

Programme Pour l'Intégration de la Santé Communautaire APERÇU DU PAYS : LIBÉRIA



**LAST
MILE
HEALTH**

Remerciements

AUTEUR : Katie Zeno

SUPPORT : S. Olasford Wiah (Ministère de la santé), William Walker (Last Mile Health), Brittney Varpilah (Last Mile Health), Marion Subah (Last Mile Health), Mallika Raghavan (Last Mile Health), Nan Chen (Last Mile Health), Danny Dean (Last Mile Health), T. Ruston Yarnko (Last Mile Health), Carla López Castañeda (Last Mile Health), Jeff Muschell (Last Mile Health), Catherine K. Z. Gbozee (Last Mile Health), Joshua Albert (Konu), Anthony Yeakpalah (UNICEF), Abigail McDaniel (EYelliance), Tracy Slagle (Conférence sur les revendications matérielles juives contre l'Allemagne)

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

CRÉDIT PHOTO DE COUVERTURE : Rachel Larson, Last Mile Health

DATE DE PUBLICATION : Août 2021

TRADUIT PAR : Mounia Malki

Table des matières

Acronymes	1
Préface	3
Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles	3
L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme »	4
Aperçus de pays relatifs à la réforme institutionnelle	7
Avant-propos	8
Aperçu de la politique de santé communautaire et du plaidoyer	9
Accessibilité sanitaire et résultats	9
Les bases de la réforme de la santé communautaire au Libéria	11
Reconstruction d'après-guerre (2004-2011).....	11
Feuille de route pour la santé communautaire (2012-2014)	14
Maladie à virus Ebola (2014-2015)	17
Opportunités et défis de l'institutionnalisation au Libéria	19
Les bases de l'institutionnalisation	20
Priorisation du problème et constitution de coalitions	21
Recueil de solutions	23
Conception.....	26
L'investissement pour l'ICH : un catalyseur pour la réforme	30
Aperçu de l'investissement pour l'ICH.....	30
Des stratégies et étapes de réformes plus vastes.....	31
Conception de la politique et du programme	31
Préparation du programme	37
Lancement du programme.....	42
Gouvernance du programme.....	45
Opportunités & Pistes pour l'avenir	49
Gestion du programme et enseignements	49
Principales réussites.....	49
Principales leçons.....	51
Pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19).....	55
Opportunités de réformes et pistes pour l'avenir	56
Pour conclure.....	57
Références	58
Annexes	62

Acronymes

ASC	Agent de santé communautaire (communément appelé assistant en santé communautaire dans les politiques du Libéria)	<i>Community Health Worker</i>
BPHS	Paquet minimum de services de santé	<i>Basic Package of Health Services</i>
CEBS	Surveillance des incidents à base communautaire	<i>Community Event-Based Surveillance</i>
CHA	Assistant en santé communautaire	<i>Community Health Assistant</i>
CHAI	Initiative Clinton pour l'accès à la santé	<i>Clinton Health Access Initiative</i>
CHC	Comité de santé communautaire	<i>Community Health Committee</i>
CHSD	Division chargée des services de santé communautaire	<i>Community Health Services Division</i>
CHSS	Superviseurs des services de santé communautaire	<i>Community Health Services Supervisors</i>
CHT	Équipe sanitaire de comté	<i>County Health Team</i>
CHTWG	Groupe de travail technique sur la santé communautaire	<i>Community Health Technical Working Group</i>
CHV	Volontaire de santé communautaire	<i>Community Health Volunteer</i>
CHWS pour TOUS	Projet de soutien aux agents de santé communautaire pour améliorer l'existence des libériennes (également appelé Projet CHWS pour TOUS)	<i>Community Health Worker Support for Advancing Liberian Livelihoods</i>
CSU	Couverture sanitaire universelle	<i>Universal Health Coverage</i>
DHIS2	Système national de gestion de l'information sanitaire	<i>District Health Information Software 2</i>
DHT	Équipe sanitaire de district	<i>District Health Team</i>
EPHS	Paquet essentiel de services de santé	<i>Essential Package of Health Services</i>
EPI	Équipement de protection individuelle	<i>Personal Protective Equipment</i>
ETL	Éducation par l'écoute	<i>Education Through Listening</i>
gCHV	Volontaire de santé communautaire générique (sous-catégorie des CHV)	<i>General Community Health Volunteer</i>
GFF	Mécanisme de financement mondial de la Banque mondiale	<i>World Bank's Global Financing Facility</i>
HWP	Programme pour le personnel de santé	<i>Health Workforce Program</i>
ICH	Intégration de la santé communautaire	<i>Integrating Community Health</i>
IFI	Initiative pour la mise en œuvre fidèle	<i>Implementation Fidelity Initiative</i>
IRC	International Rescue Committee	<i>International Rescue Committee</i>

LMH	Last Mile Health	<i>Last Mile Health</i>
M&E	Suivi et évaluation	<i>Monitoring and Evaluation</i>
MDS	Ministère de la santé (autrefois connu sous le nom de Ministère de la santé et de la protection sociale, devenu Ministère de la santé lorsque la protection sociale a été transféré au Ministère du genre)	<i>Ministry of Health</i>
NCHAP	Programme national d'assistants de santé communautaire	<i>National Community Health Assistant Program</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé	<i>World Health Organization</i>
ONG	Organisation non gouvernementale	<i>Non-Governmental Organization</i>
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	<i>Integrated Community Case Management</i>
PEV	Programme élargi de vaccination	<i>Expanded Programme on Immunization</i>
PIH	Partners In Health	<i>Partners In Health</i>
POS	Procédures opérationnelles standards	<i>Standard Operating Procedure</i>
QRM	Réunion trimestrielle de suivi	<i>Quarterly Review Meeting</i>
RBHS	Reconstruction des services de santé de base	<i>Rebuilding Basic Health Services</i>
SISCOM	Système d'information sanitaire communautaire	<i>Community Health Information Management System</i>
TdR	Termes de référence	<i>Terms of Reference</i>
TTM	Sages-femmes traditionnelles formées	<i>Trained Traditional Midwife</i>
TWG	Groupe de travail technique	<i>Technical Working Group</i>
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance	<i>United National International Children's Emergency Fund</i>
USAID	Agence américaine pour le développement international	<i>United States Agency for International Development</i>

Préface

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ressources utiles

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

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

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

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

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

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

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

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

SYSTÈMES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE CYCLE DE RÉFORME



PRIORISATION DU PROBLÈME

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

CONSTITUTION DE COALITIONS

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

RECUEIL DE SOLUTIONS

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

CONCEPTION

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

PRÉPARATION

Les membres et champions de la coalition préparent le lancement en obtenant l'adhésion des acteurs essentiels au lancement, au déploiement et à la poursuite du programme. Les parties prenantes traduisent également la conception du programme en plans opérationnels chiffrés comprenant des stratégies et des outils clairs pour le lancement et le déploiement. Des plans d'investissement pour un financement durable et des mécanismes de financement sont mis en place. Les parties prenantes sont 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.

Avant-propos

La Politique nationale de santé communautaire révisée (2016-2021) du Libéria a institutionnalisé un programme d'agents de santé communautaire réinventé, à savoir le Programme national d'assistants de santé communautaire (NCHAP). En 2015, le Libéria a entamé ce parcours ambitieux pour reconstruire un système de santé résilient et créer un personnel de santé apte, productif et motivé, capable de fournir des services de santé essentiels aux communautés les plus reculées du pays. La réforme est intervenue à la suite d'une épidémie dévastatrice de maladie à virus Ebola et après des années de troubles civils qui ont frappé le pays. Bien que ces événements aient ravivé le besoin impérieux d'une réforme de la santé au Libéria, cette vision n'était pas nouvelle : elle était fondée sur des décennies de modèles de santé communautaire qui étaient en vigueur au Libéria, depuis l'établissement du programme de soins de santé primaires avec la Déclaration d'Alma Ata de 1978.

L'utilisation du cadre du cycle de réforme comme outil pour examiner le parcours accompli par le Libéria vers un programme de santé communautaire révisé révèle plusieurs facteurs clés essentiels au succès de la réforme : les fondements des programmes de santé communautaire au Libéria, la fenêtre d'opportunité unique qui a suivi Ebola, créant un élan unificateur, une coalition forte avec une vision vers l'institutionnalisation, et un afflux de ressources pour financer un changement à grande échelle.

