

Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire

APERÇU DU PAYS : BANGLADESH



Remerciements

AUTEUR : Carla López Castañeda

SUPPORT : Eklas Uddin (Save the Children), Shamim Jahan (Save the Children), Lenette Golding (Save the Children), Farzana Islam (Mécanisme de financement mondial), Joby George (UNICEF), Ariella Camera (USAID), Farhana Akhter (USAID), Kyle Muther (Last Mile Health), Abigail McDaniel (EYElliance)

ÉDITION ET GRAPHISME : Jennie Greene et Michelle Samplin-Salgado (Springfly)

TRADUIT PAR : Mounia Malki

CRÉDIT PHOTO DE COUVERTURE : Save the Children, Bangladesh

DATE DE PUBLICATION : Août 2021

Table des matières

Acronymes	1
Préface	3
Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles	3
L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme »	4
<i>Aperçus de pays</i> relatifs à la réforme institutionnelle	7
Avant-propos	8
Paysage des politiques et du plaidoyer de santé communautaire au Bangladesh	9
Accessibilité sanitaire et résultats au Bangladesh	9
Les bases de la réforme de la santé communautaire au Bangladesh	10
Les débuts de la programmation des agents de santé communautaires	10
Introduction de l'Approche sectorielle (1998)	11
Lancement du programme de soins de santé communautaire (1998-2001)	11
Relance de l'Initiative pour les soins de santé communautaires (2009-2016)	12
Les défis de l'institutionnalisation au Bangladesh	14
Le cycle de réforme des systèmes de santé communautaires au Bangladesh	14
Renforcement de la gouvernance et de la gestion au sein du secteur sanitaire au Bangladesh	14
Apprentissage et identification des lacunes dans les services de santé communautaires	15
Défis liés à l'institutionnalisation au Bangladesh	15
Une fragmentation institutionnalisée chronique au sein du système de santé	15
Une gouvernance locale, une gestion locale et un engagement communautaire sous-optimaux ...	16
Des incitations et mécanismes limités pour la coordination du secteur sanitaire	16
L'investissement pour l'ICH : un catalyseur pour la réforme	18
Objectifs de l'investissement pour l'ICH au Bangladesh	18
Création d'un Laboratoire d'apprentissage de district comme d'un pôle pour l'apprentissage et l'amélioration du programme	19
Renforcement de l'engagement communautaire et du soutien au gouvernemental local	20
Tester les innovations : Le Modèle de service de santé axé sur les cliniques communautaires comme pôle d'uniformisation et de coordination	21
Créer des plateformes capables de favoriser le dialogue et le consensus à tous les niveaux	24
Utiliser les leviers pour catalyser l'institutionnalisation de la santé communautaire	24
Mettre en place des forums inclusifs et effectifs pour la coordination	25
Construire des partenariats et consensus grâce à de nouvelles plateformes de partenaires	26
Faire avancer l'agenda des politiques de santé	27
Étapes de réforme plus vastes pendant l'ICH : La Loi sur le Fonds pour les cliniques communautaires - 2018	28
Opportunités et prochaines étapes	30
L'investissement pour l'ICH : synthétiser les résultats	30
Orientations et opportunités futures pour une contribution à un agenda en cours	30
Développer davantage les définitions et composantes clés de la stratégie	31
Évaluation des coûts et opérationnalisation de la stratégie	32
Développer un plan de mise en œuvre et des directives de déploiement	33
Pour conclure	34
Références	37
Bibliographie	38
Annexes	40

Acronymes

AHI	Inspecteur sanitaire adjoint	<i>Assistant Health Inspector</i>
ASC	Agent de santé communautaire	<i>Community Health Worker</i>
BNHWS	Stratégie nationale pour le personnel de santé	<i>Bangladesh National Health Workforce Strategy</i>
CBHC	Soins de santé communautaires	<i>Community Based Health Services</i>
CC	Clinique communautaire	<i>Community Clinic</i>
CG	Groupe communautaire	<i>Community Groups</i>
CHCP	Prestataire de soins de santé communautaires	<i>Community Health Care Provider</i>
CMP	Micro-planification communautaire	<i>Community Micro-planning</i>
COVID-19	Maladie à coronavirus	<i>Coronavirus disease 2019</i>
CSBA	Personnel communautaire qualifié pour les accouchements	<i>Community Skilled Birth Attendant</i>
CSC	Grille des résultats communautaire	<i>Community Score Card</i>
CSG	Groupe de soutien communautaire	<i>District Coordination Committee</i>
CSU	Couverture sanitaire universelle	<i>Universal Health Care</i>
DCC	Comité de coordination du district	<i>District Coordination Committee</i>
DGFP	Direction générale de la planification familiale	<i>Directorate General of Family Planning</i>
DGHS	Direction générale des services de santé	<i>Directorate General of Health Services</i>
DLL	Laboratoire d'apprentissage de district	<i>District Learning Laboratory</i>
DTC	Vaccin antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux	<i>Diphtheria-tetanus-pertussis</i>
ESP	Paquet essentiel de services	<i>Essential Service Package</i>
FPI	Inspecteurs de la planification familiale	<i>Family Planning Inspectors</i>
FWA	Assistant à la protection familiale	<i>Family Welfare Assistant</i>
FYP	Plan quinquennal	<i>Five Year Plan</i>
HA	Assistant sanitaire	<i>Health Assistant</i>
HAI	Inspecteur sanitaire adjoint	<i>Health Assistant Inspector</i>
HI	Inspecteur sanitaire	<i>Health Inspector</i>
HNP	Santé, nutrition et population	<i>Health, Nutrition and Population</i>
HPNSDP	Programme de développement du secteur de la santé, de la nutrition et de la population	<i>Health, Population and Nutrition Sector Development Program</i>
HPNSP	Programme sectoriel en matière de santé, nutrition et population	<i>Health, Population and Nutrition Sector Program</i>
HPSP	Programme sectoriel en matière de santé et de population	<i>Health and Population Sector Program</i>
HRD	Développement des ressources humaines	<i>Human Resource Development</i>
ICH	Intégration de la santé communautaire	<i>Integrating Community Health</i>
ICHC	Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire	<i>Institutionalizing Community Health Conference</i>
ICHW	Projet d'amélioration des agents de santé communautaires	<i>Improving Community Health Workers Project</i>
IPC	Prévention et contrôle des infections	<i>Infection Prevention and Control</i>
LD	Directeur sectoriel	<i>Line Director</i>
LGD	Division gouvernementale locale	<i>Local Government Division</i>
LGI	Institutions gouvernementales locales	<i>Local Government Institutions</i>
LMH	Last Mile Health	<i>Last Mile Health</i>
MNT	Maladie non transmissible	<i>Non-communicable disease</i>
MOHFW	Ministère de la santé et des affaires familiales	<i>Ministry of Health and Family Welfare</i>
MOLGRDC	Ministère du gouvernement local, du développement rural et des coopératives	<i>Ministry of Local Government, Rural Development and Cooperatives</i>
MPHV	Volontaire sanitaire polyvalent	<i>Multi-Purpose Health Volunteer</i>
NHWS	Stratégie nationale de développement du personnel de santé	<i>National Health Workforce Strategy</i>

NIPORT	Institut national de la recherche et de la formation démographique	<i>National Institute of Population Research and Training</i>
NSC	Comité directeur national	<i>National Steering Committee</i>
NSF	Forum national des parties prenantes	<i>National Stakeholder Forum</i>
ODD	Objectifs de développement durable	<i>Sustainable Development Goals</i>
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement	<i>Millennium Development Goals</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé	<i>World Health Organization</i>
ONG	Organisation non gouvernementale	<i>Non-governmental organization</i>
PEV	Programme élargi de vaccination	<i>Expanded Program on Immunization</i>
PHD	Partenaires pour la santé et le développement	<i>Partners in Health & Development</i>
PPV	Volontaires parmi les pairs rémunérés	<i>Paid Peer Volunteers</i>
RCHCIB	Revitalisation de l'Initiative pour la santé communautaire au Bangladesh	<i>Revitalization of the Community Health Care Initiative in Bangladesh</i>
SCI	Save the Children International	<i>Save the Children International</i>
SMI	Santé maternelle et infantile	<i>Maternal and Child Health</i>
SMNNE	Santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant	<i>Maternal, Newborn, and Child Health</i>
SMNNEA	Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	<i>Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health</i>
SRO	Sels de réhydratation orale	<i>Oral Rehydration Salts</i>
SS	Shasthya Shebika	<i>Shasthya Shebika</i>
SSP	Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
SWAp	Approche sectorielle	<i>Sector-Wide Approach</i>
TWG	Groupe de travail technique	<i>Technical Working Group</i>
UFPO	Responsable de la planification familiale dans l'upazila (sous-district)	<i>Upazila Family Planning Officer</i>
UHE&FP	Santé, éducation et planification familiale de l'union	<i>Union Health, Education & Family Planning</i>
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population	<i>United Nations Population Fund</i>
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance	<i>United Nations Children's Fund</i>
UP	Conseil municipal	<i>Union Parishad</i>
USAID	Agence américaine pour le développement international	<i>United States Agency for International Development</i>
USD	Dollars américains	<i>United States Dollars</i>
WASH	Eau, assainissement et hygiène pour tous	<i>Water, Sanitation and Hygiene for all</i>

Préface

Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles

Dans le monde, près de la moitié de la population n'a pas accès aux services de santé essentiels. L'accent est mis de plus en plus sur le rôle des communautés et de leur engagement, particulièrement celui des agents de santé communautaires (ASC) comme moyen de parachever le système de soins de santé primaires (SSP)¹. Les programmes d'ASC performants et mis à l'échelle constituent un volet essentiel des SSP adaptés, accessibles, équitables et de haute qualité.

Reconnaissant le potentiel de la santé communautaire pour combler les lacunes en matière de couverture sanitaire, d'amélioration de la protection financière, et de soutien à l'accès à des soins de qualité, la Déclaration d'Astana de 2018 participe à renforcer le rôle de la santé communautaire dans les SSP comme vecteur d'accélération des progrès pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Avant cette Déclaration, le passage des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à ceux en développement durable (ODD) a également contribué à repositionner les communautés à la fois en tant que ressources pour le renforcement des systèmes de santé, mais aussi comme sources de résilience pour les personnes et les familles.

En 2016, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a lancé une collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fondation Bill & Melinda Gates pour faire progresser les engagements des pays, de sorte que les communautés deviennent des ressources dans les systèmes des SSP afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD). La collaboration pour l'intégration de la santé communautaire (*Integrating Community Health* ou ICH) a généré un mouvement mondial,

comptant plus de vingt pays, pour élever les priorités nationales et les progrès réalisés destinés à institutionnaliser la santé communautaire dans les systèmes de soins de santé primaires. L'USAID, en collaboration avec l'UNICEF, a investi dans des partenariats catalyseurs avec les gouvernements, leurs ONG partenaires compétentes, et des communautés dans sept pays (Bangladesh, Haïti, Kenya, Liberia, Mali, Ouganda, et République démocratique du Congo) pour institutionnaliser les réformes et les enseignements tirés, en mettant l'accent sur les ASC.

Dans le cadre de ces efforts, par le biais du projet Frontline Health, mené avec deux partenaires principaux (Population Council et Last Mile Health), la Fondation Bill & Melinda Gates a soutenu l'élaboration de nouvelles données probantes et de connaissances concernant la mesure de la performance, le plaidoyer et les voies de mise à l'échelle dans les sept pays concernés. S'appuyant sur le cadre du cycle de réforme de la santé communautaire de Last Mile Health, les *Aperçus de pays* soulignent les partenariats catalyseurs pour l'ICH afin de renforcer les programmes nationaux d'ASC en tant que composante essentielle des SSP et les intégrer dans le contexte des réformes institutionnelles et de l'engagement politique nécessaire pour améliorer les résultats nationaux en matière de santé.

Réinventer les systèmes de santé pour atteindre la CSU nécessite un leadership et un engagement politique au sein même des pays. En effet, ceux-ci doivent mobiliser la société dans son ensemble, aussi bien le secteur public et privé que les communautés, car ils constituent des ressources essentielles à cet effort. L'élément communautaire des SSP doit être conçu pour permettre au système de santé d'atteindre les populations les

plus mal desservies, de traiter les pandémies, de combler les lacunes en matière de survie infantile et d'accélérer la transformation des systèmes de santé. Sans un appui élargi aux programmes nationaux d'ASC, l'accélération mesurable dont nous avons urgemment besoin pour atteindre les cibles des ODD en matière de santé d'ici à 2030 risque de ne pas voir le jour. Avec une décennie pour atteindre les ODD, et face aux défis posés par les réponses à la pandémie de maladie à

coronavirus (COVID-19), il est primordial de créer une dynamique politique mondiale avec les pays et les bailleurs de fonds pour soutenir les priorités nationales urgentes, évaluer les progrès réalisés, mais aussi développer et partager de nouvelles connaissances afin d'orienter des choix politiques audacieux favorables à une approche pansociale aboutissant au renforcement des systèmes de santé.

Ressources utiles

- Vision de l'USAID pour le renforcement des systèmes de santé d'ici à 2030
- La Déclaration d'Astana
- Résolution sur les ASC
- Directives sur les programmes relatifs aux agents de santé communautaires
- Exemplars : Les agents de santé communautaires
- La feuille de route pour la santé communautaire
- Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2017
- Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2021
- La Communauté des Pratiques Santé Communautaire (CH-CoP)
- Global Health : Science and Practice, Supplément 1 (Mars 2021)
- Journal of Global Health : Promouvoir les évaluations, les politiques et les pratiques de la santé communautaire

L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme »

Les *Aperçus de pays* présentés dans cette série soulignent les efforts de réformes pour l'ICH entrepris par les sept pays au sein d'un cadre de réforme institutionnelle : le cycle de réforme des systèmes de santé communautaire (désigné ici sous l'expression « cycle de réforme »)². Les pays expérimentent la réforme des systèmes de santé communautaire comme un processus et un cheminement vers l'institutionnalisation de la santé communautaire. La probabilité qu'une réforme particulière soit institutionnalisée avec succès dans un environnement politique donné dépend non seulement de la volonté politique et de l'adhésion des principaux partenaires, de la conception

technique des politiques, mais aussi de la capacité et des ressources disponibles pour lancer et gérer l'intervention, ainsi que de la capacité à tirer des enseignements, et de la volonté d'adapter et d'améliorer le programme au fil du temps.

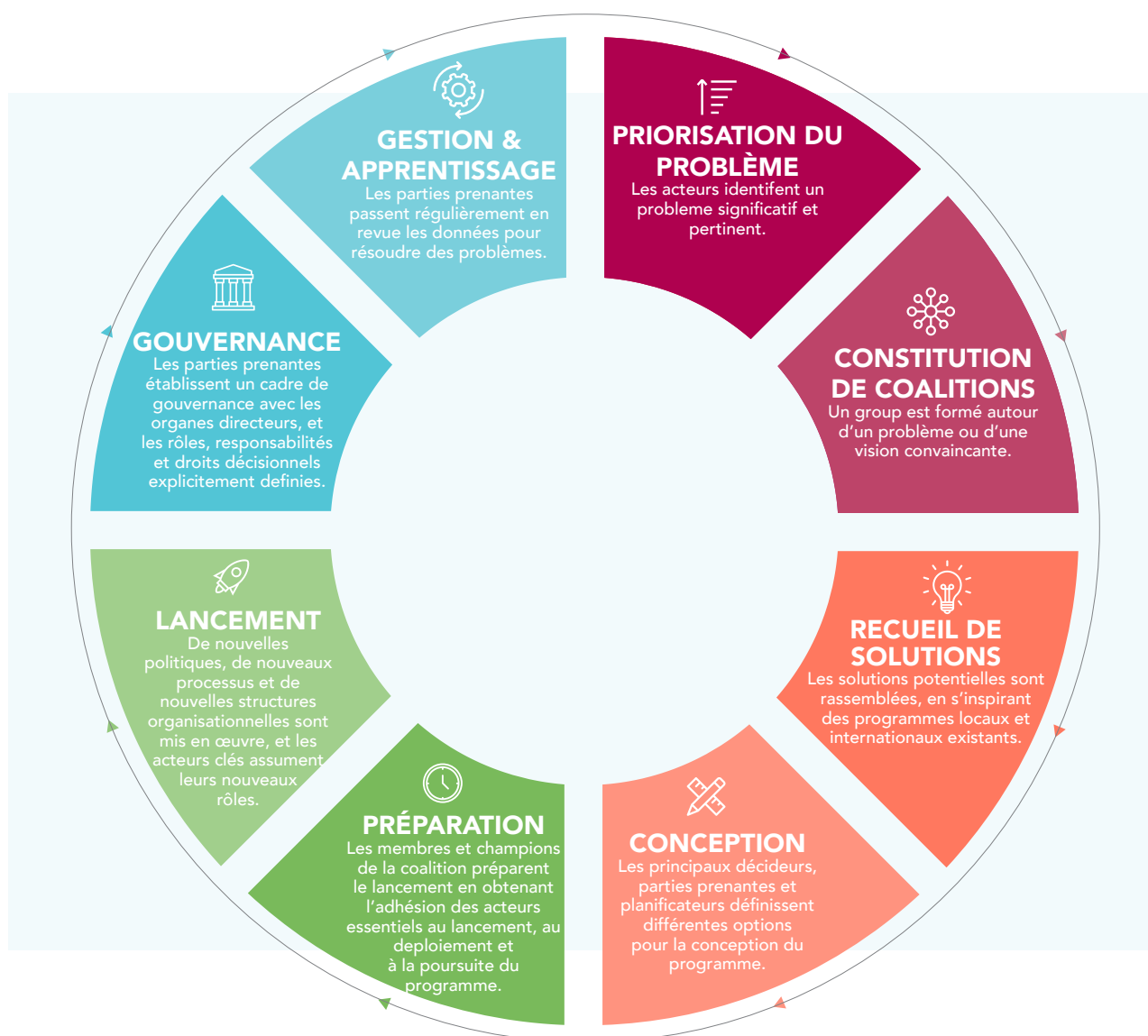
Le cadre du cycle de réforme a été à la fois guidé et affiné grâce à une analyse descriptive des parcours de réforme pour l'ICH de chaque pays. Les *Aperçus de pays*, tirés des investissements pour l'ICH dans la réforme des systèmes de santé communautaire, démontrent les liens pratiques entre la littérature existante et les expériences spécifiques à chaque pays. Ce cadre fournit aux

dirigeants des systèmes de santé une approche pour planifier, évaluer et renforcer les réformes institutionnelles nécessaires afin de prioriser les programmes d'agents de santé communautaire dans le cadre de stratégies nationales de soins de santé primaires destinées à parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU).

