

Optimisation du programme des services de santé communautaire en Éthiopie :

Stratégies pour relever les défis liés au personnel de santé

Damen Haile Mariam
Abiy Estifanos

Dawit Wondimagegn
Bryony Simmons

Lesong Conteh



Optimisation du programme des services de santé communautaire en Éthiopie :

Stratégies pour relever les défis liés au
personnel de santé

Damen Haile Mariam
Abiy Estifanos

Dawit Wondimagegn
Bryony Simmons

Lesong Conteh

Optimisation du programme des services de santé communautaire en Éthiopie : Stratégies pour relever les défis liés au personnel de santé

ISBN : 978-929031380-9

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2023

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BYNC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée : Optimisation du programme des services de santé communautaire en Éthiopie : Stratégies pour relever les défis liés au personnel de santé. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et impression : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo

À propos de l'AHOP

La Plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et les politiques de santé (AHOP) est un partenariat régional qui encourage l'élaboration de politiques étayées par des données probantes. L'AHOP est hébergé par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS/AFRO) par l'intermédiaire de l'Observatoire africain intégré de la santé. C'est un réseau de centres d'excellence de toute la Région, qui tire parti des collaborations nationales et régionales existantes. Au nombre des centres nationaux figurent actuellement le College of Health Sciences (CHS) de l'Université d'Addis-Abeba (Éthiopie), le KEMRI Wellcome Trust (Kenya), le Health Policy Research Group de l'Université du Nigeria, la School of Public Health de l'Université du Rwanda et l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). L'AHOP bénéficie du soutien d'un consortium technique composé de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (EURO-OBS), de la London School of Economics and Political Science (LSE) et de la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF). La Plateforme a adhéré à une cohorte d'observatoires régionaux des systèmes de santé, dont l'Observatoire européen et l'Observatoire Asie-Pacifique sur les systèmes et les politiques de santé (APO), qui ont partagé leurs connaissances pour guider l'élaboration de l'approche adoptée par l'AHOP.

À propos des notes d'orientation de l'AHOP

Les notes d'orientation de l'AHOP font partie d'une série de produits générés par la plateforme. Nous avons pour objectif de répertorier les concepts, les expériences et les solutions actuels qui sont importants pour l'élaboration des politiques de santé dans la Région africaine, en adoptant souvent un prisme comparatif pour tirer des enseignements de diverses approches. Nous reconnaissons qu'il existe une multiplicité d'approches pour rédiger des notes d'orientation. Nous avons cependant, à travers des consultations, élaboré une approche distincte spécifique à l'AHOP en faisant en sorte que toutes nos notes d'orientation adoptent un modèle commun. Les notes d'orientation de l'AHOP compilent les données probantes existantes et les présentent dans un format accessible. Elles utilisent des méthodes systématiques énoncées en toute transparence et sont toutes soumises à un processus formel et rigoureux d'examen par les pairs.

Remerciements

Rédactrice en chef de la série : Katie Shuford

Coordinatrice de la série : Dorothy Chisare

Réviseurs : Les auteurs et les rédacteurs remercient le réviseur externe Takele Geressu pour ses commentaires et son expertise. La note d'orientation a également été révisée en interne par Serge Bataliack, Aminata Seydi et Sokona Sy (OMS/AFRO), Suszy Lessof et Sherry Merkur (EUROOBS), Logan Brenzel (BMGF), Beth Kreling, et Lucy Kanya (LSE) pour le compte des partenaires de l'AHOP.

Production : Nous adressons nos remerciements à Ashleigh Slingsby (LSE) pour la correction, Alexia Honore (LSE) pour la contribution à la traduction, et à Cat Johnson (Manta Ray Media) pour la conception de la note d'orientation.

Crédit photo de couverture : Agents de vulgarisation sanitaire en Ethiopie. Tsegaye, UNICEF Ethiopia, 2014, Flickr

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site ci-après

Web : <https://ahop.aho.afro.who.int>

Adresse électronique : l'équipe d'AFRO : afngoahop@who.int; partenaires techniques : ahop@lse.ac.uk

Twitter: [@AHOPlatform](https://twitter.com/AHOPlatform)



Ce programme est soutenu par la Fondation Bill & Melinda Gates.

vi Messages clés

vii Résumé d'orientation

1 Introduction

4 Contexte

Présentation du programme et des services de santé communautaire

Système de santé et personnels de santé

Jalons et évolution du programme des services de santé communautaire

Financement du programme des services de santé communautaire

8 **Stratégies visant à relever les défis liés au personnel de santé du programme des services de santé communautaire**

Salaires et primes inadéquats

Manque de formation, de soutien et de supervision

Opportunités limitées d'évolution de carrière

16 **Constatations et conclusion**

18 **Implications politiques**

19 **Références**

Abréviations

BSc	Bachelor of Science
ASC	Agent de santé communautaire
FHP	Professionnel de la santé familiale
HDA	Armée de développement sanitaire
HEP	Programme de vulgarisation sanitaire
AVS	Agents de vulgarisation sanitaire
RHS	Ressources humaines pour la santé
HSDP-II	Programme de développement du secteur de la santé II
HSTP-II	Plan de transformation du secteur de la santé II
iCCM	Prise en charge intégrée des cas dans la communauté

IRT	Séances de recyclage intégrées
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
MoH	Ministère de la Santé
SSP	Soins de santé primaires
USSP	Unité de soins de santé primaires
ODD	Objectifs de développement durable
CSU	Couverture sanitaire universelle
US\$	Dollar des États-Unis
WDG	Groupe de développement des femmes
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Améliorer la satisfaction des agents de santé au travail peut améliorer les services de santé : les agents de vulgarisation sanitaire du Programme éthiopien de vulgarisation sanitaire ont signalé plusieurs facteurs qui réduisent leur motivation et leur satisfaction au travail, compromettant en fin de compte la qualité des services.

Les agents de vulgarisation sanitaire sont affectés par toute une série de facteurs systémiques et individuels : la mise en œuvre des stratégies doit soigneusement tenir compte des éventuels obstacles et catalyseurs spécifiques au contexte, notamment l'engagement des parties prenantes et les contraintes financières et de ressources.

Des recherches doivent être menées pour concevoir des solutions adaptées : une combinaison complémentaire de stratégies nouvelles et améliorées sera nécessaire pour relever les défis en matière de personnel.

Il existe des stratégies pour optimiser la performance des agents de vulgarisation sanitaire : parmi les options figurent, l'augmentation des salaires et/ou l'introduction d'un ensemble de mesures incitatives ; le renforcement de la formation et de la supervision ; et l'amélioration des opportunités de carrière, en particulier pour les agents de vulgarisation sanitaire en zone rurale.

Le programme des services de santé communautaire sert de programme phare pour la prestation des soins de santé primaires en Éthiopie. Cependant, sa mise en œuvre s'est heurtée à divers obstacles au niveau du système de santé. En présentant des stratégies porteuses de transformation, la feuille de route pour l'optimisation du programme des services de santé communautaire (2020-2035) offre une occasion de restructurer et de normaliser l'approche de prestation de services du programme afin d'en assurer la durabilité et l'impact à long terme.

La mobilisation d'environ 40 000 agents de santé communautaires a été essentielle pour soutenir la mise en œuvre du programme de vulgarisation sanitaire. Si les défis auxquels sont confrontés ces agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie ont fait couler beaucoup d'encre, les données fondées sur les évaluations des initiatives visant à améliorer les conditions de travail de ces travailleurs et, en fin de compte, les résultats sur la santé des communautés qu'ils servent, sont limitées.

Causes

Si le programme des services de santé communautaire a été salué par beaucoup comme un succès, les défis auxquels sont confrontés les agents de santé communautaires suscitent de plus en plus de préoccupations, notamment en ce qui concerne leur niveau de rémunération, l'absence de plans de carrière clairs et fonctionnels et l'absence d'un environnement favorable à l'apprentissage continu.

Impact

Ces obstacles ont entraîné un manque croissant de motivation et de satisfaction, d'aptitudes appropriées et de compétences de base chez ces agents de vulgarisation sanitaire, ce qui a limité la productivité et l'efficacité du programme.

Réponse

Compte tenu du lancement de la feuille de route d'optimisation du programme des services de santé communautaire et de l'engagement politique en faveur du programme, il est désormais possible d'élaborer de nouvelles stratégies et d'allouer davantage de ressources pour améliorer les conditions de travail et de formation de ces agents. Nous nous concentrons sur trois domaines clés à améliorer : 1) des structures de rémunération et d'incitation pour les agents, 2) des programmes de formation pour les agents, avec un accent renouvelé sur la prestation efficace et efficiente de services de santé essentiels, et 3) la définition d'un profil de carrière clair. Des données factuelles relatives à six stratégies potentielles à mettre en œuvre dans ces domaines sont présentées dans cette étude.

Conclusion

Le programme des services de santé communautaire a eu un impact positif sur la prestation de soins de santé primaires aux communautés en Éthiopie, mais des problèmes de mise en œuvre subsistent. Les réformes ont été menées, comme le montre la feuille de route pour l'optimisation du programme et le deuxième plan de transformation du secteur de la santé (HSTP-II), mais les difficultés persistantes liées au personnel de santé compromettent son succès potentiel. L'amélioration des mesures incitatives en faveur des agents de santé communautaires ; le renforcement de la formation et de la supervision ; et l'amélioration du profil de carrière, en particulier pour les agents en milieu rural, ont été identifiés comme des stratégies potentielles pour relever les défis liés aux agents de santé communautaires. Des données spécifiques au contexte sur la faisabilité et l'impact de toute nouvelle stratégie sont nécessaires pour étayer la prise de décision. La mise en œuvre des changements nécessitera de prendre en considération l'interaction entre les différentes interventions, un engagement fort des parties prenantes et des investissements financiers afin d'optimiser le programme de santé communautaire et de répondre à l'évolution des besoins des communautés.

Lancé en 2003, le programme des services de santé communautaire est un programme phare du secteur de la santé en Éthiopie (Ministère fédéral éthiopien de la santé, 2005). Intégré dans le système de santé élargi, le programme de vulgarisation sanitaire est la plateforme de base pour la prestation de services de soins de santé primaires au niveau communautaire et a largement contribué à l'amélioration des résultats sanitaires (Assefa et al, 2017 ; Assefa et al, 2019).

Le principal objectif du programme des services de santé communautaire est d'améliorer l'accès équitable à des interventions sanitaires essentielles de nature promotionnelle, préventive et curative de base par le biais des services de santé communautaires (Wang et al, 2016). Grâce au déploiement d'agents de santé communautaires spécialement formés, ce programme cible les ménages avec un ensemble de services de santé essentiels, conçus en particulier pour les femmes et les enfants.

Le programme des services de santé communautaire a contribué de manière significative à l'amélioration de la couverture et à l'exhaustivité des services de soins de santé primaires, notamment : l'accès et la couverture des services de santé de la mère et de l'enfant (planification familiale, soins prénatals, vaccination) ; l'hygiène de l'environnement et l'hygiène personnelle ; les mesures de prévention et de lutte anti-infectieuse ; une plus grande utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la protection contre le paludisme ; l'augmentation de la construction et de l'utilisation des latrines ; l'amélioration de la notification des flambées de maladies ; l'augmentation de la satisfaction communautaire ; et une amélioration significative de l'information sanitaire (Admassie et al, 2009 ; Teklu et al, 2020 ; Woldie et al, 2017).