Bien que le cycle de réforme ait officiellement débuté en 2015 avec l'opportunité de réviser la politique de santé communautaire existante, les premières phases, à savoir la priorisation du problème à réformer, la création d'une coalition et le recueil de solutions fondées sur des données probantes, avaient déjà pris de l'ampleur depuis des années. Plusieurs politiques, preuves générées par des programmes pilotes, des champions au sein du Ministère de la santé et des enseignements

externes ont posé les bases de cette réforme de la santé communautaire.

Après le lancement de la Politique nationale de santé communautaire révisée en 2016, la coalition chargée de la révision de la politique est passée aux phases suivantes de la réforme, notamment la conception, la préparation et le lancement du programme. Après cinq ans de mise en œuvre de la NCHAP dans les phases de gouvernance et de gestion et d'apprentissage, le Ministère de la santé du Libéria achève la boucle du cycle de réforme. Un nouveau cycle de réforme commencera pour la prochaine révision de la politique en 2021, qui continuera à renforcer et à peaufiner l'institutionnalisation du système de santé communautaire.



Aperçu de la politique de santé communautaire et du plaidoyer

Accessibilité sanitaire et résultats

Au cours des deux dernières décennies, le Libéria a fait des progrès significatifs dans l'amélioration de l'état de santé de sa population, notamment en termes de mortalité infantile et chez les enfants de moins de cinq ans. Cependant, la mortalité des enfants de moins de cinq ans reste un défi de santé publique, tout comme la mortalité maternelle élevée, les maladies transmissibles évitables et la malnutrition³. Les maladies non transmissibles sont également en augmentation. De plus, la mortalité maternelle a augmenté pour atteindre 1 072 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013, en raison de la faible couverture des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, du nombre élevé d'accouchements à domicile supervisés par du personnel non qualifié et de la pénurie de sages-femmes⁴. La proportion de femmes enceintes recevant une visite de soins postnataux dans les deux premiers jours suivant la naissance est passée de 71 % en 2013 à 80 % en 2019-20⁵. Le Libéria connaît l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, les principales causes de décès maternels étant attribuables à des complications évitables et traitables comme l'hémorragie, l'hypertension, l'avortement non médicalisé et la septicémie⁴.

Le taux de fécondité reste supérieur à la moyenne mondiale, s'établissant à 4,2 enfants par femme. Le pourcentage de femmes dont les besoins en matière de planification familiale n'ont pas été satisfaits a diminué, passant de 35,7 % en 2007 à 31,1 % en 2013, pour ensuite augmenter, atteignant 33,4 % en 2019-20⁵. Les taux de mortalité infantile sont généralement en baisse, passant de 71 décès pour 1 000

naissances vivantes en 2007 à 63 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2019-20⁵. Les principales causes de décès néonataux sont dues à des complications liées aux naissances prématurées et aux événements liés à l'accouchement, tels que l'asphyxie et la septicémie⁴. Cependant, les principaux facteurs de mortalité infantile et néonatale au Libéria sont souvent ancrés dans les inégalités sociales, économiques et de couverture de services, comme le faible poids à la naissance, les mauvaises pratiques d'allaitement maternel et la faible couverture vaccinale⁴. Fort heureusement, la couverture vaccinale de base (huit vaccins) a considérablement augmenté, passant de 39 % chez les nourrissons âgés de 12 à 23 mois en 2007 à 51 % en 2019-20, et seuls 6 % des nourrissons âgés de 12 à 23 mois ne reçoivent aucun vaccin⁶. La mortalité des enfants de moins de cinq ans a également diminué depuis 1986, passant de 222 à 93 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2019-20⁵. Cependant, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la malnutrition restent les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (voir le tableau 1)⁵.

Les obstacles à l'accès aux soins de santé essentiels au Libéria comprennent une multitude de facteurs structurels, économiques, sociaux et comportementaux. Les défis structurels du système de santé comprennent une couverture inéquitable des services, des ressources humaines inadéquates, des infrastructures et des moyens de transports insuffisants, une mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement, une disponibilité limitée des produits médicamenteux essentiels et des structures de responsabilité et de gouvernance faibles. D'après le dossier d'investissement du Mécanisme de financement

TABLEAU 1 : Les différents indicateurs de santé pour le Libéria

INDICATEURS	DHS 1986	DHS 2007	DHS 2013	DHS 2019-2020
Taux de fertilité chez les 15-49 ans	6.7	5.2	4.7	4.2
Besoins insatisfaits de planification familiale	—	35.7	31.1	33.4
Taux de mortalité infantile	144	71	54	63
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	222	110	94	94
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (8 vaccins de base)	9.4	39	54.8	51
Prévalence du VIH dans la population en général	—	1.5	1.9	—

mondial (GFF), le coût et la distance à parcourir pour bénéficier de soins sont considérés comme des obstacles majeurs à l'accès aux services de santé essentiels⁴. Selon les données relatives à la consommation et aux revenus de 2012, 56 % des libériennes vivent sous le seuil de pauvreté avec 1,25 dollar par jour, et plus de 48 % de la population vit dans l'extrême pauvreté⁴. En plus de l'incapacité à payer des services de santé, des défis sociaux et comportementaux liés à l'accès et à l'utilisation des soins de santé essentiels subsistent, particulièrement les retards dans la recherche de soins, les dynamiques de genre dans l'utilisation des soins de santé, les croyances religieuses ou culturelles, et la peur (ou le manque de confiance) envers le système de santé^{4,7}.

L'histoire récente du Libéria, marquée par la guerre civile entre 1989 et 2003, a mis à rude épreuve le système national de santé. En effet, à la fin de la guerre civile, il ne restait plus que 51 médecins au Libéria pour desservir une population d'environ 3,7 millions d'habitantes⁸. Dirigeant le Libéria d'après-guerre avec pour objectif de transformer le pays en un modèle de redressement post-conflit, la Présidente Ellen Johnson Sirleaf et son administration ont créé la Stratégie de réduction de la pauvreté pour promouvoir une croissance rapide, inclusive et durable. La stratégie avait une large portée, allant de l'amélioration des infrastructures à la revitalisation du système de santé⁹. S'appuyant sur cette vision, le Gouvernement libérien s'est

d'abord engagé à transformer le secteur de la santé avec la Politique nationale de santé de 2007, à une époque où il n'y avait que 400 agents de santé (principalement concentrés dans les zones urbaines), où seuls 360 établissements de santé étaient fonctionnels et où 41 % de la population avait accès aux services de santé⁴. Dans les zones rurales du pays, l'accès aux services de santé était encore plus limité, 60 % des libériennes rurales vivant à plus d'une heure de marche (soit cinq kilomètres) de l'établissement de santé le plus proche⁵. Une étude menée en 2012 dans deux districts du sud-est rural du Libéria a montré des chiffres encore plus vertigineux : environ la moitié de la population devait marcher 6 à 10 heures pour atteindre le centre de santé le plus proche.

De même, une étude menée en 2008 dans un comté rural a révélé que seulement 14,5 % des personnes interrogées pouvaient accéder aux services de base pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)¹¹.

De 2007 à 2009, des progrès importants ont été réalisés dans la reconstruction des cliniques et des centres de santé endommagés pendant la guerre. En 2009, chaque centre de santé desservait en moyenne 5 500 personnes, soit une réduction d'environ 30 % par rapport à 2006⁹.

Cependant, la pénurie de personnel de santé restait importante. De nombreux agents de santé communautaires qui travaillaient avant la guerre ont

quitté le pays durant les combats.

