Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire

APERÇU DU PAYS : KENYA

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

unicef for every child

REPUBLIC OF KENYA

MINISTRY OF HEALTH

lvct health healthy societies

LAST MILE HEALTH

Remerciements

AUTEURS : Abigail McDaniel, Mallika Raghavan

SUPPORT : Dr. Lilian Otiso (LVCT Health), Salim Hussein (Ministère de la santé), Dr. Maureen Kimani (Ministère de la santé), John Wanyungu (Ministère de la santé), Dr. Josea Rono (E&K consulting), Rose Njiraini (UNICEF Kenya), Daniel Kavoo (Ministère de la santé), George Oele (Amref), Linet Okoth (LVCT Health), Robinson Karuga (LVCT Health), Kenneth Ogendo (Living Goods), Silah Kimanzi (USAID).

Nous adressons nos profonds remerciements à LVCT Health pour avoir coordonné le développement de l'Aperçu de pays consacré à l'intégration de la santé communautaire au Kenya.

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

TRADUIT PAR : Mounia Malki

CRÉDIT PHOTO DE COUVERTURE : Living Goods

DATE DE PUBLICATION : Août 2021

Table des matières

Acronymes 1
Préface 2
Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles 2
L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme » 3
Aperçus de pays relatifs à la réforme institutionnelle 6
Paysage de la santé communautaire au Kenya 7
Accessibilité sanitaire et résultats 7
Les bases de la réforme de la santé communautaire au Kenya 10
Développement de la politique de santé communautaire et intégration des services de santé communautaire - Réformes de la politique nationale de santé 11
Défis et opportunités politiques liées à l'institutionnalisation au Kenya 15
Intégrer la stratégie de santé communautaire dans l'agenda pour la couverture sanitaire universelle 16
L'investissement pour l'ICH du Kenya : un catalyseur pour la réforme du système de santé 23
Le projet SQALE de l'USAID – Intégration de l'amélioration de la qualité dans la santé communautaire 23
L'approche sqale 25
Institutionnaliser l'amélioration de la qualité 26
Opportunités et prochaines étapes pour le Kenya 27
Vers de nouvelles réformes 29
Références 30

Acronymes

CHA	Assistant en santé communautaire	*Community Health Assistant*
CHC	Comité de santé communautaire	*Community Health Committee*
CHEW	Agent de vulgarisation sanitaire communautaire	*Community Health Extension Worker*
CHMT	Équipe de gestion sanitaire du comté	*County Health Management Team*
CHU	Unité de santé communautaire)	*Community Health Unit*
CHV	Volontaire de santé communautaire	*Community Health Volunteer*
CSU	Couverture sanitaire universelle	*Universal Health Coverage*
HFMC	Comité chargé des installations de santé	*Health Facility Management Committee*
HFMT	Équipe chargée des installations de santé	*Health Facility Management Team*
HSICF	Forum consultatif intergouvernemental sur le secteur de la santé	*Health Sector Intergovernmental Consultative Forum*
ICH	Intégration de la santé communautaire	*Integrating Community Health*
KEPH	Paquet essentiel pour la santé au Kenya	*Kenya Essential Package for Health*
KHSSIP	Plan stratégique et cadre d'investissements pour le secteur de la santé au Kenya	*Kenya Health Sector Strategic and Investment Plan*
KQMH	Modèle de Qualité du Kenya	*Kenya Quality Model for Health*
LMH	Last Mile Health	*Last Mile Health*
LSTM	École de médecine tropicale de Liverpool	*Liverpool School of Tropical Medicine*
MOMS	Ministère des services médicaux	*Ministry of Medical Services*
MOPHS	Ministère de la santé publique et de l'assainissement	*Ministry of Public Health and Sanitation*
NHIF	Caisse nationale d'assurance-hospitalisation	*National Hospital Insurance Fund*
NHSSP II	Deuxième plan stratégique national du secteur de la santé)	*Second National Health Sector Strategic Plan*
ODD	Objectifs de développement durable	*Sustainable Development Goal*
OMS	Organisation mondiale de la Santé	*World Health Organization*
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	*Integrated Community Case Management*
SCHMT	Équipe de gestion sanitaire du sous-comté	*Sub-County Health Management Team*
SSP	Soins de santé primaires	*Primary Healthcare*
SQALE	Soutenir les approches de qualité pour des services de santé communautaire de proximité	*Sustaining Quality Approaches for Locally Embedded Community Health services*
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance	*United Nations Children's Fund*
USAID	Agence américaine pour le développement international	*United States Agency for International Development*
WIT	Équipe chargée de l'amélioration du travail	*Work Improvement Team*

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 aceurs identifient un problème significatif et pertinent. Is 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 préparés 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.

Paysage de la santé communautaire au Kenya

Accessibilité sanitaire et résultats

En 2008, le Kenya a lancé « Vision 2030 », un nouveau programme de grande envergure visant à faire de la Nation un « pays à revenu intermédiaire offrant une vie de haute qualité à tous ses citoyens d'ici à 2030 ». Peu après, en 2010, le pays a introduit des réformes constitutionnelles visant à répondre aux besoins et aux droits de toutes et tous, et a consacré le droit au meilleur état de santé possible pour chaque kenyane. La Constitution a introduit des réformes profondes de gouvernance en 2013, scindant le pays en 47 comtés politiques et administratifs dans le but de promouvoir la démocratie, la redevabilité, l'unité nationale, la reconnaissance de la diversité, l'autogouvernance, le leadership communautaire et le partage équitable des ressources[3].

En 2014, dans le cadre de l'agenda « Vision 2030 », le Kenya a franchi une étape majeure en se classant parmi les économies à revenu intermédiaire[4].

La vigueur des performances économiques a coïncidé avec des réductions drastiques de la pauvreté pour plus de 52 millions d'habitants du pays. La proportion de kenyan·e·s vivant dans la pauvreté est passée de 43,6 % à 35,6 % entre 2005-2006 et 2015-2016[5]. De plus, la croissance économique du pays est allée de pair avec des améliorations considérables des indicateurs de santé. Parmi les sept pays soutenus pour l'ICH, le Kenya affiche désormais les deuxièmes plus faibles taux de mortalité maternelle et infantile, derrière le Bangladesh. Le tableau ci-dessous met en évidence les performances réalisées par le Kenya par rapport aux principaux indicateurs de santé.

En dépit de ces améliorations à l'échelle de la population, les dépenses publiques de santé, exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), ont commencé ces dernières années à ralentir alors même que le pays était confronté à un triple fardeau colossal de maladies transmissibles, non transmissibles et de blessures[6,7]. En outre, des disparités importantes persistent de façon multiple en matière de richesse et de santé des kenyanes et kenyans.

INDICATEURS (ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ)	1989	1993	1998	2003	2008-9	2014
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	60	62	74	77	52	39
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	89	96	112	115	74	52
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	--	--	590	414	488	362
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés	44.1	79	65	57	77	79
Taux de couverture des enfants souffrant de diarrhées traitées avec des SRO	21.1	31.6	36.9	29.2	38.8	53.8
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes mariées (%)	--	36.4	24	24.5	25.6	17.5
Taux de couverture des accouchements en présence d'un personnel qualifié	50	45	44	42	44	61.8
Femmes enceintes qui assistent à au moins 4 CPN (%)	--	63.9	60.8	52.3	47.1	57.6

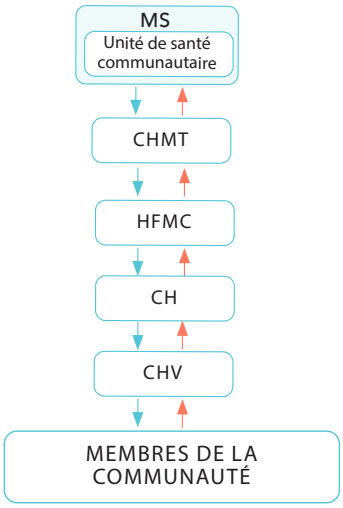
Comme le décrit une analyse récente sur la décentralisation, « les inégalités au Kenya sont enracinées dans les dynamiques structurelles historiques et sociales issues de la colonisation et contribuent à des niveaux très variables de pauvreté, d'éducation, de développement, d'affectation des ressources et d'investissement dans les infrastructures et les ressources humaines »[8]. Des différences contextuelles significatives existent également entre les zones agricoles, urbaines et pastorales. Les inégalités en matière de santé sont souvent les plus importantes pour les personnes vivant dans les zones rurales ou les comtés historiquement marginalisés, les groupes vulnérables tels que les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et les personnes ayant un statut socio-économique inférieur, tout particulièrement les résident(e)s de vastes « habitations informelles » autour des principales villes et municipalités du Kenya. Ces disparités sont à la fois causées par les barrières à l'accès aux soins de santé et y contribuent.

Ainsi, dans le cadre de l'enquête démographique et de santé de 2014, 46,1 % de l'ensemble des femmes kenyanes interrogées ont déclaré rencontrer de sérieux problèmes d'accès aux soins. Ces obstacles sont vécus de manière disproportionnée par les femmes vivant en milieu rural (54,4 %) et celles se situant dans les deux quintiles de revenu les plus bas du pays (68,1 % et 61,1 %). Pour les femmes de l'ensemble des groupes, le manque de moyens financiers pour se faire soigner est l'obstacle le plus couramment cité.