La mise en œuvre du programme des services de santé communautaire est considérée comme ayant amélioré les pratiques de soins de santé maternelle et néonatale à grande échelle et est considérée comme essentielle à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé de l'enfant en Éthiopie (Assefa et al, 2017 ; Assefa et al, 2019 ; Karim et al, 2013 ; Teklu et al, 2020). Compte tenu des retombées sociales et économiques, on estime que ce programme de vulgarisation sanitaire a produit un rendement compris entre US\$ 1,54 et 3,26 pour chaque dollar dépensé (HRH2030, 2019). La poursuite de la prestation de services sera d'une importance cruciale pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable, notamment en ce qui concerne les indicateurs de santé maternelle et infantile (Ayele et al, 2021).

En plus de mettre en évidence les succès obtenus, une évaluation nationale réalisée en 2019 a conclu que les difficultés de mise en œuvre et l'évolution des besoins et des attentes des communautés ont entravé la réussite du programme (Teklu et al, 2020). Le rapport, ainsi que plusieurs autres études, soulignent que les ressources humaines constituent un obstacle majeur à la réussite du programme. Parmi les difficultés particulières de ce programme, citons le manque de motivation, de connaissances, de compétences, de productivité et d'efficacité parmi les agents de santé communautaires. Ces difficultés sont en outre aggravées par les lacunes systémiques liées aux conditions de travail et de vie des agents, l'accès limité à des plans de carrière structurés, le manque de soutien continu en matière de supervision, la charge de travail élevée et la capacité limitée de la main-d'œuvre, et le renouvellement fréquent des dirigeants et du personnel, qui entraîne instabilité et court-termisme (Assefa et al, 2019 ; Bekele et al, 2008 ; John Snow, 2018 ; Medhanyie et al, 2015 ; Shega, 2013 ; Teklu et al, 2020 ; Panel 1).

Panel 1 : Satisfaction professionnelle, attrition et épuisement professionnel des agents de vulgarisation sanitaire

L'évaluation de 2019 du programme des services de santé communautaire a révélé que plus de la moitié des agents étaient insatisfaits de leur emploi et que près d'un tiers d'entre eux avaient l'intention de partir. Parmi les agents de santé communautaire, un niveau relativement élevé de symptômes d'épuisement professionnel a été observé, 40 % présentant au moins un risque d'épuisement professionnel et 5 % un risque grave d'épuisement professionnel (MERQ Consultancy PLC, 2020). Bien que 86 % des postes de santé étudiés soient dotés de deux agents de vulgarisation sanitaire (la norme minimale), cette proportion s'est avérée insuffisante par rapport au volume de travail et aux compétences requises pour la prestation efficace des programmes des services de santé communautaire. La satisfaction liée au travail variait considérablement selon les régions et les moyens de subsistance (agriculteurs vs éleveurs).

Ces résultats sont corroborés par d'autres études (Bekele et al, 2008 ; Haile Mariam et al, 2020 ; Kare et al, 2021 ; Kitila et al, 2021 ; Tekle et al, 2022 ; Teklehaimanot et al, 2007). Dans une étude récente, la satisfaction au travail des agents de santé communautaire du sud de l'Éthiopie était faible, 37 % de personnes seulement étant satisfaites de leur emploi (Kare et al, 2021). Une autre étude menée dans le sud-ouest de l'Éthiopie a révélé un niveau très élevé (52 %) de velléités de départ de ces agents (Kitila et al, 2021). Ce résultat a été confirmé par une étude portant sur près de 600 agents de santé communautaire, dans laquelle 40 % ont déclaré avoir l'intention de partir, la variable estimée entre les régions étant de 22 % à 64 % (Tekle et al, 2022). Ceux-ci ont déclaré considérer leurs rôles comme temporaires, jusqu'à ce qu'ils puissent trouver un meilleur emploi (Haile Mariam et al, 2020).

Les problèmes identifiés comme contribuant à un faible niveau de satisfaction et de motivation sont entre autres :

- Salaires et primes inadéquats
- Manque d'opportunités d'avancement et profil de carrière peu lisible
- Possibilités limitées de promotion et de transfert
- Possibilités limitées d'éducation et de formation
- Appui et supervision inadéquats de la Direction
- Charge de travail élevée
- Disponibilité d'autres opportunités d'emploi
- Résistance communautaire

Ces thèmes ont trouvé un écho dans la littérature plus large sur les agents de santé communautaires à travers le continent (Kweku et al, 2020 ; Muthuri et al, 2020 ; Olaniran et al, 2022 ; Pallas et al, 2013 ; USAID, 2013 ; Willis-Shattuck et al, 2008).

Dans le but d'optimiser le programme de vulgarisation sanitaire, l'Éthiopie a élaboré une [Feuille de route pour l'optimisation du programme des services de santé communautaire \(2020-2035\)](#) (Ministère éthiopien de la santé, 2020). Soulignée dans le HSTP-II, la feuille de route pour l'optimisation décrit les principaux changements nécessaires pour garantir que le programme des services de santé communautaire reste un programme de prestation de services efficace (Ministère éthiopien de la santé, 2021). Guidés par la feuille de route d'optimisation du programme des services de santé communautaire les ensembles de services de ce programme seront redéfinis et normalisés grâce à une plateforme de prestation de services restructurée, dans le but de parvenir à la couverture sanitaire universelle. La feuille de route pour l'évaluation et l'optimisation du programme de vulgarisation sanitaire met en évidence un ensemble complexe de défis qui appellent une réforme à l'échelle du système pour assurer la prestation de services de santé de qualité.

La mise en œuvre de la feuille de route d'optimisation du programme des services de santé communautaire dépendra de la disponibilité d'agents de santé motivés et soutenus de manière appropriée, capables de fournir des services de santé efficaces et de qualité. En effet, les améliorations des conditions de travail du personnel des services de santé communautaire sont mises en évidence dans les objectifs stratégiques de la feuille de route d'optimisation. En tant que principal outil de travail de ce programme de vulgarisation sanitaire, l'amélioration de la motivation des agents et la résolution des problèmes liés à la main-d'œuvre, en particulier, auront probablement l'impact positif le plus important sur la prestation de services. Toute réponse aux difficultés que rencontrent les agents de santé communautaires nécessitera de s'appuyer sur des données probantes qui tentent de répondre aux questions clés suivantes :

Questions clés

- Que peut-on retenir des mesures précédentes en ce qui concerne les salaires et autres avantages ?
- Quels changements apportés à la formation, au soutien et à la supervision ont amélioré les compétences et la productivité ?
- Quels changements structurels dans la formation et le profil de carrière ont amélioré la fidélisation et la satisfaction professionnelle ?

La note d'orientation rassemble des données probantes locales et mondiales pour éclairer les discussions sur les défis à relever en matière de personnel afin d'assurer une prestation optimale du programme des services de santé communautaire en Éthiopie. Une revue documentaire a été réalisée, consistant à examiner la littérature et la base de connaissances pertinentes. La documentation examinée comprenait des articles de revues, des rapports et des plans gouvernementaux, ainsi que de la littérature grise. Notre recherche a été axée sur les données probantes liées aux initiatives et aux politiques ciblant principalement les ASC. Les données pertinentes décrivent le problème, la pratique actuelle et les stratégies de mise en œuvre possibles pour relever les défis, y compris l'impact de ces stratégies. Lors de l'examen de l'impact des options stratégiques, dans la mesure du possible, les données probantes issues des examens systématiques existants sont utilisées pour réduire le risque de biais et renforcer la qualité et la transparence des données probantes présentées.

La présente note d'orientation résume les données disponibles sur les principaux défis identifiés lors de diverses évaluations des programmes des services de santé communautaire, ainsi que les solutions possibles pour y remédier. Elle ne prétend pas être exhaustive dans le sens d'inclure toutes les études dans le domaine. En outre, les études examinées manquent d'homogénéité dans leurs méthodologies en plus du fait que certaines d'entre elles étaient de portée nationale tandis que d'autres étaient spécifiques à la région ou à la localité.

L'Éthiopie est un pays enclavé situé dans la Corne de l'Afrique et le deuxième pays le plus peuplé du continent, avec une population d'environ 115 millions d'habitants en 2020.

La population a une structure d'âge jeune, avec plus des trois quarts vivant dans des zones rurales, où l'agriculture et le pastoralisme sont la principale source de subsistance. Les dépenses annuelles totales de santé en Éthiopie s'élèvent à 26,7 USD par habitant, l'une des plus faibles au monde, dont 23 % sont financés par des sources publiques nationales (Banque mondiale, 2022).

Présentation du programme et des services de santé communautaire

La pratique du déploiement de para-professionnels dans les communautés est une vieille tradition dans le secteur de la santé en Éthiopie. Les agents de santé auxiliaires ont été introduits pour la première fois au milieu des années 1970 dans le contexte de l'élargissement des soins de santé primaires (Wang et al, 2016). Au début des années 1980, des dizaines de milliers d'agents de santé communautaires et d'accoucheuses traditionnelles étaient en service (Mechie et al, 1984). Avec le Programme de développement du secteur de la santé (HSDP II), le gouvernement éthiopien a officialisé le lancement en 2003 du programme des services de santé communautaire pour relever les défis des précédentes initiatives d'agents de santé communautaires et améliorer les soins de santé primaires au niveau communautaire.

Ce programme de vulgarisation sanitaire a été introduit dans un contexte marqué par de mauvais résultats sanitaires, une faible couverture des services de santé maternelle et infantile et des disparités dans l'accès et la disponibilité des services, en particulier entre les populations rurales et urbaines (Assefa et al, 2019). Le programme des services de santé communautaire a été introduit pour la première fois en milieu rural (2003) et a depuis été élargi pour inclure deux autres types de programmes dans les communautés pastorales (2006) et les zones urbaines (2009). À l'origine, ce programme a permis la mise en œuvre de 16 programmes organisés selon quatre domaines programmatiques : santé de la famille, prévention et lutte contre les maladies, hygiène et assainissement de l'environnement, et éducation et communication en matière de santé (Assefa et al, 2019 ; Ministère éthiopien de la santé, 2020 ; Willis-Shattuck et al, 2008). Les programmes des services de santé communautaire ont évolué avec l'introduction de la deuxième génération de programmes en 2016. Les changements les plus notables comprenaient l'ajout de services pour les maladies non transmissibles, les maladies tropicales négligées et la santé mentale, ainsi que des adaptations aux paquets existants, telles que la fourniture de méthodes de planification familiale durables (Figures 1a et 1b).

Figure 1a. Quatre grands domaines du programme de vulgarisation sanitaire : paquet rural

Services de santé familiale	Prévention et lutte anti-infectieuse	Hygiène et assainissement de l'environnement	Éducation et communication pour la santé
Santé maternelle et infantile	VIH/sida	Élimination correcte et sûre des excréments	Éducation et communication pour la santé
Planification familiale	Tuberculose	Gestion correcte et sûre des déchets solides et liquides	
Vaccination	Paludisme	Mesures de sécurité pour l'approvisionnement en eau	
Santé reproductive des adolescents	Premiers secours	Mesures d'hygiène et de sécurité alimentaire	
Nutrition		Environnement domestique sain	
		Lutte contre les insectes et les rongeurs	
		Hygiène personnelle	

Source : Assefa et al., 2019.