Lorsque l'épidémie d'Ebola a frappé le Libéria en 2014, ces vulnérabilités structurelles ont été exposées, et le système de santé n'était pas suffisamment préparé pour y répondre. Ebola a coûté la vie à 5 000 libériennes, dont 192 agents de santé⁴. L'épidémie a dévasté le système de santé nouvellement rétabli, effaçant tous les acquis, déplaçant les agents de santé et tuant environ 10 % des médecins du Libéria, 8 % de ses infirmières et sages-femmes et 8 % de l'ensemble de son personnel de santé. Ces pertes humaines ont fait payer un lourd tribut au système de santé dans son ensemble et à l'accès des libériennes aux soins essentiels⁸. Alors que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un minimum de 23 agents de santé pour 10 000 personnes, le Libéria n'en comptait que 11 après l'épidémie de 2016, et la majorité de ces agents de santé étaient concentrés dans les villes et les grandes agglomérations¹².

En réponse à l'épidémie d'Ebola, le Gouvernement libérien a déployé des efforts considérables pour atteindre, et maintenir, un taux de cas nul et reconstruire encore une fois le système de santé. Le Ministère de la santé (alors appelé Ministère de la santé et de la protection sociale), en collaboration avec des partenaires tels que l'OMS, l'USAID et le Programme des Nations Unies pour le développement, a élaboré un Plan d'investissement pour la mise en place d'un système de santé résilient. Ce plan a intégré les leçons tirées d'Ebola pour identifier les domaines d'investissement prioritaires du système de santé nécessaires pour restaurer les services de santé et reconstruire un système de santé robuste¹³. Les priorités énoncées dans le Plan d'investissement comprenaient la création d'un personnel de santé apte, productif et motivé, et ont finalement conduit à la création de la Politique nationale de santé communautaire révisée (2016-2021). Annoncée début 2016, cette réforme politique a étendu la portée du système de soins de santé primaires du Libéria grâce à un modèle national de santé communautaire intégré et uniformisé, avec un cadre d'assistants de santé communautaire (également appelés agents de santé communautaire ou ASC) soutenus, supervisés

et rémunérés¹⁴.

Cette politique a ouvert la voie à la mise en place d'un solide programme d'agents de santé communautaires (ASC) qui, en décembre 2020, avait recruté, formé et déployé 3 430 ASC et 388 superviseurs cliniques actifs¹⁵.

Ces ASC fournissent des soins de santé primaires dans 14 des 15 comtés du pays pour une population estimée à 715 000 personnes, soit environ 70 % des populations rurales vivant à plus de cinq kilomètres d'un établissement de santé⁸. Le Libéria a pour objectif d'atteindre une couverture complète de tous les ASC formés dans les communautés ciblées d'ici 2022.

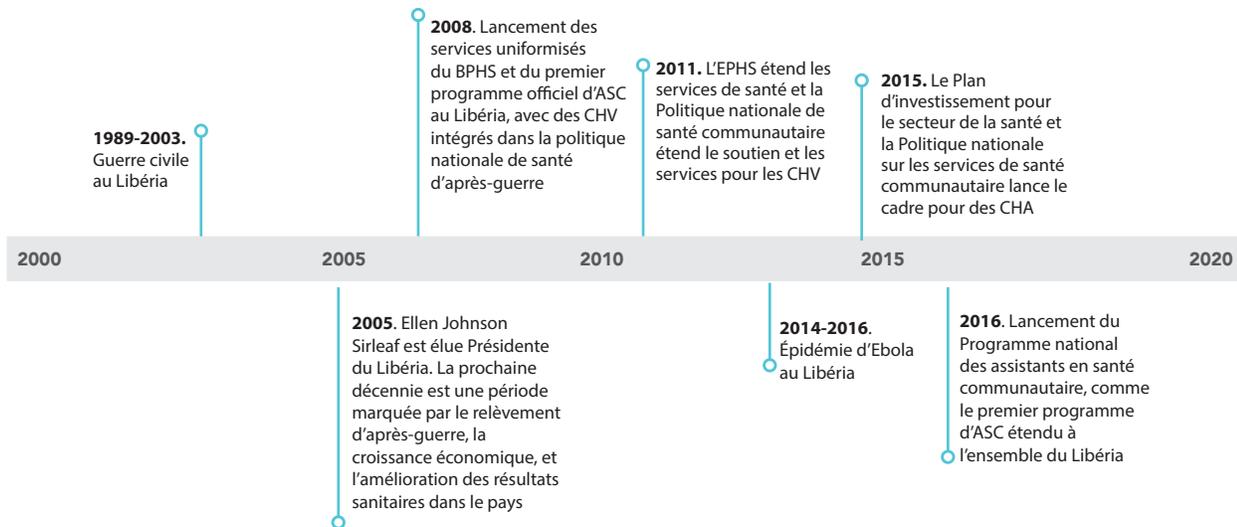
Les bases de la réforme de la santé communautaire au Libéria

RECONSTRUCTION D'APRÈS-GUERRE (2004-2011)

Suite aux deux guerres civiles et à 14 années de combats (1989-2003) qui ont tué 250 000 personnes et poussé près d'un quart de la population à fuir le pays, le Libéria a été confronté à des taux de chômage élevés, à des infrastructures nationales en mauvais état, à des services gouvernementaux faibles et à un système de santé largement dysfonctionnel⁸. Un an après la fin de la guerre, le revenu moyen au Libéria représentait un quart de ce qu'il était avant la guerre en 1987, et un sixième de ce qu'il était en 1979⁹. Seuls 354 des 550 établissements de santé du Libéria étaient opérationnels et ceux-ci ne couvraient que 41 % de la population⁸. Le Gouvernement d'après-guerre, dirigé par la Présidente Sirleaf, a présenté un programme de reconstruction et de réconciliation du pays axé sur la paix et la sécurité, la réhabilitation économique, le renforcement de la gouvernance et la reconstruction des infrastructures et des services de base⁸.

Alors que cette période de reprise économique a atteint un taux de croissance annuel du PIB de 7,6 %, les progrès ont été inégalement répartis

FIGURE 1 : Chronologie de la santé communautaire au Libéria de 1989 à 2016



dans le pays et les indicateurs de santé sont restés bas dans plusieurs communautés éloignées¹⁶. Reconnaissant la nécessité de développer les infrastructures de santé et d'améliorer l'accès à des services de qualité et abordables, le Gouvernement libérien a fait de l'amélioration de l'état de santé de sa population une priorité nationale.

POLITIQUE ET PLAN NATIONAL DE SANTÉ (2007) ET LE PAQUET MINIMUM DE SERVICES DE SANTÉ (2007)

En 2006, la couverture des soins de santé est restée faible, à environ 40 %¹⁷. Le Ministère de la santé a fait avancer une série de politiques et de réformes, notamment la Politique et le plan national de santé de 2007 et le paquet de minimum de services de santé (*Basic Package of Health Services* ou BPHS) de 2007. La Politique et le plan national de santé de 2007 prévoyaient la suspension des frais de soins pour les patients aux niveaux primaire et secondaire, encourageaient la décentralisation et comprenait le BPHS. Le paquet de services était au cœur de la stratégie nationale de prestation de soins de santé. Il a permis de restructurer le système de santé du Libéria en s'appuyant sur les approches existantes d'avant-guerre, tout en se concentrant sur les besoins immédiats de l'après-guerre, comme le rétablissement des prestations de services de santé¹⁷. L'approche était axée sur la décentralisation par le biais du renforcement des capacités au niveau des comtés et des districts, dans le but de transférer davantage de pouvoirs

aux équipes sanitaires de comté (*County Health Teams* ou CHT). Cependant, une analyse ultérieure du système du Ministère de la santé, achevée en 2012, a montré que les systèmes de santé des comtés et des districts avaient encore besoin d'un soutien important et d'un renforcement de leurs capacités afin de diriger pleinement la coordination et la gestion des services de santé¹³.

Conformément au plan défini dans la Politique et le plan national de santé de 2007, les installations et les infrastructures de santé ont commencé à être reconstruites, mais la pénurie de personnel de santé restait un défi majeur. Les sages-femmes traditionnelles formées avant la guerre étaient encore largement actives dans leurs communautés, mais un grand nombre d'ASC existants avaient disparu. Bien que de nouveaux ASC aient été recrutés par des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres programmes verticaux, ces efforts n'ont pas été coordonnés de manière optimale ou cohérente au niveau national et ont conduit à une grande variété de cadres au niveau communautaire¹⁸. Dans un effort de rationalisation et de priorisation des programmes de santé communautaire, le Ministère de la santé a élaboré une Politique et une stratégie nationale sur les services de santé communautaire en 2008, qui proposait un programme national de santé communautaire cohérent, coordonné et intégré avec un cadre de volontaires de santé communautaire (*Community Health Volunteers*)

qui fournirait une gamme de services de soins de santé primaires. Au sein de ce nouveau cadre de CHV, il y avait deux catégories de volontaires : les volontaires de santé communautaire générale (*general Community Health Volunteers* ou gCHV) et les sages-femmes traditionnelles formées (*Trained Traditional Midwives* ou TTM).