Les experts ont mis en garde que le pays devra promouvoir une croissance plus élevée et inclusive, et adopter des réformes progressistes et intersectorielles afin d'éradiquer la pauvreté d'ici à 2030 (objectif de développement durable 1) et d'améliorer la santé et le bien-être général de tous les kenyan·e·s (objectif de développement durable 3)[5]. Conscient de cette nécessité, après sa réélection en 2018, le Président Uhuru Kenyatta a lancé un nouveau plan à moyen terme pour la « Vision 2030 ». Ce plan comporte quatre piliers de réforme, connus sous le nom des « Big Four » : industrie manufacturière, sécurité alimentaire, couverture sanitaire universelle (CSU) et logements sociaux. Dans l'ensemble, le succès des réformes relatives aux soins de santé universels dépendra non seulement de la volonté politique, mais aussi de la capacité de la nouvelle structure de gouvernance décentralisée du Kenya à fournir « des services de santé de qualité, accessibles, abordables et acceptables pour l'ensemble de ses citoyens »[7]. Il s'agit d'une perspective colossale, car le pays manque actuellement de personnel de

FIGURE 1 : Structure du système de santé

NIVEAU	ORGANE DE GESTION ADMINISTRATIVE	POINT DE PRESTATION DE SERVICES	ACTEURS CLÉS ET LEURS INTÉRACTIONS
NATIONAL	MS Unité de santé communautaire HSICF	Hôpital spécialisé Structures de référence secondaires et tertiaires	
COMTÉ	CHMT	Hôpital de comté	
SOUS-COMTÉ	HFMT	Dispensaire	
COMMUNAUTÉ	CHC CHA	CHA CHV	



santé qualifié pour gérer et fournir ces services. Pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que les pays disposent de 44,5 médecins, infirmier(e)s et sages-femmes pour 10 000 habitants. Or, au Kenya, ce ratio n'est que de 13,8 pour 10 000 habitants, et la couverture sanitaire est encore ralentie par une croissance démographique rapide et les disparités géographiques[9].

Pour faire face à cette situation, le pays renouvelle et augmente rapidement ses efforts pour investir dans les soins de santé primaires comme stratégie rentable pour parvenir à un système de santé universel, et place la santé communautaire au cœur de cet agenda. Le pays considère de plus en plus les agents de santé communautaires (ASC) et leurs superviseurs comme une composante essentielle des effectifs. Notons que les ASC sont communément appelés au Kenya volontaires de santé communautaires (*Community Health Volunteer* ou CHV) et placés sous la supervision d'assistants en santé communautaire (*Community Health Assistant* ou CHA), autrefois connus sous l'appellation d'agents de vulgarisation sanitaire communautaire (*Community Health Extensive Workers* ou CHEW). Les dirigeants attendent d'eux qu'ils jouent un rôle essentiel pour élargir l'accès à des services de santé qualitatifs au niveau communautaire, mais aussi dans la promotion de la santé, de la prévention des maladies, et de la détection et du traitement précoce des maladies.

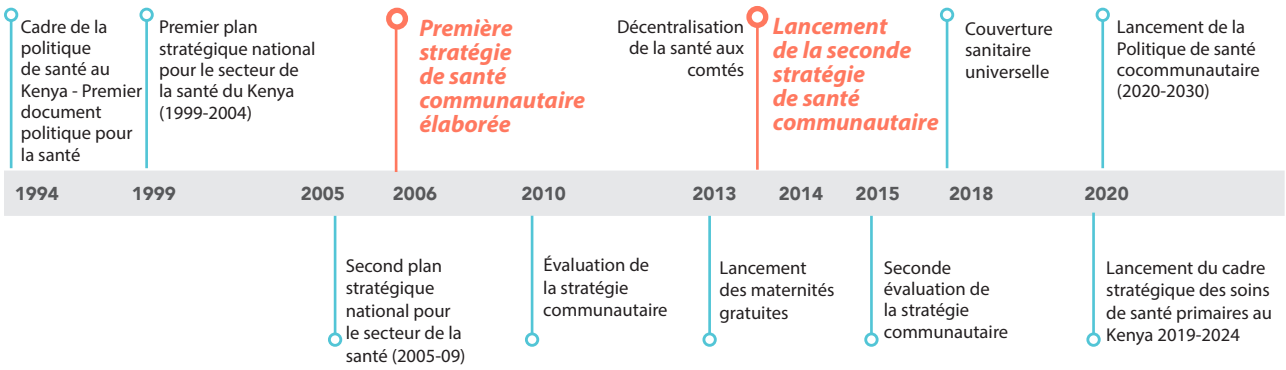
Ces engagements mondiaux et nationaux très médiatisés ont généré une forte dynamique pour traduire la volonté politique en politiques et en pratiques. Les prochaines échéances comprennent le lancement en 2020 du premier Cadre stratégique de soins de santé primaires 2019-2024 du pays et de la Politique de santé communautaire 2020-2030. Ces bases politiques devraient servir de socle à un développement rapide des services de santé communautaire dans l'ensemble du pays. Le Kenya a pour objectif de revitaliser et de déployer un cadre de volontaires de la santé communautaire qui seront : rémunérés grâce à des ressources nationales, fourniront un paquet de services de santé, préventifs, curatifs et promotionnels ; travailleront dans le cadre d'unités de santé communautaires (Community Health Units ou CHU), supervisées par des assistants en santé communautaire (*Community Health Assistants* ou CHA) ; et mettront en relation les communautés avec les établissements de soins de santé primaires. Si ce cadre s'avère être un succès, alors les kenyan·e·s pourront accéder aux soins de santé primaires par le biais des CHU, comme le montre la figure 1[10].

Les bases de la réforme de la santé communautaire au Kenya

La réforme de la santé communautaire au Kenya trouve ses origines dans la première Déclaration d'Alma-Ata de 1978 et dans l'Initiative de Bamako en 1987. À cette époque, au Kenya, les services de planification familiale étaient fournis par des distributeurs communautaires. Au début des années 2000, malgré l'augmentation des financements pour le secteur de la santé, le pays a connu une augmentation rapide de la pauvreté, assortie d'une « spirale descendante faite de détérioration de l'état de santé des personnes » et de « disparités inacceptables »[11,12]. En réponse, le pays a connu deux périodes de réforme entre 2005 et 2016.

Le cycle de réforme des systèmes de santé communautaires (détaillé dans la Préface) fournit un cadre utile pour analyser le processus de réforme mené par le Kenya au cours de ces différentes étapes, révélant des aperçus sur ses fondements, stratégies et défis. Les sections ci-dessous décrivent les deux cycles de réforme qui ont eu lieu au Kenya : un premier cycle de réforme entrepris au niveau politique national, et un second au niveau du système de santé.

FIGURE 2 : Évolution de la stratégie de santé communautaire au Kenya[13]



Développement de la politique de santé communautaire et intégration des services de santé communautaire - Réformes de la politique nationale de santé

RENFORCER LE SYSTÈME DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE KENYAN (2006)

Des opportunités sont apparues pour renforcer les liens entre les communautés et le système de santé formel, tout particulièrement dans les zones difficiles d'accès. Par conséquent, le système de santé offrait « une réponse rare, inopportune et insuffisante aux besoins sanitaires des communautés »[12]. Jusque-là, le Gouvernement avait largement fondé la plupart de ses décisions sur les données recueillies dans les établissements de santé. Sans la participation directe des communautés, il n'avait alors aucun moyen de comprendre les facteurs influençant sur le recours aux soins et contribuant à des conséquences sanitaires négatives. Les recommandations principales des études étaient d'étendre l'approche des soins de santé primaires du pays au-delà des établissements de santé, et de créer une interface formelle entre les communautés et le système de santé. À l'époque, certaines partenaires et pouvoirs locaux avaient lancé des initiatives informelles de santé communautaire, mais la fragmentation avait entravé leur capacité à atteindre et à démontrer un impact à grande échelle[15].

En 2003, le Kenya s'est réuni avec d'autres pays africains pour trouver des stratégies permettant de mettre sur pieds le système de santé communautaire et d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La Déclaration d'Addis-Abeba de 2006 sur la santé communautaire dans la région africaine a marqué un tournant pour la santé communautaire, coïncidant avec un certain nombre de réformes majeures au Kenya :

1. Le lancement de « Vision 2030 » par le Président de l'époque, Monsieur Mwai Kibaki ;
2. L'établissement de la santé communautaire en tant que premier niveau du système de santé formel pour fournir le Paquet essentiel pour la santé au Kenya (KEPH) ;
3. Le lancement d'un processus de développement pour une stratégie de santé communautaire ;
4. La création d'une unité de services de santé communautaires (*Community Health Services Unit* ou CHSC) au sein du Ministère de la santé, chargée de superviser la santé communautaire et de piloter la conception, le lancement et la mise en œuvre de la stratégie[16-18]. Des groupes de travail techniques et des comités de coordination interagences ont été créés pour orienter la mise en œuvre de la stratégie.

À la suite d'un processus de développement participatif, impliquant les ASC et les CHEW, la première stratégie de santé communautaire du Kenya en 2006 a défini cette vision :

> « Les ménages et les communautés seront activement et efficacement impliqués et habilités à accroître leur contrôle sur leur environnement afin d'améliorer leur propre état de santé(...). Les communautés seront ainsi habilitées à revendiquer leurs droits et à demander au système formel de leur rendre des comptes sur l'efficacité et l'efficience des services de santé, ainsi que sur d'autres services »[19].

La stratégie visait audacieusement à étendre les services de santé communautaire pour atteindre 16 millions de kenyanes en quatre ans, soit environ 40 % de la population. La stratégie a également établi les principaux cadres, structures et systèmes de base qui, avec quelques adaptations, continuent aujourd'hui de structurer le système de santé communautaire du pays.

PRODUIRE DES ÉLÉMENTS PROBANTS À UN STADE PRÉCOCE POUR LA STRATÉGIE COMMUNAUTAIRE (2006-2010)

Grâce à la stratégie entreprise en 2006, la santé communautaire a été reconnue comme une partie officielle du système de santé. Cependant, suite aux efforts précédemment menés dans les années 1990, les défenseurs de la santé communautaire devaient encore démontrer que l'approche serait fructueuse. À partir de 2006, le pays a commencé à mettre en place ses premières CHU pilotes. L'un des premiers et des plus importants programmes à introduire cette approche a été le Projet de survie de l'enfant à Busia, financé par l'USAID et mis en œuvre par l'Amref en partenariat avec le Ministère de la santé. Couvrant 360 villages et mobilisant près de 1 000 volontaires de santé communautaire (CHV), le programme a servi de centre d'apprentissage pour générer les éléments probants nécessaires pour le plaidoyer en faveur d'un investissement soutenu et de l'adoption de la stratégie communautaire. Les évaluations du programme ont démontré que, lorsque l'approche était correctement soutenue, elle pouvait considérablement améliorer les indicateurs de santé.

L'importance de la mise en place de ces premières bases de réforme était clairement perceptible lorsque des violences ont éclatées à l'occasion des élections présidentielles contestées de 2007-2008. La tension croissante a poussé le pays à réviser sa Constitution en 2010 et à introduire un système de gouvernance décentralisée dans les années qui ont suivi[8]. Cette période marque un tournant, et les Gouvernements des comtés ont commencé à se pencher minutieusement sur les politiques initialement soutenues au niveau national.