Figure 1b. Quatre grands domaines du programme de vulgarisation sanitaire : paquet urbain

Services de santé familiale	Prévention et lutte anti-infectieuse	Hygiène et assainissement de l'environnement	Prévention et lutte contre les traumatismes, premiers secours et services d'orientation-recours
Santé maternelle et infantile	VIH/sida	Élimination des déchets solides et liquides	Prévention et lutte contre les traumatismes, premiers secours et services d'orientation-recours
Planification familiale	Tuberculose et lèpre	Hygiène personnelle et environnement domestique sain	
Vaccination	Paludisme	Sécurité des denrées alimentaires et de l'eau	
Santé reproductive des adolescents	Maladies non transmissibles	Construction et utilisation des latrines	
Nutrition	Santé mentale		

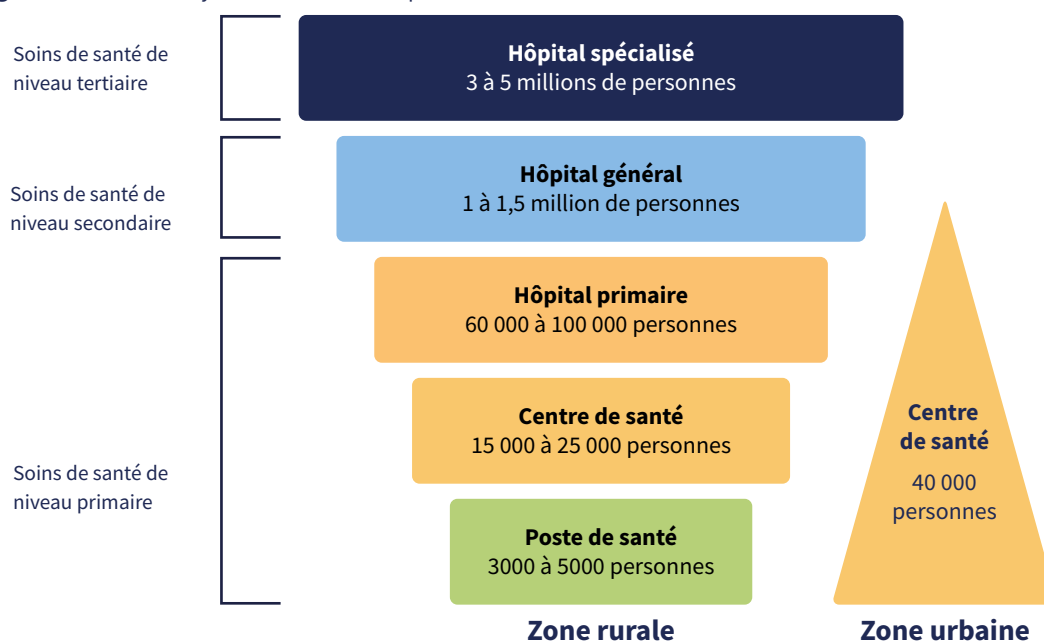
Sources : Kassie et al., 2021.

Système de santé et personnels de santé

L'Éthiopie dispose d'un système de soins de santé à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Le programme de santé communautaire est positionné et géré au niveau des unités de soins de santé primaires (USSP) et est conçu pour servir de point d'entrée au système de santé (Figure 2). Une unité de soins de santé primaires comprend trois points de prestation de services : les postes de santé (en milieu rural), les centres de santé et les hôpitaux primaires. En milieu rural, chaque poste de santé – au moins un par kebele, l'unité administrative la plus basse d'Éthiopie – dessert en moyenne 1000 ménages couvrant une population de 3000 à 5000 personnes. Chaque poste de santé est supervisé par un centre de santé desservant environ 25 000 personnes. En milieu urbain, où les populations sont plus proches des centres de santé et des hôpitaux, chaque centre de santé dessert directement environ 40 000 personnes. Chaque poste de santé (en milieu rural) ou centre de santé (en milieu urbain) est conçu pour être doté de deux agents, les principaux agents d'exécution du programme des services de santé communautaire. Ces agents fournissent des services au niveau des établissements de santé et des communautés, en effectuant des visites à domicile et des activités de sensibilisation (Ministère fédéral éthiopien de la santé, 2005 ; Ministère éthiopien de la santé, 2021 ; Teklu et al, 2020).

Les agents de santé communautaires travaillant pour le compte de l'État sont employés en tant que fonctionnaires officiels, ce qui constitue une différence majeure par rapport aux programmes précédents relatifs aux agents de santé communautaires en Éthiopie, qui étaient tous des programmes bénévoles (Ministère fédéral éthiopien de la santé, 2004). Principalement des femmes, la plupart du temps, les agents de santé communautaires sont recrutés parmi les communautés environnantes en fonction de leur connaissance de la langue et de la culture ainsi que de leur engagement à servir leur communauté. Ils doivent avoir au moins le niveau de seconde dans l'enseignement général (Banteyerga, 2011 ; Workie & Ramanda, 2013). Avant l'emploi, les agents de vulgarisation sanitaire reçoivent une formation professionnelle rapide de 12 mois sur la promotion et l'information sanitaires essentielles, la prévention des maladies et les services curatifs de base. Le personnel des centres de santé et l'administration du kebele apportent un soutien logistique, managérial et technique ainsi que la supervision et le mentorat. Pour élargir la portée du programme, les agents de santé communautaires travaillent en étroite collaboration avec les agents de santé communautaires bénévoles, un cadre de près d'un million de volontaires appelé soit l'armée de développement des femmes (WDA), soit l'armée de développement de la santé (HDA) (Feuille de route pour la santé communautaire, 2021).

Figure 2. Structure du système de santé éthiopien



Source : Teklu et al., 2020.

Jalons et évolution du programme des services de santé communautaire

Depuis son introduction, le programme de vulgarisation sanitaire a évolué de plusieurs façons, notamment par l'élargissement de la couverture géographique, le développement des infrastructures et la prestation de services. Le nombre de postes de santé et d'agents de vulgarisation sanitaire a considérablement augmenté au fil du temps, avec environ 40 000 agents et 17 500 postes de santé en 2019. L'ensemble de services, initialement axés sur la promotion et la prévention, comprend désormais des services curatifs de base et un plus large éventail de maladies.

Les autres grandes étapes du programme comprennent l'élargissement de la portée géographique pour inclure les zones pastorales et urbaines, et des changements majeurs dans l'approche de ces changements, tels que la désignation d'agents de santé communautaires de sexe masculin dans les communautés pastorales et l'introduction de l'équipe de santé familiale dans les zones urbaines (Ministère de la santé de l'Éthiopie, 2020 ; Teklu et al, 2020). Les équipes de santé familiale en milieu urbain ont été introduites dans le cadre d'une réforme des centres de santé urbains en 2018. Il s'agit d'équipes multi-professionnelles composées d'infirmières, d'experts en santé environnementale, de sages-femmes, d'agents de santé communautaires et d'autres agents (selon les besoins) du centre de santé le plus proche. Les équipes se concentrent sur la prestation de services pour des questions de santé complexes au niveau communautaire, en ciblant en particulier les populations pauvres et vulnérables.

La feuille de route pour l'optimisation décrit d'autres plans de développement du programme des services de santé communautaire, tels que la restructuration de certains postes de santé pour fournir des services supplémentaires et des effectifs plus élevés pour les postes de santé et les unités chargées du programme de vulgarisation sanitaire dans les centres de santé (Ministère éthiopien de la santé, 2020).

Financement du programme des services de santé communautaire

Ce programme de vulgarisation sanitaire est financé par le gouvernement et les donateurs, avec des contributions non monétaires supplémentaires en temps et en travail au niveau communautaire. L'évaluation nationale de 2019 a fourni une analyse complète du financement du programme des services de santé communautaire (Teklu et al, 2020). Il a été constaté que le financement absolu du programme de vulgarisation sanitaire avait augmenté au fil du temps, mais que sa part par rapport aux dépenses totales de santé avait diminué depuis 2010 – passant de 8,9 % à 7,1 % entre 2010-2011 et 2016-2017. Bien que la part du gouvernement dans le financement du programme ait augmenté, celui-ci reste très dépendant des donateurs (près de 65 % de son financement provient de donateurs). Les dépenses liées aux ressources humaines, y compris les salaires et la formation de base et le recyclage, représentent environ 25 % des dépenses du programme des services de santé communautaire.

Stratégies visant à relever les défis liés au personnel de santé du programme des services de santé communautaire

Au moment de la rédaction de cette note d'orientation, il est apparu que beaucoup de choses ont été écrites sur les défis auxquels sont confrontés les agents de santé communautaires en Éthiopie et à travers le continent, en particulier lorsqu'on les compare au petit nombre d'évaluations rigoureuses visant à améliorer les conditions de travail de ce cadre, et, en fin de compte, les résultats sanitaires des communautés qu'ils servent (Ballard & Montgomery, 2017). Comme détaillé dans le Panel 1, plusieurs problèmes ont été mis en évidence comme contribuant à la faible motivation et satisfaction des agents de santé communautaire. Diverses stratégies complémentaires seront nécessaires pour cibler avec succès la motivation et la satisfaction du personnel. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des politiques basées sur les évaluations conçues pour répondre à certains de ces défis liés au personnel du programme des services de santé communautaire et résumés ultérieurement dans le tableau 1.

a) Salaires et primes inadéquats

Une série d'incitations financières et non financières peut être utilisée comme moyen de rémunérer les travailleurs et d'améliorer les services. Les incitations financières comprennent les salaires et autres rémunérations liées à l'emploi, les paiements basés sur les performances et autres aides indirectes (tels que le remboursement des frais de voyage, les indemnités de logement et de téléphone, les denrées alimentaires subventionnées, etc.). Les incitations non financières comprennent l'accès préférentiel à des services tels que le logement, la garde d'enfants, les soins de santé, l'éducation et d'autres possibilités de formation et de reconnaissance (Colvin et al, 2021).

Pratique actuelle

Les agents de santé communautaires sont des agents officiels rémunérés par l'État, dont le salaire mensuel varie de US \$90 à US \$120 (Haile Mariam et al, 2020 ; Teklu et al, 2020). Les estimations les plus récentes suggèrent que le salaire brut des agents en zone urbaine varie de 5000 birr à 8500 birr, tandis que leurs homologues en zone rurale gagnent entre 3000 birr et 6000 birr. La grille salariale est basée sur les années de service. Les agents de santé communautaires gagnent bien plus que le salaire minimum national (1370 birr) pour les fonctionnaires (communication personnelle, personnel des bureaux régionaux de la santé) (taux de change moyen en 2021 : 1 US\$ = 44,32 Birr). Dans le cadre de la feuille de route d'optimisation, un barème des salaires révisé pour les agents sera introduit, en tenant compte des affectations dans des zones où les conditions de vie sont difficiles. La rémunération totale peut comprendre des paiements basés sur les performances (Ministère éthiopien de la santé, 2020). En septembre 2021, un système d'évaluation et de classification des emplois avait été mis au point pour déterminer les salaires mensuels des agents de santé en poste, mais n'avait pas encore été mis en œuvre (Feuille de route pour la santé communautaire, 2021).

