

PROGRAMMES D'AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS :

DONNÉES FACTUELLES ET OPTIONS

NOTE D'ORIENTATION



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique

PROGRAMMES D'AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : DONNÉES FACTUELLES ET OPTIONS – NOTE D'ORIENTATION

ISBN: 978-929031267-3

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2017

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

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

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

Citation suggérée : Programmes d'agents de santé communautaires dans la Région africaine de l'OMS : données factuelles et options – note d'orientation. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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

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

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

Imprimé en République du Congo

TABLE DES MATIÈRES



ABRÉVIATIONS	iv
.....	
REMERCIEMENTS	v
.....	
INTRODUCTION	1
.....	
CONTEXTE	3
.....	
PRINCIPAUX MESSAGES	5
.....	
RÉSUMÉ DES DONNÉES FACTUELLES ET DES CONSÉQUENCES POUR LES PROGRAMMES D'AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES	7
.....	
Efficacité et rapport coût-efficacité	7
.....	
Importance du contexte	8
.....	
Conception de programme	9
.....	
Typologie des agents de santé communautaires	10
.....	
POLICY OPTIONS	13
.....	
Pays dont les systèmes de santé sont affaiblis	13
.....	
Pays marquant des progrès dans le renforcement de leurs systèmes de santé	16
.....	
Pays économiquement stables accomplissant des progrès satisfaisants en direction de la couverture sanitaire universelle	18
.....	
CONCLUSION	21
.....	
RÉFÉRENCES	23
.....	
LECTURES COMPLÉMENTAIRES	25



ABRÉVIATIONS

ASC	Agents de Santé Communautaires
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
MVE	Maladie à Virus Ebola
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SSP	Soins de Santé Primaire

REMERCIEMENTS

Cette note d'orientation est le fruit de la collaboration du Docteur Nana Twum Danso et du Professeur Uta Lehmann, qui en tant que consultantes, ont été à l'origine de ces travaux et rédigé un document technique sur le sujet abordé ici ; de Jennifer Nyoni et du Docteur Adam Ahmat, qui ont travaillé directement avec les consultantes au cours de la rédaction de la note ; et du Docteur Prosper Tumusiime

et du Docteur Delanyo Dovlo, qui ont donné leur avis critique sur les versions préliminaires de cette note. Nous tenons à remercier ici l'équipe de l'unité Systèmes de prestation de services et nos collègues du groupe organique Systèmes et services de santé et Phyllis Jiri pour la conception graphique et la mise en page de la publication.





INTRODUCTION

Les programmes d'agents de santé communautaires (ASC) ont connu une renaissance au cours des vingt dernières années, à tel point qu'à présent, de nombreux pays d'Afrique sont fiers de posséder un programme de ce type au plan national, voire d'importants programmes infranationaux (1).

Le Troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, tenu en 2013, a conclu que les ASC, de même que les agents de soins de santé primaires intervenant en première ligne, « jouaient un rôle unique, qui pouvait se révéler essentiel pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et la Couverture Sanitaire Universelle ». Le Forum se prononçait pour leur intégration dans les systèmes de santé nationaux.(2) Par ailleurs, la flambée de Maladie à Virus Ebola (MVE), en 2014–2015, a souligné qu'il était impératif que les systèmes de santé au niveau des communautés fonctionnent, à la fois pour leur résilience quotidienne et pour leur bonne préparation aux catastrophes.



Cette note d'orientation entend contribuer aux discussions et aux décisions prises dans la Région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en matière de politiques, de stratégies et de programmes, pour élargir l'accès aux services de soins de santé primaires et progresser vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle, en étendant la mise en œuvre de programmes d'agents de santé communautaires. Elle résume les données factuelles existantes sur ces programmes, en mettant l'accent sur l'Afrique subsaharienne ; elle propose également un certain nombre d'options spécifiques au contexte et aux besoins des pays souhaitant étendre et accroître l'efficacité

de ces programmes, tels que la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone, les trois pays ayant été les plus affectés par la flambée de maladie à virus Ebola en 2014–2015.

Dans cette note d'orientation, une définition large des ASC est utilisée. Il s'agit de « personnes remplissant des fonctions relatives à la prestation de soins de santé, possédant une certaine formation dans le contexte de l'intervention, mais pas de certificat formel professionnel ou para professionnel, ni de diplôme de l'enseignement supérieur dans un domaine lié à la santé » (3). Selon l'OMS, les ASC « doivent être des membres

des communautés dans lesquelles ils travaillent, avoir été sélectionnés par la communauté, répondre de leurs activités devant elle et être soutenus par le système de santé, sans nécessairement faire partie de son organisation » (4). Une définition opérationnelle du programme étendu d'ASC a été adoptée pour les besoins de cette note d'orientation : le terme désigne un programme ayant été conçu pour être davantage qu'un projet pilote ou de démonstration, qui entend couvrir un nombre d'habitants ou une zone géographique substantielle, en fonction du contexte du pays.



CONTEXTE

Assurer la disponibilité des Soins de Santé Primaires (SSP) et leur accessibilité à tous, est une priorité des systèmes de santé dans le monde depuis la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. L'initiative de Bamako, adoptée dix ans plus tard par les gouvernements africains, visait à établir un dispositif de financement durable de ces soins.



La réalisation de ces objectifs a été difficile pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, en raison des faiblesses substantielles des systèmes de santé, notamment de l'insuffisance des Ressources Humaines pour la Santé (RHS). De nombreux pays d'Afrique dépendent de personnes non professionnelles, souvent nommées « agents de santé communautaires », pour aider à fournir des services de soins de santé primaires aux populations ayant peu accès au système de santé officiel.