Soucieux de préserver la stratégie de santé communautaire dans le nouveau paysage politique, les responsables ministériels ont commandé une évaluation de son efficacité, de sa pertinence, de son efficience et de sa pérennité. L'étude de 2010 a révélé que les zones soutenues par la stratégie de santé communautaire ont obtenu des résultats nettement supérieurs à ceux des zones de comparaison pour toute une série d'indicateurs

sanitaires et de développement essentiels. Les évaluateurs ont ainsi conclu :

> « La stratégie a permis d'inverser de manière significative les indicateurs sanitaires négatifs observés avant la mise en œuvre du programme(...). [Elle] présente des avantages évidents en termes d'amélioration de la couverture et de la qualité des services de santé, permettant ainsi une vie plus productive(...) [et constitue] un puissant instrument de transformation sociale en vue d'améliorer la qualité de vie au niveau communautaire »[20].

Néanmoins, cette stratégie n'a pas été sans difficultés. L'une des principales préoccupations était que la mise en œuvre à ce jour avait été presque exclusivement tributaire de bailleurs de fonds et fondée sur des projets, ce qui la rendait non-viable sur le long terme. Le Gouvernement national n'avait pas alloué de budget à la stratégie, mis à part l'emploi des assistants en santé communautaire (*Community Health Assistants* ou CHA) et d'autres membres du personnel du Ministère de la Santé. Tous les autres coûts, tels que ceux relatifs aux formations, aux allocations et kits pour les CHV (y compris les matières premières), étaient à la charge des bailleurs de fonds et des partenaires. Cela a réduit la capacité du Gouvernement à promouvoir une exécution fidèle, de qualité et qui soit mise à l'échelle. En effet, les évaluations ont montré qu'en 2010, le Gouvernement n'avait atteint que 7 % de la couverture de la stratégie, très loin de son objectif de 40 %.

Ces enseignements ont fourni un point d'analyse important lorsque les Gouvernements nationaux et des comtés ont révisé leurs politiques après la décentralisation. Encouragés par les résultats globaux et déterminés à relever les défis, les bailleurs de fonds extérieurs ont augmenté le financement de la stratégie, et le Ministère de la santé a engagé les comtés à plaider pour que la santé communautaire devienne une priorité.

RENOUVELER ET ADAPTER LES ENGAGEMENTS VIA LA DÉCENTRALISATION (2010-2015)

Au Kenya, la décentralisation a déplacé le lieu de contrôle du niveau national au niveau des comtés. Le pays espérait vivement que la décentralisation « renforcerait la démocratie et la responsabilité, augmenterait la participation communautaire, améliorerait les performances et réduirait les inégalités »[8]. La transition des fonctions était initialement prévue pour une période de trois ans, mais la pression exercée par les Gouvernements de comté nouvellement élus en 2013 a accéléré le calendrier à seulement quatre mois. Le processus a suscité beaucoup d'incertitudes quant à l'avenir de la santé communautaire. En effet, d'une part, on craignait que la décentralisation « anéantirait les progrès » réalisés depuis 2006. Cette crainte était d'autant plus grande au début du processus de décentralisation, lorsque les paramètres du nouveau système n'étaient pas clairs, que les transferts de ressources vers les comtés étaient nettement insuffisants et que les capacités des comtés étaient lacunaires. D'autre part, on espérait que le transfert de la prise décisionnelle aux Gouvernements des comtés et l'introduction de revenus nationaux axées sur l'équité stimuleraient les investissements pour la santé communautaire au niveau des comtés[8,16].

Ce qui a finalement joué en faveur de l'agenda de la santé communautaire a été que les Gouvernements des comtés étaient maintenant confrontés au même défi fondamental que le Gouvernement national avant eux : comment répondre aux besoins sanitaires de leurs citoyens d'une manière qui réponde aux priorités communautaires et qui tienne compte des contraintes financières et humaines. Tandis que les cadres juridiques et institutionnels régissant le secteur de la santé évoluaient[21], l'accès à la santé et les résultats restaient insuffisants pour la majorité des kenyanes. Dans le cadre de la décentralisation, les dirigeants ont continué à reconnaître qu'ils ne pouvaient tout simplement pas réaliser la « Vision 2030 » ou la CSU sans investir dans la santé communautaire.

Dès lors, en 2013, les Gouvernements nationaux et des comtés ont entrepris d'adapter la stratégie

communautaire pour la décentralisation, en lien avec des réformes plus larges en matière de santé et de développement[16]. Il s'agissait notamment du Projet de loi sur la santé nationale (rédigé et présenté au débat parlementaire en 2014 et adopté en 2018 en tant que Projet de loi d'amendement des lois sur la santé au Kenya), du Deuxième plan à moyen terme pour la « Vision 2030 », de la Politique de santé du Kenya (2014-2030) et du Plan stratégique et cadre d'investissements pour le secteur de la santé au Kenya (KHSSIP 2012-2017).

La décentralisation a eu un impact majeur sur la nature de ces processus. Le Gouvernement national a conservé la responsabilité de la définition des politiques, des normes et des réglementations en matière de santé. Toutefois, la participation des comtés était primordiale, à la fois pour garantir que les directives puissent être efficacement contextualisées par les comtés, mais aussi pour promouvoir l'adhésion des comtés en tant que décideurs finaux de la mise en œuvre[8,16,21].

Couvrant la période 2014-2019, la nouvelle stratégie de santé communautaire qu'ils ont élaborée intégrait les leçons tirées de la première stratégie et comprenait quatre objectifs stratégiques. Elle visait ainsi à renforcer :

1. La prestation de services de santé communautaire intégrés, globaux et qualitatifs pour tous les groupes de population ;
2. Les structures et systèmes communautaires pour une mise en œuvre efficace des interventions et services de santé communautaire à tous les niveaux ;
3. La demande en données et l'utilisation des informations à tous les niveaux ;
4. Les mécanismes de mobilisation et de gestion des ressources pour une mise en œuvre pérenne des services de santé communautaire[17].

L'adhésion commune à la stratégie s'est reflétée dans les objectifs ambitieux proposés par le Plan stratégique et cadre d'investissements pour le secteur de la santé au Kenya (KHSSIP). L'inclusion de la santé communautaire dans le KHSSIP a été cruciale, car elle a permis de traduire la vision du pays en actions par l'affectation de ressources stratégiques, la planification annuelle et les contrats de performance. Le KHSSIP a suivi la mise à l'échelle des CHU comme indicateur prioritaire et a fixé un objectif de déploiement de 8 000 CHU et de formation de 250 000 CHV en cinq ans, couvrant une population de 40 millions de personnes. Lors du troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé qui s'est tenu en 2013 au Brésil, le Kenya s'est également engagé à passer d'une base de 2 511 CHU en 2012 à 9 294 CHU d'ici 2017, à recruter les 40 000 CHA nécessaires, et à mettre en place un régime d'assurance maladie communautaire destiné à améliorer l'accès aux services des CHU[11].

Défis et opportunités politiques liées à l'institutionnalisation au Kenya

Les dirigeants ont commencé à attirer l'attention sur le fait que le Kenya n'avait pas encore établi de politique officielle en matière de santé communautaire. Pour y remédier, le Ministère de la santé a commandé en 2015 une analyse complète de la situation afin d'aider à définir « une orientation politique claire » pour le pays[11]. Bien que le pays ait besoin de cinq ans pour établir officiellement la politique qui en découle, l'analyse de la situation a fourni des indications précieuses aux décideurs et aux gestionnaires qui soutiennent la transition de la santé communautaire par le biais de la décentralisation. L'une des principales conclusions concerne l'écart entre la stratégie de santé communautaire et la pratique. Les assistants en santé communautaire (*Community Health Assistants* ou CHA) et les CHV estiment que les Gouvernements nationaux et de comtés n'ont pas fait, et n'en font toujours pas assez pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie. Les principaux sujets de préoccupation étaient la mobilisation des ressources et de ce que l'on a appelé les principaux défis de la stratégie, à savoir l'incitation financière des CHV. Les parties prenantes au niveau national se sont fait l'écho de ce point de vue en déclarant que « pendant longtemps, la [stratégie de santé communautaire] a été une 'stratégie davantage théorique que faite d'actions concrètes' »[16].

Cependant, l'analyse de situation de 2015 a clairement montré que les performances de la stratégie restaient insuffisantes et que ses fondements institutionnels étaient vulnérables. Parmi les défis identifiés figuraient le manque de priorisation de la stratégie (dans certains comtés), l'insuffisance de personnels de santé, la fragmentation de la supervision, le faible alignement des partenaires, l'insuffisance de la gouvernance et de la gestion du programme, ainsi que la rétention et les départs problématiques des CHV. L'affirmation de l'analyse selon laquelle la stratégie de santé communautaire n'est restée qu'une stratégie théorique a fourni une indication puissante que les réformes précédentes du Kenya avaient largement échoué à passer de la conception des politiques et programmes aux étapes ultérieures d'institutionnalisation.

Les défenseurs de la santé communautaire ont reconnu que les priorités fixées par les nouveaux Gouvernements de comtés orienteraient la santé communautaire dans le cadre de la décentralisation pour les années à venir. Dans le même temps, en 2017, le pays se préparait à ses premières élections présidentielles dans un contexte de décentralisation, et les candidats élaboraient des programmes qui allaient orienter les priorités politiques jusqu'en 2022.

Les défenseurs ont alors compris que c'était le moment de solidifier la réforme de la santé communautaire. Ils ont commencé à s'interroger sur ce qu'il faudrait faire différemment dans ce prochain cycle de réforme pour concrétiser la vision du pays, à savoir étendre des services de santé de grande qualité pour chaque kenyan·e, et quels systèmes de leadership, de gestion et de gouvernance devraient être mis en place au sein du système de santé communautaire pour institutionnaliser efficacement le programme.

Grâce à leurs efforts, au cours des cinq années qui ont suivi la décentralisation, de nombreux comtés

ont déjà atteint une couverture de 80 à 100 % des services de santé communautaire[11], et le pays se prépare maintenant à une extension nationale complète.