Le cycle de réforme illustre les différentes étapes de la réforme institutionnelle, qui sont synthétisées ci-

dessous. Les réformes peuvent englober l'ensemble d'un programme d'agents de santé communautaire ou cibler des éléments spécifiques de systèmes tels que les systèmes d'information sanitaire (SIS). Bien que les réformes ne suivent pas toujours chaque étape dans l'ordre et que le calendrier puisse varier en fonction de la complexité du programme ou de l'activité, une planification réfléchie et exhaustive peut renforcer l'adhésion et l'efficacité globale.

SYSTÈMES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE CYCLE DE RÉFORME



PRIORISATION DU PROBLÈME

Les acteurs identifient un problème significatif et pertinent. Ils diagnostiquent les points sensibles et les besoins non satisfaits, avant de les relier, dans la mesure du possible, aux domaines prioritaires de la réforme. Les acteurs reconnaissent la nécessité d'une réforme au sein du système de santé communautaire et s'engagent à adopter une vision commune pour combler les lacunes.

CONSTITUTION DE COALITIONS

Un groupe est formé autour d'un problème ou d'une vision convaincante. Les membres définissent les objectifs, les rôles, la taille et la composition de la coalition. Des membres aux parcours professionnels riches et variés occupent des rôles essentiels dans l'effort de réforme (par exemple, des leaders, connecteurs, contrôleurs, bailleurs de fonds, facilitateurs, champions du changement, et chargés de liaison avec les acteurs clés extérieurs à la coalition).

RECUEIL DE SOLUTIONS

Les solutions potentielles sont rassemblées, en s'inspirant des programmes locaux et internationaux existants. Les acteurs définissent des critères et des indicateurs pour évaluer les solutions, et testent, dans la mesure du possible, des idées spécifiques de réforme. Les solutions prometteuses sont classées par ordre de priorité en vue de leur intégration dans le système de santé.

CONCEPTION

Les principaux décideurs, parties prenantes et planificateurs définissent différentes options pour la conception du programme. Dans la mesure du possible, des éléments probants sur les options, le coût attendu, l'impact et la faisabilité sont identifiés. Par le biais de consultations, d'ateliers et d'autres moyens, les parties prenantes donnent leur avis sur les options, et les décideurs choisissent une conception. Il peut s'agir de plans opérationnels, de matériel de formation, de descriptions de postes, d'outils de gestion, de systèmes de collecte de données et de processus relatifs à la chaîne d'approvisionnement.

PRÉPARATION

Les membres et champions de la coalition préparent le lancement en obtenant l'adhésion des acteurs essentiels au lancement, au déploiement et à la poursuite du programme. Les parties prenantes traduisent également la conception du programme en plans opérationnels chiffrés comprenant des stratégies et des outils clairs pour le lancement et le déploiement. Des plans d'investissement pour un financement durable et des mécanismes de financement sont mis en place. Les parties prenantes sont préparées à leurs nouveaux rôles et responsabilités, et les domaines susceptibles de poser des conflits de politiques/protocoles sont traités.

LANCEMENT

De nouvelles politiques, de nouveaux processus et de nouvelles structures organisationnelles sont mis en œuvre, et les acteurs clés assument leurs nouveaux rôles. Au fur et à mesure que ces changements évoluent, les enseignements sont recueillis pour faire preuve de dynamisme et identifier les défis à relever pour leur application. Une attention particulière est accordée aux questions relatives au déploiement, et des modifications opportunes sont apportées, au besoin, au niveau de la conception et de la mise en œuvre.

GOUVERNANCE

Les parties prenantes établissent un cadre de gouvernance avec les organes directeurs, et les rôles, responsabilités et droits décisionnels définies. Des processus sont établis pour la gestion des risques et des problèmes, l'engagement des parties prenantes et la communication transversale. Les acteurs suivent les progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme afin d'améliorer une prise décisionnelle claire et de traiter les questions ou les défis majeurs.

GESTION & APPRENTISSAGE

Les parties prenantes clés passent régulièrement en revue les données du programme pour façonner la résolution des problèmes au niveau national ou infranational. Les parties prenantes s'engagent dans un processus continu d'apprentissage et d'amélioration, en identifiant les défis et les changements dans la conception du programme ainsi que les autres obstacles des systèmes.

Aperçus de pays relatifs à la réforme institutionnelle

BUT ET OBJECTIFS DES *APERÇUS DE PAYS*

- Présenter un panorama de la santé communautaire dans chaque pays ;
- Exposer la vision du pays en matière de réforme de la santé communautaire et positionner les progrès réalisés à ce jour dans le cadre du cycle de réforme ;
- Articuler les défis primaires liés à l'institutionnalisation de la santé communautaire auxquels le pays est ou a été confronté au début de l'investissement pour l'ICH ;
- Retracer le processus d'élaboration des politiques et de plaidoyer entrepris par les parties prenantes des pays pour faire progresser les réformes, en utilisant l'investissement pour l'ICH comme catalyseur ;
- Identifier les enseignements tirés et les occasions de renforcer les réformes existantes découlant de l'investissement pour l'ICH.

Les *Aperçus de pays* servent de compléments à d'autres ressources créées dans le cadre et par-delà les investissements pour l'ICH, telles que les Feuilles de route pour l'accélération de la santé communautaire des pays, les études de cas nationales pour l'ICH, ainsi que les recherches menées dans le cadre du projet Frontline Health. Les *Aperçus de pays* mettent l'accent sur le suivi des processus de sélection, de plaidoyer et de mise en œuvre des politiques. Ensemble, ces initiatives complémentaires accélèrent la réforme des systèmes de santé communautaire et font progresser les efforts pour atteindre un système de soins de santé primaires solide et une couverture sanitaire universelle (CSU).

APPROCHES & MÉTHODES

Les *Aperçus de pays* mettent en évidence des exemples du parcours de réforme d'un pays à travers les étapes spécifiques de l'institutionnalisation décrites dans le cadre. Les

Aperçus de pays montrent les caractéristiques de chaque étape dans le contexte du pays et mettent en évidence des exemples saillants de l'apprentissage et de la réussite des pays. Les *Aperçus de pays* ont été créés grâce à un processus fait d'études documentaires et de consultations avec les parties prenantes des pays. Les parties prenantes comprenaient notamment des représentants actuels et anciens des Ministères de la santé, des dirigeants d'organisations non gouvernementales (ONG) et techniques, ainsi que des représentants d'institutions multilatérales et bilatérales. Les *Aperçus de pays* ont permis de mettre en évidence les perspectives existantes dans les documents politiques et stratégiques, bien souvent difficiles d'accès pour celles et ceux qui ne travaillent pas dans le pays, ainsi que les nouvelles perspectives acquises par des méthodes telles que des ateliers ou des entretiens approfondis avec les principales parties prenantes. Lorsque l'*Aperçu de pays* s'appuie sur des documents existants, les références ont été indiquées. Les informations et recommandations des parties prenantes des pays sur l'application du cycle de réforme ont servi non seulement à valider le cadre, mais aussi à mettre en évidence les façons dont celui-ci peut permettre de retracer de récits efficaces de réformes, et d'accélérer les efforts d'élaboration de politiques et de plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

Ces récits révèlent des possibilités d'accélérer la priorisation des programmes d'agents de santé communautaire ainsi que des stratégies de soins de santé primaires pour faire avancer les objectifs visant à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Au cours des consultations, de nombreuses parties prenantes des pays ont fourni des commentaires judicieux sur les applications du cycle de réforme, soulignant notamment que le cadre a permis d'identifier une approche susceptible d'accélérer l'établissement des politiques et le plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

Avant-propos

Au cours des cinq dernières années, le Bangladesh a franchi les deux dernières étapes du cycle de réforme des systèmes de santé communautaire et a posé les bases d'un nouveau cycle de réforme. Depuis les années 1970 et 1980, le pays fait appel depuis longtemps aux agents de santé communautaires comme ressources clés pour atteindre les priorités nationales fixées en matière de santé et de planification familiale. Le pays a également connu un déploiement national prolongé d'un programme de soins de santé communautaires avec des plans opérationnels solides de 1998 à 2016. Plus récemment, le pays s'est concentré sur l'amélioration de la gouvernance et de la gestion du programme pour soutenir la mise en œuvre continue, ainsi que sur l'utilisation des enseignements tirés pour parfaire la performance du programme.

En s'appuyant sur l'expérience et sur les succès nationaux antérieurs, mais aussi en tirant parti de l'environnement pluraliste de son secteur sanitaire, le Bangladesh a rapidement franchi les quatre premières étapes d'un nouveau cycle de réforme des systèmes de santé communautaires, posant les bases de la priorisation du problème, de la création de coalitions, du recueil de solutions et de la conception de politiques et de programmes, ouvrant ainsi la voie à la poursuite de l'institutionnalisation des systèmes de santé communautaires.

SYSTÈMES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE CYCLE DE RÉFORME



Paysage des politiques et du plaidoyer de santé communautaire au Bangladesh

Accessibilité sanitaire et résultats au Bangladesh

Depuis son indépendance en 1971, le Bangladesh n'a cessé de réaliser des progrès sanitaires remarquables, malgré un faible niveau de dépenses de santé par rapport aux pays voisins et l'un des plus bas niveaux de ressources humaines pour la santé au monde. Entre 1990 et 2015, le Bangladesh a atteint la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé en réduisant la mortalité néonatale de 65 % ainsi que les taux de mortalité maternelle, infantile et des enfants de moins de cinq ans de plus de 70 %³. Aujourd'hui, le Bangladesh connaît l'une des espérances de vie les plus longues, le taux de fécondité total le plus bas, et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans le plus bas d'Asie du Sud⁴.

Les agents de santé communautaires (ASC) ont joué un rôle central dans l'obtention de ces résultats. En effet, au cours des cinq dernières décennies, le Bangladesh s'est appuyé sur un large éventail d'interventions communautaires menées par les ASC pour répondre aux besoins sanitaires du pays. Cela comprend la planification familiale, les efforts de vaccination et les programmes de contrôle des maladies diarrhéiques. Au moins en partie grâce à l'implication des ASC, le taux de prévalence de la contraception chez les femmes rurales a été multiplié par 10 entre les années 1970. Et, aujourd'hui, la proportion d'enfants ruraux qui sont vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTC 3) est passée de près de zéro à plus de 90 % entre les années 1980 et de nos jours⁴.

INDICATEURS (ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ) ⁱ	1993-94	1996-97	1999-00	2004	2007	2011	2014	2017-18
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	87	82	66	65	52	43	38	38
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	133	116	94	88	65	53	46	45
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	470	-	322	-	-	194	-	196
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés	59	54	60	73	82	86	84	89
Taux de couverture des enfants souffrant de diarrhées traitées avec des SRO	50	48	61	67	81	81	84	85
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes mariées (%)	19	16	15	11	17	14	12	12
Taux de couverture des accouchements en présence d'un personnel qualifié	10	8	12	16	21	32	42	53
Femmes enceintes qui assistent à au moins 4 CPN (%)	6	6	11	17	22	26	31	47

ⁱ Taux de mortalité maternelle issus de l'Enquête sur la mortalité maternelle et les soins de santé du Bangladesh (*Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey* ou BMMS) pour les années 2001, 2010, et 2016.

Le Bangladesh s'est également appuyé sur un système de santé pluraliste, avec des prestataires gouvernementaux, du secteur privé et des organisations non gouvernementales (ONG), pour fournir à sa population des services de santé communautaires et en établissement. L'approche pluraliste de la santé et la programmation des ASC sont considérées comme des facteurs importants dans l'amélioration des résultats sanitaires du pays^{4,5}. À l'heure actuelle, le Bangladesh compte plus de 185 000 ASC, avec des champs d'action et des profils variés, qui fournissent des services de santé dans l'ensemble du pays (voir l'annexe 1 pour plus d'informations). Parmi ce contingent, environ 70 000 ASC travaillent pour le gouvernement, 50 000 pour l'ONG BRAC, et le reste pour d'autres ONG et le secteur privé⁵.

Aujourd'hui, le Bangladesh est confronté à de nouveaux défis, tels que l'urbanisation croissante de la population, la prévalence accrue des maladies non transmissibles (MNT) et l'afflux récent de réfugiées rohingyas dans le district de Cox's Bazar. Le pays continue également de faire face à des carences en matière de qualité et d'accès à la santé, notamment avec des disparités entre les zones rurales et urbaines, et des dépenses de santé élevées à la charge des ménages. Pour relever ces défis, le pays devra faire preuve d'un engagement continu pour améliorer les capacités d'innovation et d'adaptation de son personnel de santé.

Les bases de la réforme de la santé communautaire au Bangladesh

LES DÉBUTS DE LA PROGRAMMATION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Le droit à la santé est inscrit dans la Constitution du Bangladesh, qui dispose qu'il est de la responsabilité fondamentale de l'État de garantir des services de santé à ses citoyens⁶. Le Ministère de la santé et des affaires familiales bangladais (*Ministry of Health and Family Welfare* ou MOHFW) est l'autorité responsable de la formulation de la politique et de la planification au niveau national,

ainsi que de la réglementation du secteur de la santé. Au sein du MOHFW, deux autorités principales mettent en œuvre la politique de santé : la Direction générale de la planification familiale (*Directorate General of Family Planning* ou DGFP) et la Direction générale des services de santé (*Directorate General of Health Services* ou DGHS).

Après l'indépendance en 1971, les partenaires du développement (*Development Partners* ou DP) ont joué un rôle important en soutenant le Gouvernement du Bangladesh, en finançant une série de projets axés séparément sur la planification familiale (*Family Planning* ou FP) et la santé. Les principaux programmes et politiques des années 1970 et 1980 se sont concentrés sur les prestations de services de planification familiale et de santé maternelle et infantile (SMI) à la population rurale par le biais de structures de soins de santé primaires et secondaires, ainsi que par des ASC⁷.

En 1976, le Gouvernement a recruté à temps plein 13 500 ASC, plus communément connus sous le nom d'Assistant à la protection familiale (*Family Welfare Assistants* ou FWA), pour soutenir le programme national de planification familiale récemment lancé. Le principal objectif du programme était de réduire le taux élevé de fécondité du pays, un objectif considéré comme une étape essentielle pour atteindre l'autosuffisance économique post-indépendance. Au cours des quinze années suivantes, le Gouvernement a élargi le champ d'action des FWA au-delà de la planification familiale pour soutenir la vaccination et d'autres services de santé maternelle et infantile, et a également augmenté leur nombre. Ainsi, en 1991, 23 500 FWA de la DGFP fournissaient des services de santé par le biais de visites à domicile, et ils/elles étaient soutenus par des cliniques satellites pour la dissémination de la planification familiale⁴.

Alors que le Gouvernement lançait ses premiers FWA, les ONG ont commencé à expérimenter leurs propres cadres pour les ASC afin de répondre aux priorités nationales identifiées par le Gouvernement. Au cours des années 1980, le Gouvernement s'est associé aux ONG BRAC et CARE pour former leurs propres ASC afin de renforcer le soutien aux campagnes de vaccination

dans les régions où les ASC nationaux n'étaient pas encore fermement établis. En 1990, l'ONG BRAC a officiellement introduit les *Shasthya Shebika* (SS), un cadre de volontaires issu de son expérience des années 1970⁴.

