser

⁵ Certains agents de santé demandent un per diem lors des sorties de supervision

Concernant le renforcement des capacités suite à une supervision, il a été très peu mentionné, les formations étant basées sur les calendriers et/ou les financements, et non l'estimation des besoins.

e) Motivation

À la question « *pourquoi avez-vous décidé de devenir relais ?* », la réponse des relais communautaires varie mais une majorité reconnaît qu'il s'agissait d'un but philanthropique : « *je souhaitais aider ma communauté* », « *je veux pouvoir sauver les enfants de la malnutrition* », « *quand j'ai su qu'il y avait des activités pour aider les enfants, j'ai souhaité participer* » ; ou pour répondre à un besoin que ce soit pour améliorer la couverture sanitaire « *il n'y avait pas de relais dans mon village, alors je me suis proposé, relais Communautaire Sénégal* » « *les centres de santé ne viennent jamais, Relais Communautaire, Mali* » ou permettre à certaines communautés de bénéficiaires de soins « *les Peuls n'ont pas accès aux centres de santé, je suis Peul, j'ai voulu les aider, relais communautaire, Burkina Faso* »

La recherche d'avantage, qu'il soit financier ou autre n'est pas mentionné même s'il est apprécié lors de l'exercice des fonctions. Il est à noter que tous les relais n'ont pas été volontaires, et que certains ont été désignés, en raison de leur expérience au sein de la communauté.

La motivation dans la littérature

Une revue des pratiques (Colvin, s.d.) (Zulliger, 2012) a permis de classer les différents types de motivations en 3 groupes: direct, indirect et complémentaires :

- ❖ **Les motivations « directes »** : peuvent être financières ou non, elles bénéficient directement à l'agent de santé communautaire
- ❖ **Les motivations « indirectes »** : difficilement mesurables, il s'agit des bénéfices apportés à la communauté à travers le travail réalisé par l'agent communautaire.
- ❖ **Les motivations complémentaires** : incluent la reconnaissance de la communauté envers l'agent de santé, ou le support moral apporté par son entourage.

Colvin souligne également que de façon générale, les organisations ont tendance à compter sur une notion d'altruisme et de volontarisme pour justifier la faible rémunération des RC, ce qui peut être effectivement efficace sur une courte période, mais non pérenne sur le long terme. Le choix de la motivation doit être décidé avec la communauté et répondre à des critères établis tels que les normes culturelles, les précédents mis en place, le coût de la vie, la charge de travail, le niveau de pauvreté. La motivation une fois établie doit être régulièrement réévaluée et adaptée à tout changement de contexte (Karabi Bhattacharyya, 2001).

Colvin met également en avant les risques liés à la mise en place de motivations financières, notamment en cas d'absence de pérennité (perte de motivation des agents communautaires, création de précédent, compétition avec les autres activités.).

D'autre part, les programmes doivent veiller également aux éléments « démotivants » tels que le manque d'harmonisation dans les packages financiers reçus, que ce soit entre les organisations, ou pour une même activité, le manque de supervision et formation, le manque de respect (légitimité ?) de la part de la communauté ou des agents de santé, le manque de communication..

La motivation dans les textes officiels

Dans les 3 pays, les autorités sanitaires ont réalisé la limite de compatibilité entre la notion de bénévolat et la charge de travail demandée aux relais communautaires qui n'était pas pérenne. Ils ont ainsi souhaité pouvoir assurer la reconnaissance du travail réalisé à travers l'officialisation de leur statut. .

Au Burkina, le texte ***en cours de validation*** prévoit la rémunération de l'ASC avec une prime mensuelle de 20 000 CFA en sus des motivations dédiées aux activités exceptionnelles (dépistage et campagnes de masse). Le financement resterait partagé entre la communauté (collectivité locale), le ministère de la santé et partenaires techniques et financiers (ONG et Bailleurs internationaux). Des motivations en nature (T-shirt, casquette, vélos..) et immatérielles (reconnaissance par la communauté, formations..) sont également prévues. Actuellement, en l'absence de texte validé, et donc de financement prévu, les activités des relais

communautaires sont financées par le PADS, lui-même financé par les bailleurs internationaux, en plus des financements verticaux des ONG internationales.

Au Mali, si la politique de santé communautaire prévoit une motivation pour les ASC (une indemnité tenant compte du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG), motivation en nature, indemnités pour prestations ponctuelles, gratuité des soins dans les centres de santé..), il n'existe aucun statut pour les RC dont la motivation reste sous la responsabilité des partenaires techniques et financiers ou parfois des communes. (Direction Nationale de la Santé Mali, 2014)

Au Sénégal, il n'existe pas de document précisant la nature des motivations et avantages ; ceux-ci sont donc laissés à la discrétion et à la bonne volonté des partenaires de mise en œuvre : ONG et organisation d'exécution.

Description des différents paquets mis en œuvre :

➤ **Motivations directes**

Motivations financières

Les motivations financières se distinguent en 4 sous-groupes :

- **Basées sur le résultat ou FBR**. Ce type de financement est majoritairement appuyé par les bailleurs internationaux (notamment le PADS au Burkina Faso) avec pour objectif l'amélioration de la couverture de soins (financement par enfant vs. Financement par activité), ainsi que la qualité des soins et le suivi (financement par enfant dépisté et traité). Toutefois, l'approche reste principalement verticale (financement d'une maladie et non du système de santé), et concentrée sur les campagnes de dépistage/vaccinations plutôt que sur les activités promotionnelles (à l'exception des projets pilotes pour le plan de passage à l'échelle de l'ANJE au Burkina Faso). Lorsque l'ONG a un programme complet couvrant l'ensemble des activités de la PCIME, cela permet toutefois une couverture plus efficace. Au niveau de la communauté, les FBR sont appréciés car permettant de récompenser le travail réalisé « *le FBR permet de récompenser ceux qui travaillent vraiment, Chef de Village, Sénégal* ». Au niveau des relais, il est jugé plutôt insuffisant, et manquant de pérennité et de régularité.
- **Financement à la journée** : ce système de financement est principalement réalisé lors des campagnes de dépistage et supplémentation ou éventuellement lors de formations. Le forfait harmonisé (2500-3500 CFA/jour) peut entraîner des frustrations parmi les relais lors des campagnes de masses compte-tenu de la différence de charge de travail entre les relais communautaires⁶. De plus, certains relais soulignent l'hypocrisie de la prime « *ce n'est pas un salaire, cela couvre à peine le carburant pour se déplacer, Relais Communautaire, Burkina Faso* »
- **Financement mensuel** : le financement mensuel permet d'avoir une approche intégrée en favorisant la réalisation d'un package d'activités prédéfini. Il permet également une meilleure motivation des relais en assurant un revenu régulier. IL peut varier entre 5000 et 25000 CFA/mois, et ainsi représenter un salaire réel. Les limites de ce financement restent la nature du package couvert (activités prévues dans le PPE ANJE) ainsi que la qualité de la supervision « *en dépit des financements mensuels, on ne peut pas garantir que les activités seront réalisées, car il n'y a pas suffisamment de supervision, ni de moyens de pression, responsable de Projet ONG, Burkina Faso* ». Le financement mensuel reste le financement préféré des relais communautaires « *on ne veut pas plus d'argent, on voudrait avoir une prime mensuelle plutôt que par activité, on ne sait jamais quand les activités vont se faire, Relais communautaire, Burkina Faso* »
- **Activités Génératrices de revenus (AGR)** : les motivations financières si elles sont efficaces, manquent de pérennité car principalement assurées par les bailleurs internationaux et les ONG⁷. Certaines ONG ont

⁶ Bien que le forfait journalier soit le même pour tous les relais, le nombre de ménages à couvrir peut beaucoup varier

⁷ Principalement dû au manque de statut/cadre pour le financement des relais communautaires

développé des initiatives visant à améliorer la pérennité à travers la mise en place d'AGR (ex : CHILDFUND/COOPI/CRB). Les relais saluent généralement ce type d'initiative « maintenant que je sais faire de la farine, je peux mettre de l'argent de côté, Relais Communautaire, Sénégal », ou la réclament « *j'ai un petit commerce, j'aimerais que l'ONG puisse m'aider à la développer en me donnant du matériel, Relais communautaire, Burkina Faso* » « *j'ai un champ que je cultive, si l'ONG pouvait m'aider (...) pour avoir une meilleure production, Relais Communautaire, Burkina Faso* ». Certains chefs de villages (Mali) n'encouragent pas les AGR car étant jugés trop chronophages.