Les sections suivantes explorent les stratégies que ces défenseurs ont utilisées pour renforcer et accélérer les réformes de la santé communautaire dans le cadre et au-delà du programme pour l'ICH. Leurs idées constituent une ressource extraordinaire pour orienter les investissements et les réformes en cours au Kenya, ainsi que les meilleures pratiques mondiales.

Intégrer la stratégie de santé communautaire dans l'agenda pour la couverture sanitaire universelle

L'ICH et d'autres investissements dans le pays ont également contribué à catalyser des réformes plus larges pour la santé communautaire, menées par le Ministère de la santé, les Gouvernements des comtés et les principales parties prenantes, notamment l'UNICEF, l'USAID, l'OMS, LVCT Health Kenya, l'Amref, Living Goods, Population Council, World Vision et Lwala Community Alliance.

L'adoption du cadre du cycle de réforme permet d'illustrer les progrès du Kenya vers l'institutionnalisation de la santé communautaire et montre comment diverses initiatives et stratégies peuvent faire progresser les réformes vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Dès lors, les efforts immédiats des parties prenantes se sont concentrés principalement sur les étapes du cycle de réforme qui poseraient les bases d'une mobilisation et d'un déploiement efficace du programme, tout en anticipant et préparant les étapes suivantes de gestion, de gouvernance, d'apprentissage et de perfectionnement institutionnel du programme. Ensemble, leurs efforts ont permis de créer les bases de la réforme, la voie et l'élan qui ont engendré les progrès frappants qui ont suivi.

De 2015 à 2017, alors que le Kenya s'engageait à réaliser les Objectifs de développement durable (ODD) et que le Président sortant, Monsieur Uhuru Kenyatta, devait assurer sa réélection, la CSU est réapparue comme une priorité nationale dans le cadre du programme des « Big Four » du Président. Cependant, dès le départ, il n'était pas évident que les décideurs nationaux et des comtés considèrent la santé communautaire comme un élément central de ce programme. En effet, lors de précédentes élections, un thème identifié était que « les Gouvernements des comtés kenyans ont souvent donné la priorité aux interventions sanitaires visibles qui attirent leur électorat, ce qui a conduit à mettre l'accent sur les services de santé curatifs et à négliger les services préventifs, y compris les approches de santé communautaire »[8].

Plutôt que d'attendre dans un état d'incertitude, les défenseurs de la santé communautaire se sont réunis de manière proactive pour démontrer comment la santé communautaire pouvait faire avancer le programme pour la CSU. Ils ont compris que pour réussir, ils devaient défendre la santé communautaire dans des termes qui trouvent un écho auprès des dirigeants politiques. Ils avaient conscience que l'accessibilité financière des services de santé était une priorité absolue pour le Président Kenyatta. En effet, au cours de son premier mandat, ce dernier avait introduit la gratuité des services de maternité dans tous les établissements de santé publics, désormais connu sous le nom de programme Linda Mama. Au début de son second mandat, il a fait de la protection financière une priorité dans le cadre du programme de santé universelle. Il a pris des mesures pour renforcer le système d'assurance maladie du pays, en particulier la Caisse nationale d'assurance-hospitalisation (*National Hospital Insurance Fund* ou NHIF) et son administration du programme Linda Mama[22]. La viabilité de la NHIF et du programme Linda Mama dépendait d'un fort taux d'inscription, et le Président a demandé des recommandations sur la manière d'établir de meilleurs points de communication entre la NHIF et les kenyanes.

Les défenseurs de la santé communautaire ont reconnu qu'il s'agissait là d'un point de levier

idéal. Ils savaient que la stratégie de santé communautaire offrait une interface unique entre le système gouvernemental et les kenyan·e·s au niveau des ménages. En fait, plusieurs comtés ont proposé cette approche de manière indépendante, en rappelant que la mobilisation des CHV pour l'inscription leur donnerait également l'occasion de « cartographier les communautés, d'identifier les inégalités en matière de santé et de formaliser le cadre de santé communautaire »[23]. Les leaders du secteur de la santé communautaire ont fait valoir cet argument à chaque occasion, associant le message à leurs propres objectifs pour le secteur de la santé pour l'extension des CHU et les effectifs associés des assistants en santé communautaire (*Community Health Assistants* ou CHA) et des CHV. Ils se rappellent :
« Le mantra est devenu : 'Nous pouvons atteindre 100 % d'inscriptions grâce à 100 000 CHV' ».

CONSTITUTION DE COALITIONS

Un moment crucial dans le parcours de réforme du Kenya a été la Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire (ICHC) qui s'est tenu à Johannesbourg (Afrique du Sud) en 2017. Une importante délégation kenyane était dirigée par le Chef de l'unité de développement et de santé communautaire du Ministère de la santé, et comprenait des représentants des Gouvernements des comtés de Nairobi, Kisumu et Migori, de l'USAID, de l'UNICEF, de l'OMS, de LVCT Health Kenya, de Living Goods et d'AMP Health. La Conférence a constitué une étape majeure dans la phase de constitution de coalitions pour la réforme, car elle a permis de solidifier la coalition de santé communautaire du pays et de créer des opportunités d'échanges intensives au sein et par-delà la délégation. Grâce à ce dialogue, la coalition a cristallisé le programme de réforme du pays et a pris des engagements concrets qu'elle poursuivra ensemble après la Conférence. Ces engagements étaient les suivants :

1. Finaliser la politique de services de santé communautaires ;
2. Réévaluer le programme des services de santé communautaire via une approche fondée sur les résultats ;
3. Accroître la visibilité des services de santé communautaire ;
4. Renforcer le leadership et la coordination de la Division chargée de la santé communautaire.

Dans les années qui ont suivi la Conférence, la délégation et la coalition nationale élargie ont largement dépassé ces objectifs et remarquablement franchi les étapes de la réforme.

À la suite de l'ICHC 2017, un Comité directeur du Ministère de la Santé, dirigé par la Division des services de santé communautaire et comprenant des parties prenantes clés qui avaient participé à l'ICHC, a été créé pour plaider en faveur de la priorisation de la santé communautaire au Kenya. Le Comité a servi de maître d'œuvre et de mécanisme de responsabilisation pour le programme national plus large. Après l'ICHC, il a défini un mandat et un plan d'action, et a obtenu l'adhésion en informant les parties prenantes influentes, notamment le Comité de coordination inter-agences pour la santé communautaire, le Secrétaire Principal et le Conseil des gouverneurs, un organe de direction composé de représentants des comtés, établit dans le cadre de la décentralisation.

Depuis le lancement du Comité directeur, chaque partie prenante a contribué dans des domaines stratégiques qui font partie de leurs propres atouts institutionnels respectifs, et l'UNICEF a joué un rôle constant en fournissant un soutien financier, technique et opérationnel direct à la Division des services de santé communautaire. Le Comité a travaillé en étroite collaboration avec le professeur Miriam Were, Ambassadrice de bonne volonté du Kenya pour la santé communautaire, largement connue comme la mère de la santé communautaire au Kenya et qui faisait partie de la délégation kenyane de l'ICHC.

Le plaidoyer du Comité directeur a constitué un élément majeur dans le succès de la réforme au Kenya. Leurs efforts ont été motivés non seulement par une vision commune de l'institutionnalisation de la santé communautaire, mais aussi par la volonté, voire le désir, d'établir un système harmonisé et échelonné appartenant non pas à leurs organisations de marque, mais au Gouvernement et à la population kenyane. Ces acteurs ont acquis une connaissance approfondie du paysage unique

des parties prenantes kenyanes, ce qui leur permet de déployer des stratégies de plaidoyer sophistiquées sur le long terme qui tirent parti des champions et qui permettent de relever les défis à tous les niveaux du système. Pour positionner efficacement les champions, le Comité directeur a préparé des points de discussion ciblés qui reflètent les priorités de l'agenda actuel de la santé communautaire. Le Comité est également en train de finaliser une Boîte à outils pour la défense de la santé communautaire dans le pays, basée sur des modèles testés par l'Amref et d'autres membres.

Cultiver l'adhésion de haut niveau par une représentation stratégique lors de réunions internationales de haut niveau a été une stratégie particulièrement efficace. Le Comité directeur a constaté que la création d'opportunités pour les dirigeants d'entendre des messages de plaidoyer sur place pris en compte par la communauté mondiale a été précieuse. Deux exemples forts proviennent de la représentation du Kenya à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Astana en 2018 et à la Conférence « Women Deliver » qui s'est tenue en 2019 à Vancouver (Canada) . À son retour d'Astana, la Secrétaire du Cabinet pour la santé a augmenté la pression pour le développement d'un cadre stratégique de soins de santé primaires et d'une politique de santé communautaire, et a commencé à défendre le rôle des CHV dans l'atteinte des objectifs d'inscriptions à la NHIF/Linda Mama du Président. Lors de la Conférence « Women Deliver », l'Amref a organisé un comité mixte , avec le Président Kenyatta, le Directeur général de l'Amref et le Vice-Président de l'OMS chargé des soins de santé primaires universels, afin de mettre en évidence les liens entre la santé communautaire et l'agenda de Kenyatta pour la CSU. Sur la base de cette expérience, le Président a invité les parties prenantes à créer un espace supplémentaire pour la santé communautaire dans le budget national et a installé des indicateurs pour la prestation de soins de santé primaires (SSP) et la santé communautaire dans le contrat de performance du Secrétaire du Cabinet pour la santé.

Au cours de cette étape de constitution de coalitions, d'autres tactiques réussies ont consisté à positionner la santé communautaire en tant qu'initiative d'héritage politique, à élaborer des notes de synthèse sur les questions prioritaires, à intensifier le plaidoyer pendant les transitions de pouvoir, à produire des données pour aborder les points qui posent question, et à créer une demande communautaire ascendante.

PRIORISATION DES PROBLÈMES ET RECUEIL DES SOLUTIONS

Le Comité directeur a reconnu que l'absence de politique de santé communautaire au Kenya constituait une faiblesse institutionnelle critique qui laissait les comtés sans lignes directrices claires pour les décisions relatives au financement et à la mise en œuvre. De plus, certains décideurs clés ne soutenaient toujours pas le projet et invoquaient l'absence de politique de santé communautaire pour justifier leur résistance. En réponse, le Comité a revitalisé le processus d'élaboration de la politique et de révision de la stratégie. Le groupe a convenu que pour réussir, toute nouvelle directive devrait refléter l'état actuel de la santé communautaire dans le pays, être liée à l'agenda présidentiel pour la CSU, et s'appuyer sur les éléments probants et les innovations disponibles. Cela constituerait des étapes essentielles dans les phases de priorisations des problèmes et de recherche de solutions du cycle de réforme.