Au-delà des salaires, les incitations financières et non financières explicites sont limitées pour les agents de santé communautaires (les incitations à la formation, à l'éducation et au profil de carrière ne sont pas incluses ici et sont examinées dans les sections suivantes). Le Plan stratégique relatif aux ressources humaines pour la santé (2016-2025) détaille un ensemble d'incitations financières et non financières pour tous les agents de santé, mais au moment de la rédaction du présent document, celles-ci n'avaient pas été mises en œuvre (Teklu et al, 2020).

Principaux enjeux

Les facteurs suivants ont été identifiés comme des facteurs importants influençant la motivation et la fidélisation des agents de santé communautaires en Éthiopie : des incitations financières sous la forme d'une augmentation des salaires ; des incitations matérielles sous la forme d'une amélioration de l'infrastructure des établissements et de la prestation de services de garde d'enfants pour les agents ; et des facteurs non matériels tels que l'image de soi, l'acceptation et la reconnaissance des agents de santé communautaires par la communauté et leurs superviseurs (Arora et al, 2020). Bien que le traitement suive les meilleures

pratiques en matière de professionnalisation et de rémunération des agents de santé communautaires, les difficultés suivantes subsistent (Teklu et al, 2020) :

- Le salaire est perçu comme insuffisant par les agents de santé communautaires, en particulier lorsqu'on le compare à l'évolution de leurs responsabilités et à l'expansion des programmes de vulgarisation sanitaire.
- L'absence d'augmentations de salaire, d'incitations et de rémunération des heures supplémentaires est une source essentielle d'insatisfaction.
- Les salaires et avantages sociaux pour les agents de santé communautaires ne sont pas uniformes d'une région à l'autre.
- Les incitations non salariales prévues dans le plan stratégique relatif aux ressources humaines pour la santé ne sont pas encore concrétisées et il n'est pas certain que les incitations non financières profitent aux agents de santé communautaires.
- Des facteurs démotivants non matériels persistent, tels que le manque d'appréciation et d'acceptation de la part des communautés/superviseurs.

Solutions éventuelles

Stratégie 1 : Salaire amélioré en fonction du poste

Les résultats émanant de différents pays indiquent qu'un relèvement de la rémunération financière peut améliorer la motivation et le rendement des agents de santé (Colvin, Hodgins et Perry, 2021 ; Pallas et al, 2013). Dans une étude transversale menée dans le sud de l'Éthiopie, les incitations financières se sont avérées étroitement associées à la motivation professionnelle des agents de santé (Mohammed et al, 2015). De même, dans une autre étude menée dans la région de Gambella, les augmentations de salaire ont été identifiées par les agents en milieu rural comme l'une des raisons de la satisfaction et de la motivation, tandis qu'un faible salaire avait un effet démotivant (Demmem et al, 2019). Les options d'amélioration des salaires des agents de santé communautaires pour résoudre les problèmes pourraient inclure l'augmentation de tous les salaires, l'intégration de paiements basés sur la performance dans les salaires, y compris la révision salariale (par exemple, en fonction des rôles, du rendement, etc.) ou l'amélioration de la grille salariale et des échelons.

Des études ont évalué les données concernant les impacts et les préoccupations potentielles associés à l'amélioration de la rémunération, mais les données sur les expériences et l'impact de la mise en œuvre de politiques de rémunération améliorées au niveau du personnel communautaire sont limitées :

- L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que les agents de santé reçoivent une rémunération proportionnelle aux exigences de leur travail, à la complexité, au nombre d'heures travaillées, à la formation et aux rôles qu'ils assument, en mettant en évidence la meilleure pratique consistant à comparer les salaires au salaire minimum local (Organisation mondiale de la Santé, 2018).
- Les données sur la mise en œuvre au niveau international de stratégies spécifiques d'amélioration de la rémunération des agents de santé communautaires semblent limitées. Les données recueillies en Sierra Leone suggèrent qu'une hausse des salaires a permis d'améliorer le recrutement et de réduire l'absentéisme (Stevenson et al, 2012).
- Il est essentiel de fixer le montant de l'augmentation, car une hausse des salaires qui n'est pas conforme à l'augmentation des coûts et des tâches accomplies peut démotiver les agents de santé (Wurie et al, 2016).
- Le recours uniquement à des incitations basées sur la performance peut être problématique et la seule utilisation de la rémunération basée sur la performance n'est pas recommandée. Les risques comprennent une réduction de la sécurité financière, une diminution des efforts sur les activités non rémunérées et une diminution de la motivation (pour le sentiment perçu d'iniquité ou les diminutions de la rémunération globale) (Gadsden et al, 2021 ; Organisation mondiale de la santé, 2018).
- Les promesses d'amélioration de la rémunération doivent être traitées de manière appropriée, car les échecs et retards de paiement et les incitations inégalement réparties ont été identifiés comme des sources de démotivation (Kok et al, 2015 ; Ormel et al, 2019).
- Les plans visant à améliorer la rémunération doivent prendre soigneusement en compte : 1) la nécessité d'un engagement de la part des décideurs politiques de haut niveau ; 2) des ressources budgétaires limitées et la viabilité budgétaire ; 3) des

effets d'entraînement sur les demandes salariales d'autres secteurs ; et 4) la capacité à encourager les distorsions à long terme/dans le temps (Colvin et al, 2021 ; Hasnain, 2020). Ces facteurs sont particulièrement importants compte tenu des ressources financières limitées dont dispose le programme de vulgarisation sanitaire et des priorités concurrentes et des coûts d'opportunité potentiels.

Stratégie 2 : Proposer des incitations non salariales

Parmi les incitations éventuelles on pourrait inclure des primes basées sur la performance, des incitations sociales (comme des indemnités de transport, de garde d'enfants et des indemnités de logement) et des incitations non matérielles telles que des primes et une meilleure reconnaissance. Des études ont évalué la contribution des incitations non salariales à la motivation et à la fidélisation des agents de santé. Il reste toutefois nécessaire de disposer de données supplémentaires, suffisamment détaillées et spécifiques au contexte pour déterminer quel type d'incitations financières et non financières est le plus efficace (Organisation mondiale de la Santé, 2018). Les données factuelles sont résumées ci-dessous :

- Les données théoriques et empiriques provenant de différents milieux indiquent que les incitations non salariales sont d'importants facteurs de motivation et peuvent réduire l'attrition (Kok et al, 2015 ; Pallas et al, 2013).
- Un ensemble combinant des incitations financières et non financières prévisibles peut mieux fonctionner que des interventions limitées à un seul type d'incitation et est recommandé par l'OMS (Bertone & Witter, 2015 ; Willis-Shattuck et al, 2008 ; Organisation mondiale de la santé, 2018).
- Des données empiriques issues d'expériences de choix discrets indiquent que les décisions des ASC (telles que la sélection des postes et le niveau de salaire) peuvent être influencées positivement par diverses incitations non salariales, notamment : le transport ou les indemnités de transport (Ouganda : Agarwal et al, 2021), des bilans de santé familiaux gratuits (Inde : Abdel-All et al, 2019), les allocations logement (Zambie : Prust et al, 2019), et le congé d'études payé et les indemnités pour frais d'études (Ghana : Shiratori et al, 2016).
- En Guinée-Bissau, deux principales sources d'incitations à faible coût sur le statut social et la motivation intrinsèque ont été évaluées : i) une récompense honorifique pour la bonne performance ; et ii) un reportage vidéo centré sur l'importance perçue de la tâche. L'étude a montré que l'intervention peu coûteuse sur le statut social améliorerait les performances des agents de santé communautaires (Fracchia et al, 2019).

Lors de l'examen des mesures proposées dans les stratégies 1 et 2, il est important de noter que la combinaison d'incitations peut influencer la motivation de différentes manières dans différents contextes. Les différences contextuelles ont des implications importantes sur la manière dont les incitations influencent la motivation, et la combinaison des incitations doit être adaptée à chaque contexte (Ormel et al, 2019). Les données et les éléments factuels de l'Éthiopie sont nécessaires pour appuyer le plaidoyer en faveur de mesures spécifiques et pour comprendre ce qui pourrait être réalisé grâce à la mise en œuvre de diverses mesures.

Manque de formation, de soutien et de supervision

La formation initiale et la formation continue régulière des agents de santé sont le processus par lequel les individus maintiennent et améliorent la qualité des services de soins de santé. La présente note d'orientation définit la formation comme une formation ciblée pour la mise en œuvre du programme des services de santé communautaires ; les activités de formation et de perfectionnement professionnel de fond sont abordées dans la section suivante. Les objectifs de la formation sont vastes, notamment l'amélioration des connaissances, des compétences, des attitudes, de la motivation et de l'engagement des professionnels de la santé (Schleiff et al, 2021). La supervision bienveillante est le processus qui consiste à aider, encadrer, former et encourager les agents de santé à s'acquitter de leurs fonctions selon des normes élevées et à fournir des services de qualité.

Pratique actuelle

La formation initiale des agents de santé communautaires consiste en un cours d'un an (niveau 3) dans un établissement de formation technique et professionnelle ou un collège de santé (22 collèges dans différentes régions du pays). Le programme de

formation couvre la description de poste pour les agents, y compris la formation à tous les programmes des services de santé communautaires. Il comprend également des éléments théoriques et pratiques. Les agents de vulgarisation sanitaire reçoivent un certificat de compétence à l'issue de leur formation (Feuille de route pour la santé communautaire, 2021). Une formation de recyclage intégrée en cours d'emploi a été introduite ; elle est entreprise au moins une fois tous les deux ans dans le but de mettre à jour les protocoles de prestation de services, de renforcer les compétences et de développer de nouvelles compétences (Schleiff et al, 2021).

Cette formation a été conçue pour éviter les doubles emplois et améliorer la qualité de la formation. En outre, les agents participent à un certain nombre de formations de courte durée couvrant les modules relevant du programme des services de santé communautaire. La deuxième génération de programmes de vulgarisation sanitaire prévoit une année supplémentaire de formation, ce qui leur permet de passer du niveau 3 au niveau 4 en tant qu'infirmiers en santé communautaire (ou deux ans pour les stagiaires issus directement du secondaire). En 2019, des possibilités de formation supplémentaires spécialement conçues pour les agents de santé communautaires ont été mises à disposition. Par exemple, un agent peut maintenant obtenir une licence (BSc) en santé familiale.

L'encadrement et le mentorat sont assurés hebdomadairement par des professionnels de santé au centre de santé de la zone de résidence des étudiants (encadrement assuré par des agents travaillant dans des établissements de santé). Les superviseurs utilisent une liste de contrôle pour orienter le processus, en mettant l'accent sur la mise en œuvre des programmes de vulgarisation sanitaire et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre. Les superviseurs doivent fournir un retour d'information sur les activités de supervision menées (Teklu et al, 2020). Une supervision mensuelle devrait être assurée par les bureaux de santé des woreda (district), le ministère de la Santé et les départements régionaux et zonaux devant assurer une supervision trimestrielle. Les deux activités sont guidées par une liste de contrôle.