- Autre types de motivations financières

Dans certains cas, les relais peuvent bénéficier d'avantages financiers autre que la simple distribution monétaire. Ainsi, au Mali, les relais communautaires peuvent bénéficier de la gratuité des soins pour eux et leur famille.

D'autre part, certaines ONG motivent le recrutement des relais à travers leur inclusion comme bénéficiaires de jardins de santé « *si le relais bénéficie du jardin de santé, il sera plus motivé pour assurer la sensibilisation de sa communauté sur son utilisation, Chef de projet, ONG, Mali* »

Focus : Farine Infantiles, ChildFund, Sénégal

Au Sénégal, la baisse de la prévalence de la malnutrition aigüe modérée a entraîné le passage du pays en phase non prioritaire par le PAM, entraînant un arrêt du support en intrants (Plumpy Sup). Suite à cette situation, et dans une volonté de ne pas mettre en place des motivations purement financières, ChildFund a développé une Activité Génératrice de Revenus (AGR) auprès des relais communautaires en les formant sur la production de farines fortifiées destinées au traitement de la malnutrition aiguë modérée ainsi qu'à la prévention de la sous-nutrition. Ces farines une fois produites sont vendues par les relais communautaires, permettant de générer ainsi une source de revenus ; parallèlement, ChildFund a également facilité l'ouverture de comptes bancaires, permettant ainsi d'engendrer une épargne. Les relais interrogés sur cette activité, ont salué cette initiative mais ont déploré la faible couverture.

Motivations non financières

- Dons en nature : La majorité des organisations proposent des dons en nature, principalement destinées à appuyer la mise en œuvre des activités (vélos, cahier, sacs), ou dans le cadre d'activités de sensibilisation (Tchirt, Pagnes) et/ou d'hygiène (savons, sucre, petit matériel). Ces dons sont souvent réalisés en début de projet et ne sont pas systématiquement renouvelés, ce qui peut entraîner une frustration avec les nouveaux RC, ou en cas de matériel défectueux (*on m'a donné un vélo lorsque j'ai été choisi, mais le vélo est gâté et je n'ai pas les moyens de le réparer, relais communautaire, Burkina Faso*). Ils sont aussi dépendants de la durée d'une activité (ex : activité Wash pour la distribution du savon) ou de la présence d'une ONG (arrêt des dons après le départ de l'ONG). Ces dons ne semblent pas toutefois considérer une motivation suffisante auprès des relais car restent très peu mentionnés⁸. Il faut également ajouter que certaines communautés (Mali) mettent à disposition des champs, ou partagent la récolte ou les repas lors des démonstrations culinaires. Un appui est également réalisé pour la construction des « cases de santé » afin de faciliter le travail du relais.
- Formations : les formations occupent une place entre la motivation non financière (amélioration des capacités) et la motivation financière (perdiem reçu pendant la formation). Toutefois, la notion de gain financier '*on reçoit de l'argent pendant les formations*' semble prédominer parmi les relais communautaires. Toutefois, les perdiem de déplacement sont souvent jugés insuffisants. Les relais regrettent également le manque de certification (diplôme, attestation etc...)

⁸ Les dons en nature sont perçus comme un moyen pour réaliser le travail plutôt que comme une motivation

➤ Motivations Indirectes

Les motivations indirectes telle que le bienfait pour la communauté ne sont pas spontanément mentionnées par les relais communautaire comme source de motivation mais apparaissent lorsqu'on souligne la valeur ajoutée des relais. Les avantages se regroupent autour de trois thématiques :

➤ Un meilleur accès pour les populations démunies

Les difficultés d'accès aux soins de santé est une des raisons qui ont poussé certains relais à accepter le poste, notamment pour des populations parfois ostracisées « *je suis Peul et je sais qu'il est difficile d'accéder aux centres de santé, désormais, je peux aider ma communauté, Relais Communautaire, Burkina Faso* ».

➤ Le Changement de comportement

En complément des changements constatés par les chefs de projets à travers les enquêtes sur les pratiques et connaissance (enquête CAP) menés par les ONG, les chefs de village, les mères comme les agents de santé reconnaissent tous le bénéfice apporté par les relais, sur le changement de comportement « *avant, on pensait que les œdèmes étaient des chaussures de cadavre, maintenant on sait que c'est une maladie, Relais Communautaire, Burkina Faso* »

➤ Enfants en bonnes santé

La plus-value sur la santé des enfants reste indéniable, mais davantage mise en avant par les bénéficiaires (mères d'enfants, chefs de village) plutôt que par les relais : « *vous voyez ces enfants, avant ils étaient malnutris, et maintenant que je passe tous les jours, ils vont bien, relais communautaire, Burkina Faso* »

➤ Motivations complémentaires

Estime de soi/renforcement positif

Beaucoup de relais retirent une satisfaction à « faire le bien » et aider leur communauté. La philanthropie comme source de motivation est toutefois plus souvent mentionnée comme raison à la prise de poste, plutôt que comme source de motivation continue. On note également l'aspect religieux ou le relais peut acquérir « *une place au paradis* » en aidant les autres « *lorsqu'on aide son prochain, on va au Paradis, relais communautaire, Burkina Faso* » ;

Certains relais voient cet aspect comme complémentaire à leur prime, mais ne pouvant pas consister en un substitut. D'autres au contraire, la place en priorité, « *il faut être réaliste, le montant donné ne peut représenter un salaire, nous faisons ce travail pour aider la communauté, pas pour gagner de l'argent, Relais communautaire, Burkina Faso* »

Amélioration de la position dans la société et la famille :

Les relais féminins reconnaissent qu'avec l'acquisition du statut et des connaissances, elles ont pu améliorer leur statut au sein de leur famille « *avant mon mari hésitait à me laisser sortir, et puis des voisins lui ont dit que j'avais sauvé leur enfant, alors il est très fier de moi, relais communautaire, Sénégal* »

De même, la position des relais et l'importance des messages communiqués aux femmes est reconnue « *avant on ne pouvait pas parler aux hommes, ils considéraient qu'on parlait de futilités, maintenant, ils nous écoutent, relais communautaire, Sénégal* » « *avant, je ne comprenais pas pourquoi les relais voulaient parler avec ma femme, mais depuis qu'elle les écoute, notre enfant va mieux, alors je l'encourage à aller voir les relais, Chef de village, Sénégal* » L'amélioration du statut des femmes auprès de leur communauté et de leur entourage semble représenter une valeur ajoutée non négligeable au statut de relais communautaire. IL serait intéressant de continuer à analyser l'impact que pourrait avoir l'utilisation de relais féminins dans les dynamiques familiales, notamment lorsque le pouvoir de la femme est limité.

f) Responsabilités et charge de travail

Une revue de nombreux articles (Sanders, 2007) met en avant les différents avantages existants sur la spécialisation des relais versus une généralisation de leur profession. La nature des activités semble fortement dépendante de la situation du pays (prévalence de certaines pathologies), du système de santé (couverture, décentralisation) ainsi que de la présence d'ONG (programmes verticaux mis en avant). Il est mentionné qu'un relais seul ne peut pas maîtriser toutes les connaissances nécessaires pour la mise en œuvre des activités et que la quantité peut avoir un impact sur la qualité du service délivré. Si la santé maternelle et infantile est la thématique la plus fréquente, certains relais sont fortement impliqués dans les activités de prise en charge de la tuberculose, l'IRA, le VIH, l'hygiène ou le planning familiale. Lorsque le relais se substitue à l'agent traitant, cela peut entraîner des confusions auprès de la communauté, des frustrations auprès des agents de santé, voir des erreurs de prescription/refus de référence⁹.