RÉÉVALUER L'ÉTAT DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

En 2018, le Kenya a lancé une Évaluation des services de santé communautaires, avec le soutien financier de l'UNICEF et sous la supervision des Comités directeurs et techniques. L'évaluation a cherché à comprendre pourquoi et comment certains comtés donnaient la priorité à la santé communautaire, quel impact ces décisions avaient sur les résultats sanitaires, et quels enseignements pouvaient être tirés pour orienter la mise à l'échelle nationale. Parmi d'autres analyses, l'évaluation a comparé deux comtés à forte et faible couverture (Siaya avec 100 % et Kericho avec 34 %). Pour presque tous les indicateurs, Siaya a dépassé la moyenne nationale, tandis que Kericho est resté

bien en dessous. L'évaluation a également mis en évidence des lacunes évidentes en matière de ressources humaines, qu'il conviendra de combler. La couverture nationale des CHU n'avait atteint que 59 %, et 4 292 CHU supplémentaires seraient nécessaires pour atteindre la pleine échelle. L'évaluation a également confirmé ce que beaucoup savaient déjà : de nombreux CHU « établis » n'étaient pas fonctionnels ou ne répondaient pas aux normes établies. Ainsi, alors que la couverture des CHU était rapportée de 59 %, celle des assistants en santé communautaire (*Community Health Assistants* ou CHA) n'atteignait que 15 %[11]. L'évaluation a révélé des carences similaires en matière de financement : bien que 69 % des comtés aient alloué des fonds pour la santé communautaire, seuls 32 % d'entre eux les ont déboursés de leur trésorerie. La stratégie de santé communautaire était donc sous-financée et largement dépendante des bailleurs de fonds. Néanmoins, la valeur de la stratégie était évidente et l'évaluation a permis au Comité directeur de justifier comment elle pouvait accélérer l'agenda du pays pour la CSU.

INTÉGRER LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS LE PROJET PILOTE "BIG FOUR" DU PRÉSIDENT SUR LA CSU

Publiée en 2017, l'initiative du Président pour la CSU devait être pilotée fin 2018 et étendue à l'échelle nationale à partir de 2019. Le Gouvernement kenyan a mis en place un Secrétariat national pour la CSU responsable de la supervision du processus. Le Ministère de la santé et le Conseil des gouverneurs ont sélectionné quatre comtés pour mettre en œuvre une approche précise de la CSU sur une période d'un an. Lorsque l'approche de la CSU a été initialement conçue, elle n'incluait pas la santé communautaire. Cependant, en s'appuyant sur les résultats de l'évaluation et sur d'autres efforts de la coalition, y compris le plaidoyer continuel du Secrétaire du Cabinet pour la santé, la santé communautaire est devenue une composante phare de l'approche. Le Gouvernement national et celui du comté ont conclu un accord participatif intergouvernemental définissant leurs rôles respectifs, tels que le recrutement et la rémunération du personnel de santé communautaire nécessaire ainsi que l'achat de kits des CHV. Le projet pilote a démontré que les services de santé communautaire seraient essentiels pour atteindre la CSU, et le Secrétariat chargé de la CSU a recommandé que la santé communautaire soit davantage déployée et institutionnalisée par le biais de la législation.

ENCOURAGER L'INNOVATION POUR RENFORCER ET ÉTENDRE LES SERVICES ET SYSTÈMES DE SANTÉ COMMMUNAUTAIRE

L'un des avantages croissants du Kenya en matière de santé communautaire est son ouverture au renforcement des systèmes et services par l'innovation. Cherchant à valider les meilleures pratiques mondiales dans le contexte kenyan et à générer des éléments probants locaux pour la prise décisionnelle, le Ministère de la santé a ouvert des voies permettant aux innovateurs en santé communautaire d'identifier les problèmes, de tester des solutions et de canaliser les approches réussies dans la conception de politiques et de programmes. Les groupes de travail techniques thématiques du Ministère ont servi de points d'entrée au processus. Les efforts ont été particulièrement fructueux lorsque le Gouvernement et les parties prenantes ont conçu et mis en œuvre conjointement des approches. L'adoption du modèle SQALE (*Sustaining Quality Approaches for Locally Embedded Community Health services*) comme Modèle de qualité pour la santé communautaire au Kenya en est un exemple éloquent. D'autres exemples sont l'intégration de la prise en charge des pneumonies non compliquées traitées avec de l'amoxicilline dans le paquet de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) des CHV, et l'essai de contraceptifs injectables administrés par la communauté avec le soutien de Living Goods et d'autres parties prenantes. La priorité donnée par le Président à la technologie en tant que catalyseur de la CSU a également créé de nouvelles opportunités d'innovation et d'institutionnalisation de la santé communautaire, comme la numérisation du système d'information sur la santé communautaire et l'intégration des données communautaires dans les tableaux de bord des SSP.

CONCEPTION

Au fur et à mesure que le projet pilote de soins de santé primaires prenait de l'ampleur, la pression augmentait pour s'assurer que la mise à l'échelle reposerait sur des bases politiques et programmatiques solides. Compte tenu de leur importance dans l'agenda pour la CSU, les SSP et la santé communautaire ont fait l'objet d'une attention particulière. De retour de la Conférence mondiale d'Astana sur les SSP en 2018, et anticipant la nécessité d'une gestion et d'une gouvernance solide à mesure que les réformes progressaient, le Ministère de la santé a créé un Département dédié aux SSP. Il a également déplacé l'Unité de de santé communautaire, qui relevait du Département de la santé familiale, pour en faire sa propre Division au sein du Département des SSP. Le raisonnement était que la santé communautaire serait mieux positionnée pour fonctionner non pas comme un programme mais comme un niveau au sein de la structure des SSP.

Le Ministère de la santé et le Secrétariat pour la CSU ont chargé le Département de la santé familiale et le Département des SSP en pleine évolution, d'élaborer, par le biais d'un processus consultatif, le premier Cadre stratégique de soins de santé primaires du Kenya pour la période 2020-2024. Le cadre actuellement mis en œuvre met l'accent sur le fait que les systèmes de santé axés sur les SSP donnent de meilleurs résultats en matière de santé et peuvent répondre à 80-90 % des besoins de santé des individus tout au long de leur vie. L'approche implique un changement de paradigme des services curatifs vers les services de prévention et de promotion. Elle vise également à réduire la demande en produits de base, à minimiser les coûts et à mieux répondre à la charge croissante des maladies non transmissibles.

Le cadre vise à renforcer chacun des éléments constitutifs du système de santé et à réorganiser les structures fragmentées des soins de santé primaires en réseaux de soins de santé primaires dirigés par des équipes multidisciplinaires et composés de centres de référence pour les SSP, de centres de SSP et de CHU. Chaque réseau est censé s'assurer qu'il atteint le nombre requis de CHU. Grâce à ce cadre, le Kenya a consolidé la position de la santé communautaire au centre des agendas pour les SSP et la CSU.

ÉTABLIR LA PREMIÈRE POLITIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU KENYA

Parallèlement au Cadre stratégique des SSP, le Kenya a finalisé en 2020 sa première et tant attendue Politique de services de santé communautaire 2020-2030. L'équipe chargée de l'élaboration des politiques a organisé un processus participatif avec une large participation de la coalition ainsi qu'un soutien financier et technique intensif de l'UNICEF. Les dirigeants se sont inspirés des stratégies de santé communautaire précédentes et ont intégré les meilleures pratiques issues des recherches émergentes sur la mise en œuvre. En particulier, la politique a cherché à définir et renforcer le système de santé communautaire dans chaque pilier du système de santé et à créer des liens avec le cadre stratégique des SSP. L'équipe a également examiné l'ensemble des documents pertinents du programme, y compris les modules de formation des CHV et les outils de collecte de données, et a mis en place une formation de niveau certificat et diplôme à destination des CHEW/CHA au sein du Kenya Medical Training College.

PRÉPARATION ET LANCEMENT

Le Comité directeur a identifié l'étape de préparation du programme comme un blocage critique au cours des précédentes réformes de la santé communautaire. Si certaines solutions semblaient prêtes à être mises en œuvre (comme assurer la diffusion des politiques et du matériel programmatique), d'autres semblaient moins avancées. Déterminée à remédier à la situation, la coalition a identifié un certain nombre de stratégies pour accélérer la réforme. Il s'agissait notamment d'établir un dossier d'investissement, d'explorer des systèmes de financement pérennes et d'établir des cadres juridiques pour la santé communautaire.

MONTER UN DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Le Comité directeur a considéré le dossier d'investissement comme un instrument essentiel pour la mobilisation des ressources et le plaidoyer,

un lien clair avec les étapes de préparation et de lancement du cycle de réforme. Comme l'indique une analyse, sans cet instrument, ils continueraient à manquer « des opportunités d'inclure le financement [de la santé communautaire] dans les paquets d'assurance ou dans les nouveaux mécanismes de financement mondiaux, tels que le Mécanisme de financement mondial »[6]. En 2018, sous la direction du Living Goods et de Johnson & Johnson, le Comité a commandé une analyse de rentabilité révélant que la stratégie de santé communautaire pouvait offrir un retour sur investissement de 9,4 pour 1, soit l'une des « meilleures options en matière de soins de santé ». L'analyse a également permis de définir des objectifs de financement pour guider la mobilisation des ressources, de formuler des recommandations pour améliorer le rapport coût-efficacité et d'attirer l'attention sur l'urgence de financer les allocations reversées aux CHV. Les résultats ont fourni « une justification convaincante pour les Gouvernements nationaux et des comtés du Kenya, ainsi que pour les partenaires du développement et les autres parties prenantes (…) afin d'augmenter les investissements en faveur de la [santé communautaire] »[6]. Consciente de la valeur de ces données, la coalition diffuse rapidement les résultats et prévoit d'aider les comtés à développer des dossiers d'investissement spécifiques à chaque comté[6].

