



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

RENFORCER LA DURABILITÉ DES BÉNÉVOLES DES GROUPES DE SOINS

Guide pour les activités de résilience et de sécurité alimentaire



À propos de l'USAID en action pour la nutrition

L'USAID en action pour la nutrition est le projet phare multisectoriel de l'Agence en matière de nutrition, dirigé par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), et un groupe diversifié de partenaires expérimentés. Lancé en septembre 2018, l'USAID en action pour la nutrition met en œuvre des interventions nutritionnelles dans tous les secteurs et toutes les disciplines pour l'USAID et ses partenaires. L'approche multisectorielle du projet s'appuie sur l'expérience mondiale en matière de nutrition pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes qui s'attaquent aux causes profondes de la malnutrition. Engagée dans une approche systémique, l'USAID en action pour la nutrition s'efforce de maintenir des résultats positifs en développant les capacités locales, en soutenant les changements de comportement et en renforçant l'environnement favorable afin de sauver des vies, d'améliorer la santé, de renforcer la résilience, d'accroître la productivité économique et de faire progresser le développement.

Clause de non-responsabilité

Ce document est réalisé grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Son contenu relève de la responsabilité de JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Citation recommandée

USAID en action pour la nutrition. 2023. *Renforcer la durabilité des bénévoles des groupes de soins : Un guide pour les activités de résilience et de sécurité alimentaire*. Arlington, VA : USAID en action pour la nutrition.

Crédit photo : Andrew Cunningham, JSI

USAID en Action Pour la Nutrition

JSI Research & Training Institute, Inc.
2733 Crystal Drive
4ème étage
Arlington, VA 22202, États-Unis

Téléphone : 703-528-7474

Courriel : info@advancingnutrition.org

Site Web : advancingnutrition.org

Sommaire

Remerciements	iv
Acronymes	v
Résumé analytique	vi
Introduction	I
À qui est destiné ce guide ?	I
Pourquoi ce guide est-il nécessaire ?	I
Comment le guide a-t-il été élaboré ?	I
Comment utiliser ce guide ?	I
Contexte	2
Activités de résilience et de sécurité alimentaire	2
Les groupes de soins en tant qu'approche nutritionnelle communautaire	2
Enseignements tirés de la mise en œuvre des groupes de soins	3
Étude sur la durabilité et la stratégie de sortie de l'USAID	5
Conclusions de l'évaluation à mi-parcours des RFSA sur la durabilité	6
L'engagement communautaire et l'inclusion sociale au service du développement durable	8
Résultats des entretiens avec les informateurs clés	9
Principales considérations en matière de viabilité	II
Étape 1. Concevoir une approche communautaire appropriée en matière de nutrition	14
1. Donner la priorité aux comportements nutritionnels	14
2. Décider si les groupes de soins sont appropriés pour LE CONTEXTE	14
3. Décider de l'évolution des groupes de soins à l'issue de la période de validité de la subvention	15
Étape 2. Élaborer le plan de viabilité et de sortie du groupe de soins	16
1. Identifier et renforcer les liens	16
2. Renforcer les sources de ressources	17
3. Définir le contenu et le processus de renforcement des capacités	17
4. Considérer les différentes formes de motivation	17
5. Définir la vision de la transition	18
Étape 3. Soutenir les bénévoles des groupes de soins tout au long de la mise en œuvre	19
1. Mise en place d'un soutien aux bénévoles des groupes de soins	19
2. Adapter le soutien aux bénévoles des groupes de soins	19
Étape 4. Soutien à la transition et diffusion des expériences	20
1. Soutien à la transition pour les groupes, les bénévoles ou les acteurs locaux	20
2. Documenter et diffuser les expériences au sein de la communauté des ONG et des donateurs	20
Recherche complémentaire	22
Références	24
Annexe I : Résumé des preuves	27
Annexe II. Guides d'entretien avec les informateurs clés	33
Annexe III. Résultats détaillés des entretiens avec les informateurs clés	36

Remerciements

Nous remercions les chercheurs et les professionnels de la santé qui nous ont accordé du temps pour nous faire part de leurs expériences et de leurs recommandations concernant la viabilité des groupes de soins et des bénévoles des groupes de soins. Akriti Singh, Kavita Sethuraman et Kali Erickson ont élaboré ce guide.

Acronymes

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASC	Agent de santé communautaire
BHA	Bureau pour l'assistance humanitaire
BRAC	Commission de développement rural du Bangladesh
CLA	Collaborer, apprendre et s'adapter
CSC	Changement social et comportemental
FVSC	Femme volontaire de santé communautaire
IP	Partenaire de mise en œuvre
MS	Ministère de la santé
NPDA	Assistant à l'élaboration du programme de nutrition
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
RFSA	Activité de résilience et de sécurité alimentaire
SMI	Santé maternelle et infantile
USAID	Agence américaine pour le développement international
VSC	Volontaires de santé communautaire
VSLA	Association d'épargne et de crédit de village

Résumé analytique

Les activités de résilience et de sécurité alimentaire (RFSA) financées par l'USAID sont des projets multisectoriels conçus pour répondre aux principaux facteurs de l'insécurité alimentaire en renforçant les capacités locales, en exploitant les systèmes existants et en construisant une viabilité à long terme afin d'améliorer les moyens de subsistance, la nutrition et la santé. La plupart des RFSA mettent en œuvre leurs activités par l'intermédiaire de groupes, tels que les associations d'épargne et de crédit de village (VSLA), les groupes d'agriculteurs, les groupes de pairs et les groupes d'entraide. Les groupes de soins dirigés par des bénévoles constituent une stratégie clé de changement social et comportemental (CSC) pour améliorer la nutrition et les résultats en matière de santé. Toutefois, il existe peu de données sur la manière de maintenir les groupes de soins dans leur forme initiale après l'attribution de l'aide, en tant que moyen de maintenir les principaux résultats en matière de santé et de nutrition. Un défi important pour la durabilité des groupes de soins est que les activités du groupe se concentrent sur les 1 000 premiers jours, ce qui signifie que les activités ne seront plus pertinentes pour les participants au groupe lorsque leur enfant aura deux ans.

L'USAID en action pour la nutrition a élaboré ce guide par étapes pour les partenaires de mise en œuvre de la RFSA comme référence pendant la conception et la mise en œuvre du projet (par exemple, proposition, affiner et mettre en œuvre, évaluation à mi-parcours). Ce guide vise à aider les partenaires de mise en œuvre à réfléchir de manière critique à la question de savoir si et comment les volontaires des groupes d'entraide (ou des groupes de pairs non rémunérés similaires) peuvent être maintenus après la mise en œuvre du projet. Il est prouvé qu'après la durée de validité de la subvention, les groupes de soins et le rôle des bénévoles des groupes de soins évoluent, passant de la promotion d'une santé et d'une nutrition optimales à la fonction de ressources communautaires, vraisemblablement sous une autre forme. Les volontaires peuvent être absorbés par le système de santé ou évoluer pour inclure (ou dans certains cas, évoluer vers) un groupe de génération de revenus tel qu'un VSLA. À l'heure actuelle, les preuves sont plus nombreuses en faveur de la seconde hypothèse.

Sur la base de la littérature et des informations recueillies auprès des informateurs clés, nous avons élaboré ce guide qui couvre les quatre étapes suggérées ci-dessous :

Étape 1 : Concevoir une approche communautaire appropriée en matière de nutrition.

- Donner la priorité aux comportements nutritionnels.
- Vérifier si les groupes de soins sont adaptés au contexte.
- Décider de l'évolution des groupes de soins après la durée de vie de la subvention.

Étape 2 : Élaborer le plan de viabilité et de sortie du groupe de soins.

- Identifier et renforcer les liens.
- Renforcer les sources de ressources.
- Définir le contenu et le processus de renforcement des capacités.
- Envisager différentes formes de motivation.
- Définir la vision de la transition.

Étape 3 : Soutenir les bénévoles des groupes de soins tout au long de la mise en œuvre.

- Soutenir le déploiement des bénévoles des groupes de soins.
- Adapter le soutien aux bénévoles des groupes de soins.

Étape 4 : Soutien à la transition et diffusion des expériences.

- Soutien à la transition pour les groupes, les bénévoles ou les acteurs locaux.
- Documenter et diffuser les expériences au sein de la communauté des organisations non gouvernementales (ONG) et des donateurs.

Nous avons également présenté un arbre de décision pour aider les partenaires de mise œuvre à franchir ces étapes.



Crédit photo : Romilla Karnati, Save the Children

Introduction

À qui est destiné ce guide ?

Ce guide est destiné aux partenaires de mise en œuvre de l'activité de résilience et de sécurité alimentaire (RFSa) financée par le Bureau de l'assistance humanitaire (BHA) de l'USAID qui prévoient la mise en œuvre des groupes de soins (ou des groupes de pairs similaires) dans le cadre des activités de leur programme.

Pourquoi ce guide est-il nécessaire ?

Les partenaires de mise en œuvre (IP) des RFSa financés par l'USAID créent des groupes de soins ou des groupes de pairs similaires en tant qu'élément clé de leur stratégie de changement social et comportemental (CSC) afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et de nutrition. Cependant, les partenaires de mise en œuvre conçoivent rarement des activités qui prennent en compte la manière de soutenir ces groupes et les volontaires qui les aiment après l'attribution de la subvention, afin de pérenniser les principaux résultats en matière de santé et de nutrition. BHA a mis davantage l'accent sur la durabilité et les stratégies de sortie et exige des partenaires de mise en œuvre des RFSa qu'ils planifient la durabilité après l'attribution de l'aide.

Du point de vue de la durabilité, les groupes de soins posent deux problèmes principaux. Premièrement, il est difficile de motiver les volontaires des groupes de soins et de les relier aux systèmes existants, lorsque les groupes de soins ne font pas partie du système de santé, de manière à ce que les activités des groupes de soins soient maintenues au-delà de la durée de la subvention. Deuxièmement, la plupart des activités nutritionnelles du Group de soins se concentrent sur les 1 000 premiers jours, c'est-à-dire la période allant de la conception à l'âge de deux ans de l'enfant, car il s'agit d'une fenêtre d'opportunité clé pour la prévention et la réduction de la dénutrition. Toutefois, ces comportements sont par nature limités dans le temps et transitoires. Les activités et la communication du CSC pour cette tranche d'âge concernent uniquement les participants au programme lorsque leur enfant atteint l'âge de deux ans. En outre, l'expérience montre qu'à l'issue de la période de validité de la subvention, les groupes de soins - et le rôle des bénévoles qui les aiment - cessent de favoriser une santé et une nutrition optimales pour devenir des ressources communautaires, probablement sous une autre forme. En tant que tel, ce guide est destiné à être utilisé par les partenaires de mise en œuvre des RFSa pour aider à planifier la durabilité des groupes de soins et des bénévoles des groupes de soins dès les premières étapes de la conception et de la mise en œuvre du programme.

Comment le guide a-t-il été élaboré ?

Nous avons effectué une recherche documentaire en utilisant la base de données Internet PubMed avec les mots clés de motivation, d'incitation, de durabilité, de groupes de soins, de groupes de pairs, d'agents de santé communautaire (ASC) et de volontaires de santé communautaire (VSC) dans différentes combinaisons au cours de la recherche. Nous avons également utilisé des articles, des évaluations et de la littérature « grise » non publiée, recommandés par des informateurs clés et d'autres personnes travaillant avec des groupes de soins pour élaborer ce document. En outre, nous avons mené des entretiens semi-structurés avec 10 personnes qui mettent actuellement ou ont mis en œuvre des groupes de soins, ainsi qu'avec des experts techniques en matière de durabilité, de groupes de soins et/ou de mise en œuvre et de suivi de projets.

Comment utiliser ce guide ?

Les Partenaires de mise en œuvre des RFSa peuvent utiliser ce guide comme référence lors de la conception et de la mise en œuvre du projet (par exemple, écriture des propositions, affiner et mettre en œuvre, évaluation à mi-parcours). Ce guide vise à aider les Partenaires de mise en œuvre à réfléchir de manière critique à la question de savoir si et comment les bénévoles des groupes de soins (ou des groupes de pairs non rémunérés similaires) peuvent être soutenus après l'attribution de leur subvention. Le guide est divisé en quatre étapes : 1) Concevoir une approche nutritionnelle communautaire appropriée ; 2) Développer la durabilité et le plan de sortie du groupe de soins ; 3) Soutenir les bénévoles du groupe de soins tout au long de la mise en œuvre ; et 4) Soutenir la transition et diffuser les expériences.

Contexte

Activités de résilience et de sécurité alimentaire

Les activités de sécurité alimentaire résiliente financées par BHA sont des projets multisectoriels conçus pour s'attaquer aux principaux facteurs de l'insécurité alimentaire et de la dénutrition en renforçant de manière durable les capacités locales, en exploitant les systèmes existants et en améliorant les moyens de subsistance, la nutrition et la santé. La plupart des RFSA mettent en œuvre leurs activités par l'intermédiaire de groupes afin de fournir de nombreuses ressources aux communautés. Il peut s'agir, entre autres, d'associations d'épargne et de crédit de village (VSLA), de groupes d'agriculteurs, de groupes d'entraide et de groupes de soins. Dans de nombreuses RFSA, les groupes de soins dirigés par des bénévoles constituent la principale approche pour promouvoir une alimentation et des comportements de santé optimaux.¹

Les groupes de soins en tant qu'approche nutritionnelle communautaire

Dans la constellation des approches communautaires visant à améliorer la santé et la nutrition, les groupes de soins ont été largement mis en œuvre, couvrant au moins 43 pays (Group de soins, n.d.). Les groupes de soins sont des groupes de pairs bénévoles qui encouragent en cascade les changements de comportement au sein d'une petite zone de recrutement de participants. La définition d'un groupe de soins fait référence à un groupe de 10 à 15 volontaires qui se réunissent régulièrement (généralement une fois par mois) pour une formation et une supervision, soit avec un membre du personnel rémunéré d'une organisation non gouvernementale (ONG), soit avec un ASC, qui peut être rémunéré ou non (voir le tableau I pour les définitions) (FSN SBC Task Force 2014 ; TOPS 2016). Chaque bénévole, souvent appelé « mère cheffe de file », accepte de mener des actions de sensibilisation auprès de 10 à 15 ménages voisins qui répondent à certains critères - par exemple, un ménage dont l'un des membres est vulnérable sur le plan nutritionnel en raison d'une grossesse ou d'un enfant de moins de deux ans ou de moins de cinq ans. Idéalement, les foyers devraient être proches du domicile du volontaire afin de partager des informations clés et de faciliter le changement de comportement au niveau du foyer (FSN SBC Task Force 2014 ; TOPS 2016).

Tableau I. Définition des Termes Utilisés dans les Groupes de Soins*

TERME	DESCRIPTION
Groupe de soins	Un groupe de 10 à 15 bénévoles de groupes de soins dirigé par un promoteur.
Bénévole du groupe de soins (souvent connu sous le nom de « mère cheffe de file »)	Des bénévoles qui rencontrent le promoteur lors des réunions des groupes de soins et qui mènent des actions de sensibilisation auprès de 10 à 15 participants des groupes de soins vivant à proximité.
Les participantes aux groupes d'entraide (souvent appelées « femmes voisines »)	Hommes ou femmes de la communauté qui rencontrent un bénévole du groupe de soins, généralement deux fois par mois. L'interaction entre les participants et le volontaire peut se faire de manière individuelle ou en groupe.
Promoteur (rôle initial du personnel des ONG)	Un membre de la communauté (ou au moins une personne de la région) qui est engagé par un projet pour former et superviser les volontaires des groupes de soins dans leur localité.
Promoteur (modèle intégré au ministère de la santé)	Un agent de santé communautaire rémunéré ou non au sein du système de santé communautaire du ministère de la santé (MOH) qui assure la formation et la supervision des bénévoles des groupes de soins dans une zone de recrutement.
Superviseur (rôle original pour le personnel des ONG)	Un membre du personnel du projet qui supervise et soutient les promoteurs.
Superviseur (modèle intégré au ministère de la santé)	Un membre du personnel du ministère de la santé qui supervise les auxiliaires de santé qui assure la formation des bénévoles des groupes de soins.

*Contenu adapté de TOPS 2016.

1 Certaines RFSA soutiennent également des groupes de pairs ou des groupes de soutien similaires aux groupes de soins.

Pour renforcer la qualité de la mise en œuvre, les partenaires de mise en œuvre ont développé des Groupes de soins : *Guide de référence pour les praticiens et les Groupes de soins : Manuel de formation pour la conception et la mise en œuvre du programme* (FSN SBC Task Force 2014 ; TOPS 2016). **L'encadré I** présente un ensemble de 13 critères minimaux pour les groupes de soins présentés dans ces documents (FSN SBC Task Force 2014). Bien que les bénévoles des groupes de soins ne reçoivent généralement pas de compensation financière, ils peuvent recevoir des incitations matérielles ou des aides au travail (par exemple, des radios pour partager des messages, des téléphones portables pour la coordination, des jupes, des chapeaux pour l'identification) ou des incitations immatérielles (par exemple, des formations ou des déplacements gratuits) (TOPS 2016).

ENCADRÉ I. CRITÈRES MINIMAUX POUR LES GROUPES DE SOINS

- Les participants au groupe de soins ou les responsables du village doivent sélectionner les bénévoles du groupe de soins.
- Les bénévoles des groupes de soins ont une charge de travail limitée : Ils ne sont pas responsables de plus de 15 ménages.
- Le nombre de volontaires dans un groupe de soins est limité à 16.
- Les bénévoles des groupes de soins s'entretiennent avec les mères au moins une fois par mois.
- Les bénévoles des groupes de soins touchent tous les ménages au moins une fois par mois (ou au moins 80 % des ménages sont touchés chaque mois).
- Les bénévoles des groupes de soins recueillent des données sur les grossesses, les naissances et les décès.
- Les actions menées par les groupes de soins entraînent un changement de comportement qui réduit la mortalité et la dénutrition.
- Les bénévoles des groupes de soins utilisent des outils visuels pour la promotion de la santé au niveau des ménages.
- Les bénévoles des groupes de soins utilisent des méthodes participatives lors de la promotion de la santé au niveau du ménage ou d'un petit groupe.
- Les promoteurs ne consacrent pas plus de deux heures par réunion à la formation des bénévoles des groupes de soins.
- Les superviseurs observent les promoteurs et au moins un bénévole des groupes de soins chaque mois.
- Les bénévoles des groupes de soins ne devraient pas avoir à marcher plus de 45 minutes pour atteindre les ménages, et ils ne devraient pas avoir à marcher plus de 45 minutes pour se rendre au lieu de rencontre du promoteur.
- Créer un sentiment de respect pour les mères et les bénévoles des groupes de soins.

Enseignements tirés de la mise en œuvre des groupes de soins

Lorsque les groupes de soins sont mis en œuvre conformément au modèle testé, ils s'avèrent être une méthodologie de changement de comportement peu coûteuse et efficace, associée à des améliorations impressionnantes des comportements optimaux en matière de santé et de nutrition, ce qui permet de sauver des vies (George et al. 2015 ; Perry et al. 2023). Cependant, pour obtenir un changement de comportement par le biais des groupes de soins, il faut analyser soigneusement les facteurs qui empêchent ou favorisent les comportements prioritaires en matière de santé et de nutrition, ainsi que le contexte. Les groupes de soins améliorent les connaissances et les compétences, favorisent le soutien social et peuvent créer des liens avec les services. Les groupes de soins ont également plus de chances de réussir lorsqu'ils sont intégrés dans un ensemble d'approches CSC. Cette approche permet de créer une approche stratifiée et séquencée pour renforcer l'apprentissage dans les groupes de soins et aborder d'autres facteurs qui peuvent être nécessaires au changement, tels que la modification des normes sociales et de genre par le biais de visites dans les foyers avec les membres de la famille et de dialogues communautaires avec les personnes influentes, ou l'amélioration du financement des produits et des services. Un niveau adéquat de qualité de mise en œuvre est nécessaire pour assurer une couverture et une participation adéquates des personnes du groupe d'âge et du stade ciblés, ainsi que la fidélité au modèle de groupe de soins.