L'Éthiopie a été incluse dans une évaluation qualitative rapide multi-pays évaluant les approches et stratégies utilisées dans la formation et la supervision des agents de santé communautaires dispensant une prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant. L'étude a noté que les agents de vulgarisation sanitaire prodiguaient des conseils cliniques et assuraient une supervision structurée sous la forme de réunions d'examen quatre à six semaines après la formation initiale (Nisbande et al, 2018). Les membres de la communauté et les comités sanitaires des villages participent également à l'appui aux agents de santé communautaires et à l'évaluation de leur performance. À leur tour, les agents sont chargés de fournir un soutien et une supervision aux bénévoles de la WDA/HDA.

Principaux enjeux

L'évaluation de 2019 a révélé des problèmes de formation et de supervision initiales et en cours d'emploi, qui ont été signalés comme ayant un impact négatif sur le niveau des compétences obstétricales, cliniques et en matière de salubrité de l'environnement. (Teklu et al, 2020) :

- Bien qu'ils aient suivi le cours de haut niveau 3, un grand nombre d'agents de santé communautaires ne sont toujours pas certifiés, présentant d'importantes lacunes en termes de connaissances et de compétences.
- Moins de la moitié des agents participant à l'évaluation du programme des services de santé communautaire ont suivi le stage de recyclage comme recommandé. Sur une note positive, les participants au recyclage étaient satisfaits de la formation dispensée et la recommanderaient à d'autres agents.
- Parmi les formations courtes proposées, les maladies non transmissibles sont les cours les moins fréquentés (environ 30 %), malgré l'ajout récent de ce module au programme des services de santé communautaire.
- Les principaux obstacles à la formation initiale et à la formation en cours d'emploi qui font partie des éléments qualitatifs sont les suivants : installations inadéquates, sessions pratiques insuffisantes, lacunes linguistiques, durée insuffisante et irrégularités dans la prestation de la formation en cours d'emploi.
- La fourniture d'une formation en cours d'emploi n'a pas permis de remédier de manière adéquate à l'inadéquation entre les compétences actuelles des agents de santé communautaires et les compétences requises pour les nouveaux programmes de santé communautaires.
- Dans la pratique, la supervision bienveillante ne répond pas aux normes de fréquence, de contenu et de retour d'information – la supervision assurée par des niveaux plus élevés est particulièrement rare.

Solutions éventuelles

Stratégie 3 : Améliorer la fréquentation des formations en cours d'emploi

Dans une expérience de choix déclaré en Ethiopie, le temps consacré à la formation s'est avéré être l'un des attributs professionnels les plus importants parmi les agents de santé communautaires (Lamba et al, 2021). Des résultats similaires ont été constatés dans d'autres contextes (Agarwal et al, 2021). Les données factuelles pour améliorer la fréquentation des cours de formation sont les suivantes :

- Les orientations de l'OMS indiquent que le type et l'étendue de la formation des ASC doivent refléter les rôles et les tâches qu'ils accomplissent, qui sont de plus en plus étendus (Organisation mondiale de la Santé, 2018).
- Les données factuelles sur les meilleures pratiques indiquent que la formation en cours d'emploi devrait être officiellement planifiée et structurée à intervalles réguliers sous la forme d'ateliers, de réunions mensuelles et de cours de recyclage, tous destinés à intégrer de nouveaux protocoles et procédures, ainsi que des changements dans les tâches des agents de santé (Javanparast et al, 2017).
- Les agents de santé communautaires sont plus susceptibles d'y participer et de se sentir motivés par la formation si le contenu/la qualité présente un avantage intrinsèque pour leur fonction. Cela nécessite des investissements pour renforcer les capacités des institutions de formation, en veillant à ce que l'emplacement, le contenu et la durée des programmes soient adaptés (O'Donovan et al, 2018). Une reconnaissance par certification officielle basée sur les compétences est recommandée (Organisation mondiale de la Santé, 2018).
- La technologie/les technologies mobiles peuvent jouer un rôle important dans la réalisation des formations et méritent d'être explorées, comme c'est le cas dans d'autres contextes en Afrique (Mc Kenna et al, 2019 ; O'Donovan et al, 2015). La formation basée sur la technologie peut contribuer à lever les obstacles liés à l'infrastructure et à la charge de travail des formateurs et peut être facilitée par la grande disponibilité des téléphones mobiles. L'évaluation de 2019 recommande le recours aux modes de formation et d'apprentissage virtuels pour les agents de santé communautaires (Teklu et al, 2020).

Étant donné que les exigences en matière de formation et d'éducation pour les agents de santé communautaires augmentent – nécessitant plus de temps et de déplacements – différents problèmes peuvent voir le jour. Par exemple, il peut être plus difficile de recruter et de fidéliser des agents dans les communautés qu'ils desserviront (Schleiff et al, 2021).

Stratégie 4 : Améliorer la supervision des agents de santé communautaires

Malgré l'importance reconnue du suivi pour s'assurer que les agents de santé communautaires/agents de santé communautaires sont efficaces et motivés, le niveau de supervision reste souvent faible. Les données sur les bonnes pratiques d'amélioration de la supervision sont insuffisantes (Westgate et al, 2021 ; Organisation mondiale de la Santé, 2018). Les données disponibles sont résumées ci-dessous :

- Elles indiquent que l'amélioration de la qualité de la supervision a un impact plus important que l'augmentation de la fréquence de la supervision seule. Les programmes de supervision bienveillante, le suivi communautaire et les approches d'amélioration de la qualité/de résolution des problèmes sont les plus prometteurs ; cependant, l'évaluation de toutes les stratégies était faible (Hill et al, 2014).
- Les technologies numériques et les interventions sanitaires mobiles destinées à faciliter la supervision sont explorées dans différents contextes à petite et grande échelle. Cependant, des évaluations formelles sont nécessaires. Par exemple, au Mali, il a été démontré que la mise en place d'un tableau de bord numérique des ASC augmentait considérablement les visites à domicile (Whidden et al, 2018) ; au Rwanda, les rôles des superviseurs sont rationalisés en équipant les ASC de téléphones mobiles leur permettant de soumettre des données via une application (USAID, 2013)).
- Il existe peu de données probantes attestant de l'élaboration de programmes de formation ou de services de soutien pour préparer les superviseurs à ce rôle et les soutenir – en particulier pour les superviseurs travaillant dans des établissements de santé ayant déjà une lourde charge de travail, ce qui signifie que la priorité doit être accordée aux stratégies de soutien aux superviseurs (Schleiff et al, 2021 ; Westgate et al, 2021).
- La supervision dédiée est une approche relativement nouvelle et prometteuse, qui fait appel à des superviseurs « dédiés » dont le seul rôle est la supervision des ASC sans charge de travail supplémentaire. Cette approche est utilisée au Bangladesh et au Libéria et nécessite une évaluation formelle (Westgate et al, 2021).

La poursuite des études et les possibilités d'avancement professionnel sont essentielles à l'emploi, toutes choses susceptibles d'améliorer la qualité du travail et les perspectives d'emploi.

Pratique actuelle

Au départ, les possibilités de formation et d'avancement professionnel des agents de santé communautaires n'étaient pas bien prises en compte. Reconnaisant cela, le ministère de la Santé a récemment conçu un profil de carrière pour ces personnels. Les agents ont la possibilité de passer du niveau 3 (obtenu lors de la formation initiale) au niveau 4 à l'obtention d'un certificat de compétence après un cours universitaire supplémentaire d'un an (niveau diplôme). La feuille de route pour l'optimisation donne la priorité à l'augmentation du nombre d'agents de niveau 4 grâce à cette formation de mise à niveau (Ministère éthiopien de la santé, 2020). En septembre 2021, environ la moitié des agents de santé en milieu rural avaient reçu une formation leur permettant de passer au niveau 4 (Feuille de route pour la santé communautaire, 2021).

Cet avancement professionnel comprend également la possibilité pour les agents de santé communautaires de niveau 4 d'entreprendre un programme d'études en santé familiale. Lancé en 2019, le programme a été mis en œuvre par plusieurs universités éthiopiennes qui ont recruté 240 étudiants la première année (Community Health Roadmap, 2021). Les agents qui terminent le programme peuvent être sélectionnés comme professionnels de la santé familiale, qui font actuellement partie des équipes de santé familiale en milieu urbain. En septembre 2021, environ 260 agents avaient été formés à la planification familiale.

La feuille de route indique des plans supplémentaires pour améliorer les opportunités de carrière. Une fois ce programme mis en œuvre, les agents de santé communautaires auront la possibilité d'améliorer leur statut éducatif dans les domaines de la profession de sage-femme, des soins infirmiers complets, de la santé environnementale, de la santé publique et de la santé de la famille (Ministère éthiopien de la santé, 2020). Pour les agents qui ne remplissent pas les conditions requises pour suivre une formation post-élémentaire, des postes administratifs, de bureau et autres au sein du système de santé seront disponibles.

Principaux enjeux

Les personnes interrogées dans le cadre d'une étude menée en Éthiopie ont cité la mise en place d'un profil de carrière structuré et défini des agents de santé communautaires comme un facteur important de leur satisfaction professionnelle et de la réduction de l'attrition du personnel (Nsibandé et al, 2018). Les nouveaux parcours éducatifs et professionnels permettent de combler les lacunes. Cependant, des problèmes subsistent :

- Certains agents de santé communautaires, en particulier ceux qui travaillent dans les communautés rurales, n'ont pas de diplôme de niveau 3 et, sans diplôme scolaire, ne peuvent pas s'inscrire à l'université pour passer au niveau 3 ou 4. Le faible niveau scolaire et de compétence de ces agents influe non seulement sur la prestation des services de santé, mais aussi sur leurs possibilités d'avancement professionnel et de rémunération.
- Les possibilités de promotion ou de transfert sont limitées pour les agents de santé communautaires, en particulier pour passer de la zone rurale à la zone urbaine.
- Le parcours professionnel au-delà du diplôme n'est pas clairement défini, tant pour l'avancement au sein de la profession de santé communautaires que pour d'autres fonctions au sein du système de santé.

Solutions éventuelles

Stratégie 5 : Créer des profils de carrière, y compris vers d'autres fonctions dans le système de santé

Lors du recrutement de santé communautaires, il a été démontré que la mise en avant des possibilités de carrière séduisait les recrues potentielles en Éthiopie (Ashraf et al, 2016). Des données empiriques issues d'expériences à choix discret plus lointaines (Inde et Laos) indiquent également que les agents de santé ont une forte préférence pour les emplois intégrant des possibilités de promotion (Abdel-All et al, 2019 ; Rockers et al, 2013). Bien que plusieurs études aient évalué de manière théorique et empirique

les avantages de l'évolution de carrière pour les agents de santé, il existe peu de données probantes sur la mise en œuvre de nouveaux profils de carrière pour les agents de santé communautaires :

- L'OMS recommande de proposer une échelle de carrière aux agents de santé communautaires, en leur permettant de bien comprendre la formation préalable, la certification basée sur les compétences, la durée de service et l'évaluation des performances (Organisation mondiale de la Santé, 2018).
- Des données qualitatives provenant d'Éthiopie montrent que les récentes améliorations du profil de carrière des agents de santé communautaires (c'est-à-dire les diplômes de niveau 3 et de niveau 4) ont contribué à améliorer la satisfaction professionnelle et la fidélisation du personnel (Nsibande et al, 2018). L'évaluation du programme de santé communautaires recommande de permettre aux agents compétents de faire acte de candidature pour des postes à responsabilité dans les établissements de santé (Teklu et al, 2020).
- Les programmes de motivation « spécifiques aux besoins », qui comprennent des opportunités d'évolution de carrière telles qu'une réduction de la période de travail avant un congé d'études, ont été accueillis comme un outil de fidélisation des ASC (Shiratori et al, 2016).
- L'évaluation de 2019 recommande de permettre aux agents de santé communautaires compétents de faire acte de candidature et d'occuper des postes à d'autres niveaux dans les établissements de santé (Teklu et al, 2020).