En 1991, le Gouvernement a officialisé l'introduction d'un nouveau cadre pour les ASC, connu sous le nom d'Assistants sanitaires (*Health Assistants* ou HA), afin de soutenir son Programme élargi de vaccination (PEV) par le biais de visites à domicile et d'interventions de proximité. Les HA ont été recrutés par la DGHS et, comme les FWA, ont progressivement élargi leur champ d'action pour fournir des services supplémentaires. Les FWA et les HA reflètent la double approche du MOHFW bangladais. Chaque cadre était parrainé par une Direction distincte, chacune gérant ses propres structures et son personnel sanitaire, et assure sa propre supervision, formation, mécanismes d'orientation et systèmes d'information sanitaire⁴.

INTRODUCTION DE L'APPROCHE SECTORIELLE (1998)

En 1998, le Bangladesh s'est engagé dans une réforme majeure du secteur de la santé destinée à accroître l'efficacité, la pérennité et l'intégration du système et des services de santé existants⁷. Le MOHFW et ses partenaires ont abandonné l'approche basée sur les projets et ont introduit une approche sectorielle (*Sector-Wide Approach* ou SWAp) pour la programmation sanitaire. Avec cette approche, le Gouvernement a dirigé la mise en œuvre d'un seul programme sectoriel de santé et de population par le biais de plans opérationnels, chacun dirigé par un directeur sectoriel (LD). Chaque plan opérationnel comprenait un paquet d'activités SWAp décrites dans les plans stratégiques, ainsi que des budgets et des examens périodiques des performances et des ressources menés par le MOHFW⁷. Les ressources provenaient des recettes du Gouvernement et des fonds communs et bilatéraux des partenaires de développement, alloués par le biais de financements basés sur un budget.

L'objectif principal de la première approche sectorielle, à savoir le Programme sectoriel en matière de santé et de population (*Health,*

Population and Nutrition Sector Program ou HPSP 1998-2003), était de décentraliser la fourniture d'un paquet de services essentiels (*Essential Service Package* ou ESP) en utilisant un modèle de service « à guichet unique » pour fournir des services de santé de base et de planification familiale aux communautés rurales à partir de cliniques communautaires.

Le HPSP a notamment affecté 60 % du budget de la santé à la fourniture de paquet de services essentiels. Depuis lors, le MOHFW a consécutivement mis en œuvre trois programmes SWAp, et un quatrième est actuellement cours de mise en œuvre. L'objectif primordial de toutes les approches sectorielles a été d'améliorer l'accès et l'utilisation d'un paquet essentiel de services en matière de santé, de population et de nutrition, particulièrement pour les groupes vulnérables, notamment les femmes et les enfants⁷.

Bien que les SWAp soient conçus en tenant compte de l'ensemble du secteur de la santé, d'autres activités sanitaires mises en œuvre dans le secteur de la santé existent mais ne relèvent pas de l'approche sectorielle. Il s'agit notamment des interventions sanitaires mises en œuvre en dehors du MOHFW (par exemple, le programme de santé urbaine du Ministère du gouvernement local, du développement rural et des coopératives) et des programmes de santé mis en œuvre par les ONG et le secteur privé⁷.

LANCEMENT DU PROGRAMME DE SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (1998-2001)

En 1998, à l'initiative du Premier Ministre Sheikh Hasina, le Bangladesh a lancé le programme de soins de santé communautaires (*Community Based Health Care* ou CBHC) par le biais de la première approche sectorielle (SWAp), le HPSP. Le programme CBHC a introduit le concept de cliniques communautaires (CC) « pour étendre dans l'ensemble du pays les services de soins de santé primaires qualitatifs au plus près des populations rurales »⁸. L'objectif était d'assurer l'accès et l'utilisation des paquets essentiels de services au niveau communautaire par le biais des CC. Le plan prévoyait la création de 13 500 CC, soit une CC pour chaque tranche de 6 000 à 10 000 habitants,

et les FWA et HA existants devaient fournir des services depuis ces nouvelles cliniques.

Pour mettre en œuvre le programme CBHC, le MOHFW a créé le projet CC au sein de la DGHS. De 1998 à 2001, l'engagement communautaire et la construction de cliniques ont été lancés sur des terrains gracieusement donnés par les communautés. La DGHS a construit 10 723 CC et environ 8 000 ont commencé à être opérationnelles⁸. Cependant, en 2001, le nouveau Gouvernement national a retiré son soutien au programme CC, avant de l'interrompre en raison d'un changement de priorités.

RELANCE DE L'INITIATIVE POUR LES SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES (2009-2016)

En 2009, avec le retour du Premier Ministre Sheikh Hasina au Gouvernement national, le MOHFW a replacé au centre les priorités du programme CBHC par le biais d'une initiative intitulée « Revitalisation de l'Initiative pour la santé communautaire au Bangladesh » (*Revitalization of the Community Health Care Initiative in Bangladesh* ou RCHCIB, 2009-2016). Cette initiative a introduit un nouveau cadre pour les ASC, les prestataires de soins de santé communautaires (*Community Health Care Provider* ou CHCP), qui seront localisés en permanence au niveau des cliniques communautaires (CC). Chaque CC servira de plaque tournante aux ASC pour fournir des services à la communauté. Les FWA et les HA, qui se concentraient traditionnellement sur la prestation de services de planification familiale et

de programme élargie de vaccination à domicile, passeraient désormais la moitié de leur temps en CC pour soutenir les services fournis par les CHCP.

L'initiative RCHCIB visait à renforcer l'engagement de la communauté et du Gouvernement local dans la prestation de services de santé par le biais d'un partenariat public-privé avec la communauté. Tout d'abord, le Gouvernement construit les CC sur des terrains gracieusement donnés par la communauté et prends à sa charge les coûts relatifs aux prestataires de services, aux médicaments et aux équipements. Puis, ensuite, les groupes communautaires (*Community groups* ou CG) et les groupes de soutien communautaire (*Community support groups* ou CSG) fournissent un soutien pour la gestion et la supervision des CC, tout en mobilisant les ressources locales pour soutenir la gestion des CC.

L'initiative a été initialement mise en œuvre en tant que projet distinct du MOHFW en dehors du programme du secteur de la santé, générant une instabilité de financement et des difficultés de mise en œuvre jusqu'en 2011, lorsque le programme a été opérationnalisé dans la troisième approche sectorielle (SWAp), le programme de développement du secteur de la santé, de la nutrition et de la population (*Health, Population and Nutrition Sector Development Program* ou HPNSDP, 2011-2016). La DGHS a nommé un Directeur sectoriel (*Line Director* ou LD) pour diriger la mise en œuvre du plan opérationnel du CBHC (PO CBHC), qui était désormais soutenu par une structure administrative fonctionnelle avec du

APPROCHE SECTORIELLE (SWAP) AU BANGLADESH – INTITULÉS ET PRINCIPAUX OBJECTIFS/PRIORITÉS

- Programme sectoriel en matière de santé et de population (HPSP) 1998-2003 : décentraliser la fourniture du paquet essentiel de services en utilisant un modèle de service « à guichet unique » pour fournir des services de santé et de planification familiale essentiels aux communautés rurales à partir des cliniques communautaires.
- Programme sectoriel en matière de santé, de nutrition et de population (HPNSP) 2003-2011 : augmenter la disponibilité et l'utilisation de services en santé, nutrition et population de qualité, axés sur les besoins des usagers, efficaces, équitables, abordables et accessibles.
- Programme sectoriel en matière de santé, de nutrition et de population (HPNSDP) 2011-2016 : renforcer les systèmes de santé et améliorer les services de santé et de planification familiale.
- Programme sectoriel en matière de santé, de nutrition et de population (HPNSP) 2017-2022 : améliorer l'équité, la qualité et l'efficacité avec pour objectif d'atteindre progressivement la couverture sanitaire universelle (CSU) et les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé.

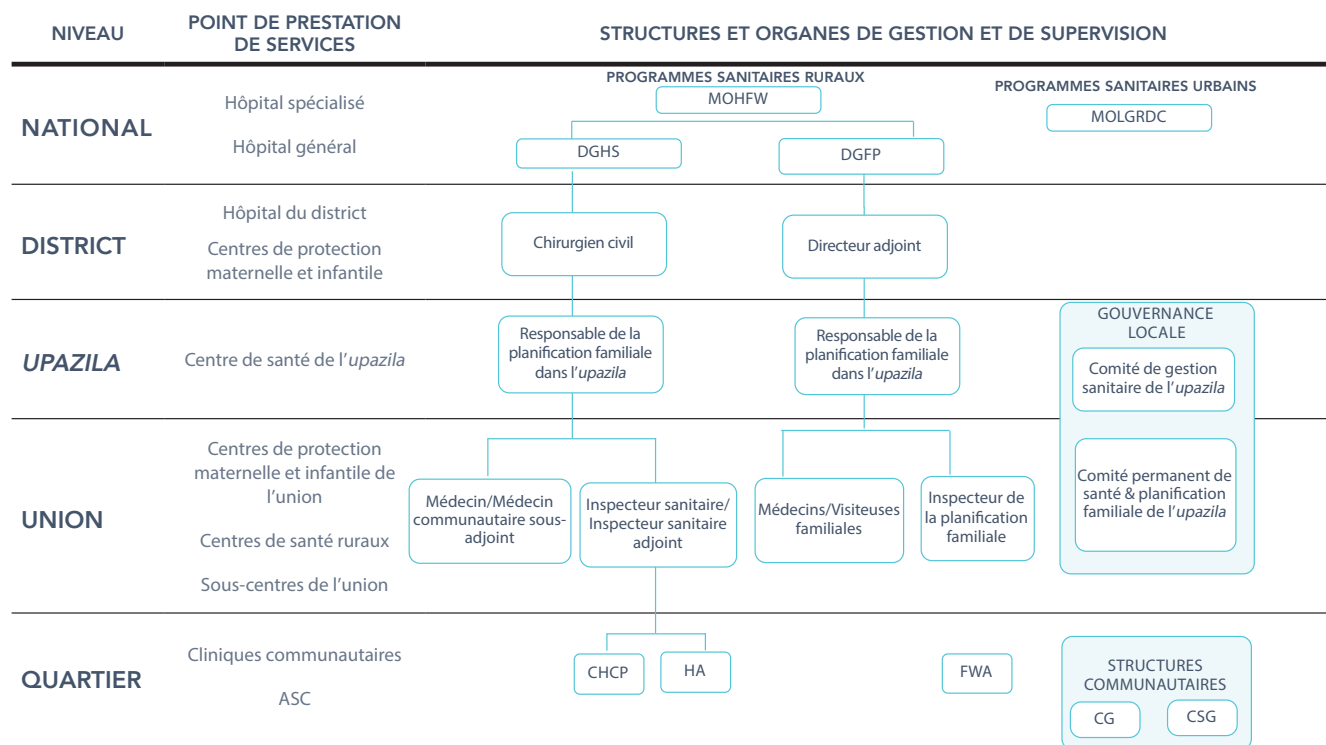
personnel, un budget et des infrastructures.

En 2012, le Bangladesh a accéléré le déploiement du programme de soins de santé communautaires (*Community Based Health Care* ou CBHC). Au cours des six années suivantes, le Gouvernement a finalisé la construction de 13 779 cliniques communautaires (CC), les dotant de 13 507 CHCP, 19 583 FWA et 15 420 HA^{5,6}. Les allocations budgétaires gouvernementales (principalement pour les médicaments et les salaires des CHCP) ont presque doublé entre 2012 et 2018, atteignant un budget récurrent de 6 374 millions de taka bangladais (soit 75 millions de dollars) pour l'année fiscale 2017-2018⁸.

Aujourd'hui, les CC sont considérées comme un élément pivot du système de soins de santé primaires bangladais et comme un programme phare de l'administration actuelle. La CC est le plus bas niveau d'installation fixe du système de santé des upazilas (sous-district), comme le montre plus en détails l'annexe 2. Les CC orientent les patients vers les centres de santé, d'éducation et de protection familiale des unions (*Union Health, Education & Family Welfare Centres* ou UHE&FWC), et vers les complexes sanitaires des upazilas. Les

inspecteurs sanitaires adjoints (*Assistant Health Inspector* ou AHI) de l'Union et les inspecteurs sanitaires (*Health Inspectors* ou HI) de l'upazila (DGHS) supervisent les HA et les CHCP. Les inspecteurs à la planification familiale (*Family Planning Inspectors* ou FPI) au niveau des unions (DGFP) supervisent les FWA. Les responsables de la santé et de la planification familiale dans l'upazila (*Upazila Health and Family Planning Officers* ou UH&FPO) et les responsables de la planification familiale dans l'upazila (*Upazila Family Planning Officers* ou UFPO) sont compétents au niveau du sous-district, alors que le chirurgien civil est le responsable général au niveau du district.

Les municipalités (*Union Parishad* ou UP) se sont engagées pour le suivi et la gestion des cliniques communautaires (CC) par le biais du Comité permanent de l'Union pour la santé, l'éducation et la planification familiale (*Union Health, Education & Family Planning* ou UHE&FP), un organe local chargé de superviser les fonctions de santé et de planification familiale au niveau de l'Union. Le président de l'UP est le Directeur général des CC au niveau local, et les membres de l'UP président les CG et CSG. Le CHCP fait office de Secrétariat du CG.



Les défis de l'institutionnalisation au Bangladesh

Le cycle de réforme des systèmes de santé communautaires au Bangladesh

RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE LA GESTION AU SEIN DU SECTEUR SANITAIRE AU BANGLADESH

Le cycle de réforme des systèmes de santé communautaire fournit un cadre utile pour analyser le parcours de la réforme des systèmes de santé communautaire du Bangladesh, qui reflète le parcours de réforme du secteur de la santé du pays. Le cycle de réforme donne un aperçu des fondements, des stratégies et des défis du processus de réforme.

Avant 2016, le Bangladesh a connu plusieurs cycles de réforme, qui se sont souvent chevauchés et qui ont posés les bases du système de santé communautaire national.

À partir de 1998, le programme de soins de santé primaires communautaires (CBHC) s'est lancé dans son propre cycle de réforme, identifiant les domaines prioritaires de la réforme, concevant de nouvelles politiques, et mobilisant des ressources pour soutenir la mise en œuvre continue du programme.

En 2016, le Bangladesh avait presque achevé le déploiement national du programme CBHC. Dans tout le pays, le Gouvernement et ses partenaires ont soutenu la mise en œuvre continue du programme, en veillant à faire respecter les normes, en remédiant aux écarts de performance et en renforçant la gouvernance et la gestion globale du programme. Les enseignements tirés des programmes de santé communautaires ont préparé le terrain pour l'amélioration du programme à venir,

alors que l'Initiative pour la revitalisation du CBHC s'achevait et que le quatrième programme sectoriel en matière de santé, nutrition et de population (HPNSP, 2017-2022) était en cours d'élaboration.

En parallèle, le MOHFW a lancé sa stratégie nationale pour le personnel de santé (*Bangladesh National Health Workforce Strategy* ou BNHWS, 2016-2021), à la suite du septième plan quinquennal du Bangladesh et de son orientation stratégique visant à « améliorer la gouvernance et la gestion dans le secteur de la santé »⁹. La stratégie a fourni un cadre pour relever les défis prioritaires en matière de gestion du personnel de santé, en se concentrant sur cinq domaines clés : la planification du personnel de santé, le renforcement des capacités, le déploiement, la gestion de la haute performance et les systèmes d'information.

Le quatrième HPNSP a été élaboré dans le but de s'appuyer sur les succès précédents pour améliorer l'équité, la qualité et l'efficacité, se rapprochant progressivement de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé. Le quatrième HPNSP a défini huit objectifs stratégiques classés en trois volets principaux : 1) Gouvernance et gestion, 2) Renforcement du système en matière de santé, de nutrition et de population (*Health, Nutrition and Population* ou HNP) et 3) Prestation de services HNP de qualité⁶.

Le quatrième HPNSP a également renforcé l'engagement du pays pour la vision des cliniques communautaires (CC) en tant qu'unité de base du système de soins de santé primaires par le biais d'un nouveau plan opérationnel CBHC et a étendu la portée du programme CBHC pour inclure la fourniture de services de santé essentiels à partir de tous les établissements de santé situés dans les *upazilas*¹⁰. Le programme visait ainsi à renforcer l'intégration du système de santé aux niveaux des

communautés, des *upazilas* et des districts.