Une Division des services de santé communautaire (*Community Health Services Division* ou CHSD) a été créée au sein du Ministère de la santé pour piloter le programme. Malgré les aspirations élevées et la vision forte de cette politique, son exécution a été sous-financée et n'a finalement pas atteint ses objectifs.

La politique et la stratégie nationale sur les services de santé communautaire de 2008 présentaient des lacunes et des inefficacités importantes, notamment des CHV ne bénéficiant pas d'incitations, des retards dans la décentralisation, un manque de supervision de qualité et l'absence de systèmes de référencement⁹. La mise en œuvre fragmentée de la politique s'est traduite par une mosaïque de programmes parallèles lancés par le Gouvernement et les ONG au fur et à mesure que les fonds devenaient disponibles et par conséquent les cadres communautaires proliféraient¹⁷. En l'absence de paquets de services standardisés, de formations uniformisées, de structures de supervision, de financement pérenne ou de mécanismes de coordination, de nombreuses communautés se sont retrouvées sans soutien ou avec un soutien fragmenté de la part du système de santé communautaire¹⁷. La combinaison de ces défis a fait que les CHV n'étaient pas incités ou motivés, et donc difficiles à conserver. Selon une étude de 2011, un comté du Libéria a signalé un taux de rétention de 0 % parmi les CHV travaillant avec des patientes atteints du VIH/SIDA après une période de deux ans⁹. Au cours de ces années, la programmation était principalement menée par des partenaires, ce qui signifie que le soutien s'arrêtait généralement lorsque les projets prenaient fin et qu'il y avait un engagement minimal avec les établissements de santé, ou les équipes de district ou de comté¹⁷. Les niveaux d'incitation destinés aux CHV variaient également de manière drastique, ce qui créait une concurrence entre les parties

prenantes et rendait difficile le suivi du montant des ressources reversées aux CHV.

En 2008, le programme quinquennal « Reconstruire des services de santé de base » (*Rebuilding Basic Health Services* ou RBHS), soutenu par USAID et mis en œuvre par le JSI Research & Training Institute, Inc. et Jhpiego, a été lancé avec un système de contrat basé sur les performances. Les objectifs du programme étaient d'accroître l'accès aux services de santé de base et de s'éloigner de l'assistance de courte durée d'après-guerre pour se diriger vers des systèmes de santé plus décentralisés. La prestation de services a été mise en œuvre par cinq ONG (Africare, EQUIP, International Rescue Committee, Medical Emergency Relief Cooperation International et Medical Teams International) qui ont fourni un soutien en gestion à plus de 100 établissements de santé répartis dans sept comtés¹⁹. Après la première année de mise en œuvre, les premiers résultats du programme RBHS ont montré une augmentation de 81 % des accouchements en établissement et 110 000 enfants traités contre le paludisme, ce qui a permis de prévenir environ 2 167 décès¹⁹. Le succès de ce modèle a incité le Ministère de la santé à signer huit autres contrats basés sur les résultats avec des partenaires chargés de la mise en œuvre d'ici avril 2010, couvrant ainsi 124 autres établissements¹⁹. Ce projet pilote d'intégration de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) au sein de la santé communautaire a servi de catalyseur pour étendre les programmes de PCIME à travers le Libéria.

POLITIQUE ET PLAN NATIONAL DE SANTÉ (2011-2021) ET LE PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES DE SANTÉ (2011-2013)

S'appuyant sur les principes énoncés dans la politique et la stratégie nationale de santé communautaire de 2008, le Ministère de la santé a élaboré la politique et le plan national de santé révisé 2011-2021, avec pour objectifs d'accroître l'accès et l'utilisation équitable aux services de santé essentiels, ainsi que la décentralisation²⁰. Dans le prolongement du BPHS, le paquet essentiel de services de santé (*Essential Package of Health Services* ou EPHS) 2011-2013 a été créé pour renforcer les systèmes de santé par le biais d'une approche hiérarchisée et progressive

qui réintroduirait des services de santé à chaque niveau du système afin de réduire les inégalités et d'améliorer leur qualité.

En 2011, des progrès significatifs avaient été réalisés et la couverture des services de santé était passée à environ 70 %¹⁷. En septembre 2011, USAID a signé un accord de remboursement d'un montant fixe (fixed amount reimbursement agreement ou FARA) de quatre ans avec le Gouvernement du Libéria pour soutenir la mise en œuvre de la politique et du plan national de santé 2011-2021²¹. Remplaçant le programme RBHS, le mécanisme FARA a déplacé l'approche de la gestion de la prestation de services vers le renforcement de la capacité du Ministère de la santé en remboursant le Gouvernement pour le coût de la mise en œuvre de l'EPHS dans trois comtés²¹. Le Ministère de la santé a mis en place plusieurs structures pour mettre en œuvre le FARA, notamment une unité de financement basée sur les résultats pour suivre les réalisations et un forum mensuel de parties prenantes pour examiner les résultats et partager les meilleures pratiques (qui deviendra plus tard des réunions trimestrielles de suivi ou QRM). Dans l'ensemble, ce mécanisme a eu un impact sur le système de soins de santé primaires, notamment dans les comtés soutenus par USAID, et a posé les jalons d'une harmonisation et d'une coordination multilatérale accrues des principales parties prenantes du secteur de la santé.

La Politique et le plan stratégique sur les services de santé communautaire ont été révisés en 2011 en mettant davantage l'accent sur l'intégration du personnel sanitaire³. Néanmoins, en l'absence d'un soutien politique fort ou d'une adhésion coordonnée des parties prenantes au Libéria, ils n'ont pas réussi à relever les défis systémiques auxquels le pays était confronté en matière de programmes de santé communautaire¹⁷. En 2013, le système de santé communautaire était très fragmenté et comptait 8 052 CHV répartis dans plusieurs cadres différents, y compris les gCHV, les TTM, les promoteurs de santé et les distributeurs dirigés par la communauté, et chaque cadre disposait de compétences, de formations, de services et d'incitations distincts¹⁴.

FEUILLE DE ROUTE POUR LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE (2012-2014)

En décembre 2012, le Libéria a lancé la Déclaration de Gbarnga : « Vision 2030 », qui a établi un cadre de développement national axé sur la construction de la Nation, la consolidation de la paix et la réconciliation. Sous le leadership de la Présidente Sirleaf, le Libéria a adhéré à des initiatives mondiales qui plaident pour une population en meilleure santé. Le Gouvernement libérien est devenu signataire de l'initiative onusienne « Chaque femme, Chaque enfant » et s'est engagé à consacrer au moins 10 % des fonds alloués au secteur de la santé reproductive, maternelle et infantile⁴. Grâce à un soutien politique, le Ministère de la santé a fait savoir à ses partenaires gouvernementaux que ses principales priorités politiques comprenaient l'amélioration de l'accès aux soins dans les communautés isolées et des résultats des agents de santé communautaires. Au cours des deux années suivantes, il a commencé à constituer une coalition de champions qui se joindraient à lui pour créer une feuille de route afin de rendre cette vision opérationnelle.