Une synthèse des données empiriques sur les groupes de soins a démontré que différents types de motivation influencent la mise en place et la durabilité des groupes de soins (voir **annexe I** pour un résumé des données). Il s'agit notamment des ressources fournies par les ONG qui mettent en place les groupes de soins, mais aussi du soutien des participants aux groupes, ainsi que des bénévoles et de la communauté au sens large (Pieterse et al., n.d.). Au Zimbabwe, l'USAID en action pour la nutrition a constaté que les participants aux groupes de soins ont relevé l'unité, le changement



Crédit photo : Nena Terrell, USAID Ethiopie

visible (par exemple, les toilettes), la paix et le respect, et la contribution au développement de la communauté comme étant des caractéristiques perçues des groupes de soins de qualité (*à paraître*). Les participants aux groupes ont également fait part de plusieurs avantages à participer aux activités des groupes, tels que l'apprentissage de l'hygiène et des soins aux enfants, l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances, le développement d'équipements d'hygiène tels que des supports de casseroles, et le développement de liens sociaux et de soutien, le soulagement du stress émotionnel et l'épanouissement individuel (*à paraître*).

Dans le cadre des RFSA, les groupes de soins et les bénévoles des groupes de soins ont été principalement utilisés pour communiquer des informations sur la santé et la nutrition aux femmes enceintes et allaitantes ainsi qu'aux enfants de moins de deux ans. Les modules de formation varient d'un partenaire de mise en œuvre à l'autre, mais peuvent inclure des modules tels que l'enregistrement des événements vitaux, les actions essentielles en matière de nutrition et d'hygiène, les soins prénatals, la planification familiale, la vaccination, la diarrhée et la pneumonie, et la gestion de l'argent (Info sur les groupes de soins, n.d.) Par conception, les groupes de soins se concentrent sur les comportements au cours des 1 000 premiers jours. Ces comportements sont pratiqués pendant une courte période en fonction de l'âge et du stade de l'enfant ou du stade de la grossesse. Par conséquent, les participants « vieilliront » des informations fournies dans les groupes de soins parce qu'elles deviennent moins pertinentes au fur et à mesure que leurs enfants grandissent. C'est pourquoi, de par leur nature même, les groupes de soins devront évoluer pendant et après la durée de validité de la subvention. Malgré tout, les considérations de durabilité font partie du modèle de groupe de soins existant (FSN SBC Task Force 2014).

Certains éléments indiquent que les groupes de soins (qu'il s'agisse du groupe de bénévoles ou du groupe de femmes voisines) se transforment en groupes orientés vers la génération de revenus. Au Rwanda, à la demande des bénévoles des groupes de soins, le projet Umucyo Child Survival a contribué à la transformation de 202 groupes de soins (groupes de bénévoles) en associations formelles (FSN SBC Task Force 2014). Le projet a formé le groupe à épargner les contributions des membres du groupe et à s'engager dans des activités génératrices de revenus, telles que la vente subventionnée de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de produits de purification de l'eau. Six ans après la fin du projet, près de 11 % des groupes étaient encore opérationnels. Au Burundi, les groupes de soins bien établis ont la possibilité de rejoindre des groupes d'épargne (FSN SBC Task Force 2014). Au Zimbabwe, le nouveau sujet le plus souvent souhaité par les participants au Groupe de soins et abordé lors des sessions de groupe était les compétences nécessaires à la création de revenus. Ils considèrent la pérennité du groupe de participants au Groupe de soins comme une continuation du même groupe et notent que dans certaines régions, les groupes se sont déjà transformés en VSLA ou en sociétés funéraires de leur propre chef. (*à paraître*).

Dans les pays à faibles ressources, le revenu est un obstacle important à l'obtention d'une santé et d'une nutrition optimales et à la vie que les gens souhaitent mener. Il n'est donc pas surprenant que les participants aux groupes de soins recherchent des possibilités de générer des revenus pendant et à la fin du projet. Au Ghana, le programme Credit with Education a réussi à associer de petits prêts à une éducation en matière de santé et de nutrition afin d'améliorer les revenus et l'épargne, les indicateurs d'autonomisation des femmes, la sécurité alimentaire, les comportements en matière de santé et de nutrition, et l'état nutritionnel des enfants (MkNelly et Dunford 1998). Au Népal, le gouvernement a mobilisé un grand nombre de femmes volontaires pour la santé communautaire (FVSC) afin de soutenir les services

communautaires de santé et de nutrition depuis 1988 (Manandhar et al. 2022). Les FVSC animent également des groupes de mères de famille, composés de femmes en âge de procréer (15-49 ans), afin de discuter et de promouvoir des comportements optimaux en matière de santé et de nutrition. De nombreux groupes ont également une composante d'épargne, ce qui facilite la participation aux réunions du groupe (Manandhar et al. 2022). Bien que les FVSC ne reçoivent pas d'allocation mensuelle, ils ont accès à un fonds local pour retirer de petits prêts (MOH 2014).

Plusieurs pays ont intégré les groupes de soins dans leurs stratégies de santé communautaire. Au Burundi, au Malawi et au Zimbabwe, par exemple, les groupes de soins ont été mis en œuvre par le personnel du ministère de la santé et les ASC, au lieu du personnel des ONG (Weiss, Makonnen et Sula 2015). Une évaluation de cette approche a montré que les mères d'enfants de 0 à 23 mois qui ont participé aux groupes de soins dirigés par le ministère de la santé présentaient des niveaux de connaissances et de pratiques similaires à ceux des groupes dirigés par les ONG (Weiss, Makonnen et Sula 2015). Bien qu'il soit possible de mettre en place des groupes de soins dans le cadre du système du ministère de la santé, nous avons besoin de plus d'éléments pour démontrer qu'il s'agit d'un modèle durable. Un guide de mise en œuvre sur l'intégration des groupes de soins au sein du ministère de la santé est actuellement disponible (Concern Worldwide 2014). Au Zimbabwe, le succès de l'intégration des groupes de soins au sein du ministère de la santé a été attribué à l'implication du ministère de la santé dès le début de la mise en œuvre des groupes de soins (Ncube-Murakwani et al. 2020).

Certains éléments indiquent que les bénévoles des groupes de soins peuvent continuer à promouvoir la santé et la nutrition après la fin de la subvention. Au Mozambique, environ 67 % des mères appartenant au groupe de soins initial ont déclaré avoir reçu des conseils en matière de santé et de nutrition de la part des bénévoles du groupe de soins cinq ans après la clôture du projet (Cornish, Tura et Roberts-Dobie 2020). Les bénévoles du groupe de soins n'ont bénéficié d'aucune autre contribution pendant cette période.

Les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour optimiser les programmes d'ASC, les principes de pratique pour les ONG afin de soutenir les programmes nationaux d'ASC, et la documentation sur ce qui motive les ASC sont des ressources précieuses pour les partenaires de mise en œuvre qui pourraient envisager une intégration dans le système de santé (OMS 2018 ; Walker et al. 2013 ; Bhattacharya et al. 2001). Malgré l'intégration dans le système de santé gouvernemental, les ressources pourraient encore poser problème, car les gouvernements ne disposent pas toujours des fonds nécessaires pour soutenir les groupes de manière adéquate. L'un des moyens d'y remédier serait que les bénévoles des groupes de soins s'engagent dans des activités rémunérées à l'acte. Au Bangladesh, les VSC de l'ONG Bangladesh Commission de développement rurale (BRAC) proposent des produits d'hygiène à la vente tout en promouvant une santé et une nutrition optimales lors des visites à domicile (Hodgins, Crigler et Perry 2018).

Étude sur la durabilité et la stratégie de sortie de l'USAID

De 2009 à 2014, l'USAID a soutenu la Gerald J. and Dorothy R. Friedman School of Nutrition Science and Policy de l'Université de Tufts pour mener une étude multi-pays sur 12 projets de sécurité alimentaire financés par Food for Peace qui ont été mis en œuvre dans quatre pays (Rogers et Coates 2015). Les projets ont été mis en œuvre en Bolivie, au Honduras, en Inde et au Kenya. L'objectif était d'examiner les facteurs associés à la durabilité accrue des activités et des résultats des projets après la fin de leur durée de vie et de fournir des recommandations aux futurs projets sur la manière de renforcer la durabilité. La recherche a pris en compte deux catégories principales de durabilité :

1. la poursuite de la prestation de services (par exemple, la poursuite des activités de promotion de la santé) ; et
2. l'utilisation continue des comportements encouragés par le projet.

Des recherches quantitatives et qualitatives ont examiné les activités, les résultats et les impacts dans divers secteurs techniques, notamment la santé maternelle et infantile (SMI) et la nutrition. Trois facteurs principaux ont été jugés essentiels à la durabilité (Rogers et Coates 2015) :

1. une source durable de ressources pour chaque apport précédemment fourni par le projet. Ces fonds peuvent provenir d'activités gérées selon un modèle d'entreprise, de budgets de fonctionnement du gouvernement, de fonds d'autres organisations et de contributions en espèces ou en nature de la part des membres de la communauté.
2. des capacités techniques et de gestion de haute qualité à tous les stades de la chaîne de prestation de services, avec des mécanismes de maintien des capacités.
3. une source permanente de motivation pour les prestataires de services et les clients. Ce sont les incitations financières et les avantages en nature qui ont le plus motivé les prestataires. À long terme, l'engagement personnel, le service à la communauté et le prestige ne suffisent pas. Un avantage visible et immédiat a motivé les clients à continuer à utiliser les services ou à adopter des comportements.

Un quatrième facteur important dans la plupart des cas était les liens avec d'autres entités, qui pouvaient être horizontaux ou verticaux. Les liens horizontaux sont définis comme des relations entre communautés, groupes ou individus, tandis que les liens verticaux sont définis comme des relations entre des individus ou des groupes et le gouvernement, les ONG ou d'autres entités. L'étude a examiné certaines des hypothèses formulées par les projets en matière de durabilité, comme l'idée que les bénévoles continuent à fournir des services sans compensation, suscitant des questions sur les interventions qui reposent principalement sur des bénévoles (Rogers et Coates 2015).

Stratégies de développement durable. Les enseignements tirés des quatre pays mettent en lumière les approches expérimentées, réussies ou échouées dans la pérennisation des VSC. Dans chaque pays, l'étude a évalué la durabilité et les stratégies de sortie d'un maximum de trois prix mis en œuvre par différents partenaires de mise en œuvre.

Au Honduras, un partenaire de mise en œuvre a envisagé de créer des réseaux de VSC de les former à la rédaction de propositions et d'obtenir des financements pour continuer à fournir des services, mais ces réseaux n'ont jamais vu le jour (Rogers, Sanchez et Fierstein, 2016). Un autre partenaire de mise en œuvre a tenté de créer des comités de santé communautaire afin de soutenir les VSC. Pour ce faire, ils ont formé les membres des comités de santé communautaire à la gestion et au leadership, mais ces comités n'ont jamais vu le jour. Un troisième partenaire de mise en œuvre a tenté d'associer les VSC aux interventions agricoles (par exemple, des intrants pour augmenter la production et la vente de cultures traditionnelles et non traditionnelles) en veillant à la participation des VSC aux interventions et en encourageant même les entreprises agricoles (par exemple, les boulangeries, les conserveries de fruits et légumes, la commercialisation de produits non transformés dans les supermarchés) à consacrer un petit pourcentage de leurs bénéfices aux services de santé communautaires. Cependant, les entreprises n'ont pas bénéficié de cette aide en raison du manque de sécurité financière qui les empêchait de verser leurs bénéfices pendant la durée de la subvention (Rogers, Sanchez et Fierstein, 2016).

Au Kenya, un partenaire de mise en œuvre a prévu de vérifier si les VSC pouvaient facturer leurs services (Coates et al. 2016). Cependant, les VSC ont estimé qu'il s'agissait d'un objectif irréaliste, compte tenu de la pauvreté des ressources de la communauté. De même, en Bolivie, les partenaires de mise en œuvre n'ont pas testé de modèle de rémunération à l'acte pour les VSC² au motif qu'il n'était pas réaliste de faire payer des services de santé (Rogers et al. 2016). Deux partenaires de mise en œuvre en Bolivie ont également proposé de créer un réseau de VSC, mais sans succès en raison d'un manque de ressources pour poursuivre l'action. Dans certaines régions de Bolivie, les comités de l'eau ont réussi à verser aux VSC une allocation prélevée sur les redevances d'utilisation de l'eau pour qu'ils continuent à assurer leurs services (Rogers et al. 2016).

Dans les quatre pays, il était prévu de confier la supervision des VSC au gouvernement. Toutefois, ces initiatives n'ont pas toujours été couronnées de succès en raison d'un manque de ressources de la part du gouvernement pour soutenir les VSC de manière adéquate (Rogers, Sanchez et Fierstein 2016). Certains VSC ont été soutenus par d'autres ONG et ont ainsi pu continuer à fournir des services (Rogers et al. 2016). D'autres facteurs ont contribué à cet échec, notamment le manque d'engagement du gouvernement au début du développement des VSC et l'absence d'un processus de documentation formel (par exemple, un protocole d'accord) pour formaliser le processus de transfert (Rogers, Sanchez et Fierstein 2016).

Stratégies de sortie. La sortie progressive a favorisé la durabilité, ce qui a permis à un projet de tester ses hypothèses de durabilité pendant la durée de vie du projet, alors que le partenaire de mise en œuvre était encore disponible pour résoudre les problèmes qui se posaient (Rogers et Coates 2015). Par exemple, au Honduras, deux partenaires de mise en œuvre dont la période de retrait était de 12 à 14 mois ont constaté que les VSC travaillaient de manière indépendante avec les centres gouvernementaux avant la clôture du projet. Toutefois, un partenaire de mise en œuvre dont la période de retrait était plus courte (quatre mois) n'avait pas testé le fonctionnement des VSC sans le soutien du partenaire de mise en œuvre avant la fin de la subvention (Rogers, Sanchez et Fierstein 2016).

Conclusions de l'évaluation à mi-parcours des RFSA sur la durabilité

Un examen de 16 évaluations à mi-parcours des RFSA financées entre 2015 et 2020 au Bangladesh, en République démocratique du Congo, en Éthiopie, au Guatemala, en Haïti, à Madagascar et au Malawi offre des perspectives intéressantes pour la conception de stratégies de durabilité des RFSA et les défis et opportunités liés aux sources durables de motivation, de capacité, de ressources et de liens pour les volontaires de la communauté (IMPEL 2020a).

² Le rapport de l'étude les qualifie d'Agents de santé communautaire (ASC), mais étant donné qu'il s'agissait de volontaires, nous les appelons Volontaires de santé communautaire (VSC) dans ce guide.

Défis majeurs. Le défi d'assurer la durabilité des volontaires communautaires commence par le nombre et la complexité des interventions que le projet propose de mettre en œuvre et le fait que toutes les interventions ne peuvent pas être considérées comme des moteurs essentiels de l'insécurité alimentaire. Un grand nombre d'interventions augmente également le volume de travail des volontaires communautaires et affecte la qualité de la mise en œuvre. Certaines évaluations ont relevé que l'activité n'avait pas donné la priorité aux comportements. Par exemple, une évaluation à mi-parcours d'une RFSA au Bangladesh a révélé que les volontaires en santé communautaire consacraient huit heures par jour (une journée de travail complète) aux activités du projet, notamment à la formation, aux visites à domicile et à la distribution de rations alimentaires. La recommandation pour surmonter ce défi consistait à réduire le volume de travail des volontaires en se concentrant sur les comportements qui avaient le plus d'impact (TANGO International 2018).

Motivation des bénévoles de la communauté. Toutes les RFSA s'appuient sur des bénévoles de la communauté pour la promotion de la santé et de la nutrition. Cependant, la motivation continue des volontaires pendant et après l'achèvement du projet a été un problème commun. L'absence de compensation financière ou en nature est apparue comme un défi commun pour motiver les volontaires. Par exemple, l'évaluation à mi-parcours des RFSA en Haïti a relevé des préoccupations de la part des volontaires du Groupe de soins et de leurs superviseurs concernant les dépenses encourues lors des déplacements pour assister aux réunions et l'utilisation des téléphones portables pour assurer le suivi des femmes voisines. Pour remédier à cette situation, les évaluateurs ont recommandé que les RFSA offrent des incitations telles que des ustensiles de cuisine ou d'autres cadeaux par année de service aux bénévoles des groupes de soins (Absolute Options 2016). Les évaluateurs ont également relevé que les mêmes cadeaux devraient être offerts dans une zone de programme et que cela devrait être fait en coordination avec le ministère de la santé afin d'assurer la continuité après l'attribution. Même lorsque les RFSA ont fourni des éléments de projet aux bénévoles des groupes de soins, on ne s'est guère soucié de s'assurer que les bénévoles comprenaient comment utiliser ces éléments pour en tirer un bénéfice à long terme. Par exemple, une RFSA à Madagascar a fourni un soutien ponctuel sous forme de semences aux volontaires des groupes de soins pour mettre en place des jardins potagers, mais n'a fourni aucune autre instruction sur la manière de conserver les semences pour les années suivantes (ADRA 2017).

Ressources pour les bénévoles de la communauté. Certaines évaluations contenaient des recommandations sur l'élaboration de modèles de rémunération à l'acte pour la prestation de services de santé et de nutrition. Les évaluations ont également noté que l'intégration des différentes activités du projet était faible. Par exemple, bien que plusieurs RFSA aient développé avec succès des VSLA, celles-ci n'ont pas nécessairement été exploitées pour soutenir la fourniture de services de santé et de nutrition. L'évaluation à mi-parcours de la RFSA en Haïti a révélé que les VSLA étaient très populaires, mais les groupes de soins n'y étaient pas nécessairement liés. Par conséquent, l'une des recommandations de cette RFSA consistait à intégrer l'adhésion au Groupe de soins à l'adhésion au VSLA afin de garantir des ressources fiables pour les bénévoles du Groupe de soins (Absolute Options 2016). Le RFSA a mis en œuvre cette recommandation (Kore Lavi 2017).

Capacité des bénévoles de la communauté. Les évaluations à mi-parcours ont révélé des variations dans la capacité des bénévoles des Groupes de soins. Par exemple, en République démocratique du Congo, les volontaires des Groupes de soins dans certaines zones mises en œuvre par le RFSA n'ont pas été en mesure de fournir des informations précises sur les services de santé et de résoudre les problèmes liés aux pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE). La recommandation consistait à renforcer la supervision des volontaires et de procéder à un examen des compétences du personnel technique dans le pays afin de soutenir les volontaires de manière adéquate (IMPEL 2020b). De même, l'évaluation à mi-parcours au Bangladesh a également révélé que les VSC se contentaient de relayer des messages plutôt que de fournir des conseils en fonction des besoins des participants au programme (TANGO International 2018). Même lorsque les groupes de soins fonctionnaient bien, les bénévoles et les participants de ces groupes ont demandé des formations sur des sujets supplémentaires tels que la santé, la finance, la gestion d'entreprise, l'amélioration des pratiques agricoles et d'élevage (Absolute Options 2016). En outre, plutôt que de recruter de nouveaux bénévoles au début du projet, plusieurs évaluations ont proposé aux RFSA de renforcer les capacités des bénévoles existants au sein de la communauté.

Liens pour les bénévoles de la communauté. Plusieurs recommandations ont été formulées pour limiter la dépendance à l'égard des services de proximité du secteur public, car ils risquent de ne pas être viables en raison d'un investissement insuffisant de la part du gouvernement. Cependant, la recommandation pour la RFSA en RDC consistait à développer une association de volontaires communautaires afin de forger des liens plus forts parmi les volontaires, entre les volontaires et les structures de santé et de nutrition existantes (IMPEL 2020b). La structure peut inclure le système de santé gouvernemental ainsi que d'autres ONG présentes dans la zone du projet.

L'engagement communautaire et l'inclusion sociale au service du développement durable

En plus de se concentrer sur la réduction de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition, les RFSA visent également à promouvoir la durabilité, à réduire la pauvreté et à renforcer la résilience. Les RFSA utilisent généralement des activités de groupes de pairs (par exemple, VSLA, agriculteurs à agriculteurs et groupes de soins) comme principale modalité pour atteindre cet objectif. BHA encourage les RFSA à utiliser la phase d'affinage et de mise en œuvre de leurs prix pour s'engager dans la vision, la consultation et l'engagement de la communauté. Les RFSA sont également encouragés à poursuivre ce type d'engagement pendant la durée de vie d'une subvention. L'une des principales motivations des RFSA pour promouvoir l'engagement communautaire et l'inclusion sociale consistait à assurer une sortie durable, en partant du principe que les communautés s'en trouveront mieux loties, plus autonomes et plus résistantes aux chocs futurs.