Ce que prévoient les textes

Au niveau du Sahel, et notamment du Mali, Sénégal et Burkina Faso, on retrouve 3 axes d'activités prévues dans les politiques de santé communautaire:

Services promotionnels : activités de promotion des bonnes pratiques (IEC/CCC) notamment sur les thématiques suivantes : planification familiale, Actions essentielles en Nutrition, ANJE, prévention du VIH, soins pendant la grossesse, la maladie, l'hygiène

Services préventifs : surveillance et prévention (via distribution d'intrants) de la malnutrition, des carences en micronutriments, du paludisme et maladies tropicales,

Services curatifs : prise en charge des maladies de l'enfant, incluant la malnutrition aigüe modérée (au niveau communautaire) et aigüe (au niveau des centres de santé)

Si les 3 volets sont présents dans les 3 pays, la nature des activités incluse dans chaque axe, et le niveau de mise en œuvre, vont dépendre de la stratégie de santé de chaque pays (existence d'une gratuité des soins, niveau de mise en œuvre de la stratégie ANJE, niveau de mise en œuvre de la stratégie Nutrition, niveau de décentralisation des soins), de la disponibilité en ressources humaines ainsi que de l'appui des acteurs et du niveau de financement.

Le manque de ressources humaines peut entraîner une confusion entre le rôle de l'ASC (relais soignant) et celui du relais « communautaire avec une prise de responsabilité plus importante demandée aux relais de la communauté (ex : assurer la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère au niveau des centres de santé) ou une duplication des tâches (ex : activités de promotion au niveau des centres de santé pouvant être assurées par les ASC comme les RC).

Mise en œuvre des activités

Une fois que les activités prioritaires sont identifiées par les autorités sanitaires, la mise en œuvre reste dépendante de facteurs tel que le sentiment d'appropriation des activités par le relais, la coordination entre les ONG et les centres de santé, la supervision, et surtout le financement.

⁹ L'agent du centre de santé ne reconnaitra pas le diagnostic, et le référencement, posé par l'agent communautaire ou le relais n'aura pas de matériel adéquate (ex : MUAC) par manque de confiance de l'agent de santé

Appropriation des activités

A la question « pour qui réalisez-vous ces activités ? » beaucoup de relais répondent « pour l'ONG », soulignant ainsi l'influence que l'ONG peut avoir dans la mise en œuvre des activités des relais et le manque d'appropriation. Le manque d'information ne permet pas d'évaluer si les activités mises en œuvre par une ONG ont été poursuivies après le départ de l'ONG et il est fort possible que le fait que les ONG aient posé la question ait influencé la réponse.

Coordination et supervision des activités

Chaque ONG a son propre paquet d'interventions intégré dans une stratégie globale (*ex : sensibilisation à l'hygiène en complément de construction de latrines, sensibilisation à l'équilibre alimentaire en complément de mise en place de jardins de santé..*). Lorsque le nombre d'ONG augmente, les packages et donc les activités se multiplient et se superposent parfois. Ajouté à cela, le district a son propre paquet d'interventions parfois mis en œuvre par une ONG locale (système de contractualisation).

Tout cela entraîne un nombre élevé d'activités avec des axes de priorisation, des ciblage et des mises en œuvre différentes. Dans les rares cas où un comité de pilotage a été mis en place, ou lorsque le district prend l'initiative de coordonner les activités, la duplication est limitée « *on réalise les activités demandées par le major, c'est lui qui centralise tout, Relais Communautaire, Sénégal* » « *on doit toujours passer par le centre de santé pour planifier les activités des relais, Agent d'ONG, Sénégal* ».

Lorsque la coordination entre les acteurs est faible, ce qui est souvent le cas, la mise en œuvre des activités va dépendre du niveau d'implication et de supervision des ONG et du centre de santé. Ainsi, certains relais reconnaissent réaliser les activités de l'ONG qui les aura « recruté » « *je réalise cette activité pour l'ONG, ce sont eux qui sont venus me chercher, Relais Communautaire, Burkina Faso* ». Les ONG ayant un agenda précis, peuvent fournir des ressources humaines supplémentaires pour s'assurer de la réalisation des activités « *nous avons 2 animateurs qui appuient les relais, et un superviseur qui va s'assurer que les activités sont réalisées, Chef de Projet ONG, Burkina Faso* ».

Financement de la santé communautaire

Au niveau des gouvernements, il n'existe pas actuellement de budget dédié à la santé communautaire. Les financements restent liés à des activités précises (*ex : Dépistage, campagnes de vaccination*), sont souvent insuffisants et proviennent de bailleurs internationaux. La priorité est donnée au financement des outils de communication et des intrants (produits nutritionnels, médicaments) plutôt qu'à la main d'œuvre (motivation des relais). La mise en place d'un financement dédié est toutefois la priorité de la majorité des pays du Sahel (*A*

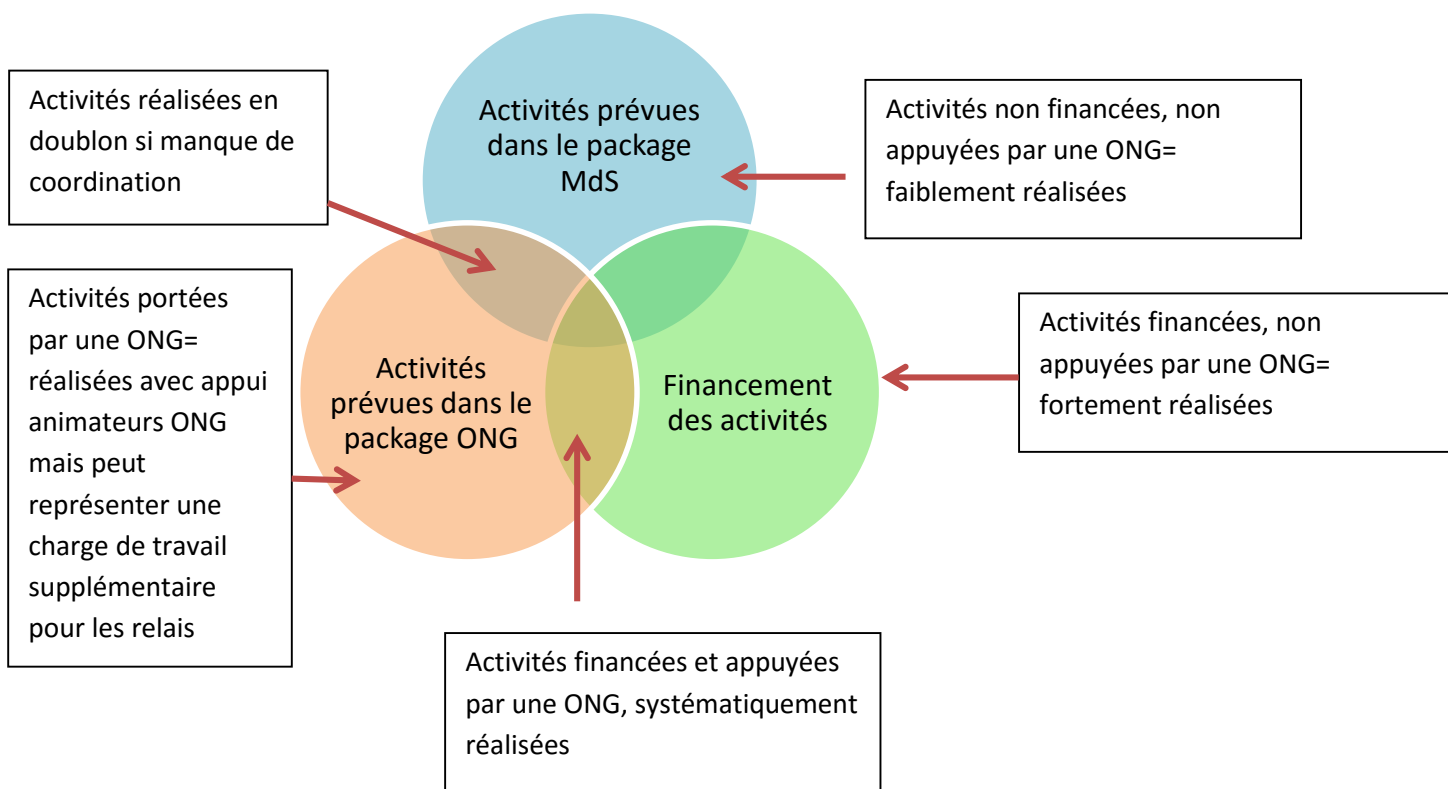
Call to Scale---Up Community Health Workers Conclusions of the Workshop on Financing Community Health Worker Systems at Scale in sub---Saharan Africa Of the One Million Community Health Worker Campaign)