GÉNÉRER DES DONNÉES PROBANTES – LES PROGRAMMES PILOTES DE CHV

Fin 2011, le docteur Walter Gwenigale, alors Ministre de la santé, a coécrit un article qui soulignait les inefficacités de la politique nationale de santé de 2007 et le rôle potentiel que les ASC pourraient avoir pour combler le déficit de prestation lorsqu'ils sont intégrés au système de soins de santé primaires²². Le docteur Gwenigale a demandé à son partenaire gouvernemental, Last Mile Health (LMH), de codévelopper un projet pilote pour remédier aux limites du programme de CHV et tester cette solution⁸. À cette époque, LMH (connu alors sous le nom de Tiyatien Health) travaillait en partenariat avec le Ministère de la santé sur une initiative soutenue par le Fonds mondial plaçant pour l'extension d'un modèle de traitement du VIH à assise communautaire dans tout le pays. Ce modèle, qui repose sur des ASC salariés, supervisés et formés pour traiter le VIH, s'est avéré efficace pour réduire la stigmatisation et augmenter les taux de rétention et d'adhésion au traitement lors d'un programme pilote dans le comté du Grand Gedeh. LMH, en collaboration

avec l'équipe sanitaire du comté du Grand Gedeh, a choisi le district de Konobo pour piloter ce programme réinventé. Konobo a été choisi parce qu'il était confronté à des problèmes d'accès dramatiques et à un soutien limité des parties prenantes en raison de la mauvaise infrastructure routière.

Le programme ne ciblait que les communautés éloignées situées à plus de cinq kilomètres des établissements de santé, et comprenait 54 CHV recrutés dans les communautés où ils vivaient²³. Le programme de formation comprenait quatre modules : santé infantile, santé maternelle et néonatale, santé des adultes, et santé et surveillance communautaire (post-Ebola). Le module sur la santé infantile comprenait des protocoles de PCIME pour le traitement et la gestion communautaire de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës et du paludisme, ainsi que des protocoles de référence pour les patientes présentant des signes cliniques de danger. Le programme pilote a testé des innovations, notamment un cadre de CHV salarié qui recevait une incitation mensuelle de 60 dollars pour environ 20 heures de travail par semaine⁸. Les résultats de ce programme pilote ont montré une amélioration de l'accès aux soins pour les enfants souffrant de diarrhée (augmentation de 60 %), de paludisme (augmentation de 31 %) et d'infection respiratoire aiguë (augmentation de 51 %)²³. Le taux de femmes enceintes ayant accouché dans un dispensaire avec du personnel qualifié a également augmenté, passant de 55 % à 82 %⁸. Ces résultats ont démontré le succès du système sanitaire ciblé sur le dernier kilomètre et le programme pilote a fourni au Libéria un modèle et un outil de plaidoyer pour la programmation de la santé communautaire, qui sera finalement utilisé pour orienter la politique nationale sur les services de santé communautaire révisée de 2016. Si les projets pilotes de Grand Gedeh et Konobo ont prouvé qu'un personnel de santé communautaire professionnalisé pouvait être efficace, la voie vers l'institutionnalisation et l'échelle nationale n'était pas encore claire.

MONTER EN PUISSANCE – LES BASES D'UNE FEUILLE DE ROUTE ET D'UNE COALITION

La première impulsion majeure pour la

restructuration du programme de santé communautaire est venue en avril 2013 avec le Sommet de la campagne « Un million d'agents de santé communautaires » organisé par le Earth Institute, en Tanzanie. La campagne a travaillé avec les Ministères de la santé du monde entier pour élaborer des feuilles de route nationales afin d'aider les gouvernements à planifier l'expansion et l'accélération des programmes d'ASC. M. Tamba Boima, alors directeur de la CHSD au Ministère de la santé, M. Tolbert Nyenswah, alors Ministre adjoint des services préventifs, et des représentants de LMH ont été conviés au Sommet. Sur place, huit pays d'Afrique subsaharienne se sont réunis pour discuter de leur engagement à améliorer leurs programmes d'ASC. Les représentants du Ministère de la santé sont rentrés au Libéria avec des relations, des orientations et des outils nécessaires pour restructurer et étendre le programme national des CHV. Ce Sommet a donné un nouvel élan à la réforme de la santé communautaire et a relancé le débat au Libéria. M. Nyenswah est devenu un champion clé dans cet effort et dans la rédaction ultérieure d'une feuille de route pour la santé communautaire. Cependant, de nombreuses questions restaient en suspens concernant le nouveau système de santé communautaire et le soutien politique nécessaire à la réforme.

Au cours des mois suivants, une coalition spécifique de fonctionnaires du Ministère de la santé et de partenaires de la santé communautaire engagés dans la réforme a vu le jour, y compris USAID, Jhpiego, LMH et l'UNICEF. À la mi-2013, la feuille de route commençait à prendre forme. Un Groupe de travail technique sur la santé communautaire (*Community Health Technical Working Group* ou CHTWG) a été formé en 2013 pour servir de principal organe d'assistance technique à la CHSD. La coalition s'est divisée en groupes de travail et s'est réunie fréquemment pour débattre de chaque décision de conception et de chaque détail de la Feuille de route.

La première décision majeure a été de savoir si le programme actuel de CHV devait être revitalisé ou si l'ensemble du système devait être reconstruit. Les décisions suivantes ont porté sur l'approche de la supervision, les exigences en matière de

recrutement et les catégories de services fournis (c'est-à-dire préventifs ou curatifs).

La décision la plus importante a porté sur la rémunération des ASC. En effet, les points de vue divergeaient quant à savoir s'ils devaient être rémunérés, à quelle hauteur et par qui. La coalition s'est appuyée à la fois sur des données nationales (telles que les études de cas des programmes pilotes à Konobo) et sur des programmes externes exemplaires mondiaux (tels que le programme des agents de vulgarisation sanitaire en Ethiopie) pour orienter ces décisions. Les choix de conception ont été débattus et ont souvent faits lors de conversations informelles et de réunions en petits groupes, que le Ministère de la santé a ensuite présentés lors de réunions multipartites plus larges. En août 2013, le Libéria a été le premier pays d'Afrique subsaharienne à compléter une feuille de route technique pour l'extension des ASC²⁴. Bien que les recommandations de conception qui ont fait partie de la feuille de route de la santé communautaire encadrent les efforts de réforme futurs, il y avait encore des décisions de conception clés non résolues après ce processus. Cela a permis d'établir l'ordre du jour des décisions qui seraient prises dans les années à venir.

À l'automne 2013, l'adhésion politique au programme de santé communautaire a commencé à croître parmi les principales parties prenantes du gouvernement libérien. Forbes a organisé un Sommet pour les dirigeants « 30 under 30 », et le directeur général de LMH, le docteur Raj Panjabi, a été invité pour présenter le programme de l'organisation dans les zones rurales du Libéria. Il s'est concentré sur la manière d'étendre le modèle d'une région du Libéria à toutes les communautés rurales du pays²⁵. La Présidente du Libéria de l'époque, Ellen Johnson Sirleaf, a agi en tant que mentor du Sommet et s'est engagée publiquement à aider la coalition à atteindre une échelle nationale.

En octobre 2013, la Vice-Ministre de la santé et médecin en chef du Libéria, le docteur Bernice Dahn, est allée visiter un programme de santé communautaire à Gboe-Ploe, un autre district du comté de Grand Gedeh. Étant l'un des comtés les plus reculés, la réussite du programme a démontré que ce nouveau modèle pouvait apporter des

services de santé vitaux aux communautés les plus difficiles à atteindre.

Lors de la conférence nationale sur la santé en octobre 2013, le Ministre de la santé Gwenigale a invité l'équipe de santé du comté de Grand Gedeh et LMH à présenter conjointement le programme pilote lancé à Konobo. La présentation a mis en évidence les défis uniques de la prestation de services dans les communautés éloignées et a présenté les résultats positifs observés au sein du modèle de Konobo. Le docteur Gwenigale a fait suite à la présentation en annonçant que :

« C'est le modèle que nous voulons voir dans chaque village du pays »⁸.

Cette conférence a montré que les principales parties prenantes avaient compris que l'accès aux communautés éloignées était une priorité absolue et a donc marqué le début de la première phase du cycle de réforme, à savoir la priorisation des problèmes.

Le soutien politique et l'autorisation de haut niveau pour un nouveau modèle de santé communautaire ont lentement pris de l'ampleur et, à la fin de 2013, ces efforts se sont matérialisés par un engagement à mettre le programme à l'échelle, cosigné à la fois par l'ancien Président américain Bill Clinton et la Présidente Sirleaf. Pour aller de l'avant, les dirigeants du Ministère de la santé, notamment le Ministre Gwenigale, le docteur Dahn et le Ministre adjoint chargé des services préventifs, M. Tolbert Nyenswah, ont joué le rôle de champions actifs qui ont donné la priorité à l'institutionnalisation de la nouvelle feuille de route pour un modèle de santé communautaire révisé.