L'engagement communautaire et l'inclusion sociale sont également importants pour soutenir la durabilité des groupes de soins, car ils peuvent motiver les bénévoles des groupes de soins et les participants à continuer à participer aux activités du groupe après le départ d'un RFSA. La recherche révèle que la marginalisation sociale accentue l'expérience de la pauvreté et que les efforts visant à promouvoir la mobilisation sociale, la résilience,³ l'engagement communautaire et l'inclusion sociale peuvent contrecarrer ce phénomène en renforçant la confiance sociale et la cohésion au sein des groupes communautaires et en offrant à leurs membres des avantages immatériels qui les motivent à rester au sein d'un groupe communautaire à long terme (Burra, Deshmukh-Ranadive et Murthy 2005 ; Dharmadasa et al. 2015). Ces avantages immatériels peuvent inclure l'accès à des ressources telles que des informations, des services financiers et de santé, ainsi que le soutien social d'autres membres du groupe, renforçant ainsi la confiance et la cohésion sociale. Il s'est également avéré que l'enchaînement des activités de groupe lors de la formation de groupes communautaires était important. Il a été démontré que le fait de commencer par des mesures visant à instaurer la confiance et la cohésion sociale d'un groupe contribue à la longévité et à la pérennisation des groupes communautaires (Burra, Deshmukh-Ranadive et Murthy 2005 ; Dharmadasa et al. 2015).

La figure 1 résume les principes de l'engagement communautaire : « l'engagement communautaire ne peut être soutenu qu'en déterminant et en mobilisant les atouts et les forces de la collectivité, et en développant la capacité et les ressources des collectivités pour prendre des décisions et des mesures » (NIH 2011).

FIGURE 1. NEUF PRINCIPES D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE (ADAPTÉ DE NIH 2011)



³ La recherche sur la **résilience** identifie les liens, les passerelles et les liaisons comme des éléments clés du renforcement de la résilience (Aldrich 2012). Ici, le lien fait référence au renforcement des liens entre les membres de la communauté au sein d'un groupe ; le rapprochement fait référence à la construction d'un pont entre des groupes similaires ; et l'établissement de liens fait référence à la construction de liens avec des groupes externes (tels que les institutions financières).

Ces principes peuvent également s'appliquer aux groupes de soins et à leurs bénévoles. Un examen de l'expérience d'un groupe de soins au Guatemala a révélé que la mise en œuvre d'un groupe de soins bénéficie d'une communauté stable et socialement cohérente avec une culture et une langue partagées, tandis que des schémas migratoires instables et une faible cohésion sociale sont préjudiciables (FSN SBC Task Force 2014). Cependant, les auteurs ont relevé que la mise en place de groupes de soins était un outil précieux pour reconstruire le capital social - et donc la résilience - grâce à l'action collective et à l'établissement de liens. Pour motiver et soutenir les groupes de prise en charge et leurs bénévoles, il est donc essentiel d'utiliser l'engagement communautaire avec les participants et les responsables potentiels des groupes de prise en charge pour être inclusif, renforcer la cohésion sociale et la confiance, et identifier les besoins en termes de capacités et de ressources, afin de renforcer l'autosuffisance et de promouvoir la durabilité. Parallèlement, il est important de reconnaître dès le début du processus de conception et de mise en œuvre que l'objectif initial des groupes de soins en tant que plateforme de communication CSC sur la nutrition peut changer au fil du temps, lorsque les enfants des participants atteignent l'âge de deux ans. Dans ces circonstances, les groupes de soins et les rôles des bénévoles des groupes de soins peuvent évoluer et doivent être soutenus pour aider les bénévoles et les participants à déterminer eux-mêmes ce dont ils ont besoin et ce qui est dans leur intérêt.

Un autre concept important pour la viabilité des bénévoles de groupes de soins est l'acquisition de « compétences techniques ». Les compétences non techniques sont définies comme des compétences, des comportements et des qualités qui permettent à un individu de se situer dans son environnement, d'établir des relations avec les autres, de bien accomplir une tâche et d'atteindre ses objectifs (Lippman et al. 2015). La littérature sur le développement de la jeunesse montre que le développement de « compétences techniques » est essentiel à la réalisation de l'éducation, de l'emploi et de la santé à long terme (Lippman et al. 2015). Il est donc important d'envisager d'aider les bénévoles des groupes de soins à acquérir des « compétences techniques » qui leur permettront de participer aux processus de prise de décision au sein de leur communauté, de défendre les intérêts de leur groupe et d'explorer de nouvelles possibilités d'emploi. Il est important de noter que de nombreux bénévoles et participants aux groupes d'entraide sont des jeunes, et que l'application de l'optique de la jeunesse peut contribuer à la pérennisation des groupes d'entraide.

Résultats des entretiens avec les informateurs clés

Les informations clés avec lesquelles nous nous sommes entretenus ont confirmé les résultats obtenus dans la littérature et ont fourni des informations supplémentaires (voir **annexe II** pour le guide d'entretien et **annexe III** pour les détails des résultats). L'une des conclusions les plus remarquables concerne le fait que parmi les informateurs clés qui ont partagé leurs idées sur la durabilité des groupes de soins, il n'y a pas eu de consensus clair sur ce qu'ils attendaient des groupes de soins après la clôture du projet. Les attentes des informateurs clés se répartissent plutôt en quatre catégories principales concernant ce qui pourrait arriver au groupe de soins après le projet : le groupe de soins initial continue à se réunir ; les groupes de soins s'élargissent pour inclure de nouvelles mères éligibles ; les comportements optimaux en matière de santé et de nutrition sont maintenus, mais il n'y a pas de promotion active par les bénévoles ; et les groupes de soins évoluent pour aborder des priorités au-delà de la santé et de la nutrition. Les informateurs clés ont également fait part de réflexions supplémentaires concernant le plan de viabilité et les ressources, la capacité, la motivation, les liens et le retrait progressif qui pourraient influencer la viabilité des groupes et des volontaires.

Plan de viabilité : Les informateurs clés ont indiqué que les plans de viabilité manquent généralement de détails et de profondeur sur les attentes précises des groupes de soins après le projet ; toutefois, de nombreux partenaires de mise en œuvre ont élaboré des feuilles de calcul détaillées à usage interne. En outre, les plans ne précisent souvent pas si de nouvelles cohortes de femmes seront recrutées à l'avenir. En outre, de nombreux plans manquent d'informations sur les ressources post-attribution qui reposent sur des liens.

Ressources : Les informateurs clés ont mentionné que de nombreux plans de viabilité manquent de détails sur les ressources post-attribution pour la nutrition et la santé. Les ressources post-attribution doivent faire l'objet d'un suivi du projet, notamment pour savoir si les gens ont commencé à payer pour les services censés être maintenus. Dans de nombreux cas, il n'est pas permis de demander de l'argent pour des services de nutrition (en particulier pour la promotion des comportements), bien qu'il existe des exceptions. Les stratégies de pérennisation de la nutrition doivent souvent partir du principe que les liens avec le gouvernement s'accompagneront de ressources. Cependant, certains peuples autochtones tentent d'associer des services (par exemple, des conseils en matière de nutrition) à des ventes qui apportent des ressources en tant que source de motivation durable (par exemple, la vente de produits d'hygiène lors des réunions des groupes de soins).

Capacité : Il est important de renforcer la capacité des groupes de soins à favoriser le changement de comportement, mais les compétences non techniques (comme le plaidoyer, l'organisation, l'établissement de liens avec d'autres ressources) seront en fin de compte essentielles à la résilience et à la viabilité des bénévoles et des participants des groupes de soins. Investir dans la capacité du personnel de santé à modifier les comportements est une contribution à une future source de capacité pour les groupes de soins. BHA attend des partenaires d'exécution un plan d'affaires pour fournir un soutien aux capacités sur la base des besoins évalués (par exemple, compétences techniques ou financières). Les partenaires de mise en œuvre peuvent fournir des capacités ou mettre en relation des acteurs locaux pour fournir des capacités (par exemple, des services gouvernementaux, des instituts de recherche locaux, et des entités privées).

Motivation : Les suggestions des informateurs clés sur la motivation des volontaires des groupes de soins pour le fonctionnement de l'après-projet se répartissent en deux catégories décrites ci-dessous :

- **Les activités de promotion de la santé des bénévoles des groupes de soins qui sont associées à une source d'incitation financière pour les bénévoles.** Certains bénévoles des groupes de soins mènent des actions de promotion de la santé (par exemple, des conseils en matière de nutrition) simultanément ou en un lieu où ils fournissent un service ayant une valeur financière directe (par exemple, la vente de produits d'hygiène). En plus de « subventionner » le rôle du bénévole du groupe de soins, les réunions continues du groupe de soins fournissent un cadre pour le renforcement continu des capacités par le personnel de la santé du gouvernement.
- **Les groupes de soins qui se reconvertissent à une autre fin, qui sert les intérêts économiques des bénévoles ou des participants des groupes de soins.** Les nouvelles fonctions peuvent consister à devenir un VSLA, une petite entreprise ou un groupe funéraire. Conscient du fait qu'au fil du temps, la vie des femmes évolue entre les besoins liés à la grossesse, à la prise en charge de la petite enfance et aux comportements connexes, le groupe de soins peut également évoluer au fil du temps pour répondre à d'autres priorités de ses membres. Les parties prenantes ont évoqué diverses expériences de projets financés par l'USAID dans lesquels des groupes d'épargne ont spontanément vu le jour en raison de l'augmentation des revenus des participants au projet, expérience qu'ils ont également mise à profit pour lancer d'autres initiatives de groupe. Les parties prenantes ont mentionné des groupes de soins en Bolivie et au Burkina Faso ayant créé de petites entreprises qui proposent des services tels que la fabrication d'objets artisanaux. Même lorsque la promotion de la santé et de la nutrition n'est pas l'objectif principal du groupe, l'augmentation des actifs financiers contrôlés par les femmes constitue un moyen précieux d'améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle ainsi que la résilience des ménages.

Liens : Les informateurs clés considèrent le ministère de la santé comme un lien essentiel pour les groupes de soins, dans la mesure où le modèle des groupes de soins comprend un promoteur qui assure la formation et la supervision du volontaire qui, à son tour, rend compte de ses activités au promoteur à des fins de responsabilisation. Ils ont indiqué qu'en travaillant avec le ministère de la santé, il est essentiel de faire des compromis, même sur les critères des groupes de soins (comme la façon dont les bénévoles des groupes de soins sont sélectionnés). Ils ajoutent que la gouvernance, la décentralisation et la responsabilisation sont importantes pour la viabilité des groupes de soins, mais qu'elles n'entrent pas dans le champ d'application du projet.

Sortie progressive : Les informateurs clés ont reconnu que le transfert progressif est un principe essentiel de viabilité qui est souvent négligé. Ils ont également indiqué que les systèmes de suivi des projets analysent rarement les éléments de la transition progressive (par exemple, le fonctionnement des acteurs pendant la transition). La transition du soutien apporté par le partenaire de mise en œuvre aux acteurs locaux (bénévoles des groupes de soins, ministère de la santé, communauté et ONG) devrait commencer dès le début du projet, ce qui permettrait au partenaire de mise en œuvre d'affiner et d'appuyer le processus.

Principales considérations en matière de viabilité

Les enseignements tirés de notre analyse documentaire et des entretiens avec les informateurs clés montrent que les groupes de soins constituent un modèle populaire dans le monde entier pour promouvoir les comportements en matière de santé et de nutrition au cours des 1 000 premiers jours. Les défis à relever pour maintenir les résultats clés comprennent les difficultés à assurer la continuité de la plate-forme Groupe de soins, en partie ou dans son intégralité, au-delà de la durée de la subvention. Les enseignements que nous en avons tirés montrent qu'il est utile de planifier très tôt les aspects qui doivent être maintenus afin de perpétuer les principaux résultats en matière de nutrition et de santé et d'impliquer les communautés dans ce processus de planification, de commencer à identifier les ressources et les liens (y compris les possibilités de transfert) dès le début, de se concentrer sur le développement de compétences transférables ainsi que sur les connaissances techniques des volontaires, et d'incorporer dans le groupe des éléments générateurs de revenus. Nous présentons ci-dessous des considérations qui couvrent les trois phases principales de la mise en œuvre d'un projet : la planification, la mise en œuvre et la transition. Elles sont basées sur ce que nous avons appris au cours du processus d'élaboration du présent document.

• Planification

- **Faire preuve de discernement et planifier en amont** avec les principales parties prenantes afin d'améliorer l'appropriation par la communauté et/ou le gouvernement des volontaires des groupes de soins.
- **S'aligner sur les priorités du gouvernement** et les stratégies qui permettent aux groupes de soins de s'inscrire dans le cadre d'une stratégie plus large et à long terme pour l'amélioration de la nutrition et de la santé.
- **Utiliser la vision communautaire et la consultation** pour s'engager avec les bénévoles et les participants potentiels des groupes de soins pendant la phase d'affinage et de mise en œuvre et pendant la durée de la subvention, afin de comprendre leurs besoins en termes de formation, de renforcement des capacités et d'accès aux ressources et aux liens.
- **Donner la priorité aux interventions** les plus susceptibles d'être durables et de répondre aux besoins des populations les plus à risque (par exemple, les 1 000 premiers jours) et prévoir de les superposer et de les ordonner au sein des groupes de soins.

• Mise en œuvre

- **Respecter les volontaires** en leur offrant des conditions de base adéquates (sécurité, fournitures, badges d'identification, charge de travail, etc.)
- **S'appuyer sur les groupes et structures existants** pour éviter de créer des structures parallèles (par exemple, faire en sorte que les groupes de soins rendent compte de leurs activités au comité de santé du village, impliquer les bénévoles existants dans les groupes de soins pour renforcer les capacités de la communauté en matière de santé).
- **Séquence et couche des activités**
 - i. **Commencer par instaurer la confiance, la cohésion et l'inclusion sociale** pour les groupes de soins avant l'introduction des curricula techniques.
 - ii. **Connecter les groupes de soins avec différentes approches, ressources et groupes intra- et inter-communautaires** (par exemple, les leaders communautaires, les hommes, les différents comités), y compris avec d'autres programmes gouvernementaux et d'ONG.
 - iii. **Intégrer dans les groupes de soins des activités génératrices de revenus** telles que les VSLA et les modèles de rémunération à l'acte.
 - iv. **Renforcer les compétences non techniques transférables** des volontaires des groupes de soins (par exemple, la voix, la prise de décision, les compétences en matière de leadership) afin de renforcer les capacités et l'accès aux ressources.
- **Adapter les approches de durabilité** à intervalles réguliers pour répondre aux besoins et aux priorités du groupe, des membres de la communauté et de l'évolution de l'environnement favorable.

• Transition

- Assurer une transition progressive afin que les acteurs locaux puissent « pratiquer la viabilité » pendant que le personnel et le financement des partenaires de mise en œuvre sont disponibles pour fournir un soutien (par exemple, encouragement, dépannage, soutien à la gestion).

En tenant compte de ces considérations, nous avons élaboré ce guide pour couvrir les étapes suggérées suivantes. Ils couvrent la conception, le développement, la mise en œuvre et la transition des groupes de soins. Dans l'étape de développement, nous présentons de manière séparée les considérations relatives aux quatre facteurs qui contribuent à la viabilité (liens, ressources, capacité et motivation), mais nous reconnaissons qu'ils sont tous interconnectés. Nous avons également tenté d'expliquer que le développement, la mise en œuvre et la transition constituent un processus itératif. Chaque étape commence par des preuves et des recommandations clés et se termine par des questions à poser aux partenaires de mise en œuvre. Nous présentons également un arbre de décision pour aider les partenaires de mise en œuvre à franchir ces étapes et indiquons le calendrier des étapes du cycle d'activité quinquennal (voir **figure 2**).

Étape 1 : Concevoir une approche communautaire appropriée en matière de nutrition.

- Donner la priorité aux comportements nutritionnels.
- Vérifier si les groupes de soins sont adaptés au contexte.
- Décider de l'évolution des groupes de soins après la durée de vie de la subvention.

Étape 2 : Élaborer le plan de viabilité et de sortie du groupe de soins.

- Identifier et renforcer les liens.
- Renforcer les sources de ressources.
- Définir le contenu et le processus de renforcement des capacités.
- Envisager différentes formes de motivation.
- Définir la vision de la transition.

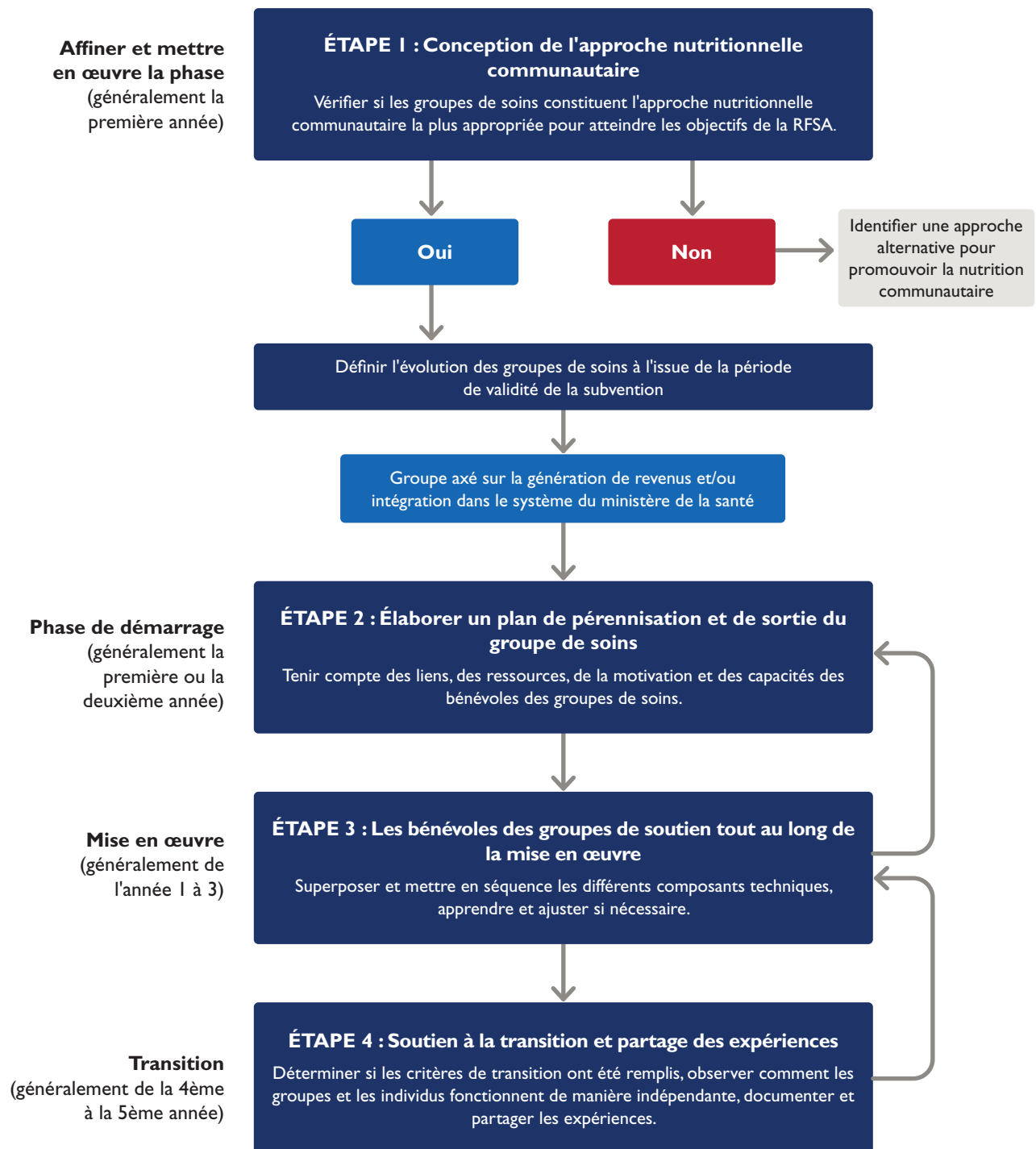
Étape 3 : Soutenir le groupe de soins des bénévoles tout au long de la mise en œuvre.

- Soutien au déploiement des bénévoles et des participants des groupes de soins.
- Adapter le soutien aux bénévoles et aux participants des groupes de soins.

Étape 4 : Soutien à la transition et au partage des expériences.

- Soutien à la transition pour les groupes, les bénévoles ou les acteurs locaux.
- Documenter et diffuser les expériences au sein de la communauté des ONG et des donateurs.