Le personnel des agents de santé communautaires a joué un rôle important dans l'amélioration de l'accès aux servi-

ces de santé de 2000 à 2015, époque des objectifs du Millénaire pour le développement, en ce qui concerne en particulier les objectifs 4, 5 et 6 relatifs à la santé, portant respectivement sur la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Mais pendant les années 2016–2030, période des Objectifs de Développement Durable (ODD), il s'agira avec l'objectif 3 relatif à la santé, d'aller au-delà des programmes de lutte contre une maladie spécifique pour augmenter l'accès aux soins et améliorer leur qualité, notamment dans le

contexte de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. L'objectif 3 exhorte également les gouvernements à « accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste le personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement » (cible 3c des ODD) (5). Le moment est donc venu d'examiner dans quelle mesure les non-professionnels et les ASC possédant une formation limitée en santé peuvent contribuer à l'augmentation de l'accès aux services de santé ainsi que de leur qualité, et faire la liaison entre la population et le système de santé officiel, dans le cadre d'une stratégie globale de ressources humaines pour la santé.

Le récent intérêt porté sur le rôle des communautés et des ASC dans la prise en charge de la flambée de maladie à

virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014–2015, a rendu nécessaire l'étude de leur participation à la prestation des services de soins. Des discussions impliquant l'OMS, les gouvernements et les partenaires de développement ont eu lieu en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, les pays affectés par la MVE, en vue de formaliser la formation, le déploiement et la rémunération des ASC en tant que personnel de santé reconnu. Ces discussions ont eu pour cadre divers forums et suscité une demande de conseils auprès du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en ce qui concerne notamment les plans d'investissement de certains pays pour le relèvement et la mise sur pied de systèmes de santé résilients après la crise Ebola. Cette note d'orientation contient les conseils donnés par le Bureau régional de l'Afrique aux pays souhaitant déployer et/ou renforcer leurs programmes d'ASC à grande échelle, pour élargir l'accès de leur population aux soins de santé primaires.



PRINCIPAUX MESSAGES



La littérature montre à l'unanimité que les catégories ou types et les programmes d'agents de santé communautaires possèdent un fort potentiel de renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires, à une inter-

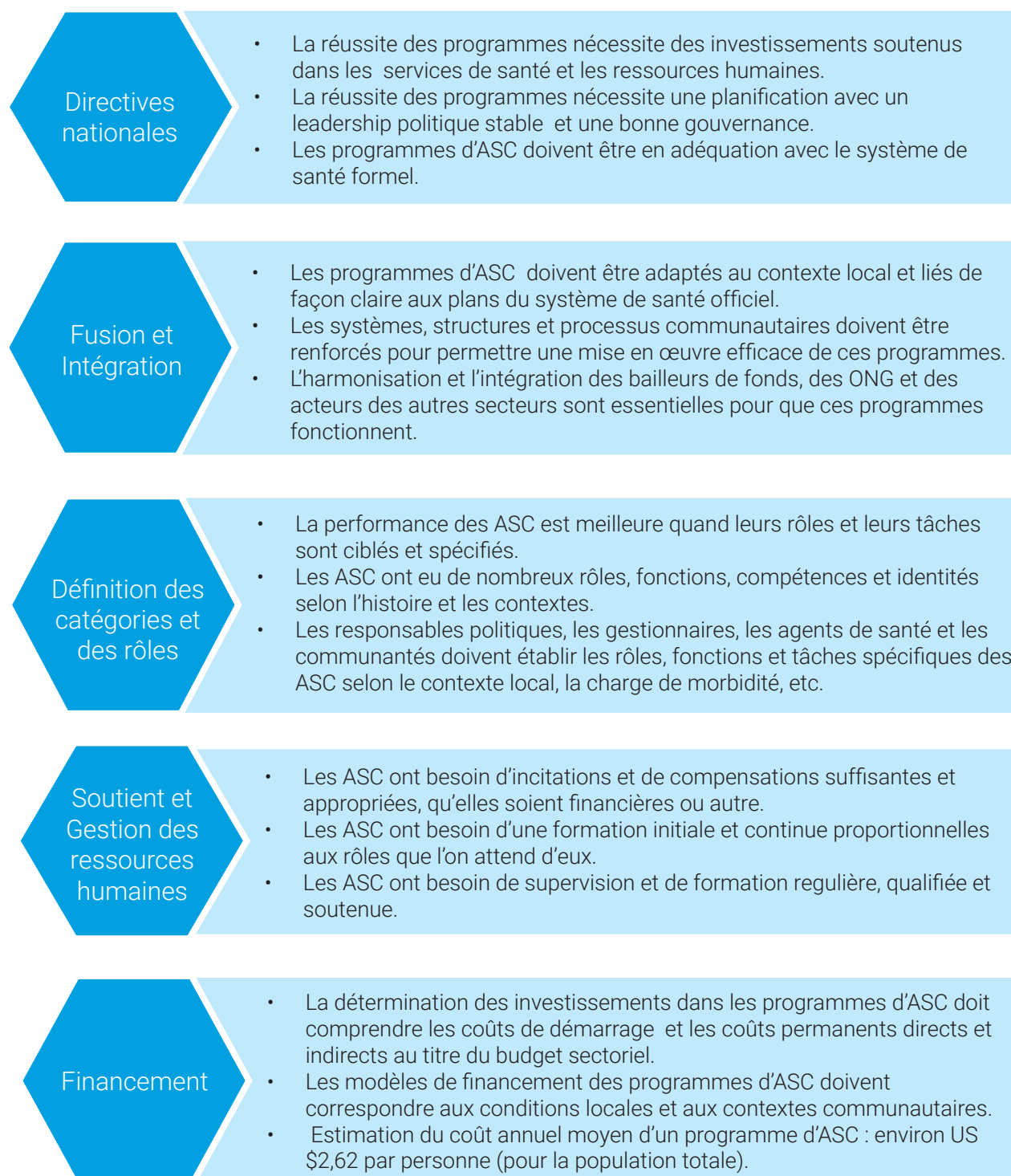
face que l'on nomme de plus en plus «systèmes de santé communautaires». Les principaux éléments de base du succès des programmes d'agents de santé communautaires à grande échelle sont les suivants :