Certaines ONG affichent une politique de non-financement de l'ensemble des activités (pas de motivation), d'autres vont appuyer les activités nécessitant une charge de travail importante (*ex : campagnes de*

dépistage/vaccination), d'autres ont une approche verticale en finançant des activités liés à des pathologies spécifiques (ex : Tuberculose).

De manière générale, on constate qu'à l'exception des ONG qui financent le package entier (ex : TDH) ou qui supportent un plan de passage à l'échelle (ex : AMNIE), les activités promotionnelles (diffusion de messages IEC/ANJE..) sont les parents pauvres, souffrant d'un manque évident de financement « *on reçoit de l'argent pour le dépistage, mais jamais pour les sensibilisations, relais Communautaire, Burkina Faso* », mais également de matériel de formation et de sensibilisation et de planning d'activités.

Les relais communautaires reconnaissent que les activités financées (motivation, perdiem) vont être réalisées en priorité face aux activités non financées « *l'ONG nous paie pour le dépistage alors on va réaliser le dépistage en priorité, Relais Communautaire, Sénégal* ». Certains agents de santé déploreraient ainsi de devoir être en « *compétition* » avec les ONG pour la réalisation des activités communautaires (*j'aimerais pouvoir travailler avec les relais mais ils me disent que l'ONG les finance et moi pas, donc ils préfèrent travailler pour l'ONG, Infirmier Chef de Poste, Sénégal*).



Analyse du niveau de réalisation des activités selon le niveau d'implication des ONG et du financement¹⁰

¹⁰ Source : échanges avec les relais, les ONG et les agents du DS

g) Charge de travail

La charge de travail est liée à la mise en œuvre des activités, et généralement reconnue comme très importante par les relais, les agents de santé comme la communauté, pouvant varier entre quelques heures par semaine jusqu'à un travail plein temps. L'absence de statut légal sur le nombre d'heures maximum par semaine, le faible ratio agents de santé/communauté et le manque de coordination entre acteurs peut parfois entraîner une exploitation des relais communautaires, notamment lorsqu'un financement des relais existe¹¹.

La nature même des projets portés par les ONG va influencer sur la charge de travail, certains favorisant une large couverture (1 relais /2000 ménages), d'autres un changement de comportement via une approche qualitative (1 relais/50 ménages). Les ONG ne dépassent toutefois pas la couverture minimale imposée par les standards nationaux (1 relais/village). Il faut également noter l'existence d'« animateurs de quartiers » qui peuvent apporter un appui complémentaire aux relais officiels, notamment dans les gros villages.

La charge de travail varie également selon les activités, celles liées à la sensibilisation et le changement de comportement prennent beaucoup de temps « *nous devons aller chercher la femme, la suivre, discuter avec elle, essayer de comprendre pourquoi elle ne veut plus venir, cela prend beaucoup de temps*, Relais Communautaire, Burkina Faso ». Les campagnes de dépistage sont perçues comme « lourdes » notamment dans les zones où le ratio relais/enfants est faible « *dans mon village, il y a plusieurs quartiers et les maisons sont éloignées, et je n'ai pas de moto, je ne peux pas tout faire tout seul*, Relais Communautaire, Sénégal »

Certaines activités souhaitées/appuyées par les ONG bénéficient de l'appui de volontaires/animateurs/agents sélectionnés et financés par les ONG. Si l'appui permet de soulager la charge de travail, il peut également mener à une confusion des rôles, voire des tensions lorsque les statuts entre les « bénévoles de l'ONG » et les RC diffèrent. De plus, la main mise sur certaines activités de la part des ONG peut entraîner un désengagement des relais¹² qui dénoncent ce manque de coordination « *c'est l'animateur de l'ONG qui s'occupe de réaliser la causerie, on ne me demande que de faire venir les femmes*, Relais Communautaire, Sénégal ».

La problématique la plus importante est liée au manque de coordination entre acteurs (ONGs et DS) qui vont imposer un planning parfois relativement lourd « *nos relais doivent être disponibles 8h par jour, Chef de projet, Burkina Faso* » sans consulter les autres intervenants.

En plus de la surcharge de travail, ce manque de coordination peut entraîner une confusion, voire une frustration pour les relais et la communauté lorsque certaines activités sont dupliquées (ex : sensibilisation) ou lorsque le ciblage n'assure pas une couverture optimum « *je souhaiterais réaliser la sensibilisation (...) et recevoir la prime, mais l'ONG ne couvre pas mon village, je ne comprends pas pourquoi*, Relais Communautaire, Sénégal »

De plus, l'utilisation des relais communautaires comme partenaires de mise en œuvre est souvent réalisée dans le cadre de partenariat avec le DS, dans un souhait d'intégration. Ceux-ci doivent donc intégrer cette charge de travail supplémentaire dans leur planning. IL y a un besoin clairement identifié de revoir les besoins en fonction des objectifs souhaités et clarifier donc le rôle des relais.

h) Coordination et relations

Coordination

« *Le rôle du relais est de servir de lien entre la communauté et les centres de santé, Agent de santé, Mali* »

La coordination ainsi que les bonnes relations entre les différentes parties prenantes (communauté, ONG, relais, Centres de santé) est donc essentielle pour que ce rôle soit assuré. Le système de coordination est ressorti comme une problématique importante, que ce soit au niveau des types de motivation, des processus de sélection ou du suivi des activités. Les problématiques de coordination se situent à 3 niveaux :

¹¹ L'existence d'un financement

¹² Bien que l'activité soit incluse dans leur package d'activités, le RC n'assurera plus l'activité si elle est prise en charge par l'ONG

- Entre les relais et les centres de santé
- Entre les relais et les ONG
- Entre les acteurs de mise en œuvre : ONG et centres de santé

Agents de santé-Relais communautaires

Le système de coordination entre les agents de santé et les relais est relativement informel. Dans certains cas, les agents de santé invitent les relais à leurs réunions mensuelles pour fixer les objectifs et le planning, mais les relais semblent peu participatifs « *je ne suis pas allée à une réunion depuis au moins 4 mois, Relais Communautaire, Sénégal* » « *je ne savais pas que ce genre de réunions existait, Relais Communautaire, Sénégal* » ; La bonne coordination des activités va alors dépendre du relationnel entre les agents de santé et les relais communautaires. Généralement bonne, les relais vont souligner l'implication d'un infirmier chef de poste « *il est toujours là, il vient nous rendre visite fréquemment, Relais Communautaire, Sénégal* », ou le support dont ils peuvent bénéficier « *je n'arrivais pas à convaincre cette mère, le major est alors revenu avec moi pour m'aider, Relais Communautaire, Burkina Faso* ».