EXPLORER LES SYSTÈMES DE FINANCEMENT DURABLE

En réponse à la nécessité d'un mécanisme de financement durable pour mobiliser et gérer les fonds destinés à la santé communautaire, le Kenya a élaboré des Directives pour le financement durable et la certification en vue de réaliser la couverture sanitaire universelle (CSU). Selon ces directives, le Gouvernement national allouera des fonds pour les plans de mise en œuvre chiffrés de la CSU, y compris des fonds affectés à la stratégie de santé communautaire, et les versera au Ministère de la santé et aux Gouvernements des comtés par l'intermédiaire du trésor national. Reconnaissant que les ressources nationales restent encore insuffisantes, le Gouvernement national et ceux des comtés rechercheront des fonds supplémentaires auprès de sources extérieures, de recettes locales et de contributions en nature. Pour gérer ces fonds, le Gouvernement prévoit d'établir la mise en commun de mécanismes de financement au niveau national et des comtés. Le niveau national sera responsable des politiques, règlements, normes et du renforcement des capacités, tandis que les comtés couvriront la mise en œuvre des services de santé communautaire, y compris les allocations et la supervision des CHV, les kits et outils de collecte de données des CHV, le soutien logistique et l'engagement communautaire. L'inclusion formelle d'allocations aux CHV constitue une étape historique et devrait permettre de relever le défi de longue date de la stratégie de santé communautaire. Parallèlement à ces efforts, le Comité directeur et les points focaux au sein du Gouvernement poursuivent également les réformes de la loi sur les finances publiques afin de faciliter le financement de la santé et les partenariats public-privé au sein de la structure gouvernementale décentralisée du Kenya.

ÉTABLIR DES CADRES JURIDIQUES POUR LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Malgré ces avancées, le Comité directeur s'est inquiété du fait que le Kenya ne dispose toujours pas d'un accord juridiquement contraignant encadrant la responsabilité mutuelle entre les CHV et le Gouvernement. Même les comtés qui s'apprêtaient à créer des postes budgétaires pour la santé communautaire ont rencontré des difficultés parce que le programme n'était institutionnalisé dans aucune loi. En réponse, le Comité a commencé à aider les comtés à introduire des projets de loi portant sur la santé communautaire. Une fois adoptés par l'Assemblée du comté, ces projets de loi établissent un cadre juridique pour tenir le trésor public du pays responsable de l'affectation et du décaissement des fonds pour la plateforme de santé communautaire. Ainsi, à partir de 2018, l'Amref, LVCT Health Kenya et l'UNICEF avaient aidé Nairobi et Turkana à adopter avec succès des projets de loi, et 18 autres comtés avaient des projets de loi en cours. Ces succès ont généré un élan à l'échelle nationale pour l'adoption d'un Projet de loi national sur la santé communautaire, qui est à un stade avancé au Parlement, en attendant la participation du public dans le cadre du processus constitutionnel

du Kenya. Une fois adoptée, elle remplacera la réglementation des comtés, débloquera l'allocation de ressources supplémentaires au niveau national, libérera les fonds des bailleurs de fonds pour d'autres éléments du programme et établira une norme nationale pour un système de santé communautaire institutionnalisé.

Considérés dans leur ensemble, ces efforts de mobilisation établissent ensemble, pour la première fois dans l'histoire du Kenya, une voie pour l'institutionnalisation complète et durable de la santé communautaire. Il est essentiel que le Comité directeur reçoive l'appui du Conseil des gouverneurs, une composante essentielle pour que l'institutionnalisation soit efficace dans le contexte d'un Gouvernement décentralisé.

L'investissement pour l'ICH du Kenya : un catalyseur pour la réforme du système de santé

Le projet SQALE de l'USAID – Intégration de l'amélioration de la qualité dans la santé communautaire

Avec la mise en place des CHU et l'engagement assuré de la NHIF/Linda Mama, les défenseurs de la santé avaient réussi à établir une stratégie unifiée pour que la santé communautaire contribue à deux des trois moteurs de la couverture sanitaire universelle (CSU) reconnus par le Ministère de la santé : la mise à l'échelle et la protection financière. Cependant, on ne savait pas encore exactement comment le Kenya et son système de santé communautaire allaient aborder le troisième et dernier moteur : la qualité. L'inclusion de la qualité par le Gouvernement comme moteur de la CSU souligne sa conviction qu'il serait inutile de développer des services et de permettre aux personnes d'y accéder financièrement si la qualité des services proposés se révélait insuffisante pour améliorer les résultats sanitaires. Toutefois, l'équilibre entre ces trois moteurs reste délicat à trouver.

En particulier, les défenseurs ont identifié « une tension entre l'augmentation du nombre de personnes bénéficiaires des services des agents de santé communautaires et l'investissement dans la qualité »[23]. En outre, la qualité médiocre des données communautaires signifiait souvent qu'elles n'étaient pas utilisées pour orienter les programmes ou la qualité. Ces tensions ont même été ressenties parmi les champions les plus engagés de la couverture sanitaire universelle et de la santé communautaire. Alors que le programme de couverture sanitaire universelle prenait de l'ampleur, certains pensaient que le Kenya était sur le point de développer davantage les programmes de santé communautaire, mais on craignait qu'un développement trop rapide ne compromette la qualité, l'équité et la pérennité.

Le rôle de l'UNICEF pour promouvoir des services de santé communautaire de qualité et l'agenda pour la CSU sous l'administration de Linda Mama, a permis de poser les bases essentielles afin de résoudre cette tension entre qualité et échelle. C'est dans un tel contexte que le Kenya, en partenariat avec l'USAID et l'UNICEF, a introduit l'investissement pour l'intégration de la santé communautaire (ICH). Le programme pour l'ICH au Kenya, attribué en 2016 à l' École de médecine tropicale de Liverpool et à LVCT Health Kenya, visait à combler les lacunes en matière de qualité dans le système de santé communautaire du pays ; à cultiver la demande ascendante de qualité par une motivation accrue des prestataires et une participation active des communautés ; et à tester des stratégies de plaidoyer pour gérer les tensions entre la qualité et les autres moteurs de la CSU. Le projet avait également pour objectif de donner la priorité à la santé communautaire et à la soutenir par le biais de la décentralisation, ainsi qu'à améliorer la coordination globale de la réforme de la santé communautaire. L'encadré ci-après donne un bref aperçu de l'investissement du Kenya pour l'ICH.

UN RAPIDE APERÇU DE L'INVESTISSEMENT POUR L'ICH

PROJET : USAID SQALE : Soutenir les approches de qualité pour des services de santé communautaire de proximité

PARTENAIRES D'EXÉCUTION : Principal : Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM); Co-partenaires : LVCT Health Kenya, URC (2016-2017)

DATES : 4 avril 2016 au 3 avril 2019

OBJECTIFS:

1. Intégrer le leadership et les communautés dans l'amélioration de la qualité aux niveaux national et des comtés, ce qui permettra de renforcer la coordination entre le niveau national et les comtés pour améliorer la qualité des programmes de santé communautaire ;
2. Renforcer la capacité des décideurs des comtés à prioriser et à budgétiser les programmes de santé communautaire de façon équitable ;
3. Améliorer la performance des programmes de santé communautaire en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ;
4. Renforcer l'engagement communautaire et accroître la participation des communautés dans la prise décisionnelle.

RÉGIONS CIBLÉES :

- Politiques, plaidoyer et coordination à l'échelle nationale
- Comté de Nairobi (sous-comtés d'Embakasi Ouest, Kasarani, et Langata)
- Comté de Kitui (sous-comtés de Kitui Centre, Kitui Est, et Mwingi Nord)
- Comté de Migori (sous-comtés de Suna Ouest, Nyatike, et Kuria Ouest

MISE À L'ÉCHELLE : Dans chaque comté d'intervention, 3 équipes « Amélioration de la qualité » (Quality Improvement ou QI) de sous-comté formées, 9 équipes CHU chargée de l'amélioration du travail (Work Improvement Team ou WIT). Au total, 27 unités ont été formées et ont mis en œuvre le modèle.

La nécessité d'un tel programme était évidente. Les bases de l'amélioration de la qualité (AQ) étaient solides au niveau des établissements de santé au Kenya, mais ne s'étendaient pas au niveau communautaire. Par conséquent, peu de choses étaient connues sur la qualité réelle des services fournis au sein des CHU, et les études révélaient fréquemment des lacunes dans les systèmes de programmes contributifs tels que la formation, la supervision, la chaîne d'approvisionnement et l'information sanitaire. En 2015, le Département des normes et l'unité des services de santé communautaire du Ministère de la santé (devenue désormais la Division des services de santé communautaire) ont collaboré avec des parties prenantes pour réviser le Modèle de Qualité pour la santé au Kenya (*Kenya Quality Model for Health* ou KQMH) afin d'inclure tous les niveaux du système de santé. Cependant, au début de l'investissement pour l'ICH, les nouvelles normes et directives de santé communautaire du KQMH n'avaient pas été largement diffusées pour obtenir l'adhésion des comtés, n'ont pas non plus été pilotées et testées au niveau communautaire pour garantir leur faisabilité, leur acceptabilité et leur efficacité[23].

LSTM et LVCT Health Kenya ont reconnu qu'au-delà de la qualité des services, la qualité des données faisait également défaut. Les parties prenantes ont reconnu que les CHV ont « le potentiel d'être les yeux et les oreilles du système de santé et [de servir] de mécanisme pour signaler les problèmes de santé nouveaux et émergents »[23]. Toutefois, avant l'investissement pour l'ICH, les dirigeants considéraient que les données collectées au niveau communautaire étaient de si mauvaise qualité qu'elles ne pouvaient tout simplement pas être exploitées. Comme pour la qualité des services, les données disponibles ont mis en évidence un éventail similaire de facteurs contribuant à la mauvaise qualité des données. Les premières évaluations menées par SQALE ont révélé un manque de cohérence et de clarté parmi les outils et approches disponibles pour la collecte de données au niveau communautaire. Ce problème a été aggravé par l'absence d'indicateurs de qualité, de méthodes

permettant d'inclure les voix des prestataires et des communautés, et d'adaptation aux besoins des CHV[23,24]. Le Gouvernement a commencé à reconnaître que s'il ne traitait pas ce problème, il compromettrait sa capacité à prendre des décisions efficaces concernant l'approche communautaire émergente de la CSU.