- a) Des relations et d'intégration avec le système de prestation des services de santé, le personnel de santé et la gouvernance communautaire ; à l'inverse, des interventions autonomes ou à court terme ne sont pas des facteurs de succès (6, 7, 8, 9).
- b) Une différenciation des catégories et la clarté des fonctions pour que les champs de compétences et la responsabilisation soient clairs, pour réduire au minimum la confusion et gérer les attentes du système de santé formel y compris celles des membres de la communauté (10, 11, 12) ;
- c) Une conception judicieuse du programme, basée sur les facteurs de contexte locaux et une gestion efficace des personnes (11, 12). Les données confirment en particulier que les programmes d'agents de santé communautaires ne réussiront que si ces agents reçoivent (8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17) :
 - une formation initiale et continue à la hauteur de leurs rôles ;
 - une supervision régulière, qualifiée et soutenue ;
 - des incitations et une rémunération appropriées et suffisantes, de type monétaire ou autre ; et
 - des perspectives de développement et de progression de carrière.
- (d) Un suivi, une adaptation et un apprentissage constants, fondés sur des données locales précises et opportunes, pour concorder le mieux possible avec le contexte local, étant entendu qu'un modèle unique ne peut convenir à tous (4, 9).

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SITE DES PROGRAMMES D'AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

La figure ci-dessous reprend les principaux messages sur les éléments à prendre en compte lors de l'extension des programmes d'agents de santé communautaires.

Figure 1. Principaux éléments de succès des programmes d'agents de santé communautaires



RÉSUMÉ DES DONNÉES FACTUELLES ET DE LEURS CONSÉQUENCES POUR LES PROGRAMMES D'AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES



EFFICACITÉ ET RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ

(a) Les données scientifiques montrent clairement que s'ils sont formés et soutenus de façon appropriée et suffisante, les ASC peuvent être efficaces dans la prestation de services de soins de santé primaires préventifs et partiellement, curatifs, ainsi que dans la promotion de ces soins, dans des cas par exemple de paludisme simple; à ces mêmes conditions, ils peuvent également améliorer les résultats sanitaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire, notamment en Afrique subsaharienne (3, 10,18,19). La plupart de ces données scientifiques proviennent d'essais en recherche et de études à échelle réduite. Cela signifie que l'efficacité potentielle de programmes nationaux d'agents de santé communautaires, à grande échelle, demeure une question empirique qui doit faire l'objet de recherches.

(b) La plupart des études sur l'efficacité des ASC comparent leur impact avec une situation de status quo, dans laquelle la prestation de services de santé est limitée ou inexistante, plutôt qu'avec une situation comprenant des professionnels de santé officiellement formés (3). Bien que les ASC ne puissent remplacer un personnel de santé professionnel, ils remplissent une fonction unique au plan communautaire. Par conséquent, ils présentent un fort potentiel d'accroissement de l'utilisation des services et de renforcement de l'orientation des

patients appartenant à des communautés dans lesquelles l'accès aux soins de santé est limité en raison d'obstacles variés. Des programmes d'agents de santé communautaires à grande échelle peuvent remplir des rôles supplémentaires, clairement définies, dans des pays n'ayant que peu d'agents de santé qualifiés. Les pays doivent cependant augmenter en parallèle leurs investissements dans la formation et le déploiement de ressources humaines professionnelles pour la santé, aux fins des soins de santé primaires. La plupart des pays à faible revenu de la Région africaine auront besoin des ASC en tant que composante essentielle de leur personnel, bien que le champ de leurs compétences et leur répartition géographique puissent changer au fur et à mesure que le pays forme et déploie davantage de RHS qualifiées dans les zones présentant des besoins.

(c) Les preuves scientifiques sur le rapport coût-efficacité des programmes d'agents de santé communautaires et sur leurs dispositifs de financement durable sont peu nombreuses (10, 18, 19). C'est pourquoi il est conseillé pour les programmes d'agents de santé communautaires à grande échelle de suivre et d'évaluer avec soin leurs activités pour générer des données scientifiques sur ces aspects.

IMPORTANCE DU CONTEXTE

(a) Les différents types d'ASC et le champ d'activités à leur charge varient considérablement, y compris au sein d'un même pays, et dépendent de son histoire politique, de sa géographie, de sa situation socioéconomique, de ses valeurs sociales et de l'évolution de son système de santé au cours des dernières décennies. Des variations sont également constatées dans le recrutement, la formation, la répartition et la rétention de RHS qualifiées et dans la répartition des centres de santé dans les régions défavorisées (19, 20). La comparaison entre les programmes d'agents de santé communautaires à l'échelle du continent africain, et les raisons de leur succès ou de leur échec nécessitent donc des techniques d'analyse complexes, qui dépassent le cadre de cette note. Chaque pays doit analyser ses besoins sur la base de son propre contexte.



(b) La performance des ASC est influencée par une série de facteurs contextuels, auxquels il est nécessaire d'être attentifs pour parvenir à une efficacité optimale de ces agents. Les facteurs individuels et familiaux, tels que l'âge, la situation matrimoniale, le soutien du conjoint et l'altruisme peuvent être pris en compte en améliorant les critères de sélection.