APPRENTISSAGE ET IDENTIFICATION DES LACUNES DANS LES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Début 2018, le bureau de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au Bangladesh et la DGHS ont commandé une évaluation indépendante du programme CBHC afin d'évaluer sa contribution à la prestation efficace de services de soins de santé primaires, et d'identifier ses points forts et ses défis concernant la mise en œuvre réussie du paquet essentiel de services. Comme l'indique le Président du Conseil d'administration du Fonds pour l'aide à la santé dans les cliniques communautaires dans le rapport d'évaluation :

« L'initiative CBHC cherche maintenant à améliorer la qualité des services et son alignement plus étroit avec les orientations stratégiques du secteur de la santé afin d'établir un point de service unique plus efficace et durable pour les communautés du Bangladesh »⁸.

POINTS FORTS IDENTIFIÉS

L'évaluation a effectué une revue documentaire qui a mis en évidence les enseignements tirés du programme tout au long de la mise en œuvre du programme CBHC. L'évaluation a révélé que le Bangladesh a fait d'importants progrès dans la mise en œuvre du programme. L'évaluation a reconnu que la conception est pertinente pour les besoins de santé des populations et qu'elle a le potentiel d'élargir la portée des services pour répondre aux besoins de santé émergents et atteindre les ODD et la CSU. Elle a également noté que les ASC ont joué un rôle essentiel dans la mise en œuvre du paquet essentiel de services au niveau communautaire et dans l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services au fil des années.

OPPORTUNITÉS IDENTIFIÉES

Toutefois, l'évaluation a révélé que de nombreuses contraintes ont conduit à un fonctionnement inefficace du programme et que la mise en œuvre de la politique CBHC n'avait pas encore atteint son plein potentiel. Les contraintes comprenaient la

combinaison et l'étendue inadéquates des services actuellement fournis compte tenu de l'évolution démographique de la population, les ressources humaines limitées, la discontinuité des services, les lacunes logistiques, les rôles de soutien insuffisants, l'organisation sous-optimale de l'engagement communautaire et la mauvaise coordination entre les cadres des ASC (en grande partie due aux structures de gestion parallèles de la DGFP et de la DGHS)⁸.

Défis liés à l'institutionnalisation au Bangladesh

Les lacunes de performance identifiées dans les services de santé communautaire reflètent des défis plus larges du secteur sanitaire bangladais, particulièrement dans la gouvernance et la gestion, qui ont affecté les programmes de santé communautaire depuis leur création. Le Gouvernement a introduit des cadres d'ASC pour relever différents défis à différents moments, et les réformes ont souvent été menées par différents acteurs gouvernementaux. La planification et la prise décisionnelle concernant le personnel de santé étaient (et sont toujours) effectuées par une division distincte du MOHFW, avec une coordination limitée avec les divisions responsables des ASC. Les parties prenantes n'avaient pas toujours le même avis sur les domaines prioritaires de la réforme ou ne partageaient pas une vision commune pour résoudre ces lacunes.

Par conséquent, différents efforts de réforme de la santé communautaire ont progressé sans plan commun ni coordination. Au fil du temps, diverses structures et institutions ont vu le jour, ce qui a entraîné une fragmentation des approches dans les domaines de la conception, du financement, de la mise en œuvre, de la gouvernance et de la gestion des programmes. Cette fragmentation a fini par entraîner des écarts de performance lorsque les programmes ont fini par se chevaucher.

UNE FRAGMENTATION INSTITUTIONNALISÉE CHRONIQUE AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ

La double approche du MOHFW entre les

Divisions des services de santé et de planification familiale persiste depuis des décennies, et reste profondément institutionnalisée dans la structure du système de santé. La DGHS et la DGFP gèrent chacune leurs propres établissements de santé et leur propre personnel, et maintiennent leur propre supervision, formation, mécanismes d'orientation et systèmes d'information sanitaire. En outre, les soins de santé primaires en milieu urbain relèvent de la responsabilité du Ministère du gouvernement local, du développement rural et des coopératives (MOLGRDC) et sont dispensés par les corporations urbaines et les municipalités⁶. Cette structure fragmentée se retrouve à tous les niveaux du système de santé, du niveau national au niveau communautaire.

Au niveau communautaire, la coordination et l'intégration insuffisantes des activités compromettent l'efficacité de la prestation des services. Les CHCP, les FWA et les HA ont des rôles parfois complémentaires ou qui se chevauchent, et ils manquent souvent de forums et d'outils appropriés pour se coordonner. Les descriptions de poste, la formation et les systèmes de supervision ne sont souvent pas uniformisés, posant ainsi problèmes pour assurer une prestation de services harmonisée et intégrée du paquet essentiel de services au niveau communautaire. Les descriptions de poste des HA et des FWA n'incluent pas le travail au sein des cliniques communautaires (CC), et ne sont donc pas totalement alignées sur le concept de CC⁸.

Les formations de remise à niveau répondent souvent aux besoins de programmes verticaux, au lieu de s'aligner sur les besoins de formation et les compétences spécifiques du personnel des CC. La supervision est effectuée par différents cadres, à l'aide de listes de contrôle standards. Le septième Plan quinquennal (*Five Year Plan* ou FYP) a souligné ce défi : « Les directives publiées conjointement par la DGHS et la DGFP pour la coordination et la supervision sur le terrain doivent être mieux respectées pour que le CC devienne le premier point de contact de service efficace »⁹.

Outre les difficultés rencontrées avec les ASC gouvernementaux, les différents cadres des ONG n'ont pas, entre eux, coordonné la prestation des services de santé par zone géographique, type de

patients ou type de services. De plus, les ONG n'ont pas toujours concentré leurs efforts dans les zones mal desservies par les cadres du Gouvernement⁴, ni se sont coordonnées efficacement avec le Gouvernement autour du modèle des CC.

UNE GOUVERNANCE LOCALE, UNE GESTION LOCALE ET UN ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE SOUS-OPTIMAUX

Les cliniques communautaires (CC) sont plus performantes lorsque les CG et les CSG fonctionnent correctement. Il est prouvé que la participation active des membres du conseil municipal (*Union Parishad* ou UP) en tant que Présidents des CG facilite la bonne performance des CG ; et, à son tour, une CG qui fonctionne bien rend les agents de santé des CC davantage responsables⁸.

Cependant, la plupart des CG et des CSG ne se réunissent pas régulièrement, n'ont pas de plans de travail et ne disposent pas de mécanismes de suivi et d'évaluation régulière. Les membres n'ont pas toujours une idée claire de leurs rôles, et leur capacité à fournir un soutien de gestion au CC est limitée par la disponibilité des fonds (par exemple, pour rémunérer les agents d'entretiens, les gardiens, et payer les factures d'électricité). De plus, les membres n'ont pas toujours de bonnes relations avec les *upazilas* et les ONG, ce qui faciliterait pourtant l'accès à des ressources supplémentaires⁸.

Les UP sont censées consacrer 15 % de leur budget total à la mise en œuvre des programmes de santé et de planification familiale, y compris pour le suivi et la gestion globale des CC. Cependant, les membres des UP changent tous les deux ans, ce qui entraîne souvent des lacunes dans l'implication des nouveaux membres. Les membres de l'UP décrivent généralement ne pas connaître leurs rôles et responsabilités officiels, et ne pas participer aux réunions des CC. Les Comités permanents UHE&FP sont souvent inactifs et n'allouent pas de fonds à la gestion des CC^{8,11}.

DES INCITATIONS ET MÉCANISMES LIMITÉS POUR LA COORDINATION DU SECTEUR SANITAIRE

L'introduction des approches sectorielles (SWAp)

pour les politiques et la planification du secteur de la santé a initialement créé une atmosphère propice à une meilleure coordination, harmonisation et alignement des projets financés par le Directeur sectoriel, ce qui a renforcé le rôle du MOHFW dans la coordination et la gestion du secteur au fil du temps⁷. Cependant, la structure des programmes HNP dans le cadre du SWAp favorise toujours des plans opérationnels verticaux dotés de leurs propres budgets et structures de gestion qui ont tendance à fragmenter la prestation des services.

Dans le cadre des SWAp, tous les financements importants pour le secteur soutiennent une seule politique et un seul programme d'investissement. Mais, l'aide aux projets des SWAp ne permet pas de rémunérer le personnel du MOHFW. Ces derniers restent dans le budget des recettes du Gouvernement du Bangladesh. Au fil des ans, cette réserve a permis au MOHFW d'avoir des projets et des activités de développement parallèles, mis en œuvre par des acteurs non étatiques en dehors de l'approche sectorielle, ce qui a exacerbé la fragmentation.

L'une des principales réformes institutionnelles tentées dans le cadre de la première approche sectorielle était l'intégration des services de santé et de planification familiale fournis par la DGHS et la DGFP. Cependant, cette réforme n'a pas été poursuivie de manière continue⁷ et, lors de la révision de 2003, le Gouvernement a décidé de rétablir des structures organisationnelles et des autorités distinctes, telles qu'elles existaient déjà avant 1998.

En définitive, étant donné la fragmentation persistante du système de santé à tous les niveaux, chaque étape du processus du cycle de réforme remet en question le statu quo ainsi que les sphères d'influence politique et économique qui ont été renforcées pendant des décennies.

Par conséquent, chaque étape du cycle de réforme a été marquée par des défis importants en matière d'institutionnalisation.

L'investissement pour l'ICH : un catalyseur pour la réforme

Objectifs de l'investissement pour l'ICH au Bangladesh

En mars 2016, soutenu par le Bureau de la santé mondiale de l'USAID en collaboration avec l'UNICEF, Save the Children Bangladesh a lancé le projet d' « Amélioration des agents de santé communautaires » (*Improving Community Health Workers* ou ICHW). L'objectif du projet ICHW était d'aider le Gouvernement bangladais à améliorer la performance des programmes pour les ASC et à atteindre une couverture efficace des interventions de santé et de nutrition à fort impact.

Le projet ICHW avait deux objectifs généraux :

- Renforcer les politiques, systèmes et mécanismes de mise en œuvre nationaux existants liés aux ASC en s'attaquant aux principaux obstacles à la performance des programmes ;
- Faciliter le changement des systèmes et catalyser l'institutionnalisation du système de santé communautaire bangladais en tirant parti des enseignements du projet et en facilitant les forums de parties prenantes et le consensus à tous les niveaux.

L'investissement pour l'ICHW avait trois objectifs dans les domaines de l'institutionnalisation des ASC, de la mesure pour influencer les systèmes et les politiques, et des partenariats inclusifs et efficaces :

1. Établir des liens efficaces et efficients entre les communautés, les services de santé et les systèmes locaux ;
2. Générer et utiliser des éléments probants et

des données pour la prise décisionnelle afin de promouvoir l'intensification, l'équité et la responsabilité mutuelle à tous les niveaux;

3. Améliorer la coordination et la collaboration entre le Gouvernement, la société civile et le secteur privé pour influencer les politiques et les plans nationaux et locaux.

Suite à ces objectifs, le projet ICHW devait atteindre trois résultats principaux :

1. Développer une Stratégie pour les agents de santé communautaire conforme avec la stratégie nationale pour le personnel de santé 2015 ;
2. Intégrer les plans relatifs aux ASC et à l'engagement communautaire dans un cadre sectoriel national de suivi et d'évaluation
3. Concentrer les efforts de plusieurs parties prenantes, en les rendant fonctionnels à différents niveaux.

Le projet a défini deux activités stratégiques principales pour atteindre ses objectifs :

1. Créer un laboratoire d'apprentissage de district (DLL), axé sur le soutien à la mise en œuvre efficace des programmes et le test des innovations.
2. Réunir des plates-formes multipartites aux niveaux national et local pour faciliter le partage des enseignements tirés du programme et de la coordination, et favoriser le dialogue et la recherche de consensus.

APERÇU DE L'INVESTISSEMENT POUR L'ICH AU BANGLADESH

PROJET : Améliorer les performances des programmes d'agents de santé communautaire via une harmonisation et un engagement communautaire destinés à garantir une couverture effective étendue au Bangladesh. Plus communément connu sous « Projet d'amélioration des agents de santé communautaires » (ICHW).

PARTENAIRES D'EXÉCUTION : Principal : Save the Children Bangladesh; Co-partenaires : Partners in Health & Development (PHD)

DATES : 18 mars 2016 au 17 mars 2020

MONTANT : 2 000 000 dollars (USAID), 500 000 dollars (Coûts partagés) et 2 000 000 dollars (Levée de fonds)

OBJECTIFS :

1. Institutionnalisation des ASC : Établir des liens efficaces et efficaces entre les communautés, les services de santé et les systèmes locaux, prenant en compte les changements de comportement qui réduisent les barrières de genre dans les systèmes et normes sociales.
2. Évaluation pour influencer les systèmes et politiques : Générer et utiliser des preuves et des données pour la prise décisionnelle afin de promouvoir la mise à l'échelle, l'équité et la responsabilité mutuelle à tous les niveaux.
3. Des partenariats inclusifs et efficaces : Améliorer la coordination et la collaboration entre le Gouvernement, la société civile et le secteur privé pour influencer les politiques et les plans nationaux et locaux.

RÉGIONS CIBLÉES :

- Politiques, plaidoyer et coordination à l'échelle nationale.
- Laboratoires d'apprentissage de districts installés dans six *upazilas* du district de Barisal : Barisal Sadar, Banaripara, Bakergonj, Babugonj, Wazirpur, et Gournadi.

ÉCHELLE : Dans les six *upazilas*, et un total de 25 cliniques communautaires, le projet a refondé 25 groupes communautaires et 75 groupes de soutien communautaire, et formé 125 ASC et superviseurs de première ligne.

Création d'un Laboratoire d'apprentissage de district comme d'un pôle pour l'apprentissage et l'amélioration du programme

À la mi-2016, le projet ICHW a soutenu le district de Barisal pour mettre en place un laboratoire d'apprentissage de district (DLL) dans six *upazilas* avec deux objectifs. D'abord, le projet visait à définir et à démontrer les changements du système de santé nécessaires pour renforcer l'engagement de la communauté et du Gouvernement local. Ensuite, il prévoyait de mettre en œuvre, de tester et de peaufiner les innovations conceptuelles et systémiques pour améliorer l'efficacité du programme pour les ASC.

Le programme d'apprentissage DLL et les zones d'essai se sont concentrés sur trois facteurs clés de la performance des systèmes de santé communautaires au Bangladesh : l'harmonisation et la coordination des ASC, l'engagement communautaire et le soutien du Gouvernement local aux ASC.

Le DLL visait à contribuer au programme d'apprentissage de la santé communautaire bangladais et à s'attaquer aux principaux obstacles à la performance à l'échelle nationale en orientant le processus de développement de la stratégie des ASC et en renforçant ainsi les politiques et systèmes nationaux.

Du point de vue des politiques et du plaidoyer, deux caractéristiques de conception ont été essentielles pour atteindre les objectifs du DLL du district de Barisal. D'abord, le DLL était ancré dans les systèmes et politiques existants : le programme CBHC et les CC, l'initiative phare du Gouvernement, en tant que principal centre de

coordination et d'innovation pour les différents cadres d'ASC. Ensuite, les initiatives DLL se sont attaquées à des obstacles qui avaient déjà été identifiés et classés par ordre de priorité dans l'agenda plus large de la politique de santé. Par exemple, les défis plus larges de gestion du personnel de santé avaient été identifiés dans la Stratégie nationale pour le personnel de santé (*National Health Workforce Strategy* ou NHWS).

En s'appuyant sur un consensus antérieur, ces caractéristiques ont facilité et accéléré l'alignement des parties prenantes dans l'environnement pluraliste du Bangladesh.

RENFORCEMENT DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET DU SOUTIEN AU GOUVERNEMENTAL LOCAL

Une évaluation de référence du DLL a montré que les structures existantes de la communauté et du Gouvernement local impliquées dans le suivi et le soutien des ASC et des CC n'étaient pas pleinement fonctionnelles. Les membres des UP ont généralement décrit ne pas connaître leurs rôles et responsabilités officiels et les Comités permanents des UHE&FP restaient souvent inactifs. Les CG et CSG n'étaient pas non plus formés selon les directives du MOHFW et ne se réunissaient pas régulièrement, ce qui a entraîné une faiblesse du suivi, de la responsabilité et du soutien aux ASC et aux CC¹¹.

ÉLÉMENTS DU MODÈLE DE SERVICE DE SANTÉ AXÉ SUR LES CLINIQUES COMMUNAUTAIRES

- Uniformisation et coordination des ASC
- Engagement communautaire effectif
- Renforcement du soutien au Gouvernement local
- Suivi et supervision
- Analyse des données et planification des interventions

Pour renforcer l'engagement communautaire et le soutien au Gouvernement local, le DLL a activé les structures existantes, a orienté leurs membres sur leurs rôles et responsabilités, et les a engagés dans des activités régulières et nouvelles de suivi et de supervision. Cette approche a permis aux membres de l'UP, aux CG et aux CSG de participer

d'avantage dans la supervision des CC. Cette approche a également renforcé la responsabilité et la mobilisation des ressources, ce qui a contribué à l'amélioration de la prestation des services au niveau communautaireⁱⁱ.