FIGURE 2. ARBRE DE DÉCISION POUR GUIDER LES PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE À TRAVERS LES ÉTAPES DE CE DOCUMENT



Étape I. Concevoir une approche communautaire appropriée en matière de nutrition

DONNÉES CLÉS

- L'examen de 16 évaluations à mi-parcours de RFSA a révélé que les RFSA mettaient en œuvre un nombre important d'interventions et que les bénévoles des groupes de soins encourageaient des comportements excessifs, deux facteurs qui alourdissaient la charge de travail des bénévoles (IMPEL 2020).
- Les informateurs clés avec lesquels nous nous sommes entretenus ont fait remarquer que, sur la base de leur expérience, ils ne pensaient pas pouvoir maintenir les Groupes de soins et, par conséquent, le rôle des bénévoles de ces groupes, dans le CSC de la nutrition après la fin du projet. Les résultats de la recherche de l'USAID en action pour la nutrition au Zimbabwe ont montré que la durabilité des participants aux groupes de soins signifiait le maintien du même groupe de participants (à venir).
- L'un des principes de l'engagement communautaire consiste à « libérer la collectivité du contrôle des actions ou des interventions et d'être suffisamment souple pour répondre à ses besoins changeants » (NIH, 2011).

Lors de la conception du projet, probablement au cours de la phase d'affinage et de mise en œuvre (généralement la première année), les partenaires de mise en œuvre doivent décider si les groupes de soins constituent une approche idéale pour promouvoir la nutrition au sein de la communauté dans le contexte de leur programme. Si les groupes sont sélectionnés dans le cadre de la conception de l'appel d'offres, ils doivent alors déterminer comment soutenir les groupes de soins et leurs bénévoles après la durée de vie de l'appel d'offres.

I. DONNER LA PRIORITÉ AUX COMPORTEMENTS NUTRITIONNELS

La première étape de la conception de programmes de nutrition et de CSC de haute qualité consiste à donner la priorité aux comportements. Pour identifier les comportements prioritaires, les partenaires d'exécution peuvent envisager d'utiliser un outil tel que le Nutrition Program Design Assistant (NPDA) pour rassembler et synthétiser des informations quantitatives et qualitatives sur la situation nutritionnelle de leur zone de programme (CORE Group Nutrition Working Group, FANTA et Save the Children 2015). Cette étape fournira un aperçu de l'état nutritionnel de la SMI, des pratiques ANJE, de l'état des micronutriments, de la charge de morbidité sous-jacente et de ses causes, selon les données disponibles. Étant donné que les RFSA se concentrent sur les 1 000 premiers jours, elles peuvent choisir de se pencher sur les comportements pertinents pour ce groupe d'âge ; toutefois, ces comportements peuvent être rationalisés davantage. Par exemple, si les données montrent que les taux d'allaitement exclusif diminuent après quatre mois, les groupes peuvent concentrer leurs efforts pour s'assurer que les mères bénéficient du soutien nécessaire pour poursuivre l'allaitement jusqu'à six mois, conformément aux recommandations mondiales. **Les meilleures pratiques en matière de CSC recommandent que les projets sélectionnent trois à cinq comportements à renforcer par secteur** (USAID en action pour la nutrition 2021b). Si la RFSA couvre plusieurs comportements, elle peut aussi inclure plusieurs activités relatives aux comportements prioritaires.

2. DÉCIDER SI LES GROUPES DE SOINS SONT APPROPRIÉS POUR LE CONTEXTE

Lorsque les partenaires de mise en œuvre ont hiérarchisé les comportements sur lesquels leur RFSA se concentrera, ils peuvent ensuite utiliser la NPDA pour cartographier les services de santé et de nutrition au niveau communautaire (CORE Group Nutrition Working Group, FANTA, et Save the Children 2015). Au cours de cette étape, ils identifieront les plateformes et les structures communautaires existantes. Ils examineront également le type de travailleurs communautaires existants (par exemple, les ASC, les bénévoles communautaires) ainsi que la capacité et l'acceptabilité culturelle des bénévoles communautaires. Enfin, ils devront décider des approches à mettre en œuvre et déterminer si les groupes de soins sont les plus appropriés dans leur contexte. Ils peuvent impliquer la communauté dans cette étape en organisant une consultation communautaire, au cours de laquelle ils présentent les informations qu'ils ont recueillies et sollicitent l'avis des membres de la communauté sur les services ou les approches à privilégier. Une annexe de la NPDA fournit des exemples de différentes approches nutritionnelles communautaires, y compris une section sur les groupes de soins avec une description, des objectifs, un groupe cible, des critères pour savoir quand utiliser l'approche, et des éléments nécessaires pour une programmation de qualité.

3. DÉCIDER DE L'ÉVOLUTION DES GROUPES DE SOINS À L'ISSUE DE LA PÉRIODE DE VALIDITÉ DE LA SUBVENTION

Très tôt dans la phase de planification, les partenaires de mise en œuvre devront réfléchir à la manière dont les groupes pourront être maintenus après la durée de vie de la subvention. Les groupes peuvent être maintenus de deux manières : en s'associant à une structure gouvernementale ou à une ONG, ou en évoluant vers une autre forme, ou les deux à la fois. Pour explorer la première option, les partenaires de mise en œuvre doivent vérifier si les groupes de soins figurent dans la stratégie de santé communautaire du gouvernement. **L'encadré 2** propose une série de questions que les partenaires de mise en œuvre peuvent utiliser pour déterminer la viabilité de la première option. Ils ne doivent envisager cette option que s'ils répondent par l'affirmative à toutes les questions.

Si les groupes de soins ne font pas partie de la stratégie de santé, il est très peu probable que les politiques et stratégies du ministère de la santé soient en mesure d'intégrer les groupes de soins pendant la durée de la subvention et de les maintenir par la suite. Pour explorer la deuxième option, les partenaires de mise en œuvre devront comprendre au préalable si et comment des groupes communautaires orientés vers la génération de revenus, tels que les VSLA, ont été développés dans la zone du programme ou dans le pays. Il faudra pour cela dresser la carte des ONG et autres associations dont les partenaires de mise en œuvre peuvent tirer des enseignements et avec lesquelles le groupe pourrait finalement s'associer. Si le partenaire de mise en œuvre lui-même prévoit de mettre en œuvre des activités génératrices de revenus dans le cadre de ses RFSA, il doit alors envisager d'intégrer les groupes d'entraide dans ces activités. S'il est essentiel de prendre une décision sur la manière dont le IP pense que le groupe évoluera pour s'assurer que des plans sont en place dès le début, il faut reconnaître que ces plans peuvent changer au fur et à mesure que les groupes se forment. Les meilleures pratiques en matière d'engagement communautaire encouragent les groupes à prendre l'initiative de déterminer ce sur quoi ils vont se concentrer (NIH 2011).

ENCADRÉ 2. QUESTIONS POUR DÉTERMINER SI L'INTÉGRATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ EST VIABLE

- Le gouvernement a-t-il une politique en faveur des groupes de soins?
- Si oui, des groupes de soins sont-ils opérationnels dans la région couverte par le programme ?
- Si oui, les groupes de soins sont-ils actuellement opérationnels ?
- Si oui, la qualité de la mise en œuvre des groupes de soins est-elle suffisante pour permettre la revitalisation ?
- Si oui, le gouvernement local accepte-t-il d'absorber et d'intégrer les groupes de soins que le RFSA prévoit de revitaliser et/ou les nouveaux groupes constitués par le RFSA ?

QUESTIONS

Donner la priorité aux comportements nutritionnels

- Quels sont les 3 à 5 comportements sur lesquels les groupes de soins organiseront plusieurs sessions et activités ?

Déterminer si les groupes de soins sont appropriés

- Les groupes de soins constituent-ils l'approche nutritionnelle communautaire la plus appropriée pour atteindre les objectifs des RFSA ?

Décider de l'évolution des groupes de soins

- Comment les groupes de soins évolueront-ils à l'issue de la période de validité de la subvention ?

Étape 2. Élaborer le plan de viabilité et de sortie du groupe de soins

DONNÉES CLÉS

- L'étude sur la durabilité et les stratégies de sortie a révélé que les ressources, la motivation, les capacités et les liens (souvent) faisaient partie intégrante de la durabilité de la prestation et de l'utilisation des services, des pratiques et de l'impact (Rogers et Coates 2015).
- Il existe plusieurs exemples de liens entre les groupes de soins et le ministère de la santé. Au Burundi, les groupes de soins ont été mis en œuvre avec succès dans le cadre des structures du ministère de la santé, en bénéficiant toutefois d'un soutien extérieur important (Weiss 2015). Il y a plus d'exemples, comme au Rwanda, de groupes de soins qui évoluent vers des groupes de génération de revenus (par exemple, VSLA) (FSN SBC Task Force 2014).
- Dans le cas de la création d'un groupe, l'inclusion sociale résultant de la participation à un groupe de pairs constitue un puissant facteur de motivation (Burra, 2005). Pour soutenir la prestation active de services par les prestataires, les incitations financières et les avantages en nature ont été les facteurs de motivation les plus efficaces (Rogers et Coates 2015). Les avantages tels que le prestige n'étaient pas suffisants à long terme.
- Pour renforcer les capacités des prestataires de services, la littérature sur le développement de la jeunesse montre que le développement de « compétences générales » est essentiel pour assurer l'éducation, l'emploi et la santé à long terme (Soares et al. 2017).

Au cours de la phase d'affinage et de mise en œuvre et de la phase de démarrage et de mise en œuvre (première et deuxième années), les partenaires de mise en œuvre devront développer le modèle de groupe de prise en charge en tenant compte des facteurs qui auront des implications à long terme pour le groupe et les volontaires du groupe de prise en charge. Il s'agira notamment de savoir avec qui établir des liens, comment garantir la disponibilité des ressources, comment maintenir la motivation du groupe et des volontaires, et quelles sont les compétences nécessaires pour renforcer les capacités du groupe et des volontaires. Les partenaires de mise en œuvre devront également définir leur vision des aspects que le groupe et les volontaires cherchent à soutenir.

I. IDENTIFIER ET RENFORCER LES LIENS

Si la décision du partenaire de mise en œuvre de mettre en place des groupes de soins était fondée sur la possibilité d'établir des liens avec le ministère de la santé ou des ONG existantes, il devra s'engager auprès de ces entités à chaque étape de la phase de planification et de mise en œuvre, y compris pour le recrutement des bénévoles des groupes de soins. Les partenaires de mise en œuvre devraient envisager de donner la priorité aux personnes qui travaillent comme bénévoles pour la promotion de la santé et la nutrition au moment du recrutement ou qui ont occupé une telle fonction dans un passé récent, afin de renforcer les capacités existantes au sein de la communauté. Ils peuvent consulter le document *Intégrer les groupes de soins dans les systèmes du ministère de la santé : Guide pratique pour la mise en œuvre* s'il s'agit d'établir un lien direct avec les systèmes du ministère de la santé dès le départ (Concern Worldwide 2014). Après la mise en œuvre, ils devraient envisager d'utiliser les principes de collaboration, d'apprentissage et d'adaptation (CLA) pour organiser des sessions de pause et de réflexion à différents stades afin de s'assurer que toutes les entités sont engagées, entendues et informées de l'évolution de l'approche (Learning Lab 2018).

En outre, les partenaires de mise en œuvre doivent considérer la communauté comme une partie prenante essentielle et l'impliquer à chaque étape. En s'appuyant sur les *Principes de l'engagement communautaire*, ils peuvent permettre à la communauté de jouer un rôle déterminant dans la formation du groupe, la sélection des participants et le choix des questions sur lesquelles le groupe doit se concentrer (NIH 2011). Les partenaires de mise en œuvre devront jouer un rôle de facilitateur en tenant compte des préférences des femmes et en rendant les critères de sélection transparents pour la communauté. Après avoir permis au groupe de tisser des liens, il est possible d'introduire le contenu technique. Les partenaires de mise en œuvre doivent être préparés et accepter la manière dont le groupe choisit de se conduire. Ils doivent aborder le sujet de la pérennisation du groupe avec les membres de la communauté dès le début. Les *groupes de soins : Manuel de formation pour la conception et la mise en œuvre de programmes* propose des moyens visant à faciliter un échange entre le personnel du partenaire de mise en œuvre sur la planification de la durabilité, qui pourraient être appliqués à la modération d'une conversation similaire avec d'autres parties prenantes (FSN SBC Task Force 2014).

Si le partenaire de mise en œuvre a décidé de mettre en place des groupes de soins dans l'intention de les faire évoluer vers un groupe générateur de revenus, tel qu'un VSLA, il peut alors utiliser des outils tels que la *méthodologie VSLA* ou la *boîte à outils PROPEL* (Dharmadasa et al. 2015 ; VSL Associates, n.d.). Toutes les composantes du programme peuvent ne pas être pertinentes ou réalisables dans le cadre des RFSA du partenaire de mise en œuvre, mais il s'agit d'une façon d'envisager la manière dont les composantes moyens de subsistance et santé et nutrition peuvent être superposées et séquencées.

2. RENFORCER LES SOURCES DE RESSOURCES

Les liens avec le ministère de la santé ou une autre ONG ne s'accompagnent pas nécessairement de ressources qui permettent au bénévole du groupe de soins de continuer à fournir des services. En effet, même si certains pays ont adopté ou promu les groupes de soins dans leurs stratégies de santé publique, ils ne disposent pas toujours des fonds nécessaires pour leur mise en œuvre. Par conséquent, les peuples autochtones devront décider comment les volontaires des groupes de soins obtiendront les ressources nécessaires à leur survie. Faire payer les services de nutrition, en particulier la CSC, n'est pas acceptable dans de nombreux contextes. Des approches innovantes en matière de ressources durables ont été expérimentées, avec un certain succès. Par exemple, au Bangladesh, les VSC de l'ONG BRAC proposent des séances de promotion de la santé sur la nutrition, l'accouchement sans risque, la planification familiale, la vaccination, l'eau, l'assainissement et l'hygiène lors de visites mensuelles à domicile (Hodgins, Crigler et Perry 2018). Pendant cette période, ils vendent également des produits de santé tels que des médicaments de base, des serviettes hygiéniques et du savon. Le BRAC accorde aux VSC de petits prêts pour créer un fonds renouvelable qu'ils utilisent pour acheter les produits de santé et les vendre avec une petite marge (Hodgins, Crigler et Perry 2018). L'évolution vers un groupe générateur de revenus tout en étant lié au ministère de la santé est un autre moyen d'assurer une source de ressources durable pour les volontaires.

Il existe de nombreuses formes d'approches génératrices de revenus, telles que le microcrédit, les prêts de pair à pair et les VSLA. Le partenaire de mise en œuvre doit veiller à ce que les participants au groupe de soins soient en mesure de décider de l'approche qui leur convient le mieux. Ainsi, il se peut qu'ils ne se concentrent plus sur CSC de la santé et la nutrition après la durée de validité de la subvention. Cependant, les membres du groupe et le bénévole du groupe de soins peuvent naturellement partager ce qu'ils ont appris avec d'autres membres de leur famille et de leur communauté, servant ainsi de ressource pour soutenir l'adoption de comportements optimaux en matière de santé et de nutrition parmi les personnes vulnérables au cours des 1 000 premiers jours. Les activités de formation qui mettent l'accent sur la voix et le leadership peuvent également être axées sur la formation des bénévoles et des participants pour qu'ils deviennent des champions de la nutrition, des défenseurs ou des personnes-ressources pour leur communauté. Les ressources provenant de l'approche de génération de revenus permettront aux membres du groupe de gérer et d'atténuer les chocs potentiels, de construire un capital social et de devenir plus résilients.

3. DÉFINIR LE CONTENU ET LE PROCESSUS DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Les partenaires de mise en œuvre devront envisager le renforcement des compétences techniques et non techniques des groupes d'entraide et de leurs bénévoles. *Pour renforcer les compétences techniques, les partenaires d'exécution peuvent se référer à la liste de compétences des agents de santé communautaire pour le changement social et comportemental en matière de nutrition pour identifier le contenu des activités de renforcement des compétences techniques (USAID en action pour la nutrition 2021a).*

Les compétences non techniques permettront au groupe de fonctionner efficacement pendant la durée de la subvention et aux membres du groupe ainsi qu'aux bénévoles d'avoir l'efficacité et l'autonomie nécessaires pour s'engager dans des opportunités de génération de revenus actuelles et/ou futures provenant directement des groupes ou d'autres sources. Les groupes de soins pouvant servir à développer le capital social et les compétences transférables, les partenaires de mise en œuvre devraient envisager de soutenir les bénévoles et les participants des groupes de soins pour qu'ils développent des compétences globales qui renforcent le capital social, telles que la résolution de problèmes, la gestion de groupes, le leadership, l'établissement de liens avec d'autres ressources et la défense des ressources nécessaires, afin que les membres fassent partie d'un réseau plus large qui les aide. Pour ce faire, les partenaires de mise en œuvre peuvent se référer aux sections relatives à l'agriculture et à la sécurité alimentaire de la boîte à outils du *Leadership mondial et éducation pour le développement (LEAD)* - Insérer une balise (Alt+2) pour concevoir leurs activités de renforcement des compétences non techniques (Elisberg 2021).

Pour développer leurs compétences techniques et non techniques, les partenaires de mise en œuvre devront également envisager différentes approches de renforcement des capacités, telles que la formation, le mentorat et la supervision de soutien. Pour mettre en œuvre chacune de ces approches, les partenaires de mise en œuvre doivent se demander s'ils peuvent exploiter les capacités existantes. Par exemple, si les ASC forment les bénévoles des groupes de soins et assurent leur suivi en matière de contenu technique et de compétences non techniques, ils seront disponibles pour soutenir les bénévoles en cas de besoin, même après la fin de la période de validité de la subvention. Le mentorat de pair à pair peut également permettre aux membres du groupe et aux bénévoles de s'entraider, renforçant ainsi le capital social.

4. CONSIDÉRER LES DIFFÉRENTES FORMES DE MOTIVATION

Afin de s'assurer que les bénévoles des groupes de soins restent motivés au-delà de la durée de la subvention, ils doivent être fonctionnels pendant la durée de la subvention. Pour motiver les volontaires des groupes de soins pendant la période d'attribution, les partenaires de mise en œuvre peuvent envisager différentes formes de motivation : la charge de travail, les avantages personnels et les incitations financières. Comme indiqué à l'étape 1, la hiérarchisation des comportements contribuera à une charge de travail raisonnable pour les bénévoles des groupes de soins. D'autres facteurs, tels qu'une distance minimale à parcourir et moins de 15 ménages à suivre de manière régulière, permettront également de maintenir la charge de travail à un niveau raisonnable.

Les avantages personnels, tels que les avantages en nature et l'accès au soutien social et à l'inclusion sociale, peuvent également motiver les bénévoles des groupes de soins. Les projets précédents ont utilisé des avantages en nature, tels que des badges d'identification, des vêtements portant le nom du projet ou un insigne, des sacs, des lampes de poche et des bicyclettes, pour reconnaître les bénévoles de la communauté (TOPS 2016). Ils ont également organisé des cérémonies de reconnaissance publique ou de remise de prix et exonéré les volontaires d'obligations ou de frais communautaires. Un système de données convivial permettant de documenter publiquement les activités des groupes de soins peut également favoriser la reconnaissance des bénévoles de ces groupes (Bhattacharya et al. 2001). Le prestige de la fonction de chef de groupe peut motiver les bénévoles mais peut ne pas être suffisant pour qu'ils continuent à long terme, comme l'indique l'étude « Viabilité et stratégies de sortie » (Rogers et Coates 2015). Les incitations financières telles que les allocations, les subventions de transport et les recharges téléphoniques peuvent également être un facteur de motivation.

Pour soutenir les bénévoles des groupes de soins au-delà de la durée de la subvention, les possibilités de développement personnel et de génération de revenus sont essentielles. Les partenaires de mise en œuvre peuvent investir dans des activités de développement personnel, telles que des formations sur les compétences non techniques, l'alphabétisation ou les compétences financières, ainsi que dans des déplacements en dehors de la communauté, qui permettent de développer des compétences à long terme pour les groupes et les volontaires. Comme les groupes de soutien par les pairs peuvent évoluer vers un groupe générateur de revenus tel qu'un VSLA, il est important que les partenaires de mise en œuvre comprennent ce désir et soutiennent le groupe de manière appropriée.

Pour comprendre les formes de motivation à offrir aux volontaires des groupes de soins, les partenaires de mise en œuvre peuvent examiner les scénarios des avantages et des incitations avec les membres de la communauté pour s'assurer de leur acceptabilité et de leur transparence. Ils peuvent également consulter le ministère de la santé et les ONG dont les activités sont similaires ou qui interviennent dans des zones similaires, afin de minimiser les conflits et d'assurer l'équité.