Les facteurs organisationnels tels que la formation, la supervision, les équipements et la rémunération sont le plus souvent placés sous le contrôle des institutions qui gèrent les agents ; à ce titre, ils peuvent être portés à leur niveau optimal à des fins d'amélioration de la performance.

En revanche, les facteurs communautaires tels que la participation de la population, son adhésion et le soutien des programmes d'ASC sont plus difficiles à contrôler par les administrateurs de ces programmes, d'autant plus que, comme suggèrent les données disponibles, ces facteurs constituent les aspects les plus critiques de la réussite des programmes (7,18,19,26).

La réussite des activités de lutte contre la flambée de maladie à virus Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, en 2014–2015, qui résulte de la riposte des communautés, démontre cela clairement (27). Les communautés possédant un système de santé communautaire fonctionnel, avec pour composante essentielle des agents de santé communautaires, ont non seulement conféré aux agents de santé qualifiés un accès plus aisé en vue d'une prise en charge de la crise, mais ont aussi connu un relèvement plus rapide.

CONCEPTION DE PROGRAMME

(a) En ce qui concerne les facteurs à prendre en compte dans la conception de programmes d'agents de santé communautaires, les études sont en grande partie peu concluantes, et leur structure ne permet pas de répondre à cette question.

Les données disponibles signalent le besoin de programmes de formation continue destinés aux agents de santé communautaires, en sus de la formation dispensée lors de leur recrutement, et cela, parce qu'ils n'ont pas suivi d'études spécialisées dans les professions de santé (10, 12, 20).

La littérature contient de nombreuses descriptions des stratégies, programmes, modalités et lieux de formation des ASC (3, 10, 20), mais elle peine également à conclure quant aux types de formation les plus efficaces.

C'est pourquoi il est important d'utiliser des connaissances et une expérience du contexte spécifique lors de la conception et de la réalisation d'une formation pour les agents de santé communautaires, en mettant l'accent sur l'apprentissage en contexte, longitudinal et fondé sur les pratiques.

(b) Les données scientifiques ne permettent pas non plus de conclure si les ASC sont plus ou moins efficaces selon qu'ils reçoivent ou non une rémunération financière (12, 19, 26). Dans certains endroits, les dédommagements en nature, par exemple des articles d'identification visuelle tels que des tee-shirts et des

badges, une formation dans des domaines de compétences appréciés, la reconnaissance, le respect et le soutien de la population se sont révélés être des facteurs favorables (12,18,19), alors que dans d'autres milieux, ils étaient insuffisants pour induire une bonne performance (6, 12). Dans ce dernier cas, une rémunération financière était nécessaire pour motiver les ASC à effectuer leur travail, et diminuer le risque de réduction inattendue des effectifs. Il est donc essentiel que les responsables politiques envisagent d'accorder des incitations financières aussi bien que non financières à ces agents.

(c) Le coût d'opportunité associé aux activités des ASC et le subventionnement de leur travail par leur famille et leur communauté sont substantiels. Les responsables politiques et ceux qui mettent en œuvre les programmes doivent en tenir compte, car ces programmes fonctionnent en général dans les milieux pauvres à fort taux de chômage (19). Bien qu'il soit probable que les salaires ou appointements des ASC et les autres frais de mise en œuvre augmentent sensiblement les budgets de la santé dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la non-prestation de soins de santé dans les communautés les plus pauvres et historiquement défavorisées serait un désastre. Des concessions politiques adaptées aux contextes doivent donc être faites sur des aspects tels que les rémunérations et types d'incitations, entre autres choses, car aucune solution donnée ne fonctionnera de la même façon pour tous les pays.

TYPOLOGIE DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

(a) En raison de la formidable diversité des catégories, des rôles, des tâches, des lieux et des identités des ASC dans les pays et les continents, l'existence de classifications distinguant les catégories d'agents et offrant une typologie pour la sélection de stratégies appropriées en direction de ces agents est une condition préalable à la planification de programmes pertinents et adaptés aux contextes et aux besoins locaux. Plusieurs taxinomies ou typologies ont été proposées dans la littérature. Sur la base des études consultées, nous proposons dans cette note d'orientation une typologie axée sur le moment et la nature du travail affecté aux agents de santé communautaires, et la façon dont ces deux éléments influent sur l'identité des agents choisis et sur le mode de formation, de supervision, de rémunération et de soutien de ces agents dans un environnement spécifique (cf. Tableau 1).

(b) Les facteurs portant sur l'identité des agents et le mode de formation, supervision, etc. offert, sont déclinés afin de faire apparaître des conditions minimales qu'optimales et de présenter ainsi un ensemble d'options parmi lesquelles les responsables politiques et les planificateurs des programmes peuvent choisir, selon leur contexte en matière de financement de la santé et de disponibilité des RHS .

Cette typologie entend leur servir de guide s'ils souhaitent étendre leur programme d'agents de santé communautaires, et le rendre plus efficace ; elle cherche aussi à rappeler les limites de ce type de personnel, en particulier lorsque les conditions optimales ne sont pas réunies. Enfin, cette typologie n'entend pas être prescriptive, car les contextes et les objectifs des programmes d'agents de santé communautaires sont très variables au sein des pays et entre les pays. Il est donc nécessaire de faire appel à des connaissances sur les contextes intra- et inter pays lors de l'utilisation de cette typologie.