Au début de 2014, un plan de travail pluriannuel a été élaboré pour rendre la feuille de route opérationnelle. Cependant, en mars 2014, avant que la feuille de route ou le plan de travail ne puissent être publiés et diffusés dans tous les comtés, le premier cas d'Ebola ayant été signalé au Libéria. Tous les plans ont été mis en attente, et les ressources et l'attention se sont rapidement tournées vers la réponse d'urgence. Le système de santé actuel était sur le point d'être mis à l'épreuve de manière inimaginable, et la trajectoire des

services de santé communautaires allait prendre un élan imprévu.

MALADIE À VIRUS EBOLA (2014-2015)

Les premiers cas de virus Ebola au Libéria ont été identifiés dans son comté le plus septentrional, à la frontière avec la Guinée et le Sierra Leone. Ebola a exposé et exacerbé les vulnérabilités structurelles préexistantes du système de santé, notamment le manque de personnel de santé, la faiblesse des systèmes de données et de surveillance, l'insuffisance des infrastructures et des équipements, et la faiblesse des chaînes d'approvisionnement. L'épidémie d'Ebola de 2014-2015 a infecté 10 678 personnes et en a tué 4 810, dont 10 % des médecins et 8 % des infirmières et sages-femmes du Libéria⁸. Elle a ralenti la croissance du PIB d'environ 7 % et entraîné une perte estimée à 300 millions de dollars²⁷.

Avec les fermetures des établissements de santé, l'incapacité ou la crainte des agents de santé de fournir des services de santé de routine, et la méfiance des communautés à l'égard du système de santé, il y a eu des perturbations importantes tant dans la prestation que dans l'utilisation des services de santé. Cela inclut des baisses de 43 % des soins prénataux, de 38 % des accouchements en établissement et de 45 % des vaccinations contre la rougeole entre août et décembre 2014, par rapport à la même période en 2013³. En raison de ces perturbations, davantage de libériennes ont également perdu la vie pendant cette période à cause d'un taux accru de maladies traitables et évitables. Ainsi, on estime que la mortalité maternelle a doublé pendant l'épidémie et que la mortalité infantile a augmenté de 20 %¹⁷.

L'épidémie d'Ebola a démontré les effets dévastateurs d'un système de santé communautaire bénévole qui fonctionne mal. Selon une étude portant sur quatre districts du Libéria, la prestation de services PCIME s'était arrêtée dans 75 % des districts du Libéria avant l'épidémie d'Ebola, en raison de ruptures de stock persistantes et d'une rémunération inadéquate²⁸. Pendant l'épidémie, les lacunes en matière de formation, de gestion et d'intégration des volontaires de santé communautaire ont été mises en évidence, et les

interventions communautaires déjà fragmentées ont été mises à rude épreuve¹⁷. Les volontaires de santé communautaire se sont souvent retrouvés sans équipements de protection individuelle nécessaire, sans formation sur l'utilisation des fournitures qui leur ont été remises et sans connaissances sur Ebola (y compris les symptômes et la transmission du virus)²⁹. Cela a conduit à une stigmatisation accrue, à la peur et à l'érosion de la confiance entre les communautés et le système de santé. Avec 184 décès confirmés liés à Ebola parmi les agents de santé en avril 2015, ils étaient environ 30 fois plus susceptibles d'être infectés et ont souffert de taux de décès disproportionnés³⁰. En parallèle, en l'absence d'un nombre suffisant d'agents de santé qualifiés, la réponse à Ebola a été tributaire d'agents de santé de courte durée pour gérer les unités de traitement d'Ebola, dont beaucoup ont été formés et vivaient en dehors du Libéria³⁰.

Dans ce contexte, le Gouvernement du Libéria et les partenaires du développement ont rapidement mobilisé, formé et déployé 10 000 CHV et agents de santé de première ligne afin de procéder à la détection des cas et à la recherche des contacts, en particulier dans les communautés isolées³⁰. Les CHV et les techniciens en santé environnementale ont joué un rôle clé dans le renforcement de l'engagement communautaire, en agissant comme agents de surveillance et, en fin de compte, en endiguant la propagation d'Ebola⁴. De plus, à une époque où de nombreuses personnes avaient peur d'accéder aux soins dans les établissements de santé, les CHV ont veillé à ce que les services de base continuent d'être fournis dans les communautés tout au long de l'épidémie. Une étude a montré que la couverture du traitement communautaire de la diarrhée et de la pneumonie infantiles s'est poursuivie tout au long de l'épidémie dans certaines régions du Libéria, avec seulement une légère diminution du nombre de cas traités au pic de l'épidémie lorsque des protocoles « sans contact » étaient en place³¹.

Dans un climat de méfiance et de peur vis-à-vis du système de santé, les CHV représentaient une source fiable de conseils et de sensibilisation à la prévention d'Ebola. Le Ministère de la santé a reconnu que l'utilisation de CHV

motivés, rémunérés et supervisés a entraîné une baisse du nombre de cas d’Ebola et des soins communautaires plus efficaces.

Par conséquent, l’un des résultats de l’épidémie a été l’appréciation par le Gouvernement de la valeur des communautés et des agents de santé à assise communautaire dans les systèmes de santé et les interventions d’urgence. Le Gouvernement a compris qu’il était essentiel de s’attaquer aux vulnérabilités du système de santé afin de résister aux chocs futurs. Pendant et après l’épidémie, le docteur Dahn a travaillé avec des partenaires internes et externes au Ministère de la santé pour plaider en faveur de la santé communautaire auprès

de la Présidente Sirleaf. En décembre 2014, lors d’une audience de la Commission des relations étrangères du Sénat américain, la Présidente Sirleaf a annoncé son engagement à faire des ASC un élément central de la guérison d’Ebola : « Désormais, nous allons donner l’impulsion finale à la lutte contre Ebola, en soutenant les agents de santé communautaires pour qu’ils fassent leur travail »⁸. En mettant en lumière les lacunes du système actuel, Ebola n’a fait que prioriser davantage le problème et souligner l’impact potentiel de plusieurs réformes institutionnelles qui se profilaient à l’horizon, comme la rémunération, la formation et l’équipement des ASC.

Opportunités et défis de l'institutionnalisation au Libéria

L'épidémie d'Ebola a suscité au Libéria un fort sentiment d'urgence à investir dans son personnel de santé. Au sortir de l'épidémie, le Gouvernement libérien a reconnu le rôle essentiel que les CHV avaient joué dans la réponse et l'arrêt de la propagation d'Ebola dans les communautés rurales.

Ceci a généré une fenêtre d'opportunité politique s'est ouverte. Alors que la Nation se mobilisait pour investir dans son personnel de santé, un programme d'agents de santé communautaire uniformisé et à grande échelle était considéré comme un élément essentiel de cet investissement. Le Gouvernement du Libéria a fait preuve d'une volonté politique sans précédent pour relever ces défis, et l'extension des soins de santé primaires aux zones rurales par le biais des ASC est devenue une priorité nationale. Cette volonté politique, associée à un important afflux de financements d'urgence, a créé un environnement propice à la réforme des politiques.

Le cycle de réforme (détaillé dans la préface et la figure 2) fournit un cadre utile pour comprendre et analyser l'institutionnalisation par le Libéria du Programme national des assistants de santé communautaire (NCHAP) de 2015 à 2020. L'examen des différentes phases de ce cycle de réforme met en lumière les idées clés, les défis et les stratégies réussies utilisées pour institutionnaliser le

NCHAP. Les cycles de réforme antérieurs des politiques relatives au personnel de santé au Libéria ont permis d'établir une base solide pour les programmes de santé communautaire. Après l'épidémie d'Ebola, la convergence d'une reconnaissance accrue des vulnérabilités du système de santé, d'un afflux important de financements et d'une coalition dévouée a donné à ce cycle de réforme un élan sans précédent.