5. DÉFINIR LA VISION DE LA TRANSITION

L'objectif final étant de transférer le soutien des groupes de soins aux groupes et à leurs bénévoles ou aux parties prenantes locales telles que le ministère de la santé ou d'autres ONG ; les partenaires d'exécution doivent définir une vision de ce qui doit se passer pour maintenir les groupes, les bénévoles ou les relations avec les parties prenantes locales. Il est essentiel de commencer avec la vision en tête afin de pouvoir travailler dans ce sens et d'évaluer régulièrement si l'on est sur la bonne voie pour atteindre cet objectif au cours de la mise en œuvre. Les autorités responsables des appels d'offres devraient inclure des étapes de transfert dans leur cadre de suivi afin de s'assurer du respect de leur plan de sortie. Les partenaires de mise en œuvre des RFSA devront élaborer leurs propres critères en fonction des objectifs de leur activité et du contexte de mise en œuvre. Outre les mesures au niveau individuel, ils peuvent également choisir de fixer des critères qui mesurent les rôles et les responsabilités des acteurs locaux. Les RFSA peuvent également utiliser la CLA dans le cadre de séances régulières de pause et de réflexion avec les bénévoles et les participants des groupes de soins, afin de contrôler les activités et les progrès réalisés.

QUESTIONS

Liens

- À qui ou à quoi les groupes de soins seront-ils liés (ministère de la santé, ONG, groupe de génération de revenus) ?
- Que fera le RFSA pour renforcer les liens intracommunautaires et intercommunautaires ?

Ressources

- Comment les volontaires des groupes d'entraide auront-ils accès aux ressources après la durée de la subvention (vente de produits, activité génératrice de revenus) ?

Motivation

- Quelles formes de motivation les RFSA fourniront-elles aux bénévoles des groupes de soins pendant le projet (charge de travail raisonnable, avantages en nature, incitations financières) ?
- Quelles formes de motivation les RFSA fourniront-elles aux volontaires des groupes de soins qui auront des effets bénéfiques à long terme (incitations financières par la génération de revenus, développement personnel) ?

Capacité

- Comment la période d'enquête renforcera-t-elle les capacités des membres des groupes de soins et des bénévoles dans les domaines techniques (santé et nutrition) ?
- Comment la période d'enquête renforcera-t-elle les capacités des membres des groupes de soins et des bénévoles en matière de développement personnel (compétences non techniques) ?

Sortie

- Quelle est la vision du RFSA pour le groupe de soins et les bénévoles du groupe de soins avant que les responsabilités ne leur soient transférées ?

Étape 3. Soutenir les bénévoles des groupes de soins tout au long de la mise en œuvre

DONNÉES CLÉS

- Dans le cadre du programme « Credit with Education », de petits prêts ont été associés à une formation séquencée sur la santé, la nutrition, le planification familiale et les compétences en matière de petites entreprises (MkNelly et al. 1998).
- Les principes de collaboration, d'apprentissage et d'adaptation permettent de déterminer si le programme collabore avec les bons partenaires, de recueillir des informations pertinentes pour la prise de décision et d'utiliser ces informations pour prendre de meilleures décisions et procéder aux ajustements nécessaires (Salib, Ziegler et Hinthorne, 2015).

Au cours de la phase de mise en œuvre (de la première à la troisième année), les partenaires de mise en œuvre apporteront leur soutien aux groupes de soins et aux bénévoles qui les animent. Nous définissons le soutien comme des actions de renforcement des capacités, des intrants (le cas échéant) et la facilitation de la mise en place d'un système de génération de revenus durable. Au cours du déploiement, ils devront veiller à l'ordre dans lequel ils fournissent les différentes composantes techniques, et ils devront adapter la conception du programme sur la base d'un retour d'information régulier.

I. MISE EN PLACE D'UN SOUTIEN AUX BÉNÉVOLES DES GROUPES DE SOINS

À partir du modèle de groupe de soins conçu à l'étape 2, les partenaires de mise en œuvre peuvent apporter un soutien aux bénévoles des groupes de soins. Au cours du déploiement, les partenaires de mise en œuvre devront faire preuve de stratégie quant à la manière dont ils mettent en œuvre les différents éléments. Ils peuvent adapter l'ordre de mise en œuvre du programme Credit with Education, par exemple, pour déterminer l'ordre de mise en œuvre des différentes composantes du programme. Ils voudront commencer par la promotion de la confiance et de la cohésion sociale, puis des ressources. Les composantes du programme Credit with Education consistaient à obtenir de petits prêts (moins de 300 dollars), à recevoir une éducation en matière de santé, de nutrition, de calendrier et d'espacement des naissances, et à développer des compétences en matière de petites entreprises (MkNelly et Dunford 1998). Les participants au programme forment au préalable un groupe qui fait office d'association de crédit ou de banque de village. Les banques rurales accordent des prêts aux participants, qui les utilisent pour investir dans des activités génératrices de revenus dans lesquelles ils sont compétents. Ils se réunissent chaque semaine pour rembourser les prêts et déposer leur épargne. Au cours de ces réunions, le personnel de terrain fournit également des informations et facilite les discussions sur la santé et la nutrition, la microentreprise et la gestion de l'association de crédit (MkNelly et Dunford 1998). Les thèmes relatifs à la santé et à la nutrition comprennent l'allaitement, la prise en charge de la petite enfance, la vaccination, la gestion et la prévention de la diarrhée, et la planification familiale.

2. ADAPTER LE SOUTIEN AUX BÉNÉVOLES DES GROUPES DE SOINS

En s'appuyant sur les principes de CLA, les partenaires de mise en œuvre peuvent interagir en permanence avec le groupe et les volontaires afin de recueillir des informations en retour sur la séquence d'exécution, le contenu et les sources de motivation, pour s'assurer qu'ils sont en mesure d'adapter le modèle en fonction de l'évolution des besoins et des priorités. Nous avons recommandé que les projets cherchent à obtenir un retour d'information au moins une fois par trimestre. Outre les membres du groupe et les volontaires des groupes de soins, les partenaires de mise en œuvre peuvent également envisager de recueillir les réactions de la communauté au sens large et des structures gouvernementales, telles que les membres du système de santé communautaire. Le retour d'information sera probablement obtenu à l'aide de méthodes qualitatives. Pour ce faire, les partenaires de mise en œuvre peuvent envisager de se référer aux *Outils qualitatifs : Méthodes qualitatives pour le suivi des activités de sécurité alimentaire financées par le Bureau d'aide humanitaire de l'USAID* (Fox, Cook et Peek 2023).

QUESTIONS

Déploiement

- Dans quel ordre la période d'enquête fournira-t-elle les différents éléments techniques aux groupes de soins ?

Adaptation

- Comment et à quelle fréquence la période d'enquête recueillera-t-elle les réactions des membres des groupes d'entraide, des bénévoles et de la communauté au sujet de la mise en place du soutien aux groupes d'entraide ?
- Comment la période d'enquête utilisera-t-elle le retour d'information reçu pour adapter le modèle de groupe de soins ?

Étape 4. Soutien à la transition et diffusion des expériences

DONNÉES CLÉS

- Il existe peu de données sur la pérennité des groupes de soins et des bénévoles des groupes de soins (Cornish et al. 2020).

Au cours de la phase de transition (quatrième et cinquième années), les partenaires de mise en œuvre se préparent à transférer leur soutien aux groupes d'entraide et aux volontaires des groupes d'entraide ou aux acteurs locaux. Pour ce faire, ils devront déterminer si les groupes et les individus sont prêts à fonctionner de manière indépendante ou si les acteurs locaux sont en mesure d'assumer des responsabilités. Enfin, les partenaires de mise en œuvre documenteront leurs expériences de mise en œuvre et les partageront avec la communauté des ONG et des donateurs.

I. SOUTIEN À LA TRANSITION POUR LES GROUPES, LES BÉNÉVOLES OU LES ACTEURS LOCAUX

Les partenaires de mise en œuvre doivent réfléchir à leur préparation en vue de la transition de l'aide. Au début de la quatrième année, ils peuvent utiliser les critères établis à l'étape 2 pour déterminer dans quelle mesure les groupes ou les individus peuvent fonctionner de manière indépendante s'ils sont transformés en groupe de génération de revenus. Si les groupes et les individus ont besoin d'un soutien supplémentaire, les partenaires de mise en œuvre peuvent envisager d'offrir une formation de remise à niveau sur des sujets techniques et non techniques, ainsi que de formaliser les liens avec d'autres groupes et ONG opérant au sein de la communauté. Les sujets non techniques peuvent également porter sur la manière de tirer parti des possibilités offertes par la communauté (par exemple, un emploi futur dans le cadre d'un autre projet).

Si les responsabilités sont transférées à des acteurs locaux, tels que le ministère de la santé, les partenaires de mise en œuvre devront toujours utiliser les critères définis à l'étape 2 pour déterminer si le personnel du ministère de la santé est prêt ou s'il a besoin d'un soutien supplémentaire. Cette remarque est valable même s'ils ont fait appel au personnel du ministère de la santé pour mettre en place les groupes de soins. Dans les deux cas, les partenaires de mise en œuvre devront alors suivre en permanence les progrès des groupes et des individus jusqu'à la fin de la subvention et intervenir pour résoudre les problèmes le cas échéant. La transition de l'aide sera un processus itératif.

2. DOCUMENTER ET DIFFUSER LES EXPÉRIENCES AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ DES ONG ET DES DONATEURS

Étant donné que les données sur les actions visant à soutenir les groupes et les individus à long terme sont limitées, les partenaires de mise en œuvre sont encouragés à documenter leurs expériences et à les partager avec l'ensemble des ONG et de la communauté des donateurs. Vous trouverez ci-dessous quelques suggestions de plateformes sur lesquelles les partenaires de mise en œuvre peuvent rechercher des expériences sur la durabilité des volontaires des groupes de soins ou partager leurs expériences :

- Le site web d'information sur les groupes de soins (www.caregroupinfo.org), qui favorise le partage des expériences de mise en œuvre, de la recherche et des guides/outils entre les pays et les organisations.
- Le Core Group (www.coregroup.org) pour le partage des connaissances, des preuves et des meilleures pratiques par le biais de conférences, de webinaires, de groupes de travail et d'autres approches de collaboration.
- Groupes du réseau de sécurité alimentaire
 - La plateforme centrale des ASC (www.CHW.org) pour le partage de la recherche et des ressources relatives aux ASC, rémunérés ou non.
 - Plateformes parmi les RFSA financées par BHA
 - Plateformes nationales et régionales dans le pays de mise en œuvre

QUESTIONS

Transition de soutien

- Les groupes et les bénévoles sont-ils en mesure de fonctionner de manière indépendante ?
- De quelles formations ou connexions supplémentaires les groupes et les individus pourraient-ils bénéficier ?
- De quel soutien supplémentaire le personnel du ministère de la santé a-t-il besoin pour assumer la pleine responsabilité du groupe ?

Documentation et divulgation

- Comment les partenaires de mise en œuvre documenteront-ils leur expérience en matière de conception d'une approche communautaire de la nutrition en tenant compte de la durabilité dès le départ ?
- Par le biais de quelles plateformes et sous quelle forme les partenaires de mise en œuvre peuvent-ils partager leurs expériences ?



Crédit photo : Andrew Cunningham, JSI

Recherche complémentaire

Pour aider les partenaires de mise en œuvre à explorer les sujets de recherche opérationnelle pertinents pour leur projet et leur contexte, nous présentons des sujets illustratifs recueillis auprès des parties prenantes et de la littérature. Il s'agit notamment de points suivants :

1. Élaborer des modèles pour la durabilité des groupes de soins. Ces questions couvrent les aspects du modèle des groupes de soins qui pourraient être prometteurs pour la durabilité.

- **Regroupement optimal des participants :** Le regroupement des participants en groupes de soins (par exemple, en fonction de l'âge, de la grossesse, du fait d'être nouvellement marié) favorise-t-il ou nuit-il à la durabilité ? Favorise-t-il une plus grande cohésion et une transition plus aisée vers des activités de suivi adaptées aux besoins du groupe ? Y a-t-il des implications négatives pour le changement de comportement ?
- **Structures traditionnelles :** L'exploitation des groupes traditionnels et des structures favorise-t-elle la durabilité ?
- **Appropriation par la communauté :** Quelles sont les meilleures pratiques des partenaires de mise en œuvre qui ont promu les groupes de soins en tant que ressource communautaire plutôt qu'en tant qu'activité de projet ?
- **Les points de vue des communautés sur la durabilité :** Que peuvent apprendre les partenaires de mise en œuvre sur la durabilité en comprenant mieux les perceptions des groupes de soins par les communautés ?
- **Soutien aux bénévoles :** Quel est le soutien minimum requis pour les groupes de soins en ce qui concerne la fréquence du soutien des promoteurs aux bénévoles des groupes de soins ? Quels sont les éléments de l'approche légère d'un groupe de soins qui sont essentiels au changement de comportement ? Dans quelle mesure ce modèle léger est-il généralisable ?
- **Intégration de nouveaux membres :** Quels mécanismes peuvent être utilisés efficacement par la communauté pour intégrer les nouvelles femmes enceintes dans les groupes de soins après la clôture du projet ?
- **Intégration aux systèmes du ministère de la santé :** Comment le modèle des groupes de soins doit-il être adapté pour être à la fois faisable et efficace, tout en s'appuyant sur les modèles gouvernementaux existants ?

2. Rôle de bénévole dans le groupe de planification des soins. Ces questions portent sur la manière dont les partenaires de mise en œuvre peuvent concevoir ou soutenir les groupes de soins afin de faciliter au mieux l'expression et le leadership des femmes à long terme. Il peut s'agir d'une forme de motivation durable pour les bénévoles des groupes de soins, qui sont principalement des femmes.

- Quels sont les avantages et les inconvénients des différentes stratégies de sélection des volontaires des groupes de soins (par exemple, sélection communautaire au sein de la cohorte du groupe, autosélection) ?
- Quel est l'impact du processus de sélection des bénévoles du groupe de soins sur la fidélisation des bénévoles ? Quel est le profil du bénévole du groupe de soins qui est efficace et qui reste dans son rôle ?
- Comment les partenaires de mise en œuvre peuvent-ils aider les bénévoles des groupes de soins à constituer une ressource future durable (par exemple, en faisant connaître ce rôle, en s'impliquant dans d'autres mécanismes communautaires) ?
- Comment les groupes de soins peuvent-ils aider les participants à devenir de nouveaux bénévoles des groupes de soins, plutôt que de quitter le groupe ?

3. Évolution de l'objectif du groupe de soins. Ces questions portent sur l'impact de l'évolution des groupes de soins vers des groupes ayant un autre objectif que le groupe détermine lui-même.

- Pouvons-nous tester des modèles pour déterminer dans quelle mesure les deux objectifs des VSLA et des groupes de soins pourraient être combinés pour soutenir les deux parties, comme les moyens de subsistance/revenus et les comportements en matière de santé/nutrition ?
- Comment les bénévoles ou les participants formés aux groupes de soins peuvent-ils rester une ressource communautaire en matière de nutrition/santé de manière structurée, plutôt que ponctuelle ?

4. Comportements durables et normes sociales. Ces questions visent à déterminer si les changements de comportements et de normes sociales obtenus lorsque les groupes de soins fonctionnent peuvent être maintenus.

- Quel est le seuil de changement des comportements ou des normes sociales (en ce qui concerne les comportements permanents et transitoires) qui peut être maintenu sans aucune action de sensibilisation et de promotion intentionnelle ?
- Quelles stratégies de renforcement des capacités permettent aux groupes de soins d'exercer une influence continue sur l'évolution des normes, compte tenu de leur potentiel en tant qu'agents de changement dans le domaine de la nutrition ?
- Le modèle de pairs pour les groupes de soins est-il suffisant pour influencer durablement les changements de comportements et de normes sociales des participants ?

5. Des systèmes de suivi qui facilitent la durabilité. Ces questions portent sur le type de systèmes de suivi (méthodes, outils, indicateurs, etc.) nécessaires pour suivre et évaluer la transition du soutien aux volontaires des groupes d'entraide des partenaires de mise œuvre vers les acteurs locaux.

- Quels sont les systèmes de contrôle optimaux pour suivre la transition des groupes de soins des partenaires de mise œuvre vers les acteurs locaux au cours des deux dernières années du projet ?
- Quels sont les systèmes de contrôle optimaux pour suivre la transition des groupes de soins vers d'autres activités au cours des deux dernières années du projet ?
- Comment les partenaires d'exécution peuvent-ils évaluer la motivation des volontaires et adapter leurs approches aux priorités des volontaires ?

Références

- Options absolues. 2016. « Kore Lavi Haiti : Évaluation à mi-parcours ». PA00M5HG.pdf ([usaid.gov](https://www.usaid.gov)).
- ADRA (Agence adventiste de développement et de secours). 2017. « ADRA ASOTRY - Examen conjoint à mi-parcours ». PA00SVTD.pdf ([usaid.gov](https://www.usaid.gov)).
- Aldrich, Daniel. 2012. Construire la résilience : Capital social dans le rétablissement post-catastrophe. Chicago: University of Chicago Press. <https://www.ssrc.org/publications/building-resilience-social-capital-in-post-disaster-recovery/>.
- Bhattacharya, Karabi, Karen LeBan, Marie Tien et Peter Winch. 2001. Incitations et désincitations pour les agents de santé communautaire : Comment elles affectent la motivation, la rétention et la durabilité. Arlington, VA: Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II). <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Community-Health-Worker-Incentives-and-Disincentives-How-They-Affect-Motivation-Retention-and-Sustainability.pdf>.
- Burra, Neera, Joy Deshmukh-Ranadive, et Ranjani Murthy. eds. 2005. Micro-crédit, pauvreté et autonomisation : Lier la triade. Dans B-42, Panchsheel Enclave, New Delhi 110 017 Inde : SAGE Publications India Pvt Ltd. <https://doi.org/10.4135/9788132102137>.
- Groupes de soins. n.d. « Liste des personnes chargées de la mise en œuvre du groupe de soins ». Consulté le x novembre 2023. <https://caregroupinfo.fh.org/resources/implementers-list>.
- Coates, Jennifer, Alexander Blau, Tina Galante et Elizabeth Kegode. 2016. Développement durable : Synthèse des résultats d'une étude menée dans quatre pays sur la durabilité et les stratégies de sortie des projets d'aide alimentaire au développement. Étude nationale du Kenya. Washington, D.C. : Projet FHI/360/FANTA III.
- Concern Worldwide. 2014. Intégration des groupes de soins dans les systèmes du ministère de la santé : Guide de l'utilisateur pour la mise en œuvre. États-Unis : Concern Worldwide.
- Groupe de travail sur la nutrition du CORE Group, FANTA et Save the Children. 2015. Assistant de conception de programmes de nutrition : outil pour les planificateurs de programmes. Version 2. Washington, D.C.: FANTA/ FHI360. <https://www.fantaproject.org/tools/nutrition-program-design-assistant-npda>.
- Cornish, Disa Lubker, Susan Roberts-Dobie et Halkeno Tura. 2020. « Mère à mère : Évaluation de la durabilité d'un modèle de pairs pour communiquer des messages sur la nutrition au Mozambique ». Journal africain des sciences de la santé 32 (5) : 53-63. <https://doi.org/10.4314/ajhs.v32i5>.
- Dharmadasa, Harshani, Syed M. Hashemi, Sadna Samaranayake, et Lauren Whitehead. 2015. Boîte à outils PROPEL : Guide de mise en œuvre de l'approche de graduation des ultra-pauvres. New York, NY : BRAC. <https://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2016/Poverty-SDGs/BRAC-PROPEL-Toolkit.pdf>.
- Elisberg, Jessica. 2021. Boîte à outils Global LEAD (Leadership et éducation pour le développement) : Ressources pour soutenir les opportunités pour les jeunes de contribuer et de diriger le développement communautaire. YouthPower2 : Apprentissage et évaluation (YP2LE). https://www.youthpower.org/sites/default/files/YouthPower/files/resources/Global-LEAD-toolkit_110421.pdf.
- Fox, K., H. Cook et N. Peek. 2023. Boîte à outils qualitative : Méthodes qualitatives pour le suivi des activités de sécurité alimentaire financées par le Bureau d'aide humanitaire de l'USAID. Washington, D.C.: Implementer-led Design, Evidence, Analysis and Learning (IDEAL) Activity. https://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/2023-04/IDEAL_Qualitative_Toolkit_1.pdf.
- Groupe de travail FSN SBC (Sécurité alimentaire et réseau nutritionnel social et comportemental). 2014. Groupes de soins : Manuel de formation pour la conception et la mise en œuvre de programmes. Washington, DC : Programme de soutien à la performance technique et opérationnelle.