Stratégie 6 : Améliorer les possibilités de développement professionnel pour les agents de santé communautaires en milieu rural et moins diplômés

Les possibilités d'avancement professionnel pour ces agents restent limitées, en particulier pour les agents sans qualifications de niveau 3 (principalement les agents en zone rurale), qui ne peuvent pas passer au niveau 3 ou 4 ou accéder à d'autres fonctions. Les données factuelles sur les stratégies visant à améliorer le niveau d'instruction et les possibilités de développement des agents de santé ruraux et l'impact potentiel de ces stratégies sont limitées. Ci-dessous une synthèse de la littérature disponible dans le domaine :

- Une solution à long terme consiste à améliorer la qualité de l'enseignement primaire et secondaire, en mettant particulièrement l'accent sur les zones rurales (Organisation mondiale de la Santé, 2010).
- À court terme, des programmes universitaires de transition ont été utilisés dans certains contextes (tels que la Chine, la Thaïlande et le Vietnam) pour améliorer les admissions dans les écoles de médecine pour les étudiants issus de milieux ruraux (Organisation mondiale de la Santé, 2010), ce qui pourrait être envisager pour améliorer le niveau 3.
- Outre le soutien scolaire, d'autres obstacles à l'achèvement des études et à l'accès aux carrières par les étudiants ruraux peuvent inclure : la qualité et le contenu de la formation, les barrières linguistiques, les difficultés financières et les barrières sociales.
- La qualité de la formation initiale en milieu rural pourrait être améliorée, en garantissant une qualité équitable entre les sites (par exemple, les infrastructures, les formateurs, le contenu, etc.) et en réduisant les barrières linguistiques (par exemple, la mise à disposition de contenu dans les langues locales).
- L'évaluation de 2019 recommande de reconsidérer les procédures de recrutement pour attirer des candidats mieux qualifiés, notamment par l'administration d'un examen d'entrée ou la révision des critères d'entrée (Teklu et al, 2020).
- Les programmes de formation continue devraient être clairement liés aux plans de carrière dans les milieux ruraux, en particulier lorsque les agents de santé ruraux peuvent gravir les échelons sans quitter les zones rurales. D'autres études sont nécessaires sur le profil de carrières en zone rurale (Organisation mondiale de la Santé, 2010).

Tableau 1. Récapitulatif des six stratégies visant à relever les défis liés au personnel du programme des services de santé communautaire en vue de son optimisation

Défis liés aux agents de santé communautaires	Six stratégies pour optimiser le programme des services de santé communautaire
<p>a) Salaires et primes inadéquats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salaires perçus comme insuffisants. • Absence d'augmentations de salaire, d'incitations et de rémunération des heures supplémentaires. • Les salaires et les prestations sociales ne sont pas uniformes dans toutes les régions. • Incitations non salariales absentes et peu claires dans le programme de santé communautaire • Manque d'appréciation de la communauté et des superviseurs. 	<p>1. Incitations salariales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des salaires plus élevés, payés à temps et plus fiables. • Salaires proportionnels aux exigences du travail, aux heures et à la formation. • Comparaison des salaires avec le salaire minimum local. • Des incitations également réparties entre les agents de santé. • Mobiliser les décideurs de haut niveau : ressources et priorités. <p>2. Incitations non salariales claires et prévisibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incitations matérielles : primes de performance et incitations sociales. • Incitations non matérielles : reconnaissance, adaptée au contexte.
<p>b) Manque de formation, de soutien et de supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lacunes en matière de connaissances : faible taux d'achèvement de la formation de recyclage. • Les cours sur les maladies non transmissibles sont les moins fréquentés. • Mauvaises infrastructures de formation et sessions pratiques insuffisantes. • Modèle de formation irrégulier et durée insuffisante. • Inadéquation entre la formation des agents de santé communautaire et les compétences requises pour le programme de santé communautaire. • Fréquence, contenu et retour d'information insuffisants dans la supervision. 	<p>3. Formation en cours d'emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des formations dédiées et régulières qui reflètent les tâches effectuées par les agents de santé communautaire. • Investir dans les capacités des institutions de formation des personnels de santé. • Reconnaissance des agents de santé : certification officielle basée sur les compétences. • Technologie : alléger les barrières liées aux infrastructures et à la charge de travail des formateurs. <p>4. Supervision des agents de santé communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité de la supervision – et pas seulement la fréquence. • Soutien des superviseurs : programmes de suivi et de supervision de la communauté. • Intégrer les technologies numériques et les interventions de santé mobile. • Nommer des superviseurs dédiés, particulièrement chargés de la supervision des agents de santé communautaire.
<p>c) Opportunités limitées de développement personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De nombreux agents de santé communautaire ne disposent pas d'une formation initiale (niveau 3). • Absence de diplôme scolaire (requis pour une qualification de niveau 3 ou 4). • Possibilités limitées de promotion ou de transfert, notamment des zones rurales vers les zones urbaines. • Parcours professionnel au-delà du diplôme non clairement défini. 	<p>5. Plans de carrière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un profil de carrière clair : améliore le recrutement, la fidélisation et la satisfaction professionnelle des agents de santé communautaire. • Permettre aux agents de santé communautaire compétents de concourir pour des postes de cadres supérieurs. • Formules de motivation sur mesure avec des opportunités de développement de carrière. <p>6. Opportunités pour les agents de santé communautaire ruraux et non qualifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmes universitaires de transition pour les étudiants ruraux et pour la réussite au niveau 3. • Formation initiale de qualité et accessible en milieu rural dans plusieurs langues. • Examen d'entrée et critères d'entrée révisés : attirer de meilleurs candidats. • Lier les programmes d'éducation aux parcours professionnels en milieu rural : conserver les agents de santé communautaire ruraux qualifiés.

Le programme des services de santé communautaire a démontré qu'une approche communautaire institutionnalisée peut efficacement permettre de progresser vers la couverture sanitaire universelle. Grâce à ce programme, la mobilisation et la participation communautaires, associées à un engagement politique et une coordination solide, ont contribué à des améliorations significatives des résultats sanitaires, notamment en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, les maladies transmissibles, l'hygiène et l'assainissement, les connaissances et la recherche de soins de santé (Assefa et al, 2017 ; Assefa et al, 2019). Le succès du programme a été largement attribué à l'état de préparation et à la disponibilité des services dans les postes de santé dotés de personnel motivé et compétent, ainsi qu'au fait d'être entièrement équipés avec des fournitures adéquates et des services publics fonctionnels. La gouvernance des systèmes de santé, le leadership et la participation communautaire ont également joué un rôle important (Assefa et al, 2019 ; Workie & Ramanda, 2013).

Le programme des services de santé communautaire a eu un impact positif sur la prestation de soins de santé primaires aux communautés en Éthiopie, mais des problèmes de mise en œuvre subsistent. Les réformes ont été menées, comme le montrent la feuille de route pour l'optimisation du programme et le deuxième plan de transformation du secteur de la santé (HSTP-II), mais des difficultés persistantes liées au personnel de santé compromettent son succès potentiel. La présente note d'orientation met l'accent sur trois défis majeurs auxquels est confrontée la main-d'œuvre du programme des services de santé communautaire qui apparaissent systématiquement dans la littérature : i) des salaires et des mesures d'incitation insuffisants ; ii) un manque de formation, de soutien et de supervision ; et iii) des possibilités limitées d'évolution de carrière (Haile Mariam et al, 2020 ; Tekle et al, 2022 ; Teklu et al, 2020). L'amélioration des mesures incitatives en faveur de santé communautaires ; le renforcement de la formation et de la supervision ; et l'amélioration du profil de carrière, en particulier pour les agents de santé communautaires en milieu rural, ont été identifiés comme des stratégies potentielles pour relever les défis liés aux agents de santé communautaires.

Les salaires des agents sont perçus comme insuffisants et ne sont pas uniformes entre les régions. Absence d'augmentations de salaire, d'incitations et de rémunération des heures supplémentaires. L'octroi d'une combinaison d'incitations financières et non financières prévisibles tout en veillant à ce que les salaires soient proportionnels aux rôles attribués aux agents de santé communautaires peut permettre d'améliorer davantage la prestation de services. L'amélioration des politiques de rémunération doit tenir compte du fait que la décision devra venir en grande partie des décideurs politiques de haut niveau face aux priorités concurrentes et aux ressources limitées. Bien qu'une amélioration des salaires dûment envisagée soit susceptible d'avoir un impact bénéfique, des données empiriques sont nécessaires pour étayer le plaidoyer en faveur de ces mesures, en tenant compte de l'impact des changements de politique proposés sur les défis liés au personnel du programme de santé communautaires et en tenant compte des coûts d'opportunité associés. Les décideurs politiques peuvent envisager des solutions à moindre coût et durables, telles que des récompenses pour un bon rendement ou des options non salariales rentables (telles que l'amélioration des congés payés, des indemnités de logement, etc.). Des données spécifiques au contexte sur la faisabilité et l'impact potentiel sont nécessaires pour étayer la prise de décision.

Des possibilités efficaces de formation et d'encadrement des agents de santé communautaires sont essentielles pour le succès de la mise en œuvre du programme, d'autant plus qu'aucun programme des services de santé communautaires n'a été mis en œuvre de manière adéquate à un niveau où la communauté peut maintenir les comportements adoptés (Teklu et al, 2020). Les possibilités actuelles de formation initiale et de formation en cours d'emploi pourraient être améliorées pour garantir que le contenu et le temps alloués sont suffisants pour soutenir le programme de formation et les services d'agents de santé communautaires offerts. L'intégration de technologies, telles que les technologies numériques et mobiles, pourrait améliorer les offres de formation et d'encadrement, en garantissant que le contenu est fourni à un niveau élevé, à intervalles réguliers, et en allégeant la charge de travail des formateurs et des superviseurs actuels (O'Donovan et al, 2015 ; Schleiff et al, 2021 ; Westgate et al, 2021). Par ailleurs, des relations étroites avec la communauté et le soutien régulier des superviseurs de la hiérarchie des soins de santé de niveau supérieur sont essentiels au fonctionnement permanent des agents de santé communautaires (Kok et al, 2015).