Les bases de l'institutionnalisation

Avec la fin de l'épidémie, la coalition de partenaires qui était à l'origine de la Feuille de route pour la santé communautaire en 2013 a été relancée. Ebola a amené de nouveaux partenaires et un financement substantiel au Libéria, ce qui a élargi la coalition pour y intégrer la Clinton Health Access Initiative (CHAI), Partners in Health (PIH), et International Rescue Committee (IRC). Avec la CHAI et la Banque mondiale à la tête du développement du plan transversal d'investissement dans le personnel de santé, et LMH fournissant une assistance technique dans le développement du plan du personnel de santé communautaire, une coalition forte a émergé pour aider à traduire en politiques la Feuille de route de la santé communautaire.

Dans le sillage d'une urgence nationale de l'ampleur d'Ebola, les efforts pour réformer la politique de santé ont été à la fois aidés et entravés. En effet, il y avait un large soutien politique et un élan pour le renforcement des systèmes de santé, avec un accent sur la réforme et l'expansion du programme d'ASC. Néanmoins, il a été difficile de passer de la réponse à Ebola à la réforme des politiques. Le Libéria comptait de nombreux nouveaux partenaires de développement et le système de santé a connu un pic de financements. Si cette situation a créé des opportunités pour le Ministère de la santé, elle a également posé des problèmes pour s'assurer que les investissements étaient optimisés en fonction des priorités gouvernementales et d'un programme commun. Une grande partie du financement avait été initialement structurée comme une réponse d'urgence, ce qui a créé des contraintes pour faire avancer un processus de réforme institutionnelle à long terme. Cependant, la perspective d'un nouveau financement de la Banque mondiale a suscité l'intérêt d'un groupe de parties prenantes et a créé l'urgence d'établir un dossier d'investissement pour un système de santé réinventé. Alors que les programmes et les plans post-Ebola étaient élaborés pour reconstruire le secteur de la santé, les éléments de la Feuille de

route de la santé communautaire étaient considérés dans les politiques.

La création du programme pour le personnel de santé (*Health Workforce Program* ou HWP) 2015-2021 a marqué la première étape vers l'institutionnalisation du nouveau programme d'ASC. Une évaluation des institutions de formation du personnel de santé, menée par le Ministère de la santé entre mai 2014 et septembre 2014, a montré qu'au rythme actuel de production et de rétention, le Libéria n'atteindrait jamais le nombre minimum d'agents de santé qualifiés nécessaires pour assurer la couverture des services à 85 % de la population³⁰. Pour relever ce défi important, le HWP (qui avait initialement été publié comme une proposition de haut niveau en décembre 2014) visait à répondre aux besoins urgents créés par l'épidémie d'Ebola et à construire durablement un personnel de santé national³⁰. Après une mise en œuvre retardée en raison d'Ebola, le HWP a été officiellement publié en avril 2015 et a établi un plan pour formaliser la création d'un nouveau cadre d'ASC et développer des filières de formation³⁰. Cette politique a intégré un cadre de santé communautaire professionnalisé, qui a verrouillé dans la politique le premier élément du nouveau programme d'ASC.

Le HWP a ensuite été utilisé pour orienter le développement du Plan d'investissement pour la construction d'un système de santé résilient au Libéria 2015-2021. Il reflétait les principales priorités du Gouvernement : en finir avec Ebola au Libéria, rétablir les services de santé et reconstruire un système de santé résilient pour résister aux chocs futurs¹³.

Le Plan d'investissement était complémentaire au Plan national de santé décennal du pays 2011-2021, et mis en œuvre conformément au contexte de ce dernier. En novembre 2014, le processus de révision de ce Plan national de santé a reçu l'approbation conditionnelle du Comité de coordination du secteur de la santé, l'un des mécanismes de coordination des partenaires les plus centralisés au sein du Ministère de la santé¹³. Une fois que la note conceptuelle du Plan d'investissement a reçu l'approbation du Cabinet en janvier 2015, les préparatifs pour une étude

documentaire et des évaluations de terrain pour orienter les priorités en matière d'investissement pour la santé ont immédiatement commencé¹³.

La cartographie a montré que les gCHV ont des rôles importants dans la prestation de services de santé de qualité, y compris : la prise en charge intégrée des cas de diarrhée, de pneumonie et de paludisme ; la promotion de la santé et de l'hygiène ; la mobilisation sociale ; et le soutien des activités des programmes verticaux¹³. Cependant, elle a également montré que le système était en proie à une forte fragmentation et à une mise en œuvre incohérente des projets gCHV qui étaient dirigés par des partenaires avec un soutien minimal des équipes de santé des comtés et des districts. Ces résultats seront utilisés dans la phase de recueil de solutions du cycle de réforme politique.

À la fin du mois de mars 2015, pendant un cours d'un séminaire technique du Ministère de la santé à Gbarnga, dans le comté de Bong, la cartographie a été utilisée pour affiner les domaines d'investissement essentiels avant une réunion nationale de validation des parties prenantes en avril 2015¹³. Les priorités incluses dans le plan d'investissement étaient les suivantes :

1. Développer un personnel de santé, adapté à l'objectif, productif et motivé qui fournit équitablement des services de qualité ;
2. Reconcevoir l'infrastructure sanitaire pour répondre aux besoins de la population ;
3. Renforcer la préparation, la surveillance et la réponse aux épidémies¹³.

De plus, il s'est concentré sur neuf domaines d'investissement prioritaires, dont l'investissement dans le personnel de santé et l'engagement communautaire. La création d'un personnel national de santé communautaire professionnalisé et adapté aux besoins a été considérée comme une solution prioritaire pour fournir un paquet équitable, intégré et uniformisé de services de santé vitaux au sein des communautés³².

Avec cet ajout, le Plan d'investissement différait de la politique et du plan de services de santé communautaire existants en ce qu'il nommait des

agents de santé communautaire (plutôt que des gCHV), ciblait les communautés situées à plus de cinq kilomètres d'un établissement de santé, normalisait un paquet de services et incluait une incitation financière. Le plan d'investissement a posé les bases de la priorisation et de l'investissement dans un programme national plus solide d'agents de santé communautaire. Une coalition de parties prenantes clés a veillé à ce que chacune de ces politiques parallèles et de ces sous-éléments du programme plus large du secteur de la santé soient alignés les uns sur les autres ainsi que sur la vision d'un personnel de santé professionnalisé.



PRIORISATION DU PROBLÈME ET CONSTITUTION DE COALITIONS

PRIORISATION DU PROBLÈME

Le cycle de réforme de la Politique nationale de services de santé communautaire révisée de 2016 a commencé par une priorisation des problèmes. Cependant, la définition du problème avait commencé des années plus tôt, lorsque les lacunes du programme CHV ont été exposées, et qu'Ebola a encore cimenté la nécessité d'une réforme. En avril 2015, un large consensus s'est dégagé parmi les parties prenantes : reconstruire un système de santé résilient qui améliorerait les indicateurs de santé pour tous les libériennes nécessiterait des investissements plus importants dans le personnel de santé communautaire. Si l'idée n'était pas nouvelle (un programme officiel et intégré de volontaires de santé communautaire existait depuis 2008), l'épidémie d'Ebola a mis en lumière les inefficacités et les lacunes du programme existant et souligné la nécessité d'un personnel de santé communautaire rémunéré et correctement supervisé.

Lors d'un cours de la HarvardX and Community Health Academy, le docteur Dahn a exposé le problème clé que la politique nationale de services de santé communautaire révisée visait à résoudre : « La nouvelle politique mettait en fait l'accent sur la couverture d'une lacune. Si vous regardez les lacunes dans les services de santé communautaires du Libéria, 29 % de la population libérienne n'a pas

accès aux services de santé de base (...).

La nouvelle politique cible donc les communautés qui se trouvent à cinq kilomètres ou plus de l'établissement de santé (...) [et il est nécessaire de] réinciter les agents de santé communautaires, les assistants de santé communautaires(...) [et] de superviser correctement l'assistant de santé communautaire »¹⁷.