- George, Christine Marie, Tom Davis, Jamie Perin, Henry Perry, Jim Ricca, Yvonne Tam et Emilia Vignola. 2015. « Évaluation de l'efficacité des groupes de soins dans l'extension de la couverture des interventions clés pour la survie de l'enfant et la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans : Une analyse comparative à l'aide de l'outil Lives Saved Tool (LiST) ». BMC Public Health 15 (September): 835. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2187-2>.
- Hodgins, Steve, Lauren Crigler, et Henry Perry. 2018. « Développer et renforcer les programmes d'agents de santé communautaire à grande échelle : Un guide de référence pour les gestionnaires de programmes et les décideurs politiques ». Working Papers, avril. <https://ideas.repec.org/p/ess/wpaper/id12708.html>.
- IMPEL. 2020a. Apprendre des évaluations : Un examen de 16 évaluations à mi-parcours des programmes de développement de la sécurité alimentaire financés par l'USAID entre 2015 et 2020. Washington, DC : l'évaluation et l'apprentissage sous l'égide des organismes d'exécution.
- . 2020b. Projet de sécurité alimentaire du Sud Kivu (FSP) - Activité de développement de la sécurité alimentaire d'Enyanya en République démocratique du Congo (RDC). Washington, D.C. : Prix IMPEL.
- Kore Lavi. 2017. Rapport annuel des résultats de l'exercice 17. Haïti : Soins.
- Laboratoire d'apprentissage. 2018. Faciliter la pause et la réflexion. https://usaidelearninglab.org/sites/default/files/resource/files/cla_toolkit_adaptive_management_facilitating_pause_and_reflect_final_508.pdf.
- Lippman, L.H., R. Carney, K.A. Moore, et R. Ryberg. 2015. Les « compétences non techniques » clés qui favorisent la réussite des jeunes sur le marché du travail : Vers un consensus entre les domaines. Washington, D.C. : USAID, FHI 360, Child Trends.
- MkNelly, Barbara, et Christopher Dunford. 1998. Impact du crédit et de l'éducation sur la nutrition des mères et de leurs jeunes enfants : Lower Pra Rural Bank Credit with Education Program in Ghana. Davis, CA : Freedom from Hunger.
- Ncube-Murakwani, Pamela, Sijabulisiwe Beatrice Dube, Mutsa Dzimba, Mackson Maphosa et Shamiso Moyo. 2020. Document de discussion : Mise en œuvre de groupes de soins pour une meilleure nutrition maternelle et infantile : Facteurs critiques de réussite du programme Amalima dans les zones rurales du Zimbabwe. Zimbabwe : Amalima.
- (NIH) Instituts nationaux de la santé. 2011. Principes de l'engagement communautaire (2e édition). <https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/index.html>.
- Perry, Henry B., Stanley Blanco, Corey Gregg, Jason Lambden, Ramiro Llanque, Shayanne Martin, Mario Valdez, et al. 2023. « Réduire les inégalités en matière de santé maternelle et infantile dans les zones rurales du Guatemala grâce à l'approche CBIO+ de Curamericas : 2. Site, conception et méthodes de l'étude ». International Journal for Equity in Health 21 (Suppl 2) : 195. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01754-w>.
- Pieterse, Pieterella, Ellen Chirwa, Anne Matthews et Aisling Walsh. s.d. « Quels sont les mécanismes et les contextes par lesquels les groupes de soins parviennent à un changement social et comportemental dans les pays à faibles et moyens revenus ? Résultats d'une synthèse réaliste sur la motivation de groupe ». Public Health Nutrition 25 (10) : 2908-19. <https://doi.org/10.1017/S1368980022001367>.
- Rogers, Beatrice Lorge, et Jennifer Coates. 2015. Développement durable : Synthèse des résultats d'une étude menée dans quatre pays sur la durabilité et les stratégies de sortie des projets d'aide alimentaire au développement. Washington, D.C. : FHI360/FANTA III.
- Rogers, Beatrice, Jamie Fierstein, et Leslie Sanchez. 2016. Développement durable : Synthèse des résultats d'une étude menée dans quatre pays sur la durabilité et les stratégies de sortie des projets d'aide alimentaire au développement. Étude sur le Honduras. Washington, D.C. : Projet FHI/360/FANTA III.
- Rogers, Beatrice, Jamie Fierstein, Johanna Andrews Trevino, et Kathryn Wouk. 2016. Développement durable : Synthèse des résultats d'une étude menée dans quatre pays sur la durabilité et les stratégies de sortie des projets d'aide alimentaire au développement. Étude sur la Bolivie. Washington, D.C. : Projet FHI/360/FANTA III.

- TANGO (Assistance technique aux ONG) International. 2018. Évaluation à mi-parcours du programme SHOUHARDO III.
- TOPS (Programme de soutien à la performance technique et opérationnelle. 2016. Groupes de soins : Guide de référence pour les praticiens. Washington, DC : Programme de soutien à la performance technique et opérationnelle.
- Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) en action pour la nutrition. 2021a. Liste des compétences des agents de santé communautaire en matière de changement social et comportemental dans le domaine de la nutrition. Arlington, VA: USAID Advancing Nutrition. https://www.advancingnutrition.org/sites/default/files/2021-08/chw_competency_list_nutrition_sbc.pdf.
- . 2021b. Hiérarchisation des comportements nutritionnels multisectoriels. Arlington, VA: USAID Advancing Nutrition. https://www.advancingnutrition.org/sites/default/files/2021-08/prioritizing_behaviors_tool_for_high_quality_sbc.pdf.
- VSL Associates. n.d. « Méthodologie des VSLA » <https://www.vsla.net/the-vsla-methodology/>.
- Walker, Polly R., Lauren Crigler, Shannon Downey et Karen LeBan. 2013. Principes directeurs à l'intention des organisations non gouvernementales et de leurs partenaires pour une extension nationale coordonnée des programmes d'agents de santé communautaire. Washington, D.C.: CORE Group, World Vision International. https://www.wvi.org/sites/default/files/CHW_Principles_of_Practice_Final.pdf.
- Weiss, Jennifer, Raphael Makonnen, et Delphin Sula. 2015. « Le transfert de la gestion d'un système de bénévolat communautaire pour améliorer les résultats en matière de santé infantile : Résultats d'une étude de recherche opérationnelle au Burundi ». BMC Health Services Research 15 Suppl 1 (Suppl 1) : S2. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S1-S2>.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2018. Directive de l'OMS sur l'appui aux politiques et aux systèmes de santé pour optimiser les programmes d'agents de santé communautaire. Genève : Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275474>

Annexe I : Résumé des preuves

TABLEAU I EN ANNEXE. REVUE ET RÉSUMÉ DES ARTICLES QUI DONNENT UN APERÇU DE LA DURABILITÉ DES ASC

OBJECTIF DE L'EXAMEN	PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS
Examens et résumés concernant la viabilité des ASC, y compris des VSC	
Agarwal, S., Sripad, P., Johnson, C. et al. 2019. « Cadre conceptuel pour mesurer le rendement de l'effectif en santé communautaire dans les systèmes de soins de santé primaires » Ressources humaines pour la santé 17, 86. https://doi.org/10.1186/s12960-019-0422-0.	
Proposer un cadre commun pour mesurer les performances des ASC, y compris les indicateurs et les considérations relatives à la mesure.	<ul style="list-style-type: none"> Des articles de revues spécialisées, des rapports et des outils de collecte de données au niveau mondial ont été examinés afin d'identifier les principaux domaines de mesure pour le suivi des performances des ASC. Trois consultations ont été organisées avec des acteurs mondiaux, des responsables de la mise en œuvre de la santé communautaire, des défenseurs, des experts en mesure et des représentants du ministère de la santé. Vingt-et-un (21) paramètres de mesure ont été identifiés, notamment des domaines clés liés à la durabilité (par exemple, la mesure des incitations pour les ASC, la supervision et l'évaluation des performances, l'utilisation des données, la communication des données, la prestation de services, la qualité des services, l'absentéisme et l'attrition des ASC, l'utilisation des services par la communauté, l'expérience des services, la référence / contre-référence, la crédibilité/confiance, les coûts programmatiques). Quarante-six (46) indicateurs ont été retenus pour mesurer les sous-domaines. Des informations de qualité sur les performances, la satisfaction, l'attrition et la crédibilité/confiance des ASC, les coûts, etc. aideraient les programmes à mieux concevoir des approches durables.
Bhattacharyya, K., K. LeBan, M. Tien et P. Winch. 2001. Incitations et désincitations pour les agents de santé communautaire : Comment elles affectent la motivation, la rétention et la durabilité. Arlington, VA : Projet BASICS II (Soutien de base à l'institutionnalisation du projet de survie de l'enfant) pour l'Agence des États-Unis pour le développement international.	
Examiner l'expérience acquise en matière d'incitations pour les ASC et déterminer quels types d'incitations sont nécessaires pour motiver et fidéliser les bénévoles.	<ul style="list-style-type: none"> Décrit 5 catégories d'incitations au volontariat utilisées pour motiver les ASC individuels, notamment 1) les incitations monétaires ; 2) les incitations non monétaires ; 3) les facteurs au niveau de la communauté ; 4) les facteurs qui motivent les communautés à soutenir les ASC ; et 5) les facteurs qui motivent le personnel du ministère de la santé à soutenir et à appuyer les ASC. Présente les incitations financières comme puissantes mais compliquées, car elles peuvent inciter les bénévoles à fournir des services plus faciles à quantifier (par exemple, des services curatifs plutôt que préventifs, comme la promotion de la nutrition). Constate que les incitations en nature sont très appréciées par les volontaires (par exemple, accès au crédit, traitement préférentiel dans les établissements de santé). Établit un lien entre une formation et une supervision efficaces et la fidélisation des bénévoles, la reconnaissance du public et les relations positives avec la communauté. Le processus de sélection des ASC risque de subir des influences injustes (par exemple, le népotisme), tandis que la sélection inclusive est associée à la rétention. L'étude recommande que les projets et les systèmes de santé nationaux renforcent et légitiment le rôle des ASC afin d'en améliorer l'efficacité, la rétention et la satisfaction.

OBJECTIF DE L'EXAMEN	PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS
<p>Crigler L., D. Bjerregaard, R. Furth, et K. Hill. 2011. Matrice d'évaluation et d'amélioration des agents de santé communautaire (CHW AIM) : Boîte à outils pour améliorer les programmes et les services des agents de santé communautaire. Publié par le projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).</p>	
<p>Une auto-évaluation guidée qui aide une équipe à évaluer son propre programme en fonction de 15 composantes programmatiques et de quatre (4) niveaux de fonctionnalité. Les participants utilisent les résultats pour élaborer des plans d'action visant à remédier aux faiblesses des performances.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend deux ressources clés : 1) une matrice de fonctionnalité du programme avec 15 éléments clés pour évaluer un programme d'ASC existant, et 2) une matrice d'intégration des services pour déterminer comment les rôles des ASC s'alignent sur les lignes directrices du programme et les lignes directrices nationales. • Quinze (15) éléments sont pris en compte : Le recrutement des ASC, les fonctions, la formation initiale et continue, l'équipement/les fournitures, la supervision, l'évaluation des performances, les incitations, l'implication de la communauté, les systèmes d'orientation, les possibilités d'avancement, la documentation et la gestion de l'information, les liens avec le système de santé, l'évaluation des performances du programme et l'appropriation du programme par le pays. • Recommande que les projets définissent les rôles spécifiques des ASC afin de garantir une formation, un soutien et des incitations adaptés aux fonctions exactes de l'emploi. • La conclusion est une section sur les raisons pour lesquelles chaque composante du programme recommandé est importante pour la conception/évaluation d'un programme d'ASC.
<p>Colvin, C.J., S. Hodgins, et H.B. Perry. 2021. « Les agents de santé communautaire à l'aube d'une nouvelle ère : 8. Incitations et rémunérations » Politique et systèmes de recherche dans le domaine de la santé 19 (Suppl 3), 106. https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w.</p>	
<p>Examiner les types d'incitations offertes aux ASC et les facteurs associés à la motivation et à la démotivation des ASC. Les résultats sont basés sur l'examen de données d'études de cas détaillées concernant la rémunération et les incitations des ASC dans 29 programmes nationaux d'ASC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une fausse dichotomie entre les ASC rémunérés motivés par le gain personnel et les ASC bénévoles motivés par l'altruisme - en fait, c'est plus complexe. Une combinaison de mesures incitatives peut s'avérer plus utile pour répondre aux besoins du programme au fil du temps. • Les relais communautaires ne s'attendent pas à ce que les incitations répondent à tous leurs besoins, mais ils en attendent un certain bénéfice. Les ASC motivés uniquement par l'altruisme ont des taux d'attrition plus élevés. Cependant, l'altruisme est un facteur central pour la plupart des ASC, de même que la qualité et la fonctionnalité des relations entre les ASC et avec les membres de la communauté et les agents de santé. La motivation est soutenue lorsque les relais communautaires se sentent valorisés. • La motivation des ASC est positivement influencée par le sentiment d'être un élément important du système de santé, avec des rôles et des responsabilités bien définis. • Il est essentiel pour les ASC d'avoir le sentiment que leur travail est « faisable » et d'avoir des possibilités optimales de développement personnel et professionnel. • Les résultats soutiennent les lignes directrices de l'OMS de 2018 sur la nécessité d'accords écrits qui définissent le rôle et les responsabilités des ASC, les conditions de travail, la rémunération et les droits des travailleurs, ainsi que la compensation financière, lorsque cela est possible.
<p>Closser, S., R. Abesha, G. Backe, S. Fossett, H. Napier, H. Gebremariam, K. Maes et Y. Tesfaye. 2019. « Le travail bénévole dans le domaine de la santé communautaire permet-il aux femmes de s'émanciper ? Témoignages de l'Armée éthiopienne pour le développement des femmes ». Politique et planification de la santé 34, 298-306.</p>	
<p>Examiner l'hypothèse selon laquelle le travail des VSC est source d'autonomisation pour les femmes. Ce rapport présente les résultats d'entretiens, d'observations, d'analyses documentaires et d'une enquête menée dans la région rurale d'Amhara, en Éthiopie, de 2013 à 2016, afin d'explorer les expériences d'autonomisation des femmes ASC non rémunérées au sein de l'Armée éthiopienne pour le développement des femmes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Environ deux tiers des VSC sont des femmes, ce qui établit un lien entre le genre et les idées sur le bénévolat. • Les ONG définissent souvent l'autonomisation comme un état psychologique, alors que la définition anthropologique de l'autonomisation se concentre sur l'augmentation de l'efficacité personnelle conduisant à des changements de pouvoir ou de statut. • Cependant, l'article souligne que « les ASC sont souvent des employés privés de pouvoir, situés au bas de l'échelle des bureaucraties sanitaires et confrontés à de sévères restrictions quant à leur capacité à défendre leurs intérêts ou à répondre aux besoins de leurs communautés ». • Compte tenu de l'intérêt des donateurs et des ONG pour la durabilité, l'objectif du programme consiste souvent à maintenir les femmes dans leur rôle de bénévoles, mais pour qu'elles progressent, elles peuvent avoir besoin d'accéder à d'autres rôles et à des opportunités rémunérées.

OBJECTIF DE L'EXAMEN	PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS
<p>Pallas, S.W., E. H. Bradley, L. Curry, D. Minhas, R. Pérez-Escamilla, et L. Taylor. 2013. « Les agents de santé communautaire dans les pays à revenus faibles et moyens : Que savons-nous de la mise à l'échelle et de la durabilité ? » Journal américain de la santé publique 103(7), e74-e82. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301102.</p>	
<p>Développer des critères pour identifier les cas d'extension, de durabilité et de réussite des programmes d'ASC et mener une étude systématique des déterminants de la réussite de la mise à l'échelle et de la durabilité des programmes d'ASC dans les pays à revenu faible et intermédiaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 19 articles ont été examinés à partir des expériences des ASC dans 16 pays, révélant ainsi 23 facteurs favorables et 15 obstacles à l'extension et à la durabilité. • Les facteurs ont été regroupés en trois catégories : 1. la conception et la gestion du programme (par exemple, les stratégies de recrutement, la qualité de la formation, la supervision, les types d'incitations), 2. l'adaptation à la communauté (par exemple, la compatibilité du programme des ASC avec les normes de la communauté et la valeur perçue par les membres de la communauté), et 3. l'intégration dans l'environnement plus large (par exemple, avec le système de santé ou des entités extérieures à la communauté). • Conception et gestion du programme : <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs favorables : gestion et supervision cohérentes des ASC et du programme des ASC ; sélection de personnes respectées en tant qu'ASC ; formation intensive avec des périodes de pratique ; incitations ; et possibilités d'avancement. • Obstacles : rémunération ou incitations insuffisantes pour les ASC par rapport à d'autres possibilités d'emploi ; longues distances ; gestion déficiente ; formation insuffisante ; manque de fournitures, contraintes et charge de travail élevée. • Equipement de la communauté : <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs favorables : recrutement au sein de la communauté, accord avec les normes religieuses/morales, adaptation des tâches aux besoins/normes de la communauté, collaboration avec les organisations communautaires existantes/leaders traditionnels. • Obstacles : manque de soutien de la part de la communauté/de valeur accordée au rôle des ASC et manque de soutien de la part de la famille • Intégration dans un environnement plus large : <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs favorables : Intégration ou coopération des ASC avec le système de santé au sens large et les prestataires de soins de santé existants • Obstacles : faible respect des ASC ou mauvaise intégration dans le système de santé • Conclusions : <ul style="list-style-type: none"> • Les programmes des ASC doivent être acceptables pour les communautés spécifiques - commencez par des gains rapides ou des activités très médiatisées pour gagner en crédibilité. • Mettre en place des mécanismes de motivation et d'incitation (en particulier la reconnaissance sociale) et adapter la charge de travail aux besoins/attentes/incitations. • Étudier les stratégies de financement par le biais de mécanismes nationaux/locaux et autres. Il est intéressant de noter que rien ne prouve l'existence d'une durabilité grâce au soutien des donateurs étrangers. • Trouver un équilibre entre l'intégration dans le système de santé au sens large et le contexte local, car le système de santé peut fournir des ressources, une formation, une coordination et une motivation pour les ASC, mais peut affaiblir la confiance de la communauté envers les ASC. • Une série de questions clés liées aux sujets ci-dessus est fournie à titre de ressource de planification.

OBJECTIF DE L'EXAMEN	PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS
<p>Perry, H., et L. Crigler, eds. 2013. Développer et renforcer les programmes d'agents de santé communautaire à grande échelle : Orientations pour les gestionnaires de programmes et les décideurs politiques. Washington, D.C.: USAID/MCHI.</p>	
<p>Un guide pratique pour aider au développement ou au renforcement d'un programme d'ASC, en tirant les leçons d'autres pays qui ont mis en œuvre des programmes d'ASC à grande échelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Section 1. Planification, gouvernance et finances • Section 2 RH (rôle des ASC, recrutement, formation, supervision, motivation) • Section 3. Contexte de la santé communautaire • Section 4. Questions opérationnelles (par exemple, augmentation de l'échelle, mesures et données) 	<ul style="list-style-type: none"> • Remarque : il existe une version complète et une version condensée de ce guide. • Le guide est axé sur les programmes d'ASC à grande échelle dans le secteur public, mais il propose des catégories et des questions utiles pour la création de programmes d'ASC, tels que les groupes de soins. • Le chapitre II comprend des sujets sur la motivation et les incitations des ASC, y compris le rôle des incitations financières et non financières et les décisions clés qui doivent être prises sur la définition et le financement des incitations des ASC. • Un recrutement, une formation et une supervision efficaces des ASC contribuent à leur satisfaction et à leur fidélisation. • Les résultats soulignent et encouragent le fait qu'un objectif global des programmes ASC consiste à étendre la portée et la qualité des services de soins de santé et des résultats (et non à améliorer un aspect spécifique du programme ASC), et que par conséquent, toutes les activités ASC/VSC devraient contribuer au système de santé dans son ensemble.
<p>Rajaa S. et B. Palanisamy. 2022. « Facteurs qui déterminent la durabilité d'un programme de bénévolat dans le domaine de la santé communautaire - Examen de la portée » Indian J Med Ethics 2022 Oct-Dec ; 7(4) NS : 279-286. DOI : 10.20529/IJME.2022.079.</p>	
<p>Identifier les facteurs qui influencent le succès et la durabilité d'une communauté.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs socio-économiques : <ul style="list-style-type: none"> • Sexe : Le taux d'attrition est plus élevé chez les femmes en raison de la charge de travail et de l'emploi du temps. • Âge : Le taux d'attrition est plus élevé chez les bénévoles de moins de 40 ans. • État civil : Moins d'attrition chez les VSC mariés. • Éducation et profession : Moins d'attrition chez les personnes instruites et dans le secteur informel.
<p>Le programme de volontariat en santé est basé sur une analyse approfondie des études qualitatives et quantitatives publiées entre janvier 2000 et mai 2022.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs du programme : <ul style="list-style-type: none"> • Communauté : Taux d'attrition plus élevé si les VSC sont choisis en dehors de la communauté. • Incitations : Le manque d'incitations est associé à un taux d'attrition plus élevé chez les ASC. • Volontaires existants : La sélection des VSC parmi les volontaires existants favorise la durabilité. • Soutien familial : Si les VSC bénéficient d'un soutien familial, la durabilité s'en trouve facilitée. • Facteurs socioculturels : Le fait de manquer des occasions/devoirs familiaux est associé à l'attrition. • Facteurs liés au programme : description claire du poste, formation appropriée, supervision de soutien, identification et reconnaissance de la part de la communauté, sécurité et aide au déplacement.