Dans une même zone, on va saluer l'implication ou au contraire, déplorer son absence. Si la relation est généralement bonne, les relais reprochent parfois aux agents de santé, de ne pas suffisamment les informer notamment lors des problèmes de rupture d'intrants pour le traitement de la malnutrition, ou pour l'arrêt d'activités.

L'aspect financier peut également être une source de conflit ; Un ICP déplorait notamment cette « *compétition* » imposée par certaines ONG qui « *achetaient* » ainsi les relais avec les financements.

Relais communautaires-ONG

Les relations entre les relais et les ONG sont généralement bonnes même si le facteur financier peut entraîner un biais. Si l'ensemble des relais souligne le bon relationnel, ils déplorent le manque de financement, et auront tendance à réaliser en priorité les activités liées à un perdiem, d'où une frustration de la part des agents de santé/ONG ne payant pas perdiem. Ainsi, des agents d'ONG soulignaient que certaines activités commencées sous forme de volontariat, avaient périclité avec l'arrivée de financements verticaux¹³, les relais ne souhaitant plus travailler sans rémunération.

En dehors de l'aspect financier, la notion de respect mutuel à travers l'implication dans l'écriture du projet est également mis en avant. Ainsi les relais ayant été plus fortement impliqués, notamment à travers les comités de pilotage, montrent une plus forte fidélisation au projet qu'ils portent, quelle que soit la rémunération. De même, les relais apprécient d'être consultés lors des rencontres trimestrielles, lorsqu'elles existent, ou de pouvoir restituer sur leurs activités. Ils apprécient également le suivi par les animateurs, les formations, et l'opportunité d'acquérir une expérience.

Les sources de mécontentement sont généralement liées au manque de coordination & communication, notamment lors de la mise en œuvre des activités. Ainsi, certains relais reprochent aux agents des ONG de vouloir s'imposer « *c'est toujours l'agent qui veut animer la causerie, Relais Communautaire, Sénégal* » ou de ne pas suffisamment les informer de leurs venue « *l'agent de l'ONG ne vient me chercher que lorsqu'il souhaite que je trouve une maman, sinon, il ne m'appelle pas ; Relais Communautaire, Sénégal* ». Certains relais peuvent

¹³ Financements liés à une seule activité

également reprocher aux ONG de ne pas suffisamment les consulter lors de l'écriture des projets. Les ONG reconnaissent une absence de « *cadre de concertation* » avec les relais

ONG-Agents de santé

Certaines ONG telles HKI ou ChildFund ont mis en place comités de pilotages composés de notables et assurent des rencontres régulières que ce soit au niveau des quartiers, ou des centres de santé. L'objectif de ces comités était de pouvoir identifier les éléments à prendre en compte dans l'écriture du projet (notamment la charge de travail, le système de suivi et d'évaluation) mais également de responsabiliser et impliquer la communauté dans le suivi du projet. Ce système apprécié par les autorités sanitaires, n'est toutefois pas systématique. Certaines ONG encouragent les districts à une meilleure coordination entre les acteurs, mais l'organisation de rencontres n'est pas systématique, et parfois dépendantes de financement¹⁴. Si certaines rencontres sont effectivement organisées, elles restent limitées à l'ONG qui porte le projet, et le DS, et ne vont pas automatiquement inclure les autres partenaires.

Relations avec la communauté

Les relations entre les relais et la communauté sont déterminantes pour la bonne mise en œuvre des activités. L'évaluation de la relation à travers les groupes de paroles et les entretiens individuels, montre une relation ambiguë avec des problèmes de communication, voire parfois des abus de pouvoir.

Ainsi, certaines mères mentionnaient que certains relais « *n'étaient jamais disponibles* » ou « *renvoyaient à la maison* » voire « *refusaient de voir l'enfant* ». Parallèlement, les relais mettaient en avant le manque de coopération des familles qui remettaient en question leur capacité à soigner l'enfant et leur légitimité. Cette remise en question peut parfois entraîner le découragement voir la démission. L'absence d'éléments physiques (blouse, identifiant) ne permet pas au relais d'affirmer sa légitimité « *on me reprochait de ne pas avoir de blouse pour la polio donc on m'a refusé l'entrée dans la maison, Relais Communautaire, Burkina Faso* »

Parallèlement, le relais peut parfois être considéré comme le responsable des difficultés de mise en œuvre des activités sanitaires « *les mères me reprochaient qu'il n'y avait plus de plumpy-nut au centre de santé, que j'avais référé leur enfant pour rien, Relais Communautaire, Sénégal* ». Une des responsabilités principales des relais est le dépistage, chaque enfant identifié comme malnutri doit être référé au centre ; il peut arriver que l'enfant référé ne soit pas admis suite à une erreur de mesure ; lorsque l'enfant et la mère sont ainsi rejetés, le blâme tombera sur le relais, ce qui pourra remettre en cause sa position au sein de la communauté.

La question de financement peut également être une source de conflit, ainsi un relais du Burkina témoigne « *comme je reçois de l'argent, les mères pensent que j'ai un vrai travail, et donc qu'elles n'ont pas à me remercier* ». Ajouté à cela, la communauté est souvent composée de personnes assumant divers rôles (crieur public, représentant des jeunes etc.), positions qui sont bénévoles, et le financement de la position de relais, initialement conçue comme bénévole, peut entraîner des jalousies et des frictions.

Toutefois, en dehors de ces cas, la communauté et les relais ont réussi à développer de bonnes relations. La communauté reconnaît la valeur ajoutée du relais « *depuis que nous avons un relais, nous pouvons aller le voir quand on a un problème, nous n'avons plus besoin d'aller au centre de santé, Mère d'enfant, Sénégal* » et salue son volontarisme « *nos relais sont motivés, ils font tout pour aider la communauté, Chef de village, Sénégal* »

¹⁴ Dans certains contextes, l'organisation d'une rencontre nécessite de financer les transports, les pauses cafés et les perdiems des participants

De leur côté, les relais apprécient également la relation privilégiée qu'ils ont pu développer depuis leur prise de poste « Depuis que je fais ce travail, les mères viennent régulièrement me remercier pour avoir sauvé leur enfant de la malnutrition, Relais Communautaire, Burkina Faso

Ce sentiment est également partagé par la population, « si j'ai un problème de santé, je peux toujours m'adresser aux relais, ils sont toujours disponibles, Mère d'enfant, Sénégal »

❖ Perception des partenaires et de la communauté par le relais

Relations des relais	Facteurs positifs	Facteurs négatifs
ONG	Appui renforcé Financement des activités Reconnaissance du statut	Manque de coordination sur les activités Manque de financement
Agents de Santé	Appui et formations Relations positives dans l'ensemble	Manque de coordination sur certaines activités Manque d'implication dans les réunions de coordination Manque de reconnaissance du travail Manque de statut
Communauté	Position dans la	Communauté tient les relais responsable en cas de rupture nutritionnels/arrêt d'activités d'ONG Manque de reconnaissance

❖ Perception du relais par les partenaires et la communauté

Relations des relais avec	Facteurs positifs	Facteurs négatifs
ONG	Bonne disposition des relais Bonne intégration dans la communauté	Motivation dépend du financement
Agents de Santé	Relais très disponibles et motivés	Relais pas motivés, dépendants des financements Capacité pas toujours performante
Communauté	Relais accessibles, Services appréciés	Relais pas toujours disponibles, refus de soins Médicaments pas toujours disponibles

5. Conclusion

Si l'étude n'a pas permis de faire une revue exhaustive des facteurs liés au fonctionnement des relais, notamment en raison d'un accès limité aux communautés, elle a toutefois pu mettre en avant certains éléments.