Tableau 1. Typologie des ASC

NATURE DU TRAVAIL (EXEMPLES)	IDENTITÉ DES AGENTS ET CONDITIONS		TEMPS DE TRAVAIL
	CONDITIONS MINIMALES	CONDITIONS MINIMALES	
Distribution de médicaments de chimio prévention à la population générale, dans le cadre de la lutte contre les maladies parasitaires	<ul style="list-style-type: none"> Faible niveau d'instruction Orientation minimale lors de chaque intervention Supervision minimale Établissement de rapports minimaux Volontariat 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'instruction moyen Formation initiale Formation lors de chaque intervention Supervision moyenne Établissement de rapports minimaux Volontariat ou appointement symbolique 	Épisodique, 1 à 2 fois par an, en général à plein temps
Distribution de moustiquaires à imprégnation durable dans le cadre de la lutte contre les vecteurs du paludisme dans la population générale			
Administration du vaccin antipoliomyélitique oral pour éradiquer la poliomyélite chez les enfants de moins de cinq ans			<ul style="list-style-type: none"> Établissement de rapports minimaux Volontariat
Mobilisation de la population pour des activités de promotion de la santé et d'assainissement de l'environnement			
Surveillance communautaire et consignation des naissances et des décès	<ul style="list-style-type: none"> Faible niveau d'instruction Formation initiale et perfectionnement occasionnel nécessaires Supervision moyenne Établissement de rapports minimaux Logistique minimale pour les articles de base et autres fournitures Volontariat, appointement régulier ou incitation fondée sur la performance 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'instruction moyen Nécessité d'une formation initiale et continue approfondie Supervision de haut niveau Établissement de rapports détaillés Logistique régulière pour les articles de base et autres fournitures Une indemnité de transport peut être nécessaire pour les visites à domicile et la soumission des rapports Appointement régulier ou incitation fondée sur la performance 	Mensuel, en général à temps partiel
Visite des femmes enceintes à domicile pour les encourager à rechercher des soins qualifiés pour la période prénatale et l'accouchement			
Visite à domicile des femmes au cours du post-partum, et de leurs nouveau-nés, à des fins d'éducation à la santé et de dépistage de maladies			Hebdomadaire, en général à temps partiel
Prise en charge intégrée des maladies courantes de l'enfance, telles que les pneumonies et les diarrhées			
Traitement sous observation directe de la tuberculose			Quotidien, temps partiel ou plein temps selon les besoins
Recherche des contacts dans les cas suspects et confirmés de maladie à virus Ebola, aide aux enquêtes lors des flambées, promotion de la santé, etc.			



OPTIONS D'ORIENTATION

Sur la base des données scientifiques actuelles et de la nécessité de planifier et de mettre en œuvre des programmes adaptés aux contextes, nous proposons plusieurs options destinées aux pays de la Région africaine de l'OMS souhaitant étendre leur programme d'agents de santé communautaires ou améliorer son efficacité. Ces options s'appuient sur notre typologie des agents de santé communautaires.



PAYS DONT LES SYSTÈMES DE SANTÉ SONT AFFAIBLIS

Ces pays sont affectés par des situations d'urgence sanitaire ou des conflits politiques ou sociaux, ou bien font face à un afflux de réfugiés ou de populations déplacées. Dans ces pays, les densités d'infirmiers et de sages-femmes sont en général basses - inférieures à 5 pour 10 000 habitants -, et celles des centres de santé y sont très basses - inférieures à 5 pour

100 000 habitants ; les postes de santé ou les dispensaires y sont encore plus rares, en raison d'années de destruction et de sous-développement des ressources en santé, et de la fuite des cerveaux dont ils souffrent dans un contexte de conflits ou de vulnérabilité. Leurs systèmes de santé sont donc généralement faibles, si on les

évalue sur la base des six composantes fondamentales décrites par l'OMS (29). La Guinée, le Libéria et la Sierra Leone - les trois pays ayant été le plus affectés par la flambée de maladie à virus Ebola en 2014–2015 -, de même que le Soudan du Sud, où la stabilité politique est problématique, entrent dans cette catégorie. Dans de tels contextes, les stratégies suivantes sont recommandées.

Ressources humaines pour la santé

(a) En ce qui concerne les ASC possédant une formation suffisante pour le rôle qui leur a été défini : déployer des programmes d'ASC à grande échelle dans les régions défavorisées du pays, en privilégiant les services de promotion de la santé, de soins préventifs, et - ceux-ci devant être explicitement définis - curatifs, en conformité avec la réglementation locale. En raison de l'étendue de compétences et de la fréquence élevée de travail attendue de ces agents - d'un rythme quotidien à hebdomadaire -, les ASC dans ce contexte auront besoin d'une formation initiale et continue approfondies, et d'une supervision, pour assurer la qualité des interventions. Les agents devant dispenser des soins curatifs ont besoin de systèmes d'achat et d'approvisionnement opérationnels, fournissant les équipements de diagnostic, les algorithmes de traitement et les médicaments nécessaires à la réalisation du travail pour lequel ils ont été formés, et remplir les attentes des populations. Les exigences de production de rapports sont également importantes dans ce groupe d'agents, et portent en particulier sur les activités dans lesquelles le temps est une dimension importante, telles

que les enquêtes sur les flambées et la recherche des contacts dans le cas de la maladie à virus Ebola. Les agents devant généralement, dans ce type de contexte, consacrer un temps important à leurs activités, il est improbable qu'ils effectuent leur travail avec un statut de volontaires. Il est nécessaire d'envisager de leur octroyer une rémunération financière et de couvrir leurs frais de transport.