La feuille de route pour l'optimisation du programme décrit en détail les améliorations apportées aux possibilités d'avancement professionnel pour les agents, y compris la formation en tenant compte du diplôme et l'amélioration des possibilités de carrière

dans d'autres disciplines de la santé (Teklu et al, 2020). Pour autant, des améliorations pourraient être apportées pour concrétiser les possibilités de carrière et permettre la transition vers d'autres domaines du secteur de la santé. L'évaluation du programme des services de santé communautaires a permis de cerner les principaux obstacles auxquels se heurtent les personnes issues de zones rurales et ayant un faible niveau d'études, ce qui a un impact négatif sur l'évolution de carrière et les améliorations connexes de la rémunération.

La mise en œuvre des changements nécessitera un examen approfondi des obstacles et des facteurs favorables possibles de chaque stratégie proposée et de l'interaction entre les différentes interventions. Dans l'ensemble des stratégies, la mise en œuvre nécessitera un engagement ferme des parties prenantes en faveur de l'amélioration des conditions de travail du personnel (y compris de la part du gouvernement, des agents de santé et d'autres parties prenantes clés) et d'investissements financiers appropriés et durables. Il existe notamment un manque d'évaluation rigoureuse de l'impact de ces stratégies, tant au niveau mondial que local, ce qui signifie que l'effet de ces stratégies est incertain. Avant une mise en œuvre à grande échelle, les stratégies et leurs combinaisons devraient être testées et chiffrées afin de garantir l'utilisation la plus efficace des ressources dans ce contexte. À mesure que de nouvelles stratégies sont mises en œuvre et déployées, il est important qu'elles fassent l'objet d'une évaluation continue, y compris des études sur les coûts et le rapport coût-efficacité, afin d'éclairer les meilleures pratiques et de veiller à ce que les ressources limitées dont dispose le programme de santé communautaires soient utilisées le plus efficacement possible pour améliorer les résultats sanitaires en Éthiopie.

La présente note d'orientation ne vise pas à relever les défis liés au programme à ce programme au-delà de ceux liés au personnel de santé – par exemple, elle ne traite pas de l'infrastructure du programme de vulgarisation sanitaire, des ensembles de services et de leur adéquation aux besoins, de la couverture des services, des autres catégories de personnel et du financement. En plus de relever les défis liés à la main-d'œuvre, l'optimisation du programme nécessitera un réseau de modifications entre les systèmes pour répondre à l'évolution des besoins et des demandes. En outre, la note d'orientation porte sur quelques défis clés liés au personnel et n'aborde pas tous les problèmes ni les difficultés et les solutions pour d'autres catégories de personnel du système. Une omission importante est la charge de travail élevée des agents de santé communautaires. Cet obstacle est abordé dans la feuille de route pour l'optimisation, principalement par une augmentation prévue des effectifs dans les postes de santé et les centres de santé, y compris dans diverses professions (Ministère éthiopien de la santé, 2020). Bien qu'il puisse y avoir un certain chevauchement des défis auxquels sont confrontés les autres cadres, il est justifié de prendre dûment en considération leurs difficultés spécifiques pour concevoir des solutions bien informées.

La présente note d'orientation vise à soutenir les décideurs politiques impliqués dans la mise en œuvre et l'intensification de la feuille de route pour l'optimisation du programme des services de santé communautaires afin de répondre à l'évolution des besoins des communautés en matière de services de santé de qualité et de relever pleinement les nouveaux défis de santé publique. Sur la base de la note d'orientation, nous suggérons les stratégies et considérations suivantes :

Introduire une combinaison complémentaire de stratégies pour relever les défis liés au personnel du programme de vulgarisation sanitaire

- Introduire une combinaison de nouvelles incitations financières et non financières : se concentrer sur des solutions potentiellement peu coûteuses telles que des récompenses pour bonne performance.
- Améliorer la formation et la supervision : utiliser les technologies numériques et mobiles de santé pour améliorer la qualité et l'accessibilité des offres, réduire les barrières linguistiques et introduire de nouveaux modèles de supervision bienveillante.
- Clarifier les parcours d'évolution de carrière : permettre notamment aux agents de santé communautaires d'assumer d'autres rôles dans le système de santé.
- Mettre en œuvre des politiques ciblées pour améliorer l'éducation et les opportunités de carrière des personnes issues de milieux ruraux : rechercher des solutions à court terme (par exemple, des programmes de transition) et à long terme (par exemple, améliorer l'éducation primaire et secondaire).

Prioriser stratégiquement les ressources

Les contraintes liées aux ressources nécessiteront des compromis entre les différentes options, qui doivent être prises en compte lors de la conception de stratégies complètes.

Mener des recherches sur les stratégies visant à optimiser la productivité des agents de santé en Éthiopie

Il existe actuellement peu de données factuelles sur l'impact de ces politiques, en particulier les données spécifiques au contexte et les données sur la manière dont les politiques se complètent.

Concevoir des politiques qui peuvent être mises en œuvre de manière pratique

Avant une mise en œuvre généralisée, il est nécessaire de mener des recherches sur la faisabilité et d'évaluer rigoureusement des options stratégiques spécifiques, notamment la recherche sur le rapport coût-efficacité.

- Abdel-All, M, Angell, B, Jan, S, Howell, M, Howard, K, Abimbola, S, & Joshi, R. (2019). What do community health workers want? Findings of a discrete choice experiment among Accredited Social Health Activists (ASHAs) in India. *BMJ Global Health*, 4(3), e001509. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001509>.
- Admassie, A, Abebaw, D, & Woldemichael, A. D. (2009). Impact evaluation of the Ethiopian Health Services Extension Programme. *Journal of Development Effectiveness*, 1(4).
- Agarwal, S, Abuya, T, Kintu, R, Mwanga, D, Obadha, M, Pandya, S, & Warren, C. E. (2021). Understanding community health worker incentive preferences in Uganda using a discrete choice experiment. *Journal of Global Health*, 11, 07005. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.7189/jogh.11.07005>.
- Arora, N, Hanson, K, Spicer, N, Estifanos, A. S, Keraga, D. W, Welearegay, A. T, Tela, F. G, Hussen, Y. A, Mandefro, Y. S, & Quaife, M. (2020). Understanding the importance of non-material factors in retaining community health workers in low-income settings: a qualitative case-study in Ethiopia. *BMJ Open*, 10(10), e037989. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037989>.
- Ashraf, N, Bandiera, O, et Lee, S. (2016). Do-gooders and go-getters: career incentives, selection, and performance in public service delivery, Working Paper. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.poverty-action.org/publication/do-gooders-and-go-getters-career-incentives-selection-and-performance-public-service>.
- Assefa, Y, Damme, W. V, Williams, O. D, & Hill, P. S. (2017). Successes and challenges of the millennium development goals in Ethiopia: lessons for the sustainable development goals. *BMJ Global Health*, 2(2), e000318. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000318>.
- Assefa, Y, Gelaw, Y. A, Hill, P. S, Taye, B. W, et Van Damme, W. (2019). Community health extension program of Ethiopia, 2003-2018: successes and challenges toward universal coverage for primary healthcare services. *Global Health*. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0470-1>.
- Ayele, A. A, Tefera, Y. G, et East, L. (2021). Ethiopia's commitment towards achieving sustainable development goal on reduction of maternal mortality: There is a long way to go. *Womens Health (London)*, 17, 17455065211067073. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1177/17455065211067073>.
- Ballard, M, & Montgomery, P. (2017). Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low-income and middle-income countries. *BMJ Open*, 7(10), e014216. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014216>.
- Banteyerga, H. (2011). Ethiopia's health extension program: improving health through community involvement. *MEDICC Rév*, 13(3), 46-49. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.37757/MR2011V13.N3.11>.
- Bekele, A, Kefale, M, & Tadesse, M. (2008). Preliminary assessment of the implementation of the health services extension program: the case of southern Ethiopia. *The Ethiopia Journal of Health Development*, 22(3), 216-305.
- Bertone, M. P, & Witter, S. (2015). The complex remuneration of human resources for health in low-income settings: policy implications and a research agenda for designing effective financial incentives. *Hum Resour Health*, 13, 62. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0058-7>.
- Colvin, C. J, Hodgins, S, & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration. *Health Res Policy Syst*, 19(Suppl 3), 106. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w>.
- Community Health Roadmap. (2021). Community Health Roadmap, Ethiopia: Édition 2021. Disponible à l'adresse suivante : https://www.communityhealthroadmap.org/s/Ethiopia_Roadmap_ENG_Final_20211202.pdf.
- Demmem, A. M, Terefe, W, Tewabu, G. (2019). Assessing Satisfaction and Motivation of Health Extension Workers (Hews) and Factors Associated with it in Gambella Region, Gambella, Southwest Ethiopia, 2018: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nutrition and Health Sciences*, 6(3), ISSN : 2393-9060.
- Ethiopia Federal Ministry of Health. (2004). Accelerated Expansion of Primary Health Care Coverage in Ethiopia, 2005-2009.
- Ethiopia Federal Ministry of Health. (2005). Plan stratégique du secteur de la santé (HSDP-III) 2005/2006-2009/2010. Addis Abeba, Ethiopie.
- Ministère éthiopien de la santé (2020). (2020). Realizing Universal Health Coverage Through Primary Healthcare. A Roadmap for Optimizing the Ethiopian Health Extension Program 2020-2035. Disponible à l'adresse suivante : https://e-library.moh.gov.et/library/wp-content/uploads/2021/07/1.-HEP-Roadmap_Main-Document_Final.pdf.