ACTIVATION ET ENGAGEMENT DES COMITÉS PERMANENTS UHE&FP

Le DLL a activé les Comités permanents UHE&FP latents en contactant leurs membres (par le biais de leur Président d'UP respectif) et en les informant de leurs responsabilités officielles en matière de supervision des CC. Le projet a rendu les Comités permanents UHE&FP fonctionnels en s'assurant de la tenue de réunions bimensuelles et en les impliquant activement dans d'autres activités du projet, telles que la refonte des CG et CSG, et la facilitation de la grille des résultats communautaire, un nouvel outil de responsabilisation (décrit plus en détail dans la section suivante).

Grâce à ces interventions, les membres de l'UP se sont de plus en plus engagés dans la supervision régulière des services de santé communautaire et les allocations budgétaires de l'UP ont augmenté, entraînant des améliorations structurelles visibles dans les CC (par exemple, un accès routier fluide, un meilleur éclairage, une toiture solide et des équipements de qualité) et une augmentation de l'utilisation des services¹².

REFONTE DES CG ET CSG POUR UN ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE EFFECTIF

Les régions participant au projet ont mené une cartographie communautaire et ont reconfiguré la composition des CG et CSG afin d'assurer une représentation diversifiée des ménages dans l'ensemble de la zone de desserte des CC, au lieu de seulement ceux qui se trouvent à proximité des CC.

Une fois réformés, les membres des CG et CSG ont été formés à la gestion des CC et à la mobilisation communautaire, et ont été encouragés à participer aux réunions mensuelles de micro-planification communautaire (*Community Micro-planning* ou CMP), des réunions conjointes de planification du travail entre les ASC et leurs structures de gestion (décrites plus en détail dans la section suivante).

ⁱⁱ Pour en savoir plus sur les activités mises en œuvre au sein du DLL et leurs résultats, veuillez consulter le document suivant : Save the Children. *Strengthening Community Health Systems through CHW Harmonization in Bangladesh*. USAID et Save the Children, 2020.

Ces interventions ont permis aux CG et CSG d'accroître le suivi régulier, d'assurer la liaison avec les membres de la communauté pour partager des informations et promouvoir les services disponibles, et de mobiliser les ressources locales pour améliorer les cliniques.

TESTER LES INNOVATIONS : LE MODÈLE DE SERVICE DE SANTÉ AXÉ SUR LES CLINIQUES COMMUNAUTAIRES COMME PÔLE D'UNIFORMISATION ET DE COORDINATION

Les évaluations précédentes des services de santé communautaires au Bangladesh avaient identifié que le manque de coordination entre la santé, la planification familiale et les ASC d'ONG entravait la mise en œuvre efficace du programme au niveau communautaire^{8,9,11}. De plus, le soutien continu insuffisant du Gouvernement local et de la communauté constituait un obstacle à une couverture adéquate et à des services de santé de qualité.

Pour relever ces défis, le projet ICHW a conçu un mécanisme de coordination et d'harmonisation entre les ASC, en conjonction avec un soutien renforcé des autorités locales et un engagement communautaire. D'octobre 2018 à septembre 2019, l'ICHW a testé ce mécanisme au DLL en tant que modèle de service de santé centré sur les CC. Le modèle visait à fournir une approche plus cohérente et organisée des programmes d'ASC conduisant à une couverture accrue, à une amélioration de la recherche de soins de santé, et à une augmentation des orientations vers des niveaux de soins plus élevés.

Les éléments centraux du modèle consistaient en la constitution d'équipes et en l'harmonisation des rôles et responsabilités des ASC, l'engagement des responsables gouvernementaux locaux et de la communauté, l'élaboration de plans d'action fondés sur la consultation, la collecte et l'analyse de données, ainsi qu'une supervision et un suivi

renforcés. Pour atteindre ces objectifs, le modèle a mis en place de nouveaux outils, à savoir une fiche de poste harmonisée pour les ASC, des réunions de CMP et une grille des résultats communautaire (*Community Score Card* ou CSC), et les a associés à des activités de formation et de renforcement des capacitésⁱⁱⁱ.

HARMONISATION ET COORDINATION DES ASC

Le projet ICHW a facilité le développement d'une fiche de poste harmonisée pour les ASC et l'a mise en œuvre au niveau du DLL. La fiche de poste harmonisée consiste en un modèle structuré, mais flexible, qui décrit les principales fonctions et tâches de tous les cadres des ASC, et les moyens spécifiques par lesquels les ASC opérant dans la même zone de desserte doivent se coordonner. Cette fiche harmonisée a été conçue pour permettre aux différents cadres d'ASC d'organiser leur travail de manière complémentaire et pour faciliter l'alignement des activités des ASC à travers le système de santé.

Dans le cadre de l'harmonisation des ASC et par le biais de l'Institut national de la recherche et de la formation démographique (*National Institute of Population Research and Training* ou NIPORT), le projet a également développé un modèle de formation d'équipe et un module de formation pour tous les cadres d'ASC, qui mettait l'accent sur l'esprit d'équipe, la planification conjointe, les compétences en communication interpersonnelle et l'engagement du Gouvernement local. Au DLL, les ASC et leurs superviseurs ont reçu une formation d'équipe et ont été guidés sur la manière dont la fiche de poste nouvellement harmonisée les aiderait à mettre en œuvre un plan de travail coordonné, à organiser et à mener des réunions mensuelles de planification conjointe et de partage de rapports aux CC. Les CG et les CSG ont également été orientés sur la manière de mieux contribuer aux réunions mensuelles de planification conjointe et de partage des rapports.

ⁱⁱⁱ Pour en savoir plus sur les activités mises en œuvre au sein du DLL et leurs résultats, veuillez consulter le document suivant : Save the Children. *Strengthening Community Health Systems through CHW Harmonization in Bangladesh*. USAID et Save the Children, 2020.

RÉUNIONS DE MICRO-PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE

Le projet pour l'ICHW a introduit des réunions mensuelles de micro-planification communautaire (*Community Micro-planning* ou CMP) qui se tiennent en même temps que les sessions déjà existantes du Programme élargi de vaccination (PEV) afin d'augmenter la durabilité. Les réunions de micro-planification ont été initialement adoptées par le projet MaMoni et ont été adaptées pour être mises en œuvre au DLL, étant donné leur succès dans l'augmentation de l'engagement communautaire et l'harmonisation des cadres des ASC.

Les réunions de micro-planification, qui se poursuivent aujourd'hui, rassemblent les ASC, leurs superviseurs, les représentants de l'UP et les représentants des CG/CSG pour partager des informations sur la population ciblée dans la zone de couverture des CC (par exemple, les couples nouvellement mariés, les femmes enceintes ou les naissances et les décès), et pour discuter et convenir des activités et des priorités à couvrir pour les mois à venir. Grâce à ces interactions de routine, les ASC préparent un plan de travail commun, garantissant une couverture complète de la zone de couverture, et alignent les données dans leurs rapports mensuels, qui sont ensuite soumises via des systèmes distincts à la DGHS, à la DGFP et aux ONG partenaires.

Pour accroître l'efficacité des réunions de CMP, la DGHS a formé les responsables des *upazilas* et des Unions aux systèmes de gestion d'information sanitaire/systèmes d'information sanitaire numériques (ou DHIS2), à l'analyse des données et à leur utilisation pour la prise décisionnelle et l'action. Les autorités locales ont ensuite dispensé cette formation à l'ensemble des ASC et à leurs superviseurs.

LA GRILLE DES RÉSULTATS COMMUNAUTAIRE : RENFORCER LA RESPONSABILITÉ AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Le DLL a introduit le CSC, un mécanisme de responsabilité et de suivi ascendant pour l'amélioration continue des services de santé communautaires. Toujours en vigueur, le processus CSC engage la communauté, les prestataires de services et le Gouvernement local dans un forum

participatif qui identifie les problèmes et prépare un plan d'action qui est ensuite mis en œuvre, suivi et évalué.

À l'aide d'un outil CSC, les membres de la communauté et les ASC évaluent séparément les services de CC et documentent leurs perceptions, les défis et les opportunités. Après l'évaluation, les deux groupes se réunissent lors d'une réunion d'interface avec les représentants du Gouvernement local où les acteurs conviennent d'un plan d'action pour améliorer les services de santé et d'un système de suivi pour s'assurer que les actions convenues sont réalisées. Les CG sont responsables du suivi et du contrôle des étapes du plan d'action lors de leurs réunions mensuelles. Ensuite, le processus complet se répète pour une amélioration continue de la qualité. Étant donné que les structures de gestion des CC (CG, Comités permanents de l'UHE&FP et superviseurs des ASC) participent au processus de facilitation du CSC et aux réunions régulières des CG, le processus du CSC s'intègre organiquement dans les systèmes locaux de gestion de la santé.

Pour soutenir le processus du CSC, les superviseurs des ASC ont reçu une formation sur la supervision et le suivi efficaces. Cette formation a encouragé un engagement plus fréquent et collaboratif avec les ASC, l'utilisation de listes de contrôle et d'outils standards pour la révision et les échanges, et l'amélioration de la qualité. Le projet a également facilité les visites de supervision conjointes qui ont réuni les responsables de l'union et de l'*upazila* des Divisions des services de santé mais aussi de planification familiale.

La mise en œuvre du CSC a permis d'identifier concrètement les défis à relever pour assurer des services de santé de qualité, créer des plans d'action et d'accroître la participation des autorités locales et l'engagement financier des autorités locales. À moyen terme, la plupart des plans d'action ont été mis en œuvre, ce qui a permis d'améliorer la perception de la qualité des services par les utilisateurs et d'accroître l'utilisation des services¹¹.

OUTIL ET FONCTIONNEMENT DE LA GRILLE DES RÉSULTATS COMMUNAUTAIRE



Une rencontre avec la communauté est facilitée dans le cadre du processus CSC.
Crédit photo : Save the Children.



Rencontre et planification des actions.
Crédit photo : Save the Children.

Recommandations fréquentes partagées lors des rencontres organisées dans le DLL du district de Barisal :

- Recrutement d'un agent d'entretien et d'un agent de sécurité pour la clinique communautaire, avec le soutien du Gouvernement local et du groupe communautaire ;
- Plan de service stratégique pour les zones inutilisées au sein des cliniques communautaires ;
- Initiatives pour améliorer les compétences interpersonnelles et en counseling des prestataires de services ;
- Supervision des ASC par le superviseur et le groupe communautaire direct ;
- Efforts du Gouvernement local pour améliorer et réparer les cliniques communautaires ;
- Mobilisation des financements pour contribuer à la réparation et à l'achat de médicaments et d'équipements de première nécessité ;
- Activités pour promouvoir les services dispensés dans les cliniques communautaires.

PHASE I : Planification et préparation. En concertation avec les autorités locales et les parties prenantes, un comité est formé et orienté pour faciliter le processus de la grille des résultats au niveau de la communauté. Le comité de facilitation du CSC comprend des membres issus de différentes structures de gestion et de supervision du CC : deux membres du CG, deux représentants du Gouvernement local (UP), deux superviseurs d'ASC et un superviseur d'une ONG.

Phase II : Conduire l'évaluation avec la communauté.

En utilisant la grille de suivi et la grille des résultats communautaire, les membres de la communauté partagent leurs opinions et leurs évaluations au sujet des cliniques communautaires. Quatre à six réunions de 10 à 15 participantes sont organisées par clinique communautaire.

L'OUTIL : LA GRILLE DES RÉSULTATS: Illustration de la grille des résultats communautaires pour l'évaluation des communautés et des prestataires de services dans les cliniques communautaires

INDICATEURS	RÉSULTATS				Remarques	Notes globales	%
	FAIBLE	MOYEN	BON	EXCELLENT			
Propreté							
Gestion du temps							
Attitude / Comportement des prestataires de services							
Disponibilité des médicaments et des services							
Qualité des services							
Gestion de la clinique							

Phase III : Conduire l'évaluation avec les prestataires de services. En utilisant la grille des résultats communautaire, les ASC fournissent leur évaluation des cliniques communautaires.

Phase IV : Rencontre et planification des actions. Les membres de la communauté, les membres des CG et CSG, les ASC, superviseurs et responsables, représentants du Gouvernement local, et les autres parties prenantes participent à la rencontre. Les conclusions de la CSC sont partagées, suivies d'un exercice de priorisation et du développement d'un plan d'action.

Phase V : Mise en œuvre et suivi & évaluation (M&E) du plan d'action. Le plan d'action est mis en œuvre et suivi grâce aux activités régulières des CG/CSG.

Créer des plateformes capables de favoriser le dialogue et le consensus à tous les niveaux

Au début de l'investissement, le projet ICHW a travaillé en étroite collaboration avec le MOHFW pour créer des plateformes multipartites aux niveaux national et local. Ces plateformes ont permis de superviser les résultats du projet, de faciliter le partage des enseignements du programme et de favoriser le dialogue et la recherche de consensus entre les différents départements gouvernementaux, la société civile et le secteur privé. Grâce à ces plateformes, le projet a cherché à faire progresser l'institutionnalisation de la santé communautaire en aidant à relever l'un des principaux défis du pays en matière de gouvernance et de gestion de programme : la fragmentation et la coordination limitée entre les parties prenantes impliquées dans le système de santé communautaire pluraliste du pays.

Les plateformes de parties prenantes visaient à améliorer la coordination et la collaboration en fournissant un environnement inclusif et efficace pour des partenariats qui n'auraient peut-être pas été envisagés. Ces plateformes ont joué un rôle de catalyseur en offrant la possibilité de s'engager dans un dialogue au niveau national

MEMBRES DE LA PLATEFORME DES PARTIES PRENANTES

Comité directeur national : MOHFW, MOLGRDC, USAID, UNICEF, SCI.

Forum national des parties prenantes : MOHFW, NIPO, LGD, BRAC, UNICEF, USAID, OMS, UNFPA, SCI, ONG/ONGI.

Comité de coordination du district : Responsables des services de santé et de planification familiale des districts et des *upazilas*, officiels du Gouvernement du district, représentants d'ONG/ONGI, organisations de la société civile.

sur les services de santé communautaire et en renforçant la collaboration avec les membres du Ministère chargés de la réforme des politiques. Une plus grande collaboration a permis d'accélérer les processus de plaidoyer et d'accroître la capacité des parties prenantes à influencer les politiques et à contribuer aux différentes étapes de leur élaboration¹³.

UTILISER LES LEVIERS POUR CATALYSER L'INSTITUTIONNALISATION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Plusieurs tactiques ont permis d'accroître l'efficacité des plateformes de parties prenantes pour catalyser la réforme des systèmes de santé communautaires.

1. Tirer parti de l'expérience et des partenariats que Save the Children (ONG locale partenaire) avait établi avec les autorités nationales et locales, la société civile, les ONG et les organisations de développement au cours de 15 années de travail dans le cadre de multiples interventions de projets pour les ASC dans le pays. La capacité à établir des partenariats avec les acteurs clés du secteur de la santé et à engager les décideurs et autres parties prenantes ayant une influence politique a été essentielle au processus de plaidoyer et a permis de surmonter la bureaucratie qui rend souvent le changement de politiques long et fastidieux¹³.
2. Travailler en partenariat avec des acteurs mondiaux incontournables, tels que l'UNICEF, l'USAID, l'OMS et le UNFPA, a permis d'accroître la cohésion, les synergies et l'effet de levier global du projet¹³. Le projet ICHW a particulièrement tiré parti des partenariats bilatéraux de l'UNICEF et de l'USAID dans le pays. Le partenariat de l'UNICEF avec le MOHFW a été un levier essentiel pour la création d'un Comité directeur national sur la santé communautaire. De plus, le projet ICHW a établi une forte collaboration avec le projet MaMoni de renforcement des systèmes de santé et le projet de renforcement des soins maternels et néonataux financés par l'USAID. Cette collaboration a favorisé les activités d'apprentissage bidirectionnel sur l'engagement gouvernemental local et le renforcement des

capacités des ASC. Des réunions trimestrielles conjointes entre Save the Children, l'UNICEF et l'USAID, ainsi que des visites conjointes sur le terrain au DLL du district de Barisal ont également joué un rôle clé dans la coordination, la collaboration et la progression du projet.

3. Utiliser les plateformes plus larges de l'ICH.

En commençant par la préparation d'une délégation nationale pour assister à la Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire (*Institutionalizing Community Health Conference* ou ICHC) en mars 2017, le projet a tiré parti de l'élan de la participation à des forums de haut niveau et des partenariats avec des acteurs mondiaux clés pour accélérer le plaidoyer et la réforme des politiques. Au cours de l'ICHC 2017, la délégation bangladaise (composée notamment de sept membres du MOHFW), s'est engagée à institutionnaliser la santé communautaire. Ils ont préparé un plan d'action national qui a réuni les parties prenantes nationales pour discuter des domaines prioritaires identifiés par la délégation du pays. De même, en vue du deuxième symposium international sur les ASC en novembre 2019, le processus d'élaboration d'une stratégie nationale pour les ASC s'est accéléré et a élevé l'engagement envers la stratégie et les orientations futures des soins de santé communautaires au Bangladesh.