(b) En ce qui concerne le personnel de santé professionnel, des investissements de moyen à long terme seront nécessaires pour la formation, le recrutement et le déploiement équitable d'infirmiers et de sages-femmes pouvant travailler à proximité des populations dans les régions défavorisées du pays, pour améliorer l'accès de toute la population à des ressources humaines qualifiées pour la santé, et pour continuer à développer le personnel des ASC en tant que partie intégrante de la stratégie pour les ressources humaines. Le passage de certains groupes d'ASC au statut de professionnels de santé ayant une formation formelle, et dotés d'un champ d'activités plus large tels que les agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie, peut également être envisagé, en tant que stratégie susceptible d'accélérer l'accès à des ressources humaines qualifiées pour la santé dans tout le pays. Une attention particulière doit être accordée à l'adoption de politiques de rétention des ressources humaines et à la progression de carrière pour tous les groupes de personnel, y compris les agents de santé communautaires, pour réaliser les objectifs à long terme d'accès universel aux soins de santé primaires.

Infrastructure sanitaire

Lorsque cela s'avère possible, dans les pays se trouvant en phase de post-conflit ou de développement : augmenter le nombre et élargir la répartition des centres de santé, et investir dans la construction et l'équipement de postes de santé proches des populations dans les régions défavorisées du pays, pour réduire les obstacles physiques à l'accès aux soins de santé.

Système d'orientation

Renforcer le système d'orientation des patients aux niveaux de la communauté et des soins de santé primaires, et jusqu'au niveau tertiaire du système de prestation des soins, pour assurer l'accès de l'ensemble de la population aux compétences et aux technologies sanitaires appropriées. Un programme d'ASC efficace et à grande échelle serait un élément crucial permettant un fonctionnement fluide du système d'orientation.



PAYS ACCOMPLISSANT DES PROGRÈS DANS LE RENFORCEMENT DE LEUR SYSTÈME DE SANTÉ



Les pays de cette catégorie œuvrent à améliorer les soins de santé primaires en développant leurs effectifs sanitaires. Ils présentent en général de faibles densités d'infirmiers et de sages-femmes, comprises entre 5 et 9,9 pour 10 000 habitants, de faibles densités également de centres de santé, comprises entre 5 et 9,9 pour 100 000 habitants, et un nombre croissant de postes de santé ou de dispensaires dans les régions défavorisées. Il est également probable qu'ils soient stables sur les plans économique et politique. Dans ce contexte, les stratégies suivantes sont proposées.

Ressources humaines pour la santé

(a) En ce qui concerne les agents ayant suivi la formation pour assumer les rôles définis à leur intention : déployer des programmes d'ASC à grande échelle dans les régions défavorisées, à des fins de promotion de la santé et de réalisation de soins préventifs essentiellement, aussi bien que de prestation de services d'orientation des patients vers le système de santé formel pour des soins curatifs. Leur travail étant régulier - à une fréquence hebdomadaire ou

mensuelle -, ces ASC auront besoin d'une formation initiale et continue approfondies, et d'une supervision pour assurer la qualité de leurs interventions. En raison de la fréquence et de la durée de leur travail, il est également probable qu'ils aient besoin d'une rémunération financière raisonnable pour le temps passé à leur travail, dont l'importance dépend de facteurs contextuels tels que les normes communautaires et le taux de chômage.

(b) En ce qui concerne le personnel de santé professionnel : améliorer la motivation et les incitations pour augmenter le nombre et la répartition des infirmiers, sages-femmes et autres groupes tels que les médecins et les médecins assistants, pouvant travailler à proximité des communautés dans les régions défavorisées du pays, pour améliorer l'accès de toute la population à des ressources humaines qualifiées pour la santé. Le passage de certains groupes d'ASC au statut de professionnels de santé disposant d'une formation formelle, et dotés d'un champ d'activités plus large tels que les agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie, peut également être envisagé, en tant que stratégie susceptible d'accélérer l'accès à des ressources humaines qualifiées pour la santé dans tout le pays. Une attention particulière doit être accordée à l'adoption de politiques de rétention de ressources humaines et à la progression de carrière pour tous les groupes de personnel, pour réaliser les objectifs à long terme d'accès universel aux soins de santé primaires.

Infrastructure sanitaire

(a) Investir dans la construction et l'équipement de postes de santé proches des populations dans les régions

défavorisées du pays pour réduire les obstacles physiques à l'accès aux soins de santé

(b) Conscients que la construction et l'équipement d'établissements de soins à grande échelle sont souvent un processus long et coûteux, nous recommandons la mise au point ou le renforcement de programmes de proximité dans les centres de santé et les dispensaires, à l'intention des populations défavorisées, pour améliorer l'accès physique de ces dernières à des ressources humaines qualifiées pour la santé. Dans ce cadre, les ASC peuvent jouer un rôle crucial de liaison, de soutien et d'orientation, entre le système de santé formel et la communauté. Les services de proximité peuvent également rendre le travail de supervision, de gestion et de soutien des ASC plus régulier et efficace.

Système d'orientation

Renforcer le système d'orientation aux niveaux de la communauté et des soins de santé primaires, jusqu'au niveau tertiaire du système de prestation des soins, pour assurer l'accès de l'ensemble de la population aux compétences et aux technologies sanitaires appropriées. Un programme d'ASC efficace et à grande échelle est un élément crucial permettant un fonctionnement fluide du système d'orientation.

PAYS ÉCONOMIQUEMENT STABLES ACCOMPLISSANT DES PROGRÈS SATISFAISANTS VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE



Ces pays présentent en général des densités moyennes d'infirmiers et de sages-femmes, comprises entre 10 et 19,9 pour 10 000 habitants, des densités moyennes également de centres de santé, comprises entre 10 et 19,9 pour 100 000 habitants, et un réseau établi de postes de santé ou de dispensaires dans les régions défavorisées, permettant à une proportion moyenne de la population de

vivre à moins de 5 kilomètres de marche de l'établissement de soins le plus proche. Il est probable que ces pays soient stables économiquement et politiquement et montrent des taux croissants d'éducation formelle et d'alphabétisation. Dans ce contexte, les stratégies suivantes sont recommandées.