Le renforcement de la santé communautaire devient une priorité en Afrique de l'Ouest, particulièrement au Sahel où elle permet d'appuyer des centres de santé souvent en besoin de renforcement. La décentralisation de la santé au profit des communes s'est accompagnée d'une augmentation du traitement des maladies fréquentes au niveau communautaire. Toutefois, le désengorgement des centres de santé au profit de la communauté ne peut se faire que si un système communautaire fort et harmonisé est présent pour assurer le suivi. Les politiques de santé communautaires sont en cours de développement et accordent une place plus importante aux relais. Toutefois, le flou actuel en matière de statut des relais (incluant le recrutement, les responsabilités, le suivi et la rémunération) laisse place à une libre interprétation des textes par les ONG. La variété des projets étudiés montrent le panel de fonctionnements différents existants, que ce soit en termes de charge de travail (quelques heures par semaine à un plein temps), en responsabilités (messagers à agents traitants), ou en rémunération (rémunération symbolique à un salaire réel). Un besoin d'harmonisation accompagné d'un financement pour assurer la pérennité de la santé communautaire est clairement identifié comme prioritaire.

6. Recommandations

Les relais pour être efficaces doivent être pleinement intégrés dans le système de santé avec un renforcement au niveau des 6 piliers : gouvernance, finance, ressources humaines, logistiques, systèmes d'informations et prestations de services.

❖ **Gouvernance : Officialisation des statuts**

Bien que chaque pays ait avancé considérablement en termes de politiques de santé communautaires, et que les relais sont généralement reconnus par la communauté et les systèmes de santé, l'absence de statut officiel laisse place à un flou opérationnel, laissant à chaque acteur la libre interprétation du rôle des relais.

❖ Plaidoyer :

- Accompagner les gouvernements dans la finalisation et la validation du statut incluant la définition du relais, son rôle ainsi que le nombre de relais par village
- Plaidoyer pour une dynamique de santé communautaire redéfinissant les rôles à jouer par la communauté et par le relais

❖ Opérationnel :

- Il revient aux ONG de respecter le mandat des relais lors de leur implication dans leurs activités, incluant les limites de leur rôle et les responsabilités qui leur sont incombées
- Un appui pourra être apporté sous forme d'identifiant (badge) ou d'uniforme, facilitant la reconnaissance symbolique du relais auprès de sa communauté et de ses interlocuteurs

❖ **Financement de la santé communautaire**

En dehors des campagnes de vaccinations et/ou de dépistage, la santé communautaire n'est pas ou peu financée, et dépend fortement des bailleurs externes.

❖ Plaidoyer :

- Accompagner les autorités sanitaires et administratives à inclure le financement de la santé communautaire dans leurs plans d'actions annuel ou quinquennal

❖ Opérationnel :

- Selon le système de motivation en vigueur dans la zone d'intervention, et en l'absence de financement gouvernemental, les ONG doivent pouvoir assurer le financement des activités de santé communautaire en relations avec leur projet ; le financement pourra être monétaire ou à travers l'inclusion dans les programmes d'aide (distribution alimentaire, inclusion dans les projets de filets sociaux, formations)

❖ **Ressources Humaines**

La reconnaissance du statut des relais communautaire doit être accompagnée de la mise en place d'un package RH définissant le système de recrutement, le curricula, les responsabilités ainsi que le système de motivation

❖ Plaidoyer :

- Accompagner le Ministère de la Santé dans l'identification et la mise en place du processus de sélection, incluant les critères de recrutement et systématisant la consultation de l'ensemble des parties prenantes
- Revoir le système de répartition humaine des relais communautaire en assurant un nombre minimal de relai par population, et prenant en compte les difficultés logistiques de transport
- Dans le cadre de la validation du profil, accompagner les autorités dans l'identification des responsabilités des relais communautaires
- Accompagner le Ministère de la Santé dans la création d'un curricula minimum et adapté et accompagner les autorités sanitaires à inclure les relais communautaires dans leur planning de formations
- Accompagner le Ministère de la Santé dans l'identification et la mise en place d'un package financier (motivation) adapté et harmonisé
- Harmonisation des indicateurs de performance/ objectifs/qualite du fonctionnement des relais

❖ Opérationnel :

- Le système de recrutement des relais par les ONG dans le cadre de projets spécifiques doit systématiquement suivre le processus existant et reconnu ; dans le cadre où le processus serait inexistant, les ONG doivent appuyer sa mise en place avec la consultation de l'ensemble des parties prenantes
- Les formations financées/réalisées par les ONG doivent être intégrées dans un planning de formation harmonisé au niveau du point focal, et permettre ainsi une couverture effective du curricula des relais communautaires
- La mise en place d'un package financier motivateur doit résulter d'une consultation des politiques existantes, des packages existants et mis en place par les autres acteurs, et des besoins de la communauté. En l'absence de politique officielle, le package doit être adapté à la charge de travail, et harmonisé avec les autres acteurs afin de ne pas créer de compétition, ni entraîner de démotivation auprès des relais communautaires
- La communauté ainsi que les relais doivent pouvoir être consultés afin d'identifier le package le plus adapté
- En dehors du package officiel, les ONG doivent encourager la mise en œuvre de motivation pérennes (type AGR) et renforcer les motivations indirectes et complémentaires (reconnaissance du relais par sa communauté, participation du relais aux activités du projet, gratuité des soins pour le relais et sa famille...)

❖ **Mise à disposition des moyens logistiques et matériels**

En plus d'un statut, d'un financement et de procédures RH claires, les relais doivent pouvoir bénéficier de la mise à disposition de moyens logistiques suffisants à la réalisation de leurs activités, incluant les outils de

communication, les outils de transports, mais également les médicaments ou produits nutritionnels dans le cadre de prise en charge de la maladie au niveau communautaire.

❖ Plaidoyer :

- Accompagner les autorités sanitaires/administratives à insérer les besoins logistiques des relais communautaires dans leurs plans de financement
- Assurer la production de package de communications harmonisées entre les différents relais communautaires

❖ Opérationnel :

- Conjointement avec les autorités sanitaires et la communauté, évaluer et appuyer la mise à disposition des matériels et des produits nutritionnels et médicaments nécessaires
- Assurer le respect des package de communication existants

❖ **Prestations de services : charge de travail, coordination et interactions avec la communauté et les différentes parties prenantes**

Le relais est le lien entre la communauté et les services de santé et le garant de l'exécution des services de santé communautaire. La prestation de services ne peut résulter que d'un renforcement

❖ Plaidoyer :

- Appuyer les autorités sanitaires à la création d'un point focal pour la santé communautaire afin d'assurer un système de coordination entre les différents acteurs, et la mise en place d'un planning d'activités dédiées à la santé communautaires
- Meilleure reconnaissance des relais au sein de la communauté (journée du relais...)

❖ Opérationnel :

- Evaluation de la charge de travail et prise en compte de l'impact sur le relais + autres activités
- Identification et Coordination systématique avec les autres acteurs dans le planning des activités
- Meilleure identification de l'itinéraire thérapeutique et des systèmes alternatif de prestations de soins (tradi thérapeutes) pour une meilleur collaboration et coordination
- Meilleure intégration des relais dans l'identification des besoins et de la mise en œuvre de la réponse (comités de pilotage)

Bibliographie

al., G. e., 2013. Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro region, Tanzania. *Human Resources for Health*, 11(52).