METTRE EN PLACE DES FORUMS INCLUSIFS ET EFFECTIFS POUR LA COORDINATION

Le projet ICHW a organisé trois plateformes de parties prenantes :

1. Un Comité national de directeur (*National Steering Committee* ou NSC) chargé de fournir des orientations politiques et stratégiques, de superviser les projets, d'examiner et d'approuver les meilleures pratiques, et de faciliter leur intégration dans les plans opérationnels.
2. Un Forum national des parties prenantes (*National Stakeholder Forum* ou NSF) pour fournir des conseils techniques et des apports aux processus stratégiques et politiques des ASC.

3. Un Comité de coordination de district (*District Coordination Committee* ou DCC) avec les parties prenantes du gouvernement local pour superviser et mettre en œuvre efficacement les activités du programme d'apprentissage (DLL du district de Barisal) au niveau local.

Le NSC était présidé par le Secrétaire adjoint (administration) et le directeur sectoriel chargé du développement des ressources humaines (*Human Resource Development* ou HRD), l'autorité du MOHFW responsable de l'élaboration des politiques et de la mise en œuvre du plan opérationnel de développement des ressources humaines, ce qui a facilité l'alignement de la stratégie pour les ASC sur le NHWS du Bangladesh. Le NSF était présidé par le responsable de la CBHC, et le DCC par le chirurgien civil du district de Barisal.

Le NSC et le NSF ont réuni les principales parties prenantes du système de santé communautaire du Bangladesh : les Gouvernements nationaux et locaux, les principales ONG, les partenaires du développement, les associations professionnelles, le secteur privé et les organisations de la société civile.

Les parties prenantes gouvernementales comprenaient des représentants de la DGHS et de la DGFP, ainsi que des LD responsables de la mise en œuvre de plans opérationnels impliquant des services de santé communautaire et le développement du personnel de santé (CBHC, SMNNEA et HRD). La Division du Gouvernement local du MOLGRDC a également été invitée étant donné sa responsabilité de régulation des Gouvernements locaux.

En avril 2017, le projet ICHW a organisé un atelier consultatif national des parties prenantes sur l'amélioration des programmes de santé communautaire au Bangladesh. L'atelier a présenté le projet ICHW et partagé les principaux points d'action issus de la conférence ICHC 2017. Les parties prenantes ont identifié les pistes de collaboration pour établir un consensus sur les domaines et le processus d'harmonisation des cadres des ASC.

CONSTRUIRE DES PARTENARIATS ET CONSENSUS GRÂCE À DE NOUVELLES PLATEFORMES DE PARTENAIRES

ADAPTER LA DÉFINITION DES ASC AU BANGLADESH

Les parties prenantes nationales ont reconnu que l'absence de consensus sur la définition d'un ASC au Bangladesh entravait l'application efficace des politiques et stratégies nationales existantes qui font largement référence aux ASC. Les rapports annuels du projet ICHW ont caractérisé le défi de la manière suivante :

« Le terme ASC est largement utilisé pour désigner des groupes mixtes de travailleurs sanitaires parmi les organisations gouvernementales et non gouvernementales au Bangladesh ».

Rapport annuel de l'ICHW, Deuxième année

« Les ambiguïtés entre les parties prenantes pour définir spécifiquement le cadre des ASC dans le contexte bangladais rendent difficile la résolution des lacunes structurelles et politiques, crée un manque d'orientations stratégiques concernant leur utilisation optimale ».

Rapport annuel de l'ICHW, Troisième année

Ainsi, les parties prenantes ont donné la priorité à la création d'une définition des ASC spécifique au contexte du Bangladesh afin d'éliminer toute ambiguïté. Dans un premier temps, au cours du deuxième NSC, les parties prenantes ont préparé

DÉFINITION DES ASC VALIDÉE PAR LE MOHFW

Un ASC est un-e résident-e permanent-e d'une communauté donnée, désigné par une organisation gouvernementale/non gouvernementale, qui fournit à sa communauté des services de promotion, de prévention, de soins minimum curatifs, de réadaptation, de soins palliatifs et d'orientation en matière de santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente, de planification familiale, de nutrition, de maladies transmissibles et non transmissibles, et est tenu responsable en cas de non-exécution de ces services.

et discuté d'une adaptation de la définition existante de l'OMS des ASC pour le Bangladesh. Ensuite, le projet ICHW a facilité une série d'ateliers consultatifs au niveau national et au niveau des districts afin de recueillir des commentaires et de parvenir à un consensus sur la définition. Enfin, la NSF a recueilli des commentaires supplémentaires et a finalisé la définition par le biais d'un comité technique restreint. La définition a reçu l'approbation finale du NSC en septembre 2018.

L'élaboration d'une définition des ASC adaptée au contexte bangladais a permis aux parties prenantes de collaborer et de s'engager par le biais de nouvelles plateformes, posant ainsi les bases d'efforts futurs pour influencer les politiques et les systèmes nationaux :

« Le travail concernant le projet pour l'ICHW a été apprécié (par les parties prenantes) et a finalement donné au projet une plus grande opportunité d'aborder d'autres points fondamentaux liés aux programmes de santé communautaire, et au soutien des parties prenantes dans la facilitation du développement de la stratégie nationale pour les ASC. »

Rapport annuel de l'ICHW, Troisième année

METTRE À JOUR LES PROFILS DES ASC ET DÉVELOPPER UNE FICHE DE POSTE UNIFORMISÉE

Les parties prenantes ont reconnu que les changements intervenus au fil du temps dans les programmes de santé communautaire du Bangladesh, ainsi que l'évolution du paysage du secteur de la santé et les nouveaux besoins sanitaires du pays, nécessitaient une mise à jour du profil des ASC. De plus, reconnaissant que la stratégie actuelle des cliniques communautaires dépend fortement du travail efficace des ASC, les parties prenantes se sont accordées sur la nécessité de développer une fiche de poste standardisée pour les ASC en accord avec le quatrième plan national du secteur de la santé, les ODD liés à la santé et l'ESP actuel.

Dans ce contexte, le projet ICHW a facilité le développement d'un profil actualisé des ASC en s'appuyant sur l'expérience des différents types d'ASC travaillant dans le DLL du district de Barisal

- dont les rôles variaient considérablement en termes d'activités et de tâches, de soutien et de lacunes du système, de contributions et de potentiel. Grâce à l'apprentissage local, un groupe technique du DCC a renforcé le profil existant des ASC à Barisal et a ajouté de nouveaux éléments tels que la rémunération des différents cadres d'ASC et les mécanismes de coordination entre les ASC¹⁴. Parallèlement, par le biais du NSC et du NSF, le projet a facilité le développement d'une fiche de poste harmonisée pour les ASC, que le MOHFW a approuvée pour un test dans le DLL de Barisal. Le profil actualisé des ASC et la fiche de poste harmonisée ont ensuite été diffusés et utilisés comme un apport à la stratégie nationale des ASC.

FAIRE AVANCER L'AGENDA DES POLITIQUES DE SANTÉ

UTILISER LE DLL COMME UN SITE PILOTE POUR TIRER DES ENSEIGNEMENTS DES POLITIQUES

La mise en place du DLL de Barisal en lien avec les plateformes de parties prenantes était une stratégie clé pour faire avancer l'institutionnalisation du système de santé communautaire du Bangladesh. Par le biais du DLL, les parties prenantes pouvaient influencer le programme d'apprentissage, tester et peaufiner les interventions, documenter les résultats et recueillir des données probantes afin d'éclairer les propositions d'innovation en matière de politiques et de programmes au niveau national. Les autorités nationales et de district du MOHFW ont été étroitement impliquées par leur participation dans le DCC et leurs visites aux lieux de démonstration. Les principales parties prenantes des secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux (notamment l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA et le BRAC) ont participé à l'inauguration du Modèle de service de santé centré sur les CC, augmentant ainsi la visibilité et l'engagement politique.

Pendant la période d'investissement pour l'ICH, les apprentissages du DLL ont renforcé les recommandations stratégiques, telles que l'harmonisation de la fiche de poste des ASC, et ont orienté le processus de développement de la stratégie nationale des ASC.

À la fin de l'investissement, le DLL avait fourni des preuves de l'efficacité de plusieurs interventions visant à renforcer les performances du programme des ASC grâce au modèle de service de santé centré sur les CC. Le DLL a également développé un ensemble de produits, d'outils et de directives pour mettre en œuvre et étendre les interventions proposées : un plan d'engagement communautaire, une stratégie d'engagement du Gouvernement local, des fiches de poste harmonisées et individuelles pour les ASC, et un plan de développement des capacités pour les ASC.

ÉLABORER ET LANCER UNE STRATÉGIE POUR LES ASC

Le NSC et le NSF ont été des plateformes essentielles pour le développement de la stratégie des ASC. L'apprentissage conjoint antérieur et le dialogue sur les lacunes, les priorités et les solutions ont posés les bases du processus de développement de la stratégie. Ensuite, ces organismes ont travaillé avec le MOHFW pour intégrer les recommandations proposées dans les politiques et directives existantes¹⁴.

Le processus d'élaboration de la stratégie ASC a été lancé par le projet ICHW en étroite collaboration avec le MOHFW à la fin de 2018. L'unité CBHC de la DGHS a dirigé et facilité l'ensemble du processus, tandis que le projet ICHW a fourni une assistance technique. Le cycle de réforme des systèmes de santé communautaires (détaillé dans la préface) fournit un cadre utile pour décrire le processus de développement de la stratégie.



PRIORISATION DU PROBLÈME ET CONSTITUTION DE COALITIONS

En janvier 2019, l'unité CBHC a convoqué une première réunion du NSF, au cours de laquelle les partenaires ont élaboré un projet de document d'orientation reconnaissant les défis émergents pour les ASC au Bangladesh et la nécessité de se concentrer sur le développement d'une stratégie pour les ASC en tant que priorité à venir pour

le CSU (voir l'annexe 4 pour plus de détails). Le document d'orientation a également proposé la formation de trois groupes de travail techniques (*Technical Working Group* ou TWG) dans des domaines convenus : 1) Sélection, formation et certification, 2) Gestion, la supervision et l'intégration, et 3) Soutien grâce au système de santé et aux communautés. Tous les TWG étaient dotés d'une représentation diversifiée de membres issus de différents groupes de parties prenantes, y compris les divisions DGHS et DGFP du MOHFW.

En février 2019, le NSC a approuvé le document d'orientation et la feuille de route pour le développement de la stratégie CHW en tant que document complémentaire au NHWS du Bangladesh et en tenant compte de la ligne directrice de l'OMS tout au long du processus.



RECUEIL DE SOLUTIONS ET ÉVALUATION

De mars à 2019, des groupes de travail ont examiné les politiques et les données probantes disponibles, avant de rédiger le contenu. Un consultant a compilé les contributions des TWG dans un projet de stratégie, et a intégré les commentaires des experts en programmation de santé communautaire du pays. Puis six ateliers consultatifs (cinq au niveau des divisions et un au niveau national) ont été organisés jusqu'en juin 2019 pour partager le projet de stratégie et recueillir des commentaires/suggestions complémentaires.



CONCEPTION DES POLITIQUES ET PROGRAMMES

Pendant les mois de juillet et août 2019, le NSF a examiné le projet de stratégie après avoir obtenu les contributions des ateliers consultatifs, et le consultant a effectué une compilation finale. En septembre 2019, le NSC a approuvé la stratégie nationale pour les ASC et, un mois plus tard, le MOHFW l'a approuvée. La stratégie nationale du Bangladesh pour les agents de santé communautaire (2019-2030) a été lancée lors du 2^{ème} symposium international pour les ASC qui s'est tenu en novembre 2019 à Dhaka (Bangladesh).

Étapes de réforme plus vastes pendant l'ICH : La Loi sur le Fonds pour les cliniques communautaires—2018

En 2018, le Gouvernement a promulgué une loi intitulée *Community Clinic Health Support Trust Act* qui a créé un Fonds pour les cliniques communautaires (*Community Clinic Trust* ou CC Trust) destiné à absorber la gestion et la gouvernance globales du programme CBHC suite à la conclusion de l'initiative de revitalisation du CBHC.

La création du CC Trust représente une étape importante dans le cycle de réforme des systèmes de santé communautaires du Bangladesh et un pas de plus vers une plus grande intégration, car elle place la gestion des services de soins de santé communautaires sous un seul organe directeur—un conseil d'administration composé de membres de haut niveau issus de plusieurs Ministères et Départements du MOHFW impliqués dans le programme CBHC^{iv}—fournissant une plateforme institutionnalisée et consolidée pour la coordination dans tout le secteur de la santé.

En plus de son Conseil d'administration, le CC Trust dispose d'un Conseil consultatif dirigé par le Premier Ministre et comprenant le Ministre de la santé et de la famille, le Ministre des finances et le Ministre de la planification, marquant ainsi l'engagement politique le plus élevé au niveau national.

En tant qu'organe de gestion et de direction du programme CBHC^{iv}, le CC Trust, par l'intermédiaire de son Conseil d'administration, est responsable de la gestion globale et de l'entretien des cliniques communautaires et des activités associées :

- Mobiliser les CG et les CSG et les aider à gérer les cliniques communautaires ;
- Assurer la participation et le soutien social de la communauté dans les activités et les prestations de soins de santé primaires ; collecter et utiliser

^{iv} Composé de 14 membres, le Conseil d'administration comprend les deux Secrétaires et Directeurs Généraux des Divisions des services de santé et de planification familiale du MOHFW, des secrétaires des Départements des finances et de la planification, ainsi que d'autres membres de la société civile et du secteur privé. Les membres sont nommés pour trois ans et sont dirigés par un Directeur Général, un fonctionnaire de niveau Secrétaire additionnel au sein du MOHFW.

les fonds ;

- Établir une intégration efficace entre les services de santé de la communauté, de l'Union et de l'*upazila* ;
- Impliquer les organisations sociales, les ONG, les individus du secteur privé et les organisations gouvernementales locales dans la prestation de soins de santé primaires intégrés¹⁵.

Le CC Trust représente également une étape vers un mécanisme de financement intégré et durable pour le programme CBHC, car il établit un fonds commun à utiliser spécifiquement pour le programme CBHC et les opérations du CC Trust. Le Trust collecte, consolide et utilise une variété de fonds, y compris des subventions gouvernementales ponctuelles et annuelles, des

subventions de partenaires de développement, des dons de particuliers ou d'autorités locales, et un soutien financier volontaire d'organisations publiques et privées.

Jusqu'à présent, le CC Trust a pris en compte l'ensemble des employés de l'Initiative de revitalisation des CBHC (y compris les CHCP) qui dépendent désormais du Gouvernement, avec un emploi permanent et la possibilité d'obtenir des avantages en tant qu'agents publics. De plus, les employés opérant sous la structure organisationnelle du Trust et de la structure administrative du Département des soins de santé avec des responsabilités de gestion du CC répondent désormais au Directeur Général du Trust. Cette structure permet de renforcer l'intégration de la gestion du programme CBHC au sein du Trust.

Opportunités et prochaines étapes

L'investissement pour l'ICH : synthétiser les résultats

Le projet ICHW a fait progresser de manière significative l'objectif d'optimisation des performances du programme des ASC au Bangladesh en s'attaquant aux principaux obstacles et en renforçant les politiques, systèmes et mécanismes de mise en œuvre nationaux existants. Le partenariat pour l'ICH - à travers le travail du projet ICHW - a également eu un effet démultiplicateur en contribuant à catalyser le processus du cycle de réforme des systèmes de santé communautaire de diverses manières, en surmontant les obstacles nationaux à l'institutionnalisation de la santé communautaire.

Au DLL, le projet a développé des approches pour harmoniser les ASC, renforcer l'engagement de la communauté et augmenter le soutien gouvernemental local. Ils ont ensuite testé ces approches dans le cadre d'un modèle de service de santé centré sur la clinique communautaire et ont utilisé les enseignements et preuves disponibles pour contribuer au développement d'une stratégie nationale pour les ASC.

Le projet a également réuni des plateformes multipartites aux niveaux national et local pour faciliter la coordination dans l'environnement pluraliste du secteur de la santé du pays, et permettre le dialogue et la recherche de consensus qui ont contribué à faire avancer le dialogue politique sur la santé communautaire. L'utilisation de ces plateformes a contribué de manière importante à accélérer le développement de la stratégie nationale des ASC.

Grâce à ces stratégies et approches, l'investissement a ouvert la voie au renforcement,

à la coordination et à l'harmonisation à tous les niveaux au sein des structures existantes. Le projet a fourni des preuves sur les tactiques clés aux niveaux national et local qui peuvent renforcer la gestion et la gouvernance du programme dans un contexte de fragmentation, permettant au cycle de réforme d'avancer.