Ressources humaines pour la santé

(a) En ce qui concerne les agents possédant une formation suffisante pour les fonctions ayant été définies à leur intention : déployer des programmes d'ASC dans les régions défavorisées du pays, en fonction des besoins, pour offrir avant tout des services de promotion de la santé, et entraîner une mobilisation sociale et un engagement des populations. Ces agents auront besoin d'une formation et d'une supervision spécifiques, car leur champ d'activités sera épisodique, à une fréquence mensuelle, voire moins. Il est donc probable qu'ils puissent offrir leurs services sur la base du volontariat ou en échange d'un appointement symbolique, selon les normes locales.

(b) En ce qui concerne le personnel de santé professionnel : continuer à augmenter le nombre et la répartition des infirmiers, sages-femmes et autres groupes tels que les médecins et les médecins assistants, pouvant travailler à proximité des communautés dans les régions défavorisées du pays, pour améliorer l'accès de toute la population à des ressources humaines qualifiées pour la santé. Une attention particulière doit être accordée à l'adoption de politiques de rétention de ressources humaines et à la progression de carrière pour tous les groupes de personnel, pour réaliser les objectifs à long terme d'accès universel aux soins de santé primaires.

Infrastructure sanitaire

Continuer à augmenter le nombre de centres de santé, de postes de santé et de dispensaires dans les régions défavorisées du pays, afin que presque toute la population se trouve à une distance inférieure à 5 kilomètres de marche d'un établissement de santé opérationnel. Cela indiquerait de façon significative que des progrès ont été réalisés en direction de soins de santé primaires universels.

Système d'orientation

Renforcer le système d'orientation aux niveaux de la communauté et des soins de santé primaires, jusqu'au niveau tertiaire du système de prestation des soins, pour assurer l'accès de l'ensemble de la population aux compétences et aux technologies sanitaires appropriées. Dans ce cadre, les ASC se trouveront également en bonne position pour jouer un rôle crucial dans l'orientation des patients du niveau communautaire à celui des soins de santé primaires.



CONCLUSION

Les revues de littérature, les études de cas empiriques, les guides de référence et les rapports importants révèlent à l'unanimité que les catégories et les programmes d'ASC offrent un formidable potentiel de renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires, à une interface de plus en plus souvent dénommée « systèmes de santé communautaires » (30).



L'histoire montre que les programmes d'ASC sont complexes à concevoir et à mettre en œuvre, qu'ils requièrent un équilibre rigoureux entre soutien et conseils de la part des autorités centrales et capacités d'adaptation aux réalités et aux contextes locaux. Si on les considère comme des moyens peu onéreux ou de court terme pour réparer des systèmes de santé brisés, ils ne seront pas pérennes. L'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014–2015 a montré que les communautés possédant

leur propre système de santé fonctionnel, dont les ASC sont un maillon essentiel, ont non seulement offert un meilleur accès aux agents de santé gérant la crise, mais aussi se sont relevées plus rapidement.

Bien que les données scientifiques de base sur l'action des ASC soient inégales et hétérogènes, sont exceptionnellement riches, et fournissent suffisamment d'enseignements et de connaissances pouvant être utilisées pour renforcer,

étendre et maintenir des programmes d'ASC dans toute l'Afrique. Les ASC sont les ressources pour la santé immédiatement disponibles les plus prometteuses, permettant le fonctionnement de systèmes de santé se trouvant dans des environnements où les ressources sont limitées, et permettant de réduire la charge de maladies graves, mais pouvant être facilement prévenues ou traitées. Les candidats potentiels abondent ; les nouvelles recrues peuvent être formées en un temps relativement court ; l'efficacité des ASC a été majoritairement démontrée ; et les services qu'ils procurent présentent un haut rapport coût-efficacité, en comparaison avec des services similaires exécutés par du personnel de niveau supérieur dans les établissements de soins.

Les rôles et les responsabilités exacts des ASC varieront de pays en pays, et au sein des pays, de programme en programme et de région à région. Il est peu probable qu'un modèle international normalisé de l'agent de santé communautaire émerge actuellement ou dans un avenir prévisible. Cependant, il sera manifestement nécessaire de mettre au point des directives et des règlements nationaux décrivant la formation et la certification approuvées des agents de santé communautaires.

De nouvelles recherches en contexte seront requises, pour définir les stratégies les plus efficaces en matière de formation et de supervision de ces agents, car les données actuelles sont rares ;

pourtant, ces deux catégories d'activités représentent une part substantielle des budgets des programmes d'agents de santé communautaires. Le rapport coût-efficacité et la pérennité financière de ces programmes doivent également être étudiés en urgence, de manière rigoureuse, de façon à combler les lacunes importantes de données scientifiques ; il s'agit là d'une condition capitale à l'élaboration de politiques fondées sur la connaissance des faits. Les centres collaborateurs de l'OMS ont la capacité de contribuer à la base de connaissances croissantes sur les ASC et sur des thèmes transversaux, ce savoir pouvant être diffusé aux pays de la Région pour influencer sur la planification et la mise en œuvre de politiques et de stratégies en faveur de la santé.

Le suivi et l'évaluation des programmes d'ASC à grande échelle doivent faire partie des stratégies et des plans globaux sur le personnel de santé ; des statistiques sur le déploiement, les coûts, la cartographie, etc., doivent être collectées dans les pays, à l'aide des outils de suivi que l'OMS et les partenaires utilisent déjà, tels que la disponibilité des services et les évaluations de la préparation.