- Colvin, C. J., n.d. *What Motivates Community Health Workers? Designing Programs that Incentivize Community Health Worker Performance and Retention*. s.l.:s.n.
- Diana Frymus, M. K. K. d. K. a. E. Q., 2013. Community Health Workers and Universal Health Coverage: Knowledge gaps and needs based Global Research Agenda by 2015.. *Global health Workforce Alliance*, Oct.
- Direction générale de la Santé Sénégal, 2014. *Plan National Stratégique de santé communautaire 2014-2018*, s.l.: Cellule de Santé Communautaire.
- Direction Nationale de la Santé Mali, 2014. *Plan d'action stratégiques des soins essentiels dans la communauté 2014-2018*, s.l.: s.n.
- Gilmore, M. E., 2013. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(847), p. 13.
- Global Health Workforce Alliance, 2013. *Joint commitment to harmonized partners action for community health workers and frontline health workers: Moving from fragmentation to synergy towards universal health coverage..* s.l., Third Global Forum on Human Resource.
- Ibanez, d. R. d. S. M. C. D. M. S.-C., 2012. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women.. *Fam Pract.*, 29(3), pp. 245-54.
- J., H., 2011. Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery*, 4(27), pp. 497-502.
- K., F., 2010. *Community Health Worker Programs: A Review of Recent Literature*. University Research Co., LLC: United States Agency for International Development (USAID).
- Karabi Bhattacharyya, P. W. K. L. a. M. T., 2001. *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How They Affect Motivation, Retention, and Sustainability*. United States Agency for International Development Arlington ed. s.l.:the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project .
- Linda T. Kohn, P., 1997. Methods in Case Study Analysis. *The Center for Studying Health System Change*, June. Volume 2.
- Ministère de la Santé Burkina Faso, 2009. *Politique Nationale de Contractualisation dans le système de santé au Burkina Faso*, s.l.: Journal officiel.
- OMS, 2007. *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Washington DC: s.n.
- Organisation Mondiale de la Santé, 2003. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève: s.n.
- Sanders, U. L. a. D., 2007. Community Health Workers: What do we know about them? The state of evidence on programmes activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. *Department of Human Ressources for Health, World Health organization*, Janvier.

Santé, M. d. I., 2013. *Enquête Démographique et de Santé 2012-2013*, Mali: s.n.

Shakir, F. K., 2010. *Community Health Worker Programs: A Review of Recent Literature*. University Research Co., LLC: United States Agency for International Development (USAID).

Valéa, D. A. S. & D. D., 2011. *Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso*, s.l.: s.n.

Walker, P., Downey, S., Crigler, L. & LeBan, K., 2013. *Principles of Practice" Guiding Principles for Non- Governmental Organisations and Their Partners for Coordinated National Scale-Up of Community Health Worker*, Washington, D.: CORE Group, World Vision International..

WHO/Global Fund, 2013. *Evaluation de la prestation des agents de santé à base communautaire*, s.l.: s.n.

WHO, 2008. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices; Part I*. s.l.:World Health Organization.

Zulliger, H. P. a. R., 2012. *An Overview of Current Evidence with Recommendations for Strengthening Community Health Worker Programs to Accelerate Progress in Achieving the Health-related Millennium Development Goals*.

Zulliger, H. P. a. R., 2012. *An Overview of Current Evidence with Recommendations for Strengthening Community Health Worker Programs to Accelerate Progress in Achieving the Health-related Millennium Development Goals*. s.l.:s.n.

Zulu, J. M., 2014. Integrating national community-based health worker programmes into health systems: a systematic review identifying lessons learned from low-and middle-income countries;. *BMC Public Health* , 14(987).

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire sur la description du projet à l'intention des chefs de projets

Nom du Projet :

Décrivez rapidement (5Lmax) le projet :

Package activités ANJE.

Contexte

1. Décrire comment le projet est en accord avec la stratégie ANJE du pays ?
2. Paquet d'activités et bénéficiaires, outils +
3. Quelles sont les autres activités/projets dans la zone d'intervention qui ont une approche ANJE ? (ONG, Associations locales, Système de santé)
4. Est-ce que les relais communautaires sont impliqués dans d'autres activités
 - o Si oui, décrivez les activités et les porteurs (DS/ONG..) des activités

Fonctionnement des RC

5. Décrire comment les relais communautaires sont impliqués dans les activités
6. Est-ce que les RC agissent seuls sur l'activité ou en complément d'autres relais (animateurs d'ONG, volontaires de la croix rouge etc...).....
7. Est-ce que les organisations sont en contact direct avec les RC ou agissent via un intermédiaire (organisation base communautaire, ministère de la santé..)
8. Disponibilité/ planning des activités/fréquence
9. Quel est le nombre moyen de ménage à couvrir/Rc ?
10. Quelle est la distance moyenne à couvrir en KM pour la réalisation des activités
11. Est-ce qu'un moyen de transport est fourni pour couvrir cette distance ?

Sélection des RC

12. Existe-t-il un processus officiel national de recrutement des RC ? (oui/non) et un statut officiel ?
13. L'ONG se réfère-t-elle à ce processus pour la sélection des RC ou a sa propre méthode?
 - o Si processus officiel, L'ONG intervient-elle dans le processus de sélection ou est-ce laissé entièrement à la communauté et/ou DS
 - o Si propre méthode : décrire :.....
14. Le processus de recrutement officiel est-il appliqué ou existe-t-il des biais dans la sélection ?
15. Est-ce que le recrutement intègre une approche genre et âge ?
16. Quel est le niveau d'éducation des RC (illettré, éducation basique, éducation secondaire..)
17. Quelle formation initiale et continue pour les RC ?
18. D'après vous, comment les RC sont perçus par la communauté ? (pleinement acceptés et utilisés, acceptés mais peu utilisés, ni acceptés ni utilisés)... D'après vous, comment les RC sont perçus par les agents de santé ? (reconnus comme des agents de santé complémentaire et respectés, partiellement reconnus et pas toujours respectés, ni reconnus ni respectés).....

Financement des RC

19. Existe-t-il un système de motivation pour les RC ou sont-ils-entièrement bénévoles (aucune compensation)
20. Quelle est la nature de la motivation ? ex : nature (donation de matériel), formations, statut amélioré auprès de la communauté, accès facilité aux services de santé, argent etc... :..... ;
21. Qui assure le financement de cette motivation ? ONG seules, DS avec support ONG/Aide internationale, DS seul...
22. Est-ce que le système de motivation est perçu par les RC comme suffisant et pérenne aux yeux de l'ONG ?

Suivi et évaluation des RC

23. Est-ce que le rôle et responsabilités des RC a été clairement expliqué ?
24. Existe-t-il un système de suivi des RC dans leurs activités ?
25. Qui assure ce suivi ? Quelle est la fréquence de suivi

BILAN

26. De manière générale, quelles ont été les difficultés dans votre projet ?

27. De manière générale, quelles ont été les succès dans votre projet ?

Annexe 2 : Questionnaires à l'intention des agents de santé

Centre de santé:

Position de la personne interrogée (infirmier, chef de poste, sage-femme..):

Connaissance du projet

- Pouvez-vous décrire le projet de (nom de l'ONG) visant à améliorer les pratiques ANJE en collaboration avec les relais communautaire ?
- Avez-vous été impliqué dans l'écriture ou la révision de ce projet ?
- Quel est votre rôle dans ce projet ?
- Quels sont les différents acteurs/parties prenantes du projet ? Quels sont leurs rôles respectifs ?

Collaboration avec les relais communautaires

Sélection

- Pouvez-vous décrire le processus de sélection des relais communautaires ? Y prenez-vous part ? Est-ce que les ONG sont impliquées ?
- Existe-t-il des biais dans le principe de sélection ?
- Le nombre de relais est-il suffisant ?