OBJECTIF DE L'EXAMEN	PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS
<p>Walker, P., L. Crigler, S. Downey, et K. LeBan. 2013. ASC « Principes de pratique » Principes directeurs à l'intention des organisations non gouvernementales et de leurs partenaires en vue d'une extension nationale coordonnée des programmes d'agents de santé communautaire. Washington, D.C. : CORE Group, World Vision International.</p>	
<p>Présente les « Principes de pratique » pour travailler avec les relais communautaires et demande aux ONG de les soutenir en tant que cadre pour le plaidoyer, la programmation et le partenariat entre les organisations. Ces principes soutiennent la durabilité des relais communautaires et les résultats de leur travail.</p>	<p>Une « mosaïque » de différentes pratiques de mise en œuvre entre les organisations entraîne l'omission d'établir « des normes minimales, des processus, de la qualité et de la couverture ». Les efforts déployés pour utiliser les programmes des ASC afin de mettre en place des systèmes de santé solides ne sont pas uniformes. C'est pourquoi sept principes clés sont proposés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir et investir dans les ASC au sein du système de santé publique (c'est-à-dire travailler avec les cadres existants des ASC avant d'envisager d'en créer de nouveaux). 2. Permettre et soutenir le leadership national (c'est-à-dire assurer le partenariat, l'approbation et la supervision des activités des ASC par le ministère de la santé). 3. Travailler avec et par l'intermédiaire des services et mécanismes de santé locaux existants, dans la mesure du possible, afin de les renforcer. 4. Établir des normes et des méthodes pour la motivation et le soutien des ASC dans le cadre d'une politique nationale unifiée. 5. Élaborer des normes minimales pour la mise en place d'une formation axée sur les besoins et les ressources, ainsi que pour la formation continue de cadres spécifiques d'ASC. 6. Soutenir des mécanismes unifiés pour l'établissement de rapports et la gestion des données relatives aux ASC. 7. Maximiser le rôle des ONG dans le soutien à la recherche sur les ASC, dans le développement d'innovations appropriées de faible technicité et dans l'adoption judicieuse de solutions rentables fondées sur des données probantes (en évitant par exemple les projets de type « boutique »).
<p>Examens et résumés de la durabilité spécifiquement liés à la mise en œuvre des groupes de soins</p>	
<p>Cornish, D.C., S. Roberts-Dobie et H. Tura. « Mère à mère : Évaluation de la durabilité d'un modèle de pairs pour communiquer des messages sur la nutrition au Mozambique ». Revue africaine des sciences de la santé Volume 32, numéro 5, septembre-octobre 2019.</p>	
<p>Examiner la durabilité des améliorations en matière de santé maternelle et infantile et de nutrition obtenues par un projet de survie de l'enfant financé par l'USAID qui a utilisé un modèle de groupe de soins en effectuant une évaluation de suivi cinq ans après la fin du programme avec d'anciens participants au projet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats suggèrent la continuité des capacités des mères leaders en tant que ressources communautaires et que certaines activités clés étaient toujours en cours (par exemple, les visites à domicile pour diffuser des messages de santé pendant les moments critiques du post-partum). • Les gains anthropométriques et les gains de connaissances en matière de santé ont semblé durables (bien que l'analyse aurait bénéficié d'un groupe de contrôle à des fins de comparaison). • Les auteurs ont recommandé des efforts pour intégrer l'approche des groupes de soins dans les systèmes de santé gouvernementaux et étudier les éléments nécessaires à une intégration réussie.
<p>Pieterse, P., E. Chirwa, A. Matthews et A. Walsh. 2022. « Quels sont les mécanismes et les contextes par lesquels les groupes de soins parviennent à un changement social et comportemental dans les pays à faibles et moyens revenus ? Résultats d'une synthèse réaliste sur la motivation de groupe ». Public Health Nutrition 25(10), 2908-2919. doi:10.1017/S1368980022001367.</p>	
<p>Passe en revue 42 textes relatifs à l'utilisation des groupes de soins pour examiner les moteurs des comportements des bénévoles et des participants et donner un aperçu de la façon dont les VSC peuvent être motivés et comment la motivation peut être maintenue. L'examen a porté sur des articles de journaux évalués par des pairs, des études de cas, des évaluations de programmes et des documents d'orientation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats ont montré que différents types de motivation sont à l'origine de la mise en place et de la durabilité des interventions des groupes de pairs. • La motivation provient de trois sources principales et a évolué au fil du temps : <ul style="list-style-type: none"> • Au départ, la motivation est venue des ressources fournies par l'ONG qui a créé les groupes de soins (jupes, badges d'identification, formation). • Cependant, lors de la mise en œuvre des groupes de soins, les bénévoles et les participants ont été motivés par la dynamique de groupe, le soutien mutuel, la reconnaissance par les pairs et le soutien de la communauté au sens large, ainsi que par les résultats positifs obtenus au sein de leur communauté. • Enfin, les volontaires et les membres du groupe se sont auto-motivés en participant aux activités du groupe. • Les concepteurs de programmes doivent tenir compte du fait que les motivations des bénévoles et des participants évoluent au fil du temps et proviennent de sources différentes.

OBJECTIF DE L'EXAMEN	PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS
<p>Weiss, J., R. Makonnen, et D. Sula. 2015. « Le transfert de la gestion d'un système de bénévolat communautaire pour améliorer les résultats en matière de santé infantile : Résultats d'une étude de recherche opérationnelle au Burundi ». Recherche sur les services de santé BMC 15 (Suppl 1), S2. https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S1-S2.</p>	
<p>Cette étude a évalué la possibilité que la supervision des activités des groupes de soins par le personnel du ministère de la santé permette d'obtenir les mêmes résultats en matière de santé infantile que la supervision assurée par le personnel spécialisé d'une ONG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'étude a utilisé un modèle quasi-expérimental pré-test/post-test pour comparer 45 groupes de soins dirigés par le ministère de la santé et 478 volontaires dans la zone d'intervention, avec 50 groupes de soins dirigés par des ONG et 509 volontaires dans la zone de comparaison. • Le modèle de groupe de soins dirigé par le ministère de la santé est au moins aussi performant que le modèle dirigé par les ONG pour ce qui est des résultats définis en matière de santé et de nutrition. • Les mères d'enfants de 0 à 23 mois dans les sites d'intervention et de comparaison ont fait état de niveaux de connaissances et de pratiques similaires pour la quasi-totalité (38 sur 40) des variables dépendantes mesurées. • Les données de suivi des processus ont confirmé une fidélité de mise en œuvre similaire pour les groupes de soins dirigés par le ministère de la santé et par les ONG. • L'étude prouve que les systèmes de santé communautaire du ministère de la santé sont capables d'obtenir des résultats en matière de changement de comportement par rapport aux interventions généralement mises en œuvre par les ONG (avec un soutien adéquat). Des recherches sont nécessaires pour documenter pleinement les intrants et les coûts monétaires supportés par le ministère de la santé pour la mise en œuvre du modèle.
<p>2014. « Groupes de soins : Implications des innovations actuelles, de la mise à l'échelle et de la recherche » Rapport de synthèse d'une réunion du groupe consultatif technique, Washington, D.C., 28-29 mai.</p>	
<p>Rapport du groupe consultatif technique de 2014 auquel ont participé 33 organisations dont les objectifs étaient les suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examiner la base de données du Groupe de soins. 2. Étudier les expériences d'adoption et d'extension au niveau national. 3. Explorer les implications des innovations et des évaluations récentes. 4. Identifier des recommandations pour une formation efficace et un contrôle de qualité afin de garantir un environnement participatif et d'apprentissage par les pairs pour parvenir à un changement de comportement. 5. Identifier les prochaines étapes, y compris un programme de recherche et des canaux pour partager les expériences avec les groupes de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants au groupe de conseil technique recommandent qu'une personne rémunérée au sein du système du ministère de la santé supervise les activités du groupe de soins et que le ministère de la santé joue un rôle actif dans la conception et la mise en œuvre. • Des informations sont nécessaires sur les coûts supportés par le ministère de la santé dans le cadre de l'approche par groupes de soins. • En termes de besoins de recherche, les participants ont identifié le besoin d'une évaluation rigoureuse des groupes de soins avec un modèle de contrôle randomisé et des recherches opérationnelles clés à poursuivre (présentées à la fin du rapport), y compris deux sujets liés à la durabilité : 1. la durabilité du changement de comportement des personnes qui s'occupent des enfants et des réunions de bénévoles, et 2. la durabilité des nouvelles cohortes de mères cheffes de file en transition après le projet.

Annexe II. Guides d'entretien avec les informateurs clés

Définition et attentes en matière de durabilité des groupes de soins

1. Compte tenu de votre expérience de travail avec les groupes de soins dans différents contextes, comment définiriez-vous la « durabilité » pour les groupes de soins ? Que pensez-vous qu'il se passera dans les communautés après la clôture ?

- Pensez-vous à des comportements durables dans la cohorte des mères participantes ?
- Pensez-vous que la durabilité est assurée par les responsables des groupes de soins qui continuent à rendre visite aux membres de leur groupe, ou que de nouveaux responsables de groupes de soins sont formés et recherchent de nouvelles femmes enceintes ou allaitantes ?
- Changements dans les normes sociales qui affectent la nutrition - comment les mesurer ?
- Étant donné qu'un grand nombre des comportements clés en matière de santé et de nutrition préconisés par les groupes de soins sont absolument nécessaires au cours des 1 000 premiers jours et sont donc temporaires, comment comprenez-vous cela en termes de pérennisation des changements de comportement ?
- Pouvez-vous nous faire part de vos expériences en matière d'intégration de nouveaux membres après la clôture d'un projet ?

Exemples de projets durable de groupes de soins

2. Pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples de projets qui ont réussi à favoriser la durabilité des services ou des résultats des groupes de soins ?

- Qu'est-ce qui a été pérennisé ?
 - Les projets étaient-ils orientés vers la poursuite de la fourniture de services de groupes de soins ?
 - Ou bien les projets étaient-ils orientés vers la durabilité des résultats des groupes de soins ?
 - Quels sont les facteurs importants pour la durabilité ?
 - Comment le potentiel de durabilité a-t-il été évalué ?
 - Quelles leçons les projets futurs peuvent-ils tirer de ces exemples ?

3. Pourriez-vous nous faire part d'expériences de groupes de soins qui ont réussi à diplômer les mères participantes et qui ont ensuite créé de nouveaux groupes ? À quoi ressemblait le modèle ?

- Dans quelles conditions pensez-vous qu'il est possible de créer continuellement de nouveaux groupes ?
- Pourriez-vous décrire des modèles efficaces que vous avez vus (pas seulement pour les groupes de soins) dans lesquels les membres du groupe « quittent » en raison de leur âge ou d'autres facteurs et transmettent ensuite leurs activités aux nouveaux membres du groupe ?

Expériences avec les groupes de soins intégrés dans les systèmes du ministère de la santé

4. Concernant les projets menés par les ONG en coordination avec le ministère de la santé pour intégrer la structure de soutien des groupes de soins dans les systèmes du ministère de la santé.

- Quels sont les aspects de l'intégration des groupes de soins dans les systèmes du ministère de la santé qui sont susceptibles d'être durables ? Compte tenu de ces aspects, comment pouvons-nous renforcer leur potentiel ?
 - Par exemple, soutenir les groupes de soins pour qu'ils deviennent des groupes de soutien permanents pour les membres, établir des liens avec les VSLA, les régimes d'assurance.
- Quelles sont les principales contraintes et comment un projet peut-il y répondre ?
- Quelles questions pensez-vous que les projets doivent poser au stade de la proposition et pendant la mise en œuvre pour se préparer au mieux à la réalité des options de durabilité avec le ministère de la santé ?
- Avez-vous pu observer la durabilité des groupes de soins avec le modèle de l'ONG et le modèle soutenu par le ministère de la santé ?

Contenu nécessaire et utilisation future du présent guide

5. Quelles sont les questions que vous jugez essentielles à aborder dans le guide progressif axé sur le développement durable ?

- Quels sont, selon vous, les éléments ou activités clés que le guide devrait contenir ?
 - Examinez également le format, la longueur, les exemples de guides et les principaux évaluateurs.
- Cycle de projet : Comment ce guide pourrait-il être utilisé dans le cycle du projet par les ONG lors de la conception et de la mise en œuvre des projets de sécurité alimentaire/nutrition ?
- Quelles sont les ressources à inclure ou auxquelles il faut se référer ?
- Existe-t-il des outils pour guider cette réflexion ?

Orientations pour le développement de stratégies de durabilité et de sortie pour les activités/résultats des ASC/VSC

6. Passons maintenant à la durabilité et aux stratégies de sortie des projets de sécurité alimentaire des ONG qui incluent des groupes de soins...

- Avez-vous vu des exemples de stratégies de durabilité et de sortie qui se concentrent de manière globale sur les groupes de soins ?
 - Dans l'affirmative, quels résultats les stratégies prévoient-elles pour les groupes de soins ?
- Pourriez-vous citer des stratégies de durabilité et de sortie qui constituent un exemple de bonnes pratiques ?
- Quels sont les aspects des stratégies de durabilité et de sortie qui doivent généralement être améliorés ?
Quels sont les aspects les plus forts (par exemple, la motivation, la capacité, les ressources, les liens) ?

Enfin, en ce qui concerne la manière dont les expériences des projets des ONG peuvent contribuer à la base de données relatives à la durabilité des groupes de soins...

7. Sujets de recherche opérationnelle : Spécifiquement pour les projets de sécurité alimentaire avec une composante santé et nutrition, pourriez-vous suggérer des sujets prioritaires pour la recherche opérationnelle sur la façon dont la conception du projet peut favoriser la durabilité des activités ou des résultats du Groupe de soins ?

Informations demandées aux donateurs

8. Quels sont les informations, les outils ou le soutien dont les donateurs ont besoin pour comprendre leurs attentes concernant la durabilité des activités des groupes de soins ou la durabilité des résultats de leur travail ?

- Les questions clés et les recommandations relatives à la motivation, aux capacités, aux ressources et aux liens seront tirées de la littérature existante sur la durabilité des dirigeants bénévoles de groupes de pairs.
 - Avez-vous des commentaires sur ces ressources, en particulier sur les plus récentes ?
 - Qui d'autre s'intéresse à ce sujet dans le monde universitaire, dans la recherche et parmi les donateurs ?
- Question de suivi (si le temps le permet) : Compte tenu des défis auxquels sont confrontés les pays où les RFSA sont programmées, le guide soulignera comment les facteurs contextuels liés aux systèmes de santé d'un pays, à l'instabilité politique ou économique et à d'autres facteurs nécessitent des considérations différentes concernant la durabilité des volontaires non rémunérés des groupes de pairs.
 - Quelles sont les différentes considérations à prendre en compte ?
- Question de suivi (si le temps le permet) sur les PRINCIPES DE BASE POUR LA DURABILITÉ : Le guide présentera des principes de base pour la durabilité (par exemple, un encadré) et y fera ensuite référence tout au long du guide (par exemple, planification précoce pour évaluer la viabilité de l'utilisation des groupes de prise en charge compte tenu du contexte ; lien avec les structures nationales existantes, le personnel et les résultats ; mettre l'accent sur les groupes/bénévoles existants ; éviter les nouveaux groupes/bénévoles ; mettre en œuvre un processus itératif pour planifier et replanifier selon les besoins ; planifier une sortie et une transition au début du cycle du projet pour assurer la viabilité).
 - Quels autres principes clés pourraient être intégrés ?

Annexe III. Résultats détaillés des entretiens avec les informateurs clés

Les informateurs clés avec lesquels nous nous sommes entretenus ont confirmé ce que nous avons trouvé dans la littérature et nous ont fourni des informations supplémentaires (voir les détails dans le **tableau 2**). L'une des conclusions les plus remarquables est que, parmi les parties prenantes qui ont partagé leurs idées sur la durabilité des groupes de soins, il ne s'est pas dégagé de consensus clair sur ce qu'elles attendaient des groupes de soins après la clôture du projet. Les attentes des parties prenantes se répartissent plutôt en quatre grandes catégories :

- 1. Modèle original de groupe de soins :** Les groupes de soins poursuivront les réunions de groupe et les visites à domicile avec les membres du groupe de soins initial.
- 2. Expansion des groupes de soins :** Les groupes de soins continueront à organiser des réunions de groupe et des visites à domicile ET à recruter de nouveaux membres à mesure qu'ils entrent dans une phase de leur vie où les enseignements des groupes de soins sont pertinents (par exemple, les femmes enceintes).
- 3. Comportements durables, pas de promotion active des comportements :** Les comportements et les normes sociales promus pendant le projet seront maintenus parmi les personnes qui ont participé aux groupes de soins pendant le projet ; cependant, les groupes de soins peuvent cesser d'organiser des activités pour promouvoir de nouveaux comportements et normes sociales.
- 4. Les groupes de soins évoluent pour répondre à des priorités autres que la santé et la nutrition :** Les groupes de soins adoptent un nouvel objectif qui répond aux besoins des mères responsables ou des participants au groupe de soins (par exemple, souvent lié à l'amélioration de la situation financière de la famille, comme les groupes d'épargne ou les activités de subsistance).

Principaux enseignements tirés des points de vue des informateurs clés :

Il n'est pas certain que les bénévoles soutiendront les activités des groupes de soins telles qu'elles ont été conçues. Dans l'ensemble, de nombreux informateurs clés étaient sceptiques quant au fait que les bénévoles continuent à organiser des réunions de promotion de la santé après le projet sans être rémunérés. La plupart d'entre eux estiment que les services des groupes de soins ne peuvent être maintenus que par des acteurs locaux disposant d'une incitation claire. Un informateur a estimé que, bien que BHA préfère ne pas s'appuyer sur le bénévolat, elle fait une exception pour les groupes de soins en raison de leur valeur pendant la mise en œuvre, même s'ils ne peuvent pas être maintenus. Les informateurs clés ont fait référence au fait que la volonté de continuer à faire du bénévolat dépend du contexte culturel du communautarisme, ainsi que de l'individu ; à cet effet, au moins un partenaire de mise en œuvre promeut le service aux autres comme une valeur fondamentale. Certains informateurs clés ont estimé que l'un des obstacles à la viabilité des groupes de soins est que la fidélité au modèle fondé sur des données probantes est souvent compromise, tandis que d'autres informateurs ont estimé que le modèle original n'est pas viable et qu'il doit donc être simplifié ou rationalisé afin d'améliorer les possibilités de viabilité. Les informateurs clés ont estimé que la plupart des projets n'avaient pas entièrement défini les aspects qu'ils prévoyaient de poursuivre après le projet.

Les informateurs clés ont le sentiment qu'il est peu probable que le recrutement de nouveaux participants aux groupes de soins se poursuive. Aucun informateur clé n'a signalé d'exemple de nouveaux participants qui continuent à être intégrés dans les groupes de soins après le projet. La majorité des informateurs clés ont estimé qu'il serait irréaliste pour les VSC de convoquer des réunions de groupes de soins et de recruter de nouveaux membres après la fin de l'aide, de la compensation ou de l'incitation. Dans l'ensemble, peu d'informateurs clés s'attendaient à ce que les groupes de soins continuent à recruter des membres qui deviennent éligibles pour participer (par exemple, grossesse, nouvelle mère). Certains ont toutefois regretté que le recrutement de nouveaux membres ne se poursuive pas, car ils considèrent qu'il s'agit là d'un résultat précieux à long terme. Quelques informateurs ont estimé que les groupes de soins qui intègrent de nouveaux participants après la clôture du projet devraient avoir un rôle spécifique (et probablement un financement). Ils ont distingué ce rôle, qui consiste à disposer de systèmes de recrutement continu, de la question de savoir si la mère cheffe de file serait disposée à poursuivre les activités d'enseignement.