L'APPROCHE SQALE

À cette fin, le projet SQALE a cherché à collaborer avec le Ministère de la santé et les principales parties prenantes pour diffuser, tester et réviser les composantes communautaires du KQMH en se basant sur les éléments probants et les observations des comtés bénéficiant du soutien de l'approche SQALE. SQALE a reçu une forte adhésion de la part des dirigeants des comtés, une condition préalable à l'introduction et au maintien de programmes dans un contexte de décentralisation.

Basée sur les meilleures pratiques tirées du Kenya et d'autres pays, l'approche SQALE a suivi sept principes clés :

1. Alignement sur les normes, modèles et outils existants du Ministère de la santé ;
2. Collecte de données en vue de leur exploitation ;
3. Ensemble restreint et ciblé d'indicateurs qualitatifs ;
4. Matériel pédagogique de formation utilisant un langage simple et dépourvu de jargon ;
5. Rôles et responsabilités clairement définis pour l'amélioration de la qualité à tous les niveaux ;
6. Reconnaissance des bonnes pratiques et célébration des succès ;
7. Intégration des opinions de la communauté[23,24].

Conformément à ces principes, SQALE a procédé à une évaluation des structures « Amélioration de la qualité » existantes au sein du système de santé et n'a introduit des adaptations que lorsqu'elles s'avéraient être nécessaires. SQALE a organisé le personnel du Ministère de la santé et les cadres de la santé communautaire au sein du système de santé en équipes chargées de l'amélioration du travail (*Work Improvement Team* ou WIT) au niveau des sous-comtés et de CHU. Ces WIT étaient chargés d'identifier et de relever les défis au sein des systèmes et services de santé communautaires. La représentation au sein des WIT a été stratégiquement conçue pour promouvoir une interaction dynamique et un plaidoyer entre les différents niveaux du système de santé. Le personnel des établissements de soins de santé primaires a siégé aux WIT des CHU et les représentants des CHU ont siégé au sein des WIT des sous-comtés. Les WIT ont reçu le soutien de coachs « Amélioration de la qualité » au sein des équipes de gestion de la santé du comté et du sous-comté. Les WIT ont utilisé des versions adaptées et simplifiées d'outils existants du Ministère de la santé (avec l'ajout d'un Outil de suivi communautaire) pour mesurer les perceptions et la satisfaction des communautés vis-à-vis des services des CHU.

SQALE a utilisé une approche par étapes, comme illustrée dans la figure ci-dessous. À chaque phase, les WIT ont reçu une formation complémentaire et ont eu l'occasion d'évaluer les progrès réalisés et de planifier la prochaine étape de mise en œuvre. Entre chaque étape, les WIT ont mis en œuvre leurs plans de changement AQ avec le soutien des coachs « Amélioration de la qualité » du comté et des sous-comtés. SQALE a fourni un soutien régulier au renforcement des capacités des coaches sur l'utilisation des données, le plaidoyer à des niveaux supérieurs de l'administration et le travail d'équipe. Les coachs « Amélioration de la qualité » ont également identifié les champions AQ des WIT et les ont engagés pour un soutien entre pairs dans le déploiement des formations AQ dans les nouveaux comtés. Les équipes ont eu la possibilité de postuler pour des prix AQ, ce qui a permis de financer et de tester des innovations AQ dirigées par la communauté. En outre, SQALE a organisé des événements d'apprentissage semestriels, qui ont fourni un forum interactif pour l'échange entre les WIT, les décideurs, les responsables, les coachs « Amélioration de la qualité », les superviseurs, les prestataires et les membres de la communauté. Les événements d'apprentissage ont permis de reconnaître les meilleures pratiques, de célébrer les réussites, de créer un environnement propice à l'apprentissage collaboratif et à l'innovation, et

de faire entendre la voix des communautés à des échelons supérieurs du système de santé.

INSTITUTIONNALISER L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Pendant la durée du projet, le Ministère de la santé, l'équipe SQALE et les principales parties prenantes ont constaté que le manuel et les outils du Modèle de Qualité du Kenya (KQMH) nécessitaient une adaptation importante pour fonctionner de manière optimale au niveau communautaire. Le projet SQALE a permis d'introduire, de tester et de peaufiner ces adaptations. Le solide programme de recherche et d'apprentissage SQALE a également permis de répondre aux questions et préoccupations des décideurs tout au long du processus, en générant des données probantes sur la qualité des données, la satisfaction des communautés, la couverture et l'équité des services de santé communautaires, la fonctionnalité des WIT, ainsi que le coût et la durabilité liés à l'intégration de l'« Amélioration de la qualité » dans le système de santé. L'engagement stratégique des dirigeants au cours de ce processus et la diffusion ciblée de ces résultats ont conduit le Ministère de la santé à adopter le modèle SQALE comme Modèle de qualité pour la santé communautaire au Kenya (KQMCH) en 2019[25].

Les principaux résultats et enseignements tirés de SQALE comprennent des aperçus des tensions entre la qualité, l'échelle et la protection financière. SQALE a démontré que le fait de donner aux responsables infranationaux, aux prestataires et aux communautés les moyens de s'engager dans les processus locaux d' « Amélioration de la qualité » améliorait les résultats sanitaires et renforçait le système de santé grâce à des solutions adaptées et rentables. Dans de nombreux cas, les équipes de travail sur le terrain ont résolu des problèmes liés à la qualité des données et à la prestation de services en établissement qui étaient auparavant insolubles ou pour lesquels les dirigeants avaient supposé que des approches coûteuses seraient nécessaires. En observant les succès des WIT dans les zones soutenues par SQALE, de nouveaux sous-comtés et comtés ont développé leur intérêt et confiance à la fois pour le KQMCH mais aussi pour la stratégie de santé communautaire elle-même. Beaucoup d'entre eux ont même intégré l' « Amélioration de la qualité » des services de santé communautaire dans leurs plans de travail annuels, un marqueur d'institutionnalisation durable. Sous la direction de ces décideurs nationaux et de comté, le Kenya est maintenant prêt pour la généralisation du KQMCH[23].

Opportunités et prochaines étapes pour le Kenya

Grâce au dévouement de sa coalition pour la santé communautaire, le Kenya a réalisé une réforme complète de la place de la santé communautaire dans le système de santé. La santé communautaire a été institutionnalisée dans l'agenda présidentiel pour la couverture sanitaire universelle (CSU) ainsi que dans le Cadre stratégique des SSP, qui sont promus par la plus haute autorité du pays.

Néanmoins, malgré ces succès, un sentiment d'urgence demeure. Les leaders de la santé communautaire sont impatients de s'assurer que l'opportunité potentiellement unique au cours d'une vie, présentée par l'agenda présidentiel pour la CSU, soit couronnée de succès. En outre, ils sont impatients d'institutionnaliser l'agenda pour la CSU afin qu'il ne soit pas considéré comme un projet courtermiste lorsque le Président Kenyatta achèvera son second et dernier mandat en 2022. Alors que le Kenya entame la prochaine phase de son périple dans le domaine de la santé communautaire, le cycle de réforme continue de servir de cadre d'analyse utile, en mettant en évidence les réussites et les domaines dans lesquels il faut poursuivre les réformes.

CONCEPTION DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES

RÉVISER LA STRATÉGIE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Avec la finalisation de la politique de santé communautaire, la Division des services de santé communautaire et le Comité directeur ont porté leur attention sur la révision de la stratégie de santé communautaire. Le Comité a créé des groupes de travail pour chacun des domaines du système de santé. Les groupes de travail ont formulé des recommandations stratégiques sur la base de l'évaluation de 2018, et ont donné la priorité aux domaines d'intégration de l'innovation et de la technologie numérique.

Le processus a été enrichi par un nouveau processus consultatif avec les parties prenantes nationales et des comtés, comprenant des visites sur le terrain pour tirer des enseignements des expériences de mise en œuvre à travers différents comtés. La nouvelle stratégie de santé communautaire au Kenya a été officiellement validée et lancée en mars 2021.

PRÉPARATION DU PROGRAMME, LANCEMENT, GOUVERNANCE, GESTION ET APPRENTISSAGE

INTENSIFIER LE PLAIDOYER DE HAUT NIVEAU POUR LA TRANSITION DU LEADERSHIP

En janvier 2018, le Président a nommé l'honorable Sicily Kariuki au poste de Secrétaire du Cabinet pour la santé. Après sa nomination, le Comité directeur et d'autres leaders de la santé communautaire l'ont impliquée dans des discussions approfondies pour défendre la santé communautaire. Elle s'est imposée comme l'une des plus grandes championnes de la santé communautaire du pays sur la scène nationale et internationale. Au cours de son mandat, elle a facilité un grand nombre des réformes majeures de la santé communautaire décrites dans ces sections.

En février 2020, le Président a transféré l'actuel Secrétaire du Cabinet pour la santé à la tête du Ministère de l'eau, de l'assainissement et de l'irrigation, avant de nommer l'honorable Mutahi Kagwe, comme nouveau Secrétaire du Cabinet pour la santé. Le Comité directeur s'efforce de définir des priorités en matière de plaidoyer pour la nouvelle direction du Ministère de la santé et continue de soutenir le programme de santé communautaire en tant que composante essentielle des SSP et de la CSU.

MISE À L'ÉCHELLE DE L'AGENDA POUR LA CSU

Bien qu'il s'agisse d'un programme national, dans le cadre de la décentralisation, les comtés ont la possibilité d'adhérer ou de se retirer de l'initiative pour la CSU. Pour encourager l'adhésion, le Gouvernement national utilise ses ressources comme levier, offrant de débloquer des fonds nationaux si les comtés allouent au moins 30 % de leur budget à la santé, y compris un pourcentage spécifique pour les SSP et la santé communautaire. Comme pour les projets pilotes de la CSU, les dispositions seront régies par des accords participatifs intergouvernementaux entre le Gouvernement national et les comtés. Actuellement, 45 des 47 comtés ont rejoint le programme et, avant la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), ils espéraient atteindre d'ici mai 2020 100 % de la couverture sanitaire universelle.