Les apprentissages, produits et plateformes du projet ont ouvert la voie aux futures étapes du cycle de réforme et à une plus grande institutionnalisation. Les enseignements tirés du DLL (tels que l'élaboration d'une fiche de poste harmonisée, d'un plan de renforcement des capacités pour les ASC et d'un protocole de mise en œuvre du modèle centré sur les CC et de ses innovations) ont posé les bases des futures étapes de collecte et d'évaluation des solutions.

La création du NSF et du NSC en tant que plateformes permanentes a déjà prouvé leur capacité et leur utilité pour identifier les domaines prioritaires de la réforme, rassembler et évaluer les solutions, et remanier les politiques.

Le principal résultat du projet ICHW a été l'élaboration de la stratégie nationale pour les ASC, conformément à la stratégie nationale pour le personnel de santé de 2015. La stratégie nationale du Bangladesh pour les ASC dénote une compréhension plus large, une structure, un cadre et une orientation stratégique pour les ASC dans les dix prochaines années¹³.

Orientations et opportunités futures pour une contribution à un agenda en cours

La prochaine décennie sera cruciale pour consolider les soins de santé communautaires du Bangladesh

en tant que pierre angulaire de son système de soins de santé primaires et pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) et la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici 2030. En s'appuyant sur les enseignements et les réalisations antérieurs, et sous la supervision du nouveau CC Trust, le système de santé communautaire a la possibilité de renforcer son institutionnalisation en vue d'accroître l'accès à des soins de qualité pour toute la population.

La stratégie nationale des ASC dans la stratégie nationale des personnels de santé fournit des orientations stratégiques pour renforcer la capacité et la performance des ASC. Les prochaines étapes comprennent l'élaboration de définitions et de composantes clés de la stratégie, l'évaluation des coûts et l'opérationnalisation de la stratégie, ainsi que le développement d'un plan de mise en œuvre et de directives de déploiement comprenant des stratégies de diffusion et un plan de formation et de renforcement des capacités pour les ASC et les gestionnaires locaux.

Les parties prenantes des pays peuvent tirer parti des résultats et des outils développés par le projet ICHW pour continuer à faire avancer le programme d'institutionnalisation des systèmes de santé communautaires. Par exemple, ils peuvent :

1. Tirer parti des forums de parties prenantes en tant que plates-formes pour consolider les étapes initiales d'un nouveau cycle de réforme - partager les apprentissages, créer des coalitions, prioriser les problèmes, rassembler et développer des solutions.
2. Capitaliser sur les apprentissages et les preuves existants dans les domaines de l'harmonisation, l'engagement communautaire et la gouvernance locale pour développer davantage la conception programmatique et renforcer la préparation.

DÉVELOPPER DAVANTAGE LES DÉFINITIONS ET COMPOSANTES CLÉS DE LA STRATÉGIE

En mars 2020, la stratégie pour les ASC a été officiellement présentée au MOHFW. Trois groupes de travail ont été formés pour poursuivre le développement des trois principaux domaines

de la stratégie. Des représentants des directions gouvernementales, des principaux partenaires de développement et des ONG ont accepté de participer à l'élaboration d'un plan d'action chiffré. Bien que le NSC ait demandé que ce processus commence immédiatement et n'excède pas deux mois, la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a retardé cette activité¹².

DÉFINIR L'APPROCHE DE LA COUVERTURE DES ASC ET LE NOMBRE PRÉVU D'AGENTS DE SANTÉ À DÉPLOYER

L'un des aspects de la stratégie qui doit être mieux défini est l'approche de la couverture des districts/populations pour les CC et le nombre d'ASC à déployer en fonction de l'approche choisie et de l'interaction entre les différents cadres d'ASC dans le cadre de l'approche choisie. La stratégie propose deux scénarios alternatifs basés sur la couverture des quartiers : un CC pour trois quartiers (scénario actuel), ou alors un CC par quartier. Étant donné que les CHCP sont basés au niveau du CC, le nombre total d'ASC (situé entre 18 000 et 41 000 CHCP) dépendra de l'approche choisie.

Il est essentiel que la définition de l'approche de couverture et le nombre total d'ASC à déployer tiennent compte des plans des ONG en matière de programmation sanitaire communautaire et de l'évolution du secteur de la santé. Les récents changements dans le fonctionnement du programme de santé du BRAC, impliquant un passage à une approche d'entreprise sociale et une réorganisation de leurs *Shastya Kormis* en tant qu'associé en santé communautaire avec une plus grande concentration sur les maladies non transmissibles (MNT), ont réduit la taille de son intervention au titre du programme de santé communautaire dans tout le pays. Compte tenu de l'importance de la participation du BRAC dans le secteur de la santé communautaire, le MOHFW devrait concevoir une approche de couverture de ses propres ASC en tenant compte de ces changements.

De plus, l'approche de couverture pour les ASC et les CC doit tenir compte du fait que le MOHFW a récemment introduit deux programmes avec des cadres d'ASC auxiliaires : Les volontaires de santé polyvalents (MPHV), qui sont engagés par la DGHS

en tant que volontaires auxiliaires dans la zone de couverture des CC (cinq MPHVS par CC), recevant des incitations basées sur les résultats et suivis par les CHCP ; et les volontaires parmi les pairs rémunérés (PPV), qui sont engagés par la DGFP sur une base de quartier pour couvrir les lacunes dues à la pénurie de FWA en tant qu'arrangement provisoire. La DGHS a déjà recruté des MPHVS dans plus d'une centaine d'*upazilas* et l'on s'attend à ce que ce cadre soit entièrement mis en place dans les 492 *upazilas* d'ici 2022.

DÉFINIR LES FICHES DE POSTE INDIVIDUELS ET L'ALLOCATION DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRE POUR L'ENSEMBLE DES CADRES DES ASC

Un autre domaine de la stratégie qui nécessitera un développement supplémentaire est la définition des fiches de poste individuelles et l'allocation de travail complémentaire pour l'ensemble des cadres des ASC. L'harmonisation de ces fiches constitue une étape importante pour renforcer la coordination des ASC et est construit en tenant compte du fait que chaque cadre d'ASC « réalisera ses activités en fonction de sa propre fiche de poste émise par la Direction concernée »⁵. Pour garantir un éventail approprié de compétences plurielles des ASC fournissant des services de soins de santé primaires au niveau du CC, le MOHFW devrait développer des directives complémentaires pour adapter les fiches de poste individuelles pour tous les cadres, et les aligner sur les plans en matière de besoins en compétences et de renforcement des capacités.

ÉVALUATION DES COÛTS ET OPÉRATIONNALISATION DE LA STRATÉGIE

Le MOHFW et ses partenaires ont convenu de la nécessité d'évaluer le coût de la stratégie et il est prévu d'engager un expert technique à cette fin, mais la pandémie de COVID-19 a retardé cette activité¹².

En outre, la rotation du personnel au MOHFW—y compris un changement récent du Secrétaire supplémentaire (Admin) & LD HRD nommé qui avait présidé le NSC et était familier avec le processus de développement de la stratégie pour les ASC - a encore retardé les activités d'opérationnalisation de la stratégie. Une fois que le processus aura repris, les plateformes multipartites sous la direction de

l'unité HRD du MOHFW pourront jouer un rôle important en réunissant les principales parties prenantes du secteur de la santé et les experts en santé communautaire pour rendre la stratégie opérationnelle et la mettre en œuvre. La participation multisectorielle axée sur le renforcement du programme CBHC doit impliquer étroitement et faciliter la coordination entre le MOHFW, le MOLGRDC et le CC Trust afin d'assurer l'alignement stratégique et l'allocation adéquate des fonds pour les activités de mise en œuvre, en plus du fonctionnement régulier du programme CBHC.

Le MOHFW et ses partenaires doivent également cibler les opportunités d'opérationnalisation de la stratégie par le biais du plan opérationnel CBHC. Une priorité essentielle est l'élaboration du plan d'action chiffré en prévision du prochain programme sectoriel du MOHFW (qui devrait débuter en 2022) pour assurer l'intégration et l'opérationnalisation de la stratégie pour les ASC.

Le processus de révision du 4^{ème} HPNSP (2017-2022) qui s'est tenu en 2020 a déjà développé un plan d'action prioritaire pour le plan opérationnel CBHC qui offre des opportunités pour intégrer l'expérience et l'apprentissage du projet ICHW. Les priorités et les étapes identifiées comprennent :

- Redéfinir la fiche de poste d'ici décembre 2020 et lancer des activités de renforcement des capacités ;
- Faire participer des volontaires sur la base des postes de travailleurs de terrain vacants, avec des critères et un ensemble uniforme pour toutes les Directions et tous les plans opérationnels ;
- Développer des partenariats stratégiques avec les ONG, organisations communautaires, Institutions gouvernementales locales (*Local Government Institutions* ou LGI) et la communauté à chaque niveau du système de soins de santé primaires (SSP) avec des Termes de Références (TdR) de soutien alignés sur la stratégie d'ici 2021 ;
- Établir un plan d'action de recrutement et de déploiement basé sur les projections existantes, qui donne la priorité au personnel de SSP et soutient la prestation de l'ESP^v.

^v Activité soutenue par USAID, focalisée sur la réduction des vacances de postes existantes dans les structures publiques d'ici juin 2021.

Le programme CBHC devrait également continuer à renforcer l'intégration de la stratégie pour les ASC dans le programme plus large de politique et de financement de la santé et faire des efforts supplémentaires pour s'intégrer davantage à la stratégie nationale du personnel de santé du Bangladesh. Dans ces processus d'opérationnalisation et d'intégration, le MOHFW doit assurer l'alignement de la stratégie pour les ASC, du plan opérationnel du CBHC et de la planification plus large du personnel de santé national. Par exemple, le plan opérationnel actuel du CBHC couvre un objectif de 14 890 CHCP, tandis que la stratégie pour les ASC fixe un nouvel objectif de 18 000 à 41 000 CHCP et de 100 000 à 124 000 ASC au total (y compris les FWA et les HA), une augmentation significative par rapport aux objectifs actuels et aux ASC déployés actuellement sur le terrain.

En outre, le nombre ciblé de MPHV et de PPV devrait également s'aligner sur les objectifs des ASC de la stratégie pour les ASC. De même, les plans d'engagement des communautés et des gouvernements locaux doivent être développés et intégrés dans un plan national de suivi et d'évaluation du secteur afin de les rendre opérationnels et institutionnels.

Enfin, étant donné la fragmentation historiquement institutionnalisée du MOHFW entre la DGFP et la DGHS, le Bangladesh doit particulièrement se concentrer sur l'amélioration continue de la gouvernance et de la gestion du programme CBHC et du secteur de la santé en général. Dans le cadre du cycle de réforme actuel, les parties prenantes du pays peuvent tirer parti de la création du CC Trust pour améliorer encore l'intégration et la gestion du programme CBHC. L'ensemble des hauts fonctionnaires du MOHFW responsables du programme CBHC, y compris les directeurs de la DGFP et de la DGHS, font partie du Conseil d'administration du CC. Le Conseil d'administration du CC est dirigé par un Directeur Général de haut niveau. Cette configuration pourrait jouer un rôle clé dans l'alignement des incitations et l'obtention d'un consensus, car elle réunit les principales parties prenantes du secteur de la santé sous un seul organe de direction et une seule direction. En

retour, cela pourrait aider à catalyser les prochaines étapes du cycle de réforme des systèmes de santé communautaires.

DÉVELOPPER UN PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET DES DIRECTIVES DE DÉPLOIEMENT

Pour mettre en œuvre la stratégie, le Gouvernement du Bangladesh devra développer des programmes de formation et un plan de développement des capacités pour les ASC et les responsables locaux. Ils devront englober les processus d'harmonisation et de constitution d'équipes des ASC, ainsi que les processus de soutien à l'engagement de la communauté et du Gouvernement local. Les parties prenantes au Bangladesh peuvent s'appuyer sur les directives de mise en œuvre détaillées élaborées au DLL de Barisal :

- Plan de développement des capacités, comprenant des contenus relatifs au développement des compétences, aux mécanismes d'organisation périodique des formations, aux plans de mise en œuvre au niveau du district et aux plans de supervision et de suivi.
- Modèle de formation d'équipe pour la coordination des ASC élaboré par NIPORT.
- Aides-mémoires et documents d'orientation harmonisés couvrant les responsabilités des UP pour le soutien aux CC.
- Approche pour formuler des fiches de poste harmonisées spécifiques au contexte pour les ASC, y compris des fiches de poste individuelles qui complètent la fiche de poste harmonisée.
- Protocole pour la mise en œuvre du modèle de CC, la réforme et l'activation des CG et CSG, de la grille des résultats communautaire et des réunions de micro-planification communautaires.

Une approche de mise en œuvre « district par district » peut étendre les activités testées au sein du DLL du district de Barisal à des zones géographiques plus vastes afin de les peaufiner et les institutionnaliser davantage avant une mise à l'échelle nationale. Les résultats documentés du modèle centré sur les CC dans le DLL de Barisal

et dans toutes autres zones potentielles doivent également être diffusés dans le cadre d'un plan de plaidoyer auprès des parties prenantes et des décideurs politiques afin d'orienter la conception et la préparation du programme. Enfin, la stratégie des ASC et les plans, directives et documents associés devront être largement diffusés.

Pour conclure

Au cours des cinq dernières années, le Bangladesh a avancé dans l'objectif d'institutionnaliser la santé communautaire et d'optimiser les résultats du programme des ASC en comblant les lacunes de gouvernance et de gestion dans son programme de soins de santé communautaires et en renforçant les politiques, systèmes et mécanismes de mise en œuvre nationaux existants. L'investissement pour l'ICH a contribué à ces objectifs en testant des approches d'optimisation programmatique au niveau infranational, dans le laboratoire d'apprentissage du district de Barisal, et en apportant des enseignements et des données probantes aux plateformes inclusives de parties prenantes locales et nationales, un Forum et un Comité national des parties prenantes et un Comité de coordination de district. Ces étapes ont permis de favoriser le dialogue, la recherche de consensus et la coordination, facilitant et accélérant ainsi l'élaboration de politiques dans un environnement pluraliste.

Les principaux résultats développés dans le cadre de ces activités sont :

1. Une stratégie nationale pour les ASC, fournissant des orientations stratégiques pour renforcer leurs performances et capacités.
2. Une série de protocoles, de directives et d'outils testés pour renforcer l'harmonisation et la coordination des ASC, ainsi que l'engagement et le soutien de la communauté et du Gouvernement local.

En s'appuyant sur les enseignements et les réalisations antérieurs, le système de santé communautaire bangladais dispose de la possibilité de renforcer davantage son institutionnalisation en vue d'accroître l'accès à des soins de santé de haute qualité pour l'ensemble de sa population.

Les opportunités et prochaines étapes comprennent :

- L'approfondissement des définitions et des composantes clés de la stratégie nationale des ASC ;
- L'analyse des coûts et opérationnaliser de la stratégie ;
- L'élaboration d'un plan de mise en œuvre et de directives de déploiement comprenant des stratégies de diffusion, ainsi qu'un plan de formation et de renforcement des capacités pour les ASC et les gestionnaires locaux.

Les outils élaborés grâce à l'investissement pour l'ICH, tels que les fiches de poste harmonisées et individuelles pour les ASC, les plans de formation et de renforcement des capacités, les plans d'engagement de la communauté et du Gouvernement local, la grille des résultats communautaire et les réunions de micro-planification communautaire, peuvent être utilisés dans des zones géographiques plus larges. Grâce à une approche de mise en œuvre « district par district », ces outils peuvent être exploités pour la conception et la préparation des programmes, ce qui permet de mieux définir les stratégies et plans de mise en œuvre. Les forums de parties prenantes organisés dans le cadre du projet ICHW peuvent également être utilisés pour jouer un rôle important dans la création de partenariats stratégiques et la coordination dans le secteur de la santé. Ces forums peuvent contribuer à accélérer les processus de conception et de préparation des programmes, et à élaborer un plan d'action chiffré qui pourra être intégré au prochain programme sectoriel du MOHFW et au plan opérationnel du CBHC en 2022.

LE SYSTÈME DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU BANGLADESH PENDANT LA PANDÉMIE DE MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a affecté la prestation et réduit l'accès équitable aux services de santé essentiels, y compris les services courants en santé maternelle et infantile, la planification familiale et les programmes de vaccinations. Le Ministère MOHFW a priorisé le maintien de la continuité des services de santé essentiels en élaborant des directives nationales en matière de santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant (SMNNE) et de vaccination adaptées au contexte de la pandémie COVID-19 à l'intention des travailleurs de première ligne, en renforçant les capacités nationales en matière de WASH/IPC, en élaborant des protocoles de gestion de la logistique et de la chaîne d'approvisionnement (afin de s'assurer que les travailleurs de première ligne disposent d'un équipement de protection individuelle en quantité suffisante et en temps voulu), et en renforçant les capacités de test en laboratoire. Le MOHFW a également mis au point des moyens de communication, notamment des affiches et des campagnes sur les réseaux sociaux, pour sensibiliser aux gestes barrières et aider à dissiper les idées reçues sur le COVID-19. Les ASC ont reçu des PPE et un soutien logistique de la part de leurs directions respectives afin de poursuivre leur prestation de services essentiels au sein des dispensaires et des cliniques satellites.