Les bénévoles et les participants des groupes de soins sont convaincus qu'il existe un héritage durable en matière de changement de comportement. Plusieurs parties prenantes ont reconnu que les groupes de soins ne poursuivraient peut-être pas la promotion de la santé, mais qu'ils espéraient que les changements de comportement ou les nouvelles normes sociales obtenus pendant la durée du projet soient conservés ou étendus. Certains informateurs clés ont estimé que des changements durables dans les comportements et les normes sociales pourraient atteindre une masse critique/un point de basculement pendant la durée du projet. Cependant, il n'était pas clair si cela impliquerait l'ensemble de la communauté, notamment les futures familles, ou si cela se concentrerait sur le maintien

des comportements parmi ceux qui ont participé aux groupes de soins au cours du projet. Quelques informateurs clés ont estimé que les femmes qui faisaient partie d'un groupe de soins formel pendant le projet continueront à tendre la main aux nouvelles mères après le projet afin que les comportements soient maintenus, deviennent la nouvelle norme et soient transmis aux nouvelles mères. Mais d'autres informateurs clés ont déclaré qu'ils ne s'attendaient pas à ce que les stratégies organisées de communication sur le changement de comportement se poursuivent après la fin d'un programme. Plusieurs informateurs clés ont estimé que la durabilité devrait se concentrer sur la manière dont les objectifs comportementaux peuvent être atteints et maintenus, plutôt que sur la manière dont les groupes de soins (ou toute autre activité spécifique) peuvent continuer à être mis en œuvre.

Les groupes de soins semblent se transformer naturellement en groupes d'épargne. De nombreuses parties prenantes ont fait part d'expériences de première main concernant des groupes d'entraide qui ont spontanément adopté de nouvelles activités liées à l'amélioration de la situation économique des participants par le biais de groupes d'épargne ou d'activités liées aux moyens de subsistance. Néanmoins, les parties prenantes ont regretté que les groupes de soins ne puissent pas continuer à promouvoir la nutrition et la santé de manière durable, ce qui était l'objectif initial de ces groupes.

On a l'impression que les projets poursuivent un objectif de durabilité, sans toutefois définir les objectifs et les hypothèses spécifiques. De nombreux projets tentent de mettre en place les meilleures conditions de durabilité, bien que les aspects spécifiques à soutenir ne soient pas concrètement définis. Un informateur clé a indiqué qu'au cours d'un projet, les groupes de soins peuvent ne plus être nécessaires si d'autres ressources (par exemple, le ministère de la santé ou d'autres organisations) se chargent de promouvoir le changement de comportement.

Les données relatives à la durabilité sont rares. La plupart des informateurs clés ont estimé qu'ils n'avaient qu'une vision limitée de ce qui se passe après la clôture, en raison du manque de ressources pour suivre les activités après le projet. Presque tous les informateurs clés ont noté qu'au cours de leurs années d'expérience sur le terrain, ils n'ont personnellement observé que des exemples limités de groupes de soins maintenant des activités, car les bénévoles des groupes de soins cessent souvent de nombreuses activités environ six mois après la clôture du projet, en dépit de leur motivation exprimée à continuer. Certaines mères cheffes de file disent qu'elles ne peuvent pas poursuivre les activités prévues, mais qu'elles sont prêtes à rester une ressource au sein de la communauté pour fournir des conseils spécifiques si nécessaire. Un informateur clé a déclaré s'être rendu dans des régions où une RFSA avait changé de lieu et avoir eu l'occasion de parler avec des bénévoles de groupes de soins et des bénévoles dans des régions où le projet s'était terminé. Dans ce contexte, certains bénévoles et participants aux groupes de soins ont indiqué qu'ils continuaient à se réunir en raison des liens sociaux et de leur aisance avec les sujets, exprimant le plus d'enthousiasme pour les comportements visibles ou concrets, comme la construction d'un robinet à bascule ou la manière de tenir le bébé pour l'allaiter.

De rares exemples de bénévoles très efficaces par le biais de systèmes gouvernementaux ont été relevés, comme au Rwanda, au Bangladesh et au Népal, mais la motivation permanente est venue d'un système de financement basé sur la performance (par exemple, paiement basé sur le nombre et la qualité des visites à domicile, des référencement).

Les groupes de soins qui « évoluent » pour adopter un but au-delà de la santé et de la nutrition fournissent des exemples prometteurs. De nombreuses discussions avec les parties prenantes ont porté sur la manière dont certains groupes de soins évoluent pour adopter une source de motivation supplémentaire pour les responsables ou les participants des groupes de soins. Elles se répartissent en deux grandes catégories :

- **Les activités de promotion de la santé des bénévoles des groupes de soins sont associées à une source d'incitation financière pour les bénévoles.** Certains bénévoles des groupes de soins mènent des actions de promotion de la santé (par exemple, des conseils en matière de nutrition) simultanément ou en un lieu où ils fournissent un service ayant une valeur financière directe (par exemple, la vente de produits d'hygiène). En plus de « subventionner » le rôle du bénévole du groupe de soins, les réunions continues du groupe de soins fournissent un cadre pour la formation continue du personnel de la santé du gouvernement.
- **Les groupes de soins qui se reconvertissent dans un autre but qui sert les intérêts économiques des volontaires ou des participants du groupe de soins, par exemple en devenant un VSLA, une petite entreprise ou un groupe funéraire.** Conscient du fait qu'au fil du temps, la vie des femmes évolue entre les besoins liés à la grossesse, à la prise en charge de la petite enfance et aux comportements connexes, le groupe de soins peut également évoluer au fil du temps pour répondre à d'autres priorités de ses membres. Les parties prenantes ont cité plusieurs expériences de projets financés par l'USAID dans lesquels des groupes d'épargne ont spontanément vu le jour en raison de l'augmentation des revenus des participants au projet, qu'ils ont également utilisée pour tirer parti de l'expérience afin de lancer d'autres initiatives de groupe. Les parties prenantes ont mentionné des groupes de soins en Bolivie et au Burkina Faso ayant créé de petites entreprises qui proposent des services tels que la fabrication d'objets artisanaux. Même lorsque la promotion de la santé et de la nutrition n'est pas l'objectif principal du groupe, l'augmentation des actifs financiers contrôlés par les femmes constitue un moyen précieux d'améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle ainsi que la résilience des ménages.

Principes de durabilité partagés par les informateurs clés.

Sur la base de leurs expériences, les informateurs clés ont partagé plusieurs principes de durabilité qu'ils considèrent comme importants pour la planification et la mise en œuvre d'approches de durabilité. Il s'agit de :

- **Planification précoce** avec les principales parties prenantes pour améliorer l'appropriation des groupes de soins par la communauté et/ou le gouvernement.
- **L'existence de liens** avec les priorités et les stratégies du gouvernement qui permettent aux groupes de soins d'être intégrés dans le contexte d'une stratégie plus large et à long terme pour l'amélioration de la nutrition et de la santé.
- **Superposition, séquençement et intégration entre les secteurs** de sorte que les groupes de soins soient liés à différentes approches et à différents groupes communautaires (par exemple, les dirigeants communautaires, les hommes, différents comités), y compris avec d'autres programmes du gouvernement et des ONG.
- **Des approches de durabilité** itératives à adapter à intervalles réguliers pour répondre aux besoins et aux priorités des membres de la communauté, ainsi qu'à l'évolution de l'environnement favorable.
- **S'appuyer sur les groupes et structures existants** pour éviter de créer des structures parallèles (par exemple, faire en sorte que les groupes de soins rendent compte de leurs activités au comité de santé du village, impliquer les bénévoles existants dans les groupes de soins pour renforcer les capacités de la communauté en matière de santé).
- **Assurer une transition progressive** afin que les acteurs locaux puissent « pratiquer la durabilité » pendant que le personnel et les fonds du partenaire de mise en œuvre sont disponibles pour fournir un soutien (par exemple, encouragement, dépannage ou soutien à la gestion).
- **Appliquer des approches fondées sur le marché**, car elles sont très efficaces dans certains contextes et devraient être poursuivies lorsque c'est possible. Toutefois, la plupart des informateurs considèrent que les approches et les incitations fondées sur le marché sont plus difficiles à mettre en œuvre pour la promotion de la nutrition et de la santé, compte tenu de la norme sociale qui veut que l'on ne paie pas pour ces services.

TABLEAU 2. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

THÈME	CITATIONS ILLUSTRATIVES
PLANS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE	
<ul style="list-style-type: none"> • Les plans de développement durable manquent généralement de détails et d'approfondissement sur les attentes précises du Groupe de soins après le projet ; toutefois, de nombreux partenaires de mise en œuvre ont élaboré des feuilles de calcul détaillées à usage interne. • Lorsqu'il est prévu que les groupes de soins se poursuivent, les plans ne précisent souvent pas si de nouvelles cohortes de femmes seront recrutées à l'avenir. • De nombreux plans manquent d'informations sur les ressources post-attribution qui reposent sur des liens. 	<ul style="list-style-type: none"> • « L'un des défis est que (les plans de durabilité) ne demandent pas clairement chacun des facteurs critiques de motivation, de capacité et de ressources, mais en fait, les trois sont nécessaires pour atteindre la durabilité dans le domaine de la santé des enfants. » • « ... les plans se terminent souvent au moment du transfert au gouvernement ou à des partenaires, sans aller jusqu'aux détails de ce qui se fait dans la collectivité au sujet de la sortie et de la transition de la collectivité. »
MOTIVATION DES BÉNÉVOLES DES GROUPES DE SOINS POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA NUTRITION	
<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des bénévoles des groupes de soins ne sont pas rémunérés mais reçoivent des incitations qui ne peuvent pas être facilement remplacées après le projet (avantages tangibles et intangibles, tels que des aides à l'emploi, des subventions de transport, des compétences et le soutien du personnel). • De nombreux bénévoles des groupes de soins expriment le désir et l'intention de poursuivre leur activité. Toutefois, ils ont observé que les activités des bénévoles des groupes de soins diminuaient environ six mois après le projet. • La diversité des incitations offertes aux volontaires par les différentes ONG peut être source de confusion et d'attrition, car les volontaires changent de rôle en fonction des avantages qu'ils en tirent. 	<ul style="list-style-type: none"> • « Les ONG apportent un certain niveau d'énergie et d'influence en tant que facilitateur externe, et lorsqu'un projet se termine, cette énergie disparaît. » • « Les bénévoles de groupes de soins reçoivent encore des avantages, même des avantages matériels, comme du ciment ou des chaises, pour organiser une salle de réunion. Le flux de prestations s'arrête, et vont-ils continuer à organiser des réunions? » • « Dans les mêmes zones contiguës, les différents partenaires ont des manières différentes de former, d'équiper et d'encourager les relais communautaires, ce qui crée de la confusion et de la distraction lorsqu'ils se concentrent sur la manière dont les choses se passent différemment autour d'eux. » • « Les compétences doivent être précieuses pour les bénévoles, et une fois qu'ils les maîtrisent, ils veulent d'autres compétences pertinentes. »
MOTIVATION POUR UN OBJECTIF ÉVOLUTIF	
<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs parties prenantes ont décrit les efforts déployés par les partenaires de mise en œuvre pour faciliter l'engagement des volontaires dans le rôle de mère cheffe de file en examinant comment les volontaires pourraient être motivés par des incitations basées sur le marché. • Bien que la volonté de payer pour des conseils nutritionnels ou des services similaires ait fonctionné dans des contextes spécifiques (par exemple, au Népal et au Bangladesh), les parties prenantes ne l'ont pas jugée réalisable dans la plupart des contextes. • Toutefois, les parties prenantes ont partagé deux modèles qu'elles considèrent comme prometteurs pour l'évolution de l'objectif des groupes de soins : <ul style="list-style-type: none"> • Les activités de promotion de la santé des VSC sont associées à une source d'incitation financière pour les volontaires (comme la vente de produits lors des réunions). • Les Groupes de base (GB) eux-mêmes évoluent pour adopter un autre objectif qui sert les intérêts économiques des participants au GB, comme devenir un VSLA, une petite entreprise ou un groupe de funérailles. (Ces groupes peuvent impliquer ou non l'éducation à la santé et la promotion du changement de comportement). • Les parties prenantes ont suggéré de poursuivre le développement et l'étude de ces modèles, estimant qu'ils offriraient des pistes pour la viabilité à long terme des groupes de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • « Bien qu'il soit louable d'avoir des groupes qui servent à d'autres fins, le but sous-jacent consistait à obtenir une éducation et une formation de type ANJE ».

THÈME	CITATIONS ILLUSTRATIVES
<p>RESSOURCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les détails sur les ressources post-attribution pour la nutrition et la santé constituent souvent une lacune dans les plans de durabilité des RFSA. • Les ressources de remplacement devraient être axées sur le suivi du projet, par exemple pour savoir si les gens ont commencé à payer pour des services censés être maintenus. • Dans la plupart des contextes, il n'est pas acceptable de faire payer les services de nutrition (en particulier la promotion des comportements). Les contextes particuliers sont l'exception et non la norme (par exemple, le Népal et le Bangladesh). • Les stratégies de pérennisation de la nutrition doivent souvent partir du principe que les liens avec le gouvernement s'accompagneront de ressources. • Certains peuples autochtones tentent d'associer des services (par exemple, des conseils en matière de nutrition) à des ventes qui apportent des ressources en tant que source de motivation durable (par exemple, la vente de produits d'hygiène lors des réunions des groupes de soins). 	<ul style="list-style-type: none"> • « La nutrition est plus difficile dans le cadre d'approches fondées sur le marché. » • « L'approche consistant à intégrer les groupes de soins dans le système gouvernemental est positive, mais il est très important que les liens soient établis avec un organisme disposant de certaines ressources. » • « Si nous travaillons avec des personnes très pauvres, nous devons les aider à accéder à des ressources supplémentaires afin qu'elles puissent payer les services à l'avenir. »
<p>SOURCE CONTINUE DE CAPACITÉS TECHNIQUES ET DE GESTION</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de renforcer la capacité des groupes de soins à promouvoir le changement de comportement, mais les compétences non techniques (comme la défense des intérêts, l'organisation, l'établissement de liens avec d'autres ressources) seront en fin de compte essentielles à la résilience et à la durabilité des mères cheffes de file et des participants. • L'investissement dans la capacité du personnel de santé à modifier les comportements est une contribution à une future source de capacité pour les groupes de soins. • BHA attend des partenaires d'exécution un plan d'affaires pour fournir un soutien aux capacités sur la base des besoins évalués (par exemple, compétences techniques ou financières). Les partenaires de mise en œuvre peuvent fournir des capacités ou relier les acteurs locaux à ces capacités (par exemple, les services gouvernementaux, les instituts de recherche locaux ou les entités privées). 	<ul style="list-style-type: none"> • La capacité n'est pas suffisante pour soutenir les groupes de soins - « Même lorsque les groupes ont la capacité, ils ne continuent pas à fonctionner au même niveau d'intensité lorsque les visites des promoteurs s'arrêtent ». • « Même si les VSC sont motivés par leur désir d'aider les autres et apprécient l'aspect social du volontariat, ils ont toujours besoin de liens avec une entité quelconque pour continuer à être formés. »
<p>LIENS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Le « rôle de promoteur » étant essentiel à la viabilité des groupes de soins, il est important de travailler en étroite collaboration avec le ministère de la santé, qui contrôle généralement ce rôle. • Même lorsque le modèle du groupe de soins est adopté dans les politiques du ministère de la santé, il nécessite souvent le financement et le soutien technique des ONG partenaires pour la mise en œuvre. • Le modèle de groupe de soins fondé sur des données probantes est très intensif et sa mise en œuvre nécessite plusieurs niveaux de formation, de supervision et de soutien. • Les infirmières ne sont pas bien formées au changement de comportement, ce qui les empêche de promouvoir efficacement le changement de comportement ou de former/superviser les groupes de soins. Lorsque les ministères de la santé mettent en place des groupes de soins, ceux-ci deviennent souvent des groupes de pairs de moindre intensité. • Un partenaire de mise en œuvre qui a soutenu des partenariats avec les ministères de la santé pour mettre en place des groupes de soins dans plusieurs pays a souligné qu'il fallait des années de travail avec le ministère de la santé pour qu'il comprenne vraiment le concept et le modèle. • La nutrition n'est pas une priorité aussi urgente que d'autres questions de santé, ce qui détourne le soutien du ministère de la santé des groupes de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'idée peut être que « l'établissement de santé local le plus proche va apporter ce soutien, mais il n'a pas les conditions pour aller dans la communauté, pour s'y rendre, soit par manque de temps, soit par manque de véhicule et de carburant pour aller dans les communautés... cela nécessite une planification réaliste de ce à quoi ressembleraient ces structures de soutien... ». • « Souvent, nous nous adressons directement aux ASC, mais en réalité, l'intensification viendra du département de santé communautaire au niveau national. » • Il y a une « énorme opportunité manquée » de renforcer la capacité des infirmières à soutenir le changement de comportement. • Bien que le gouvernement assume théoriquement certaines stratégies de santé communautaire, il lui manque en réalité « le soutien nécessaire au renforcement des capacités, la formation, l'explication des termes de référence, des rôles et des responsabilités, des attentes, de la manière de mener ces réunions, des objectifs à atteindre, de la manière de résoudre les problèmes et de trouver des ressources si elles sont nécessaires. »

THÈME	CITATIONS ILLUSTRATIVES
CONTEXTE DANS LEQUEL LES GROUPES DE SOINS ONT LES MEILLEURES CHANCES DE DURABILITÉ	
<ul style="list-style-type: none"> • Dans les zones où les relais communautaires sont déjà forts et compétents, il fournit une plate-forme pour la durabilité des groupes de soins. Exemple du Zimbabwe : les femmes ASC sont respectées, actives et siègent au comité de santé communautaire. • La charge de travail des ASC et la mesure dans laquelle les ASC du ministère de la santé sont en mesure de soutenir les groupes de soins constituent un élément clé. Certaines expériences d'ONG qui travaillent avec des promoteurs du ministère de la santé ont permis à ces derniers de bénéficier d'un soutien important. 	<ul style="list-style-type: none"> • « Pour que ce modèle fonctionne, il faudrait que le gouvernement ait donné la priorité à l'ANJE et qu'il y consacre du personnel, et pas seulement qu'il ait une relation forte avec le projet. » • MOVE : « l'approche consistant à incorporer les groupes de soins dans le système gouvernemental est positive, mais il est plus important que les liens soient établis avec un organisme disposant de certaines ressources ». • Exemple, intégré par le ministère de la santé : les agents de santé communautaires qui soutenaient les mères cheffes de file pendant le projet ont été en grande partie embauchés et l'on espère/prévoit qu'ils continueront à soutenir et à superviser les mères cheffes de file (c'est encore au stade de la mise en œuvre du projet, mais il s'agit d'un plan).
SORTIE PROGRESSIVE	
<ul style="list-style-type: none"> • La transition progressive est reconnue par les informateurs clés comme un principe de durabilité essentiel, mais elle est souvent négligée. • Le suivi des projets analyse rarement les éléments de la transition progressive (par exemple, la manière dont les acteurs locaux fonctionnent pendant la transition). • Les premières phases de transition devraient commencer pendant le projet, ce qui permettrait aux partenaires de mise en œuvre d'affiner et de soutenir le processus. 	<ul style="list-style-type: none"> • « La transition progressive permet aux acteurs locaux d'acquérir de l'expérience et de la confiance. » • « Pendant le projet, il est essentiel que le projet favorise effectivement les piliers de la durabilité, tels que le développement du capital social parmi les membres du groupe, le mentorat, la pratique de l'intégration des nouveaux membres ou des membres sortants. »



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

USAID EN ACTION POUR LA NUTRITION

Mis en œuvre par :
JSI Research & Training Institute, Inc.
2733 Crystal Drive
4ème étage
Arlington, VA 22202, États-Unis

Téléphone : 703-528-7474
Courriel : info@advancingnutrition.org
Site Web : advancingnutrition.org

Décembre 2023

USAID en action pour la nutrition est le projet phare multisectoriel de nutrition de l'Agence, qui s'attaque aux causes profondes de la malnutrition pour sauver des vies et améliorer la santé et le développement à long terme.

Ce document est réalisé grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Son contenu relève de la responsabilité de JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.