Activités, formation et coordination

- Connaissez-vous les responsabilités des relais communautaire au sein de la communauté ?
- Si oui, pouvez-vous citer quelques exemples ?
- Comment êtes-vous impliqué dans ces activités ?
- Comment jugez-vous le niveau de compétence des relais communautaires ? Reçoivent-ils une formation ? par qui et à quelle fréquence ?
- Existe-t-il un système de supervision des relais communautaires ? Si oui, par qui, à quelle fréquence et pour quel type d'activité ?; Si non, pour quelle raison ?
- Existe-t-il un système de coordination des activités des relais ? qui y prend part ? Y prenez-vous part ?

Motivations et relationnel

- Quelles motivations reçoivent les relais communautaires ? Qui donne cette motivation (DS, ONG etc), considérez-vous qu'elle soit suffisante ? Quel type de motivation (monétaire et non monétaire) serait envisageable ? (en cas de différence de motivation selon les acteurs, savoir si cela pose un problème de concurrence) (en cas de motivation sous forme AGR, avoir l'opinion de l'agent de santé)
- Quels sont les points positifs dans la collaboration avec les relais communautaires ?
- Quelles sont les difficultés dans la collaboration avec les relais communautaires ?
- Selon vous, comment pourrions-nous améliorer la qualité du travail des relais communautaires
- Selon vous, comment pourrions-nous améliorer l'adoption des pratiques ANJE par la communauté ?

Annexe 3: Questionnaire à l'intention des relais communautaires

Objectif:

Comprendre comment les relais communautaires perçoivent leur activités de manière général (status, responsabilités), et avec un focus particulier sur le projet de l'ONG, incluant la charge de travail, la formation, la supervision, la motivation et les relations avec les agents de santé, l'ONG et la communauté

Thématiques à discuter :

La liste des questions est indicative des sujets à discuter, les questions ne doivent pas obligatoirement être posés tel quel.

1. Rôle et sélection

- Depuis combien de temps être vous relais communautaires ?
- Pourquoi avez-vous souhaité être relais communautaires ?
- Pouvez-vous décrire le système de sélection des relais ?
- Qui y est impliqué ? Est-ce que l'agent de santé joue un rôle ? Est-ce que les ONG y sont impliqués ?
- Existe-t-il différents type de relais communautaires dans votre communauté ? Lesquels ?

2. Activités, supervision

- Pouvez-vous décrire les activités que vous réalisez ? Quelle activité vous prend le plus de temps ?
- Pour qui réalisez-vous ces activités (ONG, District sanitaire) ? Qui vous donne votre planning , Qui coordonne les activités
- Existe-t-il un système de coordination des activités des relais ? qui y prend part ? Y prenez-vous part ?
- Pensez-vous avoir tous les moyens de les réaliser (capacité technique, moyen matériel, disponibilité des populations c) Pourquoi ?
- Recevez-vous une formation ? Si oui, par qui et à quelle fréquence ?

3. Motivation

- Recevez-vous une indemnité ou motivation (monétaire et non monétaire) ? Pouvez-vous la décrire ? Qui vous donne cette motivation ?
- La jugez-vous suffisante ? Pourquoi ? Quel type de motivation supplémentaire aimeriez-vous recevoir (monétaire et non monétaire) (si AGR comme motivation, creuser pour comprendre comment cette motivation est perçue, si elle pourrait être acceptée sur le long terme)

4. Relations avec la communauté :

- Pour quelle raison la communauté interagit avec les relais communautaires (conseils santé général, traitement, référence...)
- A quelle fréquence rencontrez-vous la communauté ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées avec la communauté
- Quelles sont les points positifs du travail avec la communauté

5. Relations avec les agents de santé/centre de santé

- Quels sont les agents de santé avec lequel vous avez le plus d'interactions ? (sage-femme, infirmier, infirmier chef de poste (ICP)..)
- A quelle fréquence rencontrez-vous les agents de santé? Est-ce suffisant ?
- Pour quelle raison interagissez-vous avec les agents de santé (dépistage, sensibilisation, formation, campagne de vaccin , séance de pesée, etc...) Autres
- Les agents de santé vous impliquent ils toujours dans les activités communautaires ? Les agents de santé vous informent ils toujours en cas de difficultés (ex : rupture d'intrants etc)
- Quelles sont les difficultés rencontrées avec les agents de santé
- Quelles sont les points positifs de la collaboration avec les agents de santé

6. Relations avec l'ONG

- Rencontrez-vous des personnels de l'ONG xx ?
- Quels sont les personnes du projet avec lesquelles vous avez le plus d'interactions ? (mobilisateur communautaire, responsable de projet, coordinatrice régionale..)
- A quelle fréquence rencontrez-vous les personnels de l'ONG XX? Est-ce suffisant ?
- Pour quelle occasion interagissez-vous avec les personnels de l'ONG XX(formation, supervision, bilan etc...)Autres
- Les agents de l'ONG vous impliquent ils toujours dans les activités communautaires ?
- Les agents de l'ONG vous informent ils toujours en cas de difficultés (ex : activités annulées etc)

- *Quelles sont les difficultés rencontrées avec les personnels de l'ONG XX ?*
- *Quelles sont les points positifs de la collaboration avec les personnels de l'ONG XX ?*
- *Quels sont les points que vous souhaitez améliorer dans la collaboration avec le personnel*

Annexe 4 : Questionnaire à l'intention de la communauté

Objectif :

Comprendre comment la communauté perçoit et interagit avec les relais communautaires (disponibilité, pertinence, qualité du conseil), et estimer comment l'activité de sensibilisation ANJE est perçue par la communauté (pertinente, adaptée au contexte..)

Centre de santé/commune:

Nombre de participants :

Communauté et ONG

- *L'ONG XX travaille- t- il dans votre village ?*
- *Avez- vous déjà rencontré les équipes de l'ONG XX ? Dans quelles circonstances ? (fait partie du groupe ?)*
- *D'une manière générale, quels messages avez- vous entendu depuis que l'équipe de l'ONG XX travaille dans la zone ?*
- *Qui vous a transmis ces messages ?*

Communauté et RC

- *Y a-t-il un relais communautaire dans votre village ? comment a-t-il été sélectionné ? Avez-vous été impliqué dans sa sélection*
- *Dans quelles conditions le rencontrez-vous (à la maison, chez lui, au centre de santé, lors d'un groupe de parole)*
- *Quels sont les services proposés par le relais communautaire ? (sensibilisation, dépistage, traitement)*
- *Quels sont les services que vous utilisez le plus fréquemment ?*
- *Comment estimez-vous la disponibilité des relais communautaires (nombre de relais dans le village, disponibilité, facilité d'accès) ?*
- *Est-ce que le relais communautaire propose des conseils en matière d'anje/changement de comportement ?*
- *Considérez-vous ces conseils adaptés à votre situation ?*
- *Quelles recommandations auriez-vous pour l'amélioration du système de relais communautaires ?*

Problématique de l'ANJE

- *En cas de problème de santé, qui allez-vous voir ? (tradi praticien, agent de santé, relais communautaire..)*
- *En cas de problème de santé pour votre enfant, qui prend la décision ? (mere, père, grand mere..)*
- *Comment se passe l'allaitement en général ?*
- *Est-ce que vous avez des difficultés particulières ?*
- *Quelles sont les difficultés d'allaitement ?*
- *En cas de difficultés qui allez- vous voir ? Est-ce que ces difficultés ont changé ? Quels changements ?*
- *Avez- vous reçu des conseils en allaitement ? Par qui ? Lesquels ?*
- *Si oui, par quels biais (ONG/relais communautaire/agent de santé..) et sous quelle forme (visite à domicile, conseils dans la case de santé, conseils dans le centre de santé, groupes de paroles, radio...)*
- *Que pensez- vous de ces conseils ? Arrivez- vous à les mettre en application ? Si non, pourquoi,*
- *Avez-vous perçu des changements de comportement dans votre communauté/entourage suite aux conseils sur l'ANJE ?*
- *Selon vous, est ce que l'approche pour améliorer le changement de comportement est pertinente ?*
- *Pourquoi ?*