RÉFÉRENCES



1. Earth Institute. One million community health workers, New York, 2011 (http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf). Consulté le 10 août 2015.
2. HRH commitment pathways: Community Health Workers. www.who.int/workforcealliance/forum/2013/CommunityHealthWorkers.pdf. Consulté le 1 mars 2017.
3. Lewin S, et al. Lay health workers in primary and community health care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 1: Art No. CD004015.
4. WHO. Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of a WHO Study Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 780, Geneva: WHO; 1989.
5. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. WHO Press. Geneva. World Health Organization 2015
6. Leban, K. How social capital in community systems strengthens health systems: people, structures, processes. http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/Components_of_a_Community_Health_System_final10-12-2011.pdf). Consulté le 10 septembre 2015.
7. Kironde S, Klaasen S. What motivates lay volunteers in high burden but resource-limited tuberculosis control programmes? Perceptions from the Northern Cape province, South Africa. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2002;6(2):104–110.
8. Okuga M, et al, Engaging community health workers in maternal and newborn care in eastern Uganda. *Global Health Action*. 2015;8:23968.
9. Olang'o CO, Nyamongo IK, Aagaard-Hansen J. Staff attrition among community health workers in home-based care programmes for people living with HIV and AIDS in western Kenya. *Health Policy*. 2010;97:232–237.
10. Global Health Workforce Alliance, WHO. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva: WHO; 2010.
11. Hodgins S, et al. Scaling up and maintaining effective community health worker programs at Scale; 2013 (http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/14_CHW_Scale.pdf). Accessed August 2015
12. Pallas SW, et al. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? *American Journal of Public Health*. 2013;103:e74–e82.
13. Dahn B, et al. Strengthening primary health care through community health workers: investment case and financing recommendations; 2015.
14. Gilson L, et al.. National community health worker programs: how can they be strengthened? *J Public Health Policy*. 1989;10(4):518–532.
15. Mcpake B. Cost-effectiveness of community-based practitioner programmes in Ethiopia, Indonesia and Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;3:631–639A.

16. McCord GC, Liu A, Singh P. Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;91: 244–253B.
17. Perry H, Zulliger R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The MDG Health Alliance, 2012 Oct. http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/review_of_chw_effectiveness_for_mdgs-sept2012.pdf. Consulté le 10 septembre 2015
18. Haines A, et al. n U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker DG, Bhutta Z. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet*. 2007;369:2121–2131.
19. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: WHO; 2007.
20. Condo J; et al. Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. *Human Resources for Health*. 2014;12:71.
21. Perry H, Crigler L and Hodgins S. 2014. Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: a reference guide and case studies for program managers and policy makers_Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) (http://www.chwcentral.org/sites/default/files/MCHIP_CHW).
22. Haile F, Yemane D, Gebreselassie A. Assessment of non-financial incentives for volunteer community health workers – the case of Wukro district, Tigray, Ethiopia. *Human Resources for Health*. 2014;12:54.
23. Mkwandawire WC, Muula AS. Motivation of community care givers in a peri-urban area of Blantyre, Malawi. *African Journal of Health Sciences*. 2005;12:21–25.
24. Tulenko, K, et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):847–852.
25. Nxumalo N, Goudge J, Thomas L. Outreach services to improve access to health in South Africa: lessons from three community health worker programmes. *Global Health Action*. 2013;6: 19283.
26. Ochieng B M, et al. Perceptions of health stakeholders on task shifting and motivation of community health workers in different socio demographic contexts in Kenya (nomadic, peri-urban and rural agrarian). *BMC Health Services Research*. 2014;14(Supplement1):S4.
27. Lehmann U, Friedman I, Sanders D. Review of the utilisation and effectiveness of community-based health workers in Africa. Working Paper of the Joint Learning Initiative; 2004.
28. WHO. Ebola situation reports (<http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports> , accessed 10 September 2015).
29. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
30. Helen Schneider and Uta Lehmann (2016) From Community Health Workers to Community Health Systems: Time to Widen the Horizon?, *Health Systems & Reform*, 2:2, 112-118, DOI: 10.1080/23288604.2016.1166307 To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2016.1166307>

LECTURES COMPLÉMENTAIRES



1. Greenspan JA, et al. Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania. *Human Resources for Health*. 2013;11:52.
2. Raven J, et al. Using a human resource management approach to support community health workers: experiences from five African countries. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):45.
3. Rowe AK, et al. Health care provider performance review: systematic review of strategies to improve health care provider performance in low- and middle- income countries. January 2015.
4. Strachan DL, et al. Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2012;87(5 Suppl): 111–119.
5. Schneider H, Hlophe H, van Rensburg D. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. *Health Policy and Planning*. 2008;21:179–187.
6. United Nations. Sustainable Development Goals (<http://www.un.org/sustainabledevelopment> , accessed 14 June 2016).
7. United Nations Children’s Fund (UNICEF). The Bamako Initiative; 1987 (http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf , accessed 4 September 2015).
8. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf , accessed 4 September 2015).
9. WHO. The world health report 2006 – working together for health. Geneva: WHO; 2006.
10. WHO, West African Health Organisation, African Development Bank Group et al. High Level Meeting on Building Resilient Systems for Health in Ebola-affected Countries, 10–11 December 2014. Geneva: WHO; 2014.
11. Frontline Health Workers coalition. A Commitment to Community Health Workers: Improving Data for Decision-Making. <https://www.frontlinehealthworkers.org/wp-content/uploads/2014/09/CHW-Report.pdf>

GROUPE ORGANIQUE SYSTÈMES ET SERVICES DE SANTÉ

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

**Cité du Djoué, Boîte postale 06, Brazzaville, République du
Congo**

**Téléphone: + (47 241) 39100 / + (242) 770 02 02 | Fax: + (47
241) 39503**

Courriel: regafro@afro.who.int

Site Web: <http://www.afro.who.int>

Twitter: @WHOAFRO