En raison de la pandémie de COVID-19, les activités liées à l'estimation des coûts et à l'opérationnalisation de la stratégie nationale des ASC ont été reportées. Après la finalisation de la stratégie sur les ASC, le Secrétaire adjoint (Admin) & LD HRD du MOHFW, qui avait présidé le NSC, a demandé le soutien des bailleurs de fonds pour réunir trois groupes de travail clés. Ces groupes rendraient compte au NSC et élaboreraient un plan d'action global, comprenant une composante liée à l'estimation des coûts et à l'analyse financière. Des discussions initiales ont eu lieu pour déterminer qui devait être inclus dans les groupes de travail, et la nécessité d'avoir des discussions techniques plus nombreuses et approfondies sur les éléments de santé urbaine et du secteur privé a été reconnue. Cependant, ces discussions ont été interrompues en raison de la pandémie et de la rotation du personnel au sein du MOHFW. Elles n'ont depuis pas encore été reprises.

DÉFIS LIÉS À L'INSTITUTIONNALISATION



Fragmentation institutionnelle dans tout le système de santé

- Une coordination insuffisante entre les cadres et les structures de gestion
- Priorité des besoins des programmes verticaux sur ceux des cliniques communautaires

Gouvernance, gestion et engagement communautaires locaux sous-optimaux

- Inconscience et manque de clarté sur les rôles et responsabilités
- Manque de mécanismes pour l'engagement et le monitoring régulier

Incitations et mécanismes limités pour la coordination du secteur sanitaire

- Plans opérationnels et structures verticaux
- Sphères d'influence politico-économique renforcées pendant des années

ACTIVITÉS STRATÉGIQUES POUR L'INVESTISSEMENT ICH



Laboratoire d'apprentissage de district

- Enseignements et perfectionnement pour optimiser les performances du programme
- Testé les innovations sous un modèle de clinique communautaire
- Site de démonstration pour les enseignements destinés à orienter les politiques

Forum des parties prenantes locales et nationales

- Participation et coordination inclusives
- Favoriser le dialogue et le consensus
- Canal pour les enseignements et les refontes politiques
- Tirer parti des expériences et partenariats existants

APPORTS ET OUTILS DÉVELOPPÉS



Fiches de poste uniformisées pour les ASC

- Uniformisation des fiches de poste
- Orientations pour les fiches de poste individuelles
- Plan de développement des capacités
- Modèle de formation d'équipe pour la coordination des ASC

Protocole pour la mise en oeuvre du modèle de CC

- Activation des structures communautaires et de gouvernance locales
- Grille des résultats communautaires
- Réunions de micro-planification communautaire

Stratégie nationale pour les ASC

- Orientations stratégiques pour renforcer les résultats et les capacités des ASC

OPPORTUNITÉS ET PROCHAINES ÉTAPES



Développement ultérieur des définitions et éléments clés de la stratégie pour les ASC

- Incorporer les orientations pour élaborer les fiches de poste individuelles
- Définir l'approche de couverture des CC/ASC et les nombres envisagés en fonction des cadres du gouvernement, des ONG et volontariat*

Évaluation des coûts et opérationnalisation de la stratégie

- Développer un plan d'actions chiffré et intégré dans le prochain Programme sectoriel et Plan opérationnel CBHC (prévu pour 2022).*
- Développer des partenariats stratégiques avec les ONG, les organisations à assise communautaire, les institutions gouvernementales locales et les communautés, conformément à la stratégie.
- Développer un plan d'action pour le recrutement et le déploiement par rapport aux projections du personnel de santé.*
- Intégrer les plans d'engagement des communautés et du Gouvernement local dans un plan national de suivi et d'évaluation.

Développer des orientations pour un plan de mise en oeuvre et le lancement

- Développer un plan de formation et de développement des capacités* pour les ASC et les responsables locaux
- Développer l'harmonisation des ASC de façon plus étendue dans des zones géographiques plus larges
- Diffuser la stratégie pour les ASC

Mettre à profit les NSC, NSF et le CC Trust pour accélérer les processus et garantir l'alignement stratégique

*Identifiés en tant que priorités au cours de l'évaluation à mi-parcours du 4^{ème} HPNSP.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/hrh/resources/18-254WHO_Guidelines-fr.pdf.
2. Chen N, Raghavan M, Albert J, et al. *The Community Health Systems Reform Cycle: Strengthening the Integration of Community Health Worker Programs Through an Institutional Reform Perspective*. Glob Heal Sci Pract. 202. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.9745/ghsp-d-20-00429>.
3. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh, General Economics Division BPC. *Millennium Development Goals: End-period stocktaking and final evaluation report*. 2016.
4. Chen N, Muthur K, Panjabi R, Price M. *Exemplars in Global Health: Community Health Workers in Bangladesh*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.exemplars.health/topics/community-health-workers/Bangladesh>.
5. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Bangladesh National Strategy for Community Health Workers (2019-2030)*. 2019.
6. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Health Bulletin 2018*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.dghs.gov.bd>.
7. Zunaid Ahsan K, Kim Streatfield P, -E-Ijdi R, Maria Escudero G, Waheed Khan A, Reza MM. *Fifteen years of sector-wide approach (SWAp) in Bangladesh health sector: an assessment of progress. Health Policy Plan*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1093/heapol/czv108>.
8. République populaire du Bangladesh. Ministry of Health and Family Welfare, Directorate General of Health Services, Community Based Health Care Programme and World Health Organization (WHO) Bangladesh. *Independent Evaluation of Community Based Health Services in Bangladesh*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/docs/default-source/searo/bangladesh/pdf-reports/cbhs---report-2019.pdf?sfvrsn=fdecaade_2.
9. General Economics Division, Planning Commission, Gouvernement de la République populaire du Bangladesh . *7th Five Year Plan FY2016-FY2020: Accelerating Growth, Empowering Citizens*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : http://www.plancomm.gov.bd/sites/default/files/files/plancomm.portal.gov.bd/files/aee61c03_3c11_4e89_9f30_d79639595c67/7th_FYP_18_02_2016.pdf.
10. Community Based Health Care, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. *Community Based Health Care*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.communityclinic.gov.bd>.
11. Save the Children, USAID. *Strengthening Community Engagement and Local Government Support for Improving Community Health Care Programs*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00XBK4.pdf.
12. Save the Children. *ICHW Final Report*. 2020.
13. Save the Children. *Advocating for National Community Health Workforce Strategy in Bangladesh*. 2020.
14. Save the Children. *ICHW Annual Report - Year 2*. 2018.
15. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Community Clinic Health Assistance Trust Act*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.lawyersnjurists.com/article/community-clinic-health-assistance-trust-act-20>.
16. BRAC Health Nutrition and Population Programme. *Annual Report: Progress of Social Enterprises April 2018 - April 2019*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.brac.net/program/wp-content/uploads/2019/09/HNPP-SE-Annual-Report-18-19.pdf>.

Bibliographie

1. Advancing Partners & Communities. *Community Health Systems Catalog Country Profile: Bangladesh*. Disponible à l'adresse suivante : https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/bangladesh_chs_catalog_profile.pdf. Publié en juin 2017.
2. Ahmed SM, Alam BB, Anwar A, Begum T, Huque R, Khan J, Nababban H, Osman FA. Bangladesh Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2015;5(3). Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208214>
3. BRAC Health Nutrition and Population Programme. *Annual Report: Progress of Social Enterprises April 2018 - April 2019*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.brac.net/program/wp-content/uploads/2019/09/HNPP-SE-Annual-Report-18-19.pdf>.
4. Chen N, Muther K, Panjabi R, Price M. *Exemplars in Global Health: Community Health Workers in Bangladesh*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.exemplars.health/topics/community-health-workers/Bangladesh>.
5. Commonwealth Local Government Forum. *The Local Government System in Bangladesh: Country Profile 2017-2018*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.clgf.org.uk/regions/clgf-asia/bangladesh/>.
6. Community Based Health Care, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. *Community Based Health Care*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.communityclinic.gov.bd>.
7. Directorate General of Family Planning, Health Education and Family Welfare Division, Ministry of Health and Family Welfare. Disponible à l'adresse suivante : <http://dgfp.gov.bd/site/page/ca81e7a3-33dd-442b-90bc-da21a34a0c13/->
8. El-Saharty S, Powers Sparkes S, Barroy H, Zunaid Ahsan K, Masud Ahmed S. *The Path to Universal Health Coverage in Bangladesh*. International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/21633>
9. General Economics Division, Planning Commission, Government of the People's Republic of Bangladesh. *7th Five Year Plan FY2016-FY2020: Accelerating Growth, Empowering Citizens*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : http://www.plancomm.gov.bd/sites/default/files/files/plancomm.portal.gov.bd/files/aee61c03_3c11_4e89_9f30_d79639595c67/7th_FYP_18_02_2016.pdf.
10. Government of People's Republic of Bangladesh, Ministry of Health and Family Welfare. *Facility Registry*. Disponible à l'adresse suivante : http://facilityregistry.dghs.gov.bd/report_org_list.php?admin_division=0&admin_district=0&admin_upazila=0&org_agency=2&org_type%5B%5D=39&form_submit=1.
11. Government of the People's Republic of Bangladesh, Ministry of Health and Family Welfare. *Health Bulletin 2018*. Disponible à l'adresse suivante : <https://dghs.gov.bd/index.php/en/publications/health-bulletin/dghs-health-bulletin>
12. Government of the People's Republic of Bangladesh, General Economics Division BPC. *Millennium Development Goals: End-period stocktaking and final evaluation report*. 2016.
13. Government of the People's Republic of Bangladesh. *Bangladesh National Strategy for Community Health Workers (2019-2030)*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Bangladesh_Community-Health-Workers.pdf.
14. Ministry of Health and Family Welfare, Directorate General of Health Services, Community Based Health Care Programme and World Health Organization (WHO) Bangladesh. *Independent Evaluation of Community Based Health Services in Bangladesh*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/docs/default-source/searo/bangladesh/pdf-reports/2019-20/cbhs---report-2019.pdf?sfvrsn=fdecaade_2.

15. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, ORC Macro. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2004*. 2005. Disponible à l'adresse suivante : [https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr165/fr-bd04\[fr165\].pdf](https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr165/fr-bd04[fr165].pdf).
16. National Institute of Population Research and Training, Medical Education and Family Welfare Division, Ministry of Health and Family Welfare, DHS Program of ICF. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2017-18: Key Indicators Report*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR104/PR104.pdf>.
17. National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, MEASURE DHS at ICF International. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2011*. 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR265/FR265.pdf>.
18. National Institute of Population Research and Training, Ministry of Health and Family Welfare, Mitra and Associates, *The DHS Program at ICF International. Bangladesh Demographic and Health Survey 2014*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR311/FR311.pdf>.
19. Perry H. *A Brief History of Community Health Worker Programs*. 2013. Disponible à l'adresse suivante : https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/02_CHW_History.pdf.
20. Perry H. *Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WKKN.pdf.
21. Save the Children, USAID. *Strengthening Community Engagement and Local Government Support for Improving Community Health Care Programs*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00XBK4.pdf.
22. Save the Children. *Advocating for National Community Health Workforce Strategy in Bangladesh*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/advocating-national-community-health-workforce-strategy-bangladesh>.
23. Save the Children. *ICHW Annual Report - Year 1; 2017*.
24. Save the Children. *ICHW Annual Report - Year 2; 2018*.
25. Save the Children. *ICHW Annual Report - Year 3; 2019*.
26. Save the Children. *ICHW Final Report; 2020*.
27. Singh PK, Cassels A, Travis P. *Primary Health Care at Forty: Reflections from South-East Asia*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc-regional-report-south-east-asia.pdf?sfvrsn=1c2a8e85_2.
28. Zunaid Ahsan K, Kim Streatfield P, -E-Ijdi R, Maria Escudero G, Waheed Khan A, Reza MM. Fifteen years of sector-wide approach (SWAp) in Bangladesh health sector: an assessment of progress. *Health Policy Plan*. 2016;31:612-623. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1093/heapol/czv108>.

Annexes

ANNEXE 1 : CADRES DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU BANGLADESH

Les ASC du gouvernement ont des champs d'action variés et beaucoup ont été impliqués dans des innovations pionnières qui ont ensuite été étendues. Les principaux cadres d'ASC comprennent :

- Les assistants à la protection familiale (*Family Welfare Assistants* ou FWA), qui fournissent des services de planification familiale à assise communautaire sous la supervision de la DGFP.
- Les assistants sanitaires (Health Assistants ou HA), qui fournissent des services de vaccination et d'autres services de soins de santé primaires sous la supervision de la DGHS.
- Les prestataires de soins de santé primaires (Community Health Care Providers ou CHCP), qui fournissent une gamme de soins préventifs et essentiels curatifs dans les CC.

Le MOHFW a aussi lancé récemment deux programmes avec des cadres auxiliaires ASC :

1. Les volontaires de santé polyvalents (*Multi-Purpose Health Volunteer* ou MPHV), recrutés par la DGHS en tant que volontaires auxiliaires dans la zone de desserte de chaque CC.
2. Les volontaires parmi les pairs rémunérés (PPV), recrutés temporairement par la DGFP sur la base d'un quartier pour couvrir les lacunes dues à la pénurie de FWA.

Les profils des ASC soutenus par les ONG sont très variés, allant de travailleurs à temps plein rémunérés (par exemple les *Shasthya Kormi* du BRAC) aux bénévoles qui vendent des produits de santé (par exemple les *Shasthya Shebika* du BRAC), en passant par les Personnel communautaire qualifié pour les accouchements (*Community Skilled Birth Attendants* ou CSBA) soutenues par les ONG, et les dépôts répartiteurs ainsi que les bénévoles qui ne reçoivent aucune contrepartie financière (par exemple, les bénévoles communautaires dans le cadre du projet MaMoni).

ANNEXE 2 : SYSTÈME DE SANTÉ DANS LES UPAZILAS

Le système de santé dans les *upazilas* comprends :

- Services à domicile ;
- Services via les cliniques mobiles et satellites ;
- Services via des structures fixes aux niveaux des quartiers, des unions, et des *upazilas*.

La clinique communautaire (CC), au niveau du quartier, est l'établissement de santé fixe de niveau inférieur du système de santé de l'*upazila* et est gérée par le programme CBHC.

Au niveau de l'union, les centres de santé et de protection

familiale (UH&FWC), les sous-centres de l'union et les dispensaires ruraux relèvent de la DGHS, certains UH&FWC relevant de la DGFP.

Au niveau de l'*upazila*, le complexe de santé de l'*upazila* est l'établissement coordinateur général du système sanitaire de l'*upazila*.

ANNEXE 3 : PRINCIPALES POLITIQUES ET STRATÉGIES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

- Politique nationale pour la santé 2011 et Politique nationale pour la nutrition 2015
- Programme sectoriel en matière de santé de nutrition et de population issu du 7ème Plan quinquennal
- 4ème Programme sectoriel en matière de santé, de nutrition et de population (HPNSP) 2017-2022 – Plan opérationnel CBHC
- Stratégie pour le financement des soins de santé 2012-2032
- Stratégie pour le personnel de santé de Bangladesh 2016-2021

ANNEXE 4 : UN EXTRAIT DU DOCUMENT D'ORIENTATION NSF SUR LA STRATÉGIE DES ASC – DÉFIS ÉMERGENTS POUR LES ASC AU BANGLADESH

« Historiquement, dans le secteur public du Bangladesh, les ASC étaient employés pour effectuer une tâche donnée, qui a évolué au fil des ans avec l'ajouts sensible de nouvelles tâches. D'autre part, un certain nombre d'ASC travaillant dans les soins de santé communautaires pour le compte d'ONG/du secteur privé où la coordination/collaboration avec le système gouvernemental est, dans la plupart des cas, absente. Les questions ci-dessous constituent les défis émergents auxquels les personnels de santé communautaire doivent répondre :

- Principes pour l'uniformisation du travail des ASC
- Répartition équitable des ASC
- Planification RH (Besoins des ASC – projections pour les 10 prochaines années)
- Renforcement des compétences
- Zone géographique ciblée – approche différentielle de programme
- Approche et plan d'engagement communautaire
- Plan de soutien au gouvernement local
- Approches relatives à la coordination et aux compétences des organisations non gouvernementales organisées par gouvernement (GO-NGO)
- Utilisation de la technologie
- Dispositions relatives au rapportage et à la responsabilité
- Plan de soutien pour le suivi et la supervision
- Équilibrer le ratio d'ASC homme/femme »