- Ministère éthiopien de la santé (2020). (2021). Plan de transformation du secteur de la santé II (HSTP II) 2020-21-2024/25. Disponible à l'adresse suivante : <https://fp2030.org/sites/default/files/HSTP-II.pdf>.
- Fracchia, M, Molina Millan, T, & Vicente, P. C. (2019). Incentivizing community health workers in Guinea-Bissau: experimental evidence on social status and intrinsic motivation. Document présenté lors de la série de séminaires NOVAFRICA 2019-2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://novafrica.org/research/seminars-novafrica-nova-sbe-2019-2020/>.
- Gadsden, T, Mabunda, S. A, Palagyi, A, Maharani, A, Sujarwoto, S, Baddeley, M, & Jan, S. (2021). Performance-based incentives and community health workers' outputs, a systematic review. *Bull World Health Organ*, 99;11-805-818. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.2471/BLT.20.285218>.
- Haile Mariam, D, Tassew, B, Nega, A, Assefa, D, Siraw, D, Tebekaw, Y, Alemu, H, & Addisie, M. (2020). Expectations and satisfaction of urban health extension workers regarding their service delivery environment. *Ethiopian Journal of Health Development*, 34(2).
- Hasnain, Z. (2020). How to increase compensation for health workers during COVID-19. *World Bank Blogs*. Disponible à l'adresse suivante : <https://blogs.worldbank.org/governance/how-increase-compensation-health-workers-during-covid-19>.
- Hill, Z, Dumbaugh, M, Benton, L, Kallander, K, Strachan, D, ten Asbroek, A, Tibenderana, J, Kirkwood, B, & Meek, S. (2014). Supervising community health workers in low-income countries—a review of impact and implementation issues. *Glob Health Action*, 7, 24085. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24085>.
- Human Resources for Health in 2030. (2019). Social returns on investments (SROI) in the Health Extension Program (HEP) in Ethiopia. Disponible à l'adresse suivante : https://hrh61.org/wp-content/uploads/2020/03/HRH2030_SROI_Ethiopia-HEW-Report_Final_2-28-2020-1.pdf.
- Javanparast, S, Baum, F, et Heihari, G. (2017). The contribution of community health workers to the implementation of comprehensive primary health care in rural settings, Iran. *Revitalizing Health for All*. Presses universitaires de Toronto.
- John Snow, Inc. (2018). Ethiopia's primary health care reform: Practice, lessons, and recommendations. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.jsi.com/resource/ethiopias-primary-health-care-reform-practice-lessons-and-recommendations/>.
- Kare, A. P, Gujo, A. B, & Yote, N. Y. (2021). Job Satisfaction Level and Associated Factors Among Rural Health Extension Workers of Sidama Region, Southern Ethiopia. *Health Serv Res Manag Epidemiol*, 8, 23333928211051832. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1177/23333928211051832>.
- Karim, A. M, Admassu, K, Schellenberg, J, Alemu, H, Getachew, N, Ameha, A, Tadesse, L, & Betemariam, W. (2013). Effect of ethiopia's health extension program on maternal and newborn health care practices in 101 rural districts: a dose-response study. *PLoS One*, 8(6), e65160. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065160>.
- Kassie, G. M. & Klag, M. J. (2021). Evolution of the health extension program in Ethiopia: Past, present and future. Addis Ababa, Interntional Institute for Primary Health Care – Ethiopia (IPHC-E).
- Kitila, K. M, Wodajo, D. A, Debela, T. F, & Ereso, B. M. (2021). Turnover Intention and Its Associated Factors Among Health Extension Workers in Illubabora Zone, South West Ethiopia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1609-1621. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.2147/jogh.11.07005>.
- Kok, M. C, Kane, S. S, Tulloch, O, Ormel, H, Theobald, S, Dieleman, M, Taegtmeier, M, Broerse, J. E, & de Koning, K. A. (2015). How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health Res Policy Syst*. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0001-3>.
- Kweku, M, Amu, H, Awolu, A, Adjuik, M, Ayanore, M. A, Manu, E, Tarkang, E. E, Komesuor, J, Asalu, G. A, Aku, F. Y, Kugbey, N, Anumu, F, Boateng, L. A, Alornyo, J. S, Glover, R, Letsa, T, Bawah, A. A, Kanlisi, N. S, Awoonor-Williams, J. K, Gyapong, J. O. (2020). Programme Community-Based Health Planning and Services Plus au Ghana : A qualitative study with stakeholders in two Systems Learning Districts on improving the implementation of primary health care. *PLoS One*, 15(1), e0226808. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226808>.
- Lamba, S, Arora, N, Keraga, D. W, Kiflie, A, Jembere, B. M, Berhanu, D, Dubale, M, Marchant, T, Schellenberg, J, Umar, N, Estafinos, A. S, & Quaipe, M. (2021). Stated job preferences of three health worker cadres in Ethiopia: a discrete choice experiment. *Health Policy Plan*, 36(9), 1418-1427. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1093/heapol/czab081>.
- Mc Kenna, P, Babughirana, G, Amponsah, M, Egoeh, S. G, Banura, E, Kanwagi, R, & Gray, B. (2019). Mobile training and support (MOTS) service-using technology to increase Ebola preparedness of remotely-located community health workers (CHWs) in Sierra Leone. *Mhealth*, 5, 35. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.09.03>.
- Medhanyie, A. A, Little, A, Yebyo, H, Spigt, M, Tadesse, K, Blanco, R, & Dinant, G. J. (2015). Health workers' experiences, barriers, preferences and motivating factors in using mHealth forms in Ethiopia. *Hum Resour Health*, 13, 2. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/1478-4491-13-2>.

- Mohammed, S, Tilahun, M, Kote, M, Mama, M, Tamiru, D. (2015). Validation of Health Extension Workers Job Motivation Scale in Gamo-Gofa Zone, Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *International Scholarly Research Notices*. Disponible à l'adresse suivante : <https://dx.doi.org/10.1155/2015/250610>.
- Muthuri, R, Senkubuge, F, & Hongoro, C. (2020). Determinants of Motivation among Healthcare Workers in the East African Community between 2009-2019: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*, 8(2). Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3390/healthcare8020164>.
- Nsibandé, D, Loveday, M, Daniels, K, Sanders, D, Doherty, T, & Zembe, W. (2018). Approaches and strategies used in the training and supervision of Health Extension Workers (HEWs) delivering integrated community case management (iCCM) of childhood illness in Ethiopia: a qualitative rapid appraisal. *Afr Health Sci*, 18(1), 188-197. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.4314/ahs.v18i1.24>.
- O'Donovan, J, Bersin, A, & O'Donovan, C. (2015). The effectiveness of mobile health (mHealth) technologies to train healthcare professionals in developing countries: a review of the literature. *BMJ Innovations*, 1(1).
- O'Donovan, J, O'Donovan, C, Kuhn, I, Sachs, S. E, & Winters, N. (2018). Ongoing training of community health workers in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Open*, 8(4), e021467. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021467>.
- Olaniran, A, Madaj, B, Bar-Zeev, S, Banke-Thomas, A, & van den Broek, N. (2022). Factors influencing motivation and job satisfaction of community health workers in Africa and Asia-A multi-country study. *Int J Health Plann Manage*, 37(1), 112-132. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1002/hpm.3319>.
- Ormel, H, Kok, M, Kane, S, Ahmed, R, Chikaphupha, K, Rashid, S. F, Gemechu, D, Otiso, L, Sidat, M, Theobald, S, Taegtmeier, M, & de Koning, K. (2019). Salaried and voluntary community health workers: exploring how incentives and expectation gaps influence motivation. *Hum Resour Health*, 17(1), 59. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0387-z>.
- Pallas, S. W, Minhas, D, Perez-Escamilla, R, Taylor, L, Curry, L, & Bradley, E. H. (2013). Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? *Am J Public Health*, 103(7), e74-82. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301102>.
- Prust, M. L, Kamanga, A, Ngosa, L, McKay, C, Muzongwe, C. M, Mukubani, M. T, Chihinga, R, Misapa, R, van den Broek, J. W, & Wilimink, N. (2019). Assessment of interventions to attract and retain health workers in rural Zambia: a discrete choice experiment. *Hum Resour Health*, 17(1), 26. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0359-3>.
- Rockers, P. C, Jaskiewicz, W, Kruk, M. E, Phathamavong, O, Vangkonevilay, P, Paphassarang, C, Phachanh, I. T, Wurts, L, & Tulenko, K. (2013). Differences in preferences for rural job postings between nursing students and practicing nurses: evidence from a discrete choice experiment in Lao People's Democratic Republic. *Hum Resour Health*, 11, 22. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-22>.
- Schleiff, M. J, Aitken, I, Alam, M. A, Damtew, Z. A, & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 6. Recruitment, training, and continuing education. *Health Res Policy Syst*, 19(Suppl 3), 113. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00757-3>.
- Shega, S. A. (2013). Exploring factors affecting Health Extension Workers motivation in selected urban, rural and pastoralist districts of Ethiopia. Accessible : Univeristy of the Witwatersrand.
- Shiratori, S, Agyekum, E. O, Shibamura, A, Oduro, A, Okawa, S, Enuameh, Y, Yasuoka, J, Kikuchi, K, Gyapong, M, Owusu-Agyei, S, Ansah, E, Hodgson, A, Jimba, M, & Team, E. I. R. (2016). Motivation and incentive preferences of community health officers in Ghana: an economic behavioral experiment approach. *Hum Resour Health*, 14(1), 53. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0148-1>.
- Stevenson, D, Kinyeki, C, & Wheeler, M. (2012). Evaluation of DFID support to healthcare workers salaries in Sierra Leone. Disponible à l'adresse suivante : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/206761/evaluation-support-healthcare-workers-salaries-Sierra-Leone.pdf.
- Tekle, M. G, Wolde, H. M, Medhin, G, Teklu, A. M, Alemayehu, Y. K, Gebre, E. G, Bekele, F, & Arora, N. (2022). Understanding the factors affecting attrition and intention to leave of health extension workers: a mixed methods study in Ethiopia. *Hum Resour Health*, 20(1), 20. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00716-1>.
- Teklehaimanot, A, Kitaw, Y, Yohannes, A. G, Girma, S, Seyoum, S, Desta, S, & Ye-Ebiuo, Y. (2007). Study of the working conditions of health extension workers in Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 21(3).
- Teklu, A. M, Alemayehu, Y. K, Medhin, G. et al. (2020). National Assessment of the Ethiopian Health Extension Program: Final Abridged Report. Addis Abeba, Ethiopie. MERQ Consultancy Plc. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.merqconsultancy.org/blog/merq-hep>.

- Banque mondiale. (2022). Banque de données. Indicateurs du développement dans le monde. Disponible à l'adresse suivante : <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>.
- USAID. (2013). Élaborer et renforcer les programmes destinés aux agents de santé communautaires. Guide de référence à l'intention des administrateurs de programmes et des décideurs. Disponible à l'adresse suivante : https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/CHW_ReferenceGuide_sm.pdf.
- Wang, H, Tesfaye, R, Ramanda, G. N. V. et Chekagn, C. T. (2016). Ethiopia Health Extension Program: An Institutionalized Community Approach for University Health Coverage. Banque mondiale. Disponible à l'adresse suivante : <http://hdl.handle.net/10986/24119>.
- Westgate, C, Musoke, D, Crigler, L, & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 7. Recent advances in supervision. *Health Res Policy Syst*, 19(Suppl 3), 114. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00754-6>.
- Whidden, C, Kayentao, K, Liu, J. X, Lee, S, Keita, Y, Diakite, D, Keita, A, Diarra, S, Edwards, J, Yembrick, A, Holeman, I, Samake, S, Plea, B, Coumare, M, & Johnson, A. D. (2018). Improving Community Health Worker performance by using a personalised feedback dashboard for supervision: a randomised controlled trial. *J Glob Health*, 8(2), 020418. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020418>.
- Willis-Shattuck, M, Bidwell, P, Thomas, S, Wyness, L, Blaauw, D, & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 8, 247. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>.
- Woldie, M, Deresa, A, & Morankar, S. (2017). The contribution of the Health Services Extension Program to improving coverage and comprehensiveness of primary health care services in Southwest Ethiopia. In R. Labonte, D. Sanders, C. Packer, & N. Schaay (Eds.), *Revitalizing Health for All: Case Studies of the Struggle for Comprehensive Primary Health Care*. University of Toronto Press.
- Workie, N. W, & Ramanda, G. N. V. (2013). The Health Extension Program in Ethiopia. UNICO Studies Series. Disponible à l'adresse suivante : <http://hdl.handle.net/10986/13280>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2010). Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation. Recommandations pour une politique mondiale Disponible à l'adresse suivante : https://www.rcgp.org.uk/getmedia/92c64e45-ead-4f06-a39b-3c62e1473766/rural_WHO-global-recommendations-for-the-retention-of-health-workers.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires.
- Wurie, H. R, Samai, M, & Witter, S. (2016). Retention of health workers in rural Sierra Leone: findings from life histories. *Hum Resour Health*, 14, 3. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0099-6>.