RENFORCER LES SYSTÈMES DE GESTION ET DE GOUVERNANCE DE L'AGENDA POUR LA CSU

Le programme pour la CSU est une opportunité à fort potentiel pour le Kenya de façonner des systèmes de gestion et de gouvernance dans le cadre de la décentralisation. Le Gouvernement national dispose du droit constitutionnel de définir et de faire appliquer des politiques et des normes, ainsi que de fournir une assistance technique. Toutefois, lors du lancement de la décentralisation, le personnel national a déclaré avoir été chassé de certains comtés lorsqu'il s'y rendait pour effectuer des suivis. Depuis, les tensions se sont apaisées et les Gouvernements nationaux et des comtés se concentrent sur la manière de mobiliser, de déployer, de gérer, de gouverner et d'institutionnaliser efficacement la CSU, ainsi que sur la manière d'impliquer le Ministère de la santé national dans ce processus. Ceci est particulièrement important pour garantir la fidélité et la qualité par rapport aux normes nationales. Le cadre commun de suivi et d'évaluation du programme pour la CSU contribuera à la synergie de ces efforts, mais il ne sera pas suffisant.
La mise en œuvre et le suivi efficaces de la CSU nécessiteront également des ressources humaines, des capacités et un budget suffisant au sein du Ministère de la santé et des équipes de gestion de la santé des comtés ou sous-comtés (CHMT ou SCHMT), en particulier compte tenu des attentes pour un déploiement rapide et simultané dans les comtés. Certains bailleurs de fonds clés, comme USAID, explorent des moyens d'intégrer dans leur prochaine stratégie quinquennale le soutien pour le programme pour la CSU au niveau national et des comtés.

TRAITER LA FRAGMENTATION

Un autre défi crucial de l'institutionnalisation au Kenya a été la fragmentation de l'environnement de mise en œuvre entourant la santé communautaire et, plus généralement, le secteur de la santé.Au niveau national, le Ministère de la santé est encore en train d'établir des systèmes intégrés pour la gestion des de la CSU, les SSP et la santé communautaire. Par exemple, il sera important de définir les attentes quant à la façon dont la Division des services de santé communautaire collaborera avec le Département des normes nationales pour établir et contrôler les normes de santé communautaire, et comment elle travaillera avec les divers programmes de prestation de services pour donner la priorité aux domaines de formation, rationaliser les indicateurs et fixer des objectifs. La fragmentation a également constitué un problème sur le terrain. Ainsi, le financement historiquement verticalisé, comme les investissements du Fonds mondial spécifiques à une maladie, a alimenté une mise en œuvre verticalisée.Les parties prenantes ont souvent choisi de former les CHV qu'ils soutiennent à certains modules techniques (comme sur le VIH ou la tuberculose) sans les former préalablement à l'ensemble des modules de base requis.

En outre, de nombreux partenaires sélectionnent et soutiennent de nouveaux CHV pour leurs propres programmes sans engager les CHMT/SCHMT, et sans déterminer si les CHV étaient déjà opérationnels. santé. En guise de mesure corrective, le Gouvernement a récemment transféré plusieurs programmes verticaux, tels que ceux relatifs à la lutte contre le paludisme, la tuberculose, ainsi que le programme national de lutte contre le SIDA et les IST, qui fonctionnaient auparavant comme des entités distinctes sous l'égide du Ministère de la santé.

Le Ministère prévoit de poursuivre cette intégration dans les futures propositions de financement, y compris dans une prochaine demande au Fonds mondial, afin de s'assurer que les programmes tiennent compte du renforcement des systèmes de santé communautaires. De nombreux défenseurs de la santé publique en appellent à un certain nombre de réformes supplémentaires, notamment pour :

- La définition et le renforcement de normes de mise en œuvre claires.
- Un plaidoyer pour que tous les CHV soient formés à l'aide de modules de formations techniques uniformisés.
- La réalisation d'exercices cartographiques des ressources et des parties prenantes ; l'élargissement des ressources nationales pour renforcer l'effet de levier du Gouvernement.
- L'introduction des mécanismes communs de financement et de passation de marchés intégrés ; le renforcement des processus de planification des comtés.
- L'établissement des cadres d'engagement des parties prenantes, y compris l'habilitation des CHMT/SCHMT à fournir un retour d'information et des orientations aux bailleurs de fonds et aux parties prenantes si nécessaire.

Vers de nouvelles réformes

Les remarquables avancées réalisées par le Kenya rapprochent de plus en plus le pays de la concrétisation de sa vision de soins de santé de qualité et à un coût abordable pour chaque kenyane. En donnant la priorité à l'institutionnalisation plutôt qu'à la mise en œuvre de projets à petite échelle, le Comité directeur laisse entrevoir la possibilité que la santé communautaire devienne véritablement un élément du secteur de la santé et de la société. Remplir la promesse de la santécommunautaire repose sur un investissement et un engagement continu destinés à faire avancer et peaufiner la réforme afin non seulement d'adapter et d'étendre les interventions sur la base d'enseignements tirés et d'éléments probants, mais aussi et surtout pour favoriser l'innovation afin d'améliorer la prestation des services essentiels dans l'ensemble du pays.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. 2018. *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*. 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. 2021. Disponible à l'adresse suivante : http://doi.org/10.9745/ghsp-d-20-00429.
3. Ngigi S, Busolo DN. *Devolution in Kenya: The Good, the Bad and the Ugly*. Public Policy Adm Res. 2019.
4. Business Today Kenya. *Kenya becomes a middle income economy*. Disponible à l'adresse suivante : https://businesstoday.co.ke/kenya-becomes-a-middle-income-economy/. Consulté en mai 2020.
5. Banque mondiale. *Poverty Incidence in Kenya Declined Significantly, but Unlikely to be Eradicated by 2030*. Disponible à l'adresse suivante : https://www.worldbank.org/en/country/kenya/publication/kenya-economic-update-poverty-incidence-in-kenya-declined-significantly-but-unlikely-to-be-eradicated-by-2030. Consulté en mai 2020.
6. République du Kenya. Ministère de la santé. *Investment Case for Community Health in Kenya*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://livinggoods.org/wp-content/uploads/2019/06/Investment-Case-for-Community-Health-in-Kenya.pdf.
7. République du Kenya. Ministère de la santé. *Kenya Primary Health Care Strategic Framework (2019-2024)*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://ipfkenya.or.ke/wp-content/uploads/2020/07/Kenya-Primary-Healthcare-Strategic-Framework.pdf.
8. McCollum R, Theobald S, Otiso L, et al. *Priority setting for health in the context of devolution in Kenya: Implications for health equity and community-based primary care*. Health Policy Plan. 2018. Disponible à l'adresse suivante : http://doi.org/10.1093/heapol/czy043.
9. Robert M, Helen K, Paul B., *Health Sector Monitoring and Evaluation Unit of Ministry of Health: Republic of Kenya. Policy Brief: Human Resources for Health - Gaps and opportunities for strengthening*. Disponible à l'adresse suivante : https://www.health.go.ke/wp-content/uploads/2019/01/Human-Resource-for-Health-Policy-Brief-fin.pdf.
10. Farnham Egan K, Devlin K, Pandit-Rajani T. *Community Health Systems Catalog Country Profile: Kenya*. Disponible à l'adresse suivante : https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/kenya_chs_catalog_profile.pdf. Published 2017.
11. République du Kenya. Ministère de la santé. *Kenya Community Health Policy 2020-2025*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.health.go.ke/wp-content/uploads/2021/01/Kenya-Community-Health-Strategy-Final-Signed-off_2020-25.pdf.
12. African Medical and Research Foundation (Amref). *Report on the Midterm Evaluation of the Busia Child Survival Project (BCSP) in Busia and Samia Districts, Kenya from Oct 2005 to Sept 2010*. Disponible à l'adresse suivante : https://www.oecd.org/countries/kenya/42278868.pdf. Published 2008.
13. Hussein S, Otiso L, Kimani M, et al. *Institutionalizing Community Health Services in Kenya: A Policy and Practice Journey*. Glob Heal Sci Pract. 2021. Disponible à l'adresse suivante : http://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00430.
14. République du Kenya. Ministère de la santé. *Community Health and Development Unit. Devolution and the Community Health Policies and Strategy in Kenya* (Présentation non publiée, projetée lors de la Conférence internationale sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2017). 2017.
15. République du Kenya. Ministère de la santé. *Kenya Community Health Services Evaluation Report 2018*. 2019.
16. HECTA Consulting. *Situation Analysis on the Kenya Community Health Strategy A Technical Reference Document for the Development of the Kenya*. 2015.
17. République du Kenya. Ministère de la santé. *Strategy for Community Health (2014-2019)*. 2014. Disponible à l'adresse suivante : http://guidelines.health.go.ke:8000/media/STRATEGY_FOR_COMMUNITY_HEALTH_2014-2019.pdf.

18. Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration d'Addis Abeba sur la Santé Communautaire dans la Région Africaine, 20-22 novembre 2006*. Disponible à l'adresse suivante : https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/AddisAbabaDeclaration.pdf.

19. République du Kenya. Ministère de la santé. *Taking the Kenya Essential Package For Health To The Community: A Strategy for The Delivery of Level One Services*. June 2006.

20. World Health Organization. *Integrated Community Case Management (CCM)*. Child A Glob J Child Res. 2007;(August):2013-2018.

21. République du Kenya. Ministère de la santé. *Kenya Community Health Policy 2020-2030*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.health.go.ke/wp-content/uploads/2020/07/Kenya-Community-Health-Policy-Signed.pdf.

22. Health Policy Plus. *HP+ costing work helping to expand Kenya's free maternal health program, reaching 700,000 women each year*. Disponible à l'adresse suivante : http://www.healthpolicyplus.com/KenyaLindaMama.cfm. Consulté en juin 2020.

23. Otiso L, Taegtmeyer M, Doyle V, et al. *How Can We Achieve Universal Health Coverage with Quality? A Quality Improvement Model for Community Health*, Policy Brief, USAID SQALE Program. 2018. Disponible à l'adresse suivante : http://usaidsqale.reachoutconsortium.org.

24. Regeru RN, Chikaphupha K, Bruce Kumar M, Otiso L, Taegtmeyer M. *'Do you trust those data?'—a mixed-methods study assessing the quality of data reported by community health workers in Kenya and Malawi*. Health Policy Plan. 2020;35(3):334-345. Disponible à l'adresse suivante : http://doi.org/10.1093/heapol/czz163.

25. Liverpool School of Tropical Medicine, LVCT Health. *USAID SQALE: Final Progress Report (04 April 2018 - 03 July 2019)*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WGRS.pdf.