CONSTITUTION DE COALITIONS

Avec la publication du Plan d'investissement en avril 2015, et en son sein un volet consacré au personnel de santé communautaire, le CHSD a appelé à un Séminaire sur la santé communautaire pour commencer à planifier la révision de la Politique nationale de santé communautaire. Les objectifs du séminaire étaient d'orienter les parties prenantes vers le Plan d'investissement, de valider une feuille de route actualisée sur la santé communautaire, d'identifier les prochaines étapes de la révision de la Politique et du plan de santé communautaire, et de développer un plan d'action de six mois menant au lancement d'un nouveau programme national d'ASC³³. Le CHTWG s'est élargi et le Ministère de la santé a mobilisé une coalition d'acteurs plus large et diversifiée, l'adhésion étant ouverte à tous les partenaires du développement et à diverses divisions du Ministère de la santé³³. En mai 2015, il y avait un mandat clair pour une nouvelle politique d'ASC avec le soutien des partenaires et de nombreux champions mondiaux, dont l'ancien Président américain, Bill Clinton.

En préparation du séminaire, le CHTWG s'est divisé en sous-groupes pour revoir la feuille de route de la santé communautaire qui avait été créée en 2013. Au départ, sept sous-groupes ont été formés : prestation de services, recrutement et rémunération, formation, supervision, engagement communautaire, systèmes d'information de gestion de la santé communautaire, surveillance, suivi et évaluation, et gestion de la chaîne d'approvisionnement³³. Après la révision et la mise à jour du paquet de prestations de services, ce sous-groupe a été dissous et les sous-groupes de formation et de supervision ont été combinés. Il ne restait que cinq sous-groupes (voir la figure 2), qui allaient jouer un rôle clé dans la conception de la politique et du programme. En juin 2015, des termes de référence (TdR) formels et des mécanismes de coordination ont été créés pour chaque sous-groupe afin de garantir que la conception de la politique soit coordonnée et intégrée parmi les groupes verticaux.

Tout au long de l'année 2015, les parties prenantes se sont réunies au cours de plusieurs Groupes de travail techniques (GTT) et d'ateliers de politiques pour discuter des principaux domaines prioritaires de la politique. Avec de nombreux partenaires du développement et divisions verticales du Ministère de la santé impliqués dans ces discussions de conception, les parties prenantes avaient souvent des agendas et des intérêts divergents, ce qui a parfois donné lieu à des négociations informelles en dehors des réunions. Un exemple de cette situation concerne la rémunération des agents

FIGURE 2 : Sous-groupes du séminaire sur la santé communautaire³³



de santé communautaires. Plusieurs partenaires du développement avaient des projets de santé communautaire existants qui étaient alignés sur la politique actuelle de non-salariat des gCHV. Un changement de politique aurait perturbé ces projets et portefeuilles, auxquels étaient déjà associés des dépenses et des budgets. Le soutien à la réforme dépendait souvent des priorités du partenaire, de son degré d'influence (généralement lié au financement) et de la source de financement. Pour créer une coalition large et diversifiée, le Ministère de la santé a dû naviguer dans ces politiques et questions complexes pour aligner les dépenses en cours, les nouveaux financements et les documents de politique normative. Un autre facteur de la dynamique de la coalition était l'attente d'un financement de la Banque mondiale pour la mise en œuvre de la politique. Cet investissement potentiel a persuadé les parties prenantes de s'engager dans le processus de réforme pour s'assurer que leurs besoins étaient inclus dans le budget de la Banque mondiale. L'investissement a donné au Gouvernement du Libéria un pouvoir discrétionnaire substantiel sur la façon dont les fonds pourraient être dépensés, ce qui a encouragé les dirigeants gouvernementaux, tels que le docteur Dahn et M. Tamba Boima, à obtenir l'alignement des partenaires institutionnels. À bien des égards, cette phase du cycle de réforme était également un processus politique, où les négociations et échanges sur les choix de conception se déroulaient en coulisses et par le biais de l'établissement de relations.

Pour que la politique réussisse, d'autres divisions verticales du Ministère devaient participer à sa conception et s'investir dans sa réussite. Les champions gouvernementaux ont utilisé les structures de gouvernance existantes au sein du Ministère pour favoriser les compromis et rapprocher les priorités des différentes divisions afin de rassembler un soutien plus large à la santé communautaire. Par exemple, le Ministère de l'éducation s'est engagé dans les domaines de la formation, l'Agence de la fonction publique a apporté sa contribution au recrutement et à la rémunération, et le Ministère des finances et de la planification du développement a participé aux efforts de mobilisation des ressources³². D'autres

parties prenantes du Gouvernement, telles que l'Unité d'exécution du Président, se sont également investies dans la mise en œuvre opportune de l'exécution de la politique et du programme. La coalition formée au cours de l'année 2015 a défini une vision de l'extension des services aux communautés éloignées et rurales, et a élaboré un plan d'action pour la coordination nationale.



RECUEIL DE SOLUTIONS

En mai 2015, la CHSD a organisé son premier séminaire avec des représentants de 14 départements ministériels, 13 des 15 représentants des équipes de santé des comtés et plus de 30 organisations partenaires. L'objectif était de convenir d'une vision et d'une feuille de route pour renforcer la santé communautaire³³. Au cours des mois précédant ce séminaire, chaque sous-groupe a rassemblé des ressources rédigées par le Ministère de la santé, les partenaires et d'autres organismes pertinents (par exemple, des rapports, manuels, directives et outils, etc.), et ils ont examiné les meilleures pratiques mondiales en matière de santé communautaire³³. Ils ont compilé les résultats pour orienter les discussions au cours du séminaire et ont travaillé pour identifier les blocages au niveau des systèmes et les mesures d'atténuation pour assurer l'efficacité de la politique³³. Ce séminaire a permis aux sous-groupes de partager ces plans fondés sur des données probantes et de valider les livrables, tels qu'une version actualisée de la feuille de route de la santé communautaire, un paquet de prestations de services, des critères de recrutement et des termes de référence pour les cadres du personnel de santé communautaire³⁴.

Le séminaire a également offert un espace d'apprentissage inter-organisationnel et externe. L'UNICEF a présenté les enseignements tirés des programmes d'ASC dans d'autres pays, avec des réflexions pour la conception du programme du Libéria³³. Les partenaires ont également présenté les expériences de différentes régions du Libéria. La retraite a réussi à susciter une large adhésion à un cadre national professionnalisé d'ASC formés, supervisés et bénéficiant d'incitations³³. Alors que la conception de la politique prendra encore plusieurs mois pour prendre forme, le séminaire

consacré à la CHSD a été une étape clé dans le recueil de solutions et le développement d'un ensemble de priorités partagées pour la réforme de la politique.

La coalition a quitté le séminaire avec deux objectifs audacieux. Avec une vision commune d'un programme professionnel d'ASC dirigé par le Gouvernement dans les zones rurales éloignées, le premier objectif était de réviser la Stratégie et le plan de services de santé communautaire existants avant la fin de 2015. Le second était de lancer le nouveau programme CHW en janvier 2016 (repoussé ensuite à juillet 2016). Afin d'atteindre ces objectifs, les participantes au séminaire ont revu la feuille de route de la santé communautaire et créé un plan d'action de six mois pour faciliter le processus menant à la révision des politiques et orienter les préparatifs du lancement du programme³⁴.

La Feuille de route a permis de dégager six objectifs stratégiques et des activités pertinentes dans les domaines suivants :

- Renforcement des capacités communautaires
- Uniformisation des paquets essentiels de services
- Systèmes de soutien pour la mise en œuvre
- Formation pour les agents de santé
- Surveillance à assise communautaire
- Engagement communautaire
- Système de suivi, d'évaluation et d'informations³⁴

La Feuille de route établissait les prochaines étapes de la révision de la politique, qui comprenaient une évaluation de la situation du personnel de santé communautaire, une évaluation de référence de la capacité du Gouvernement à soutenir la politique, une évaluation de la répartition actuelle des superviseurs des services de santé communautaire (CHSS) et un examen des questions clés à inclure dans la politique révisée³⁴.

Au cours des six mois qui ont suivi le séminaire, les sous-groupes chargés de la conception des programmes et des politiques de santé communautaire ont été chargés de diriger les activités prévues dans le plan d'action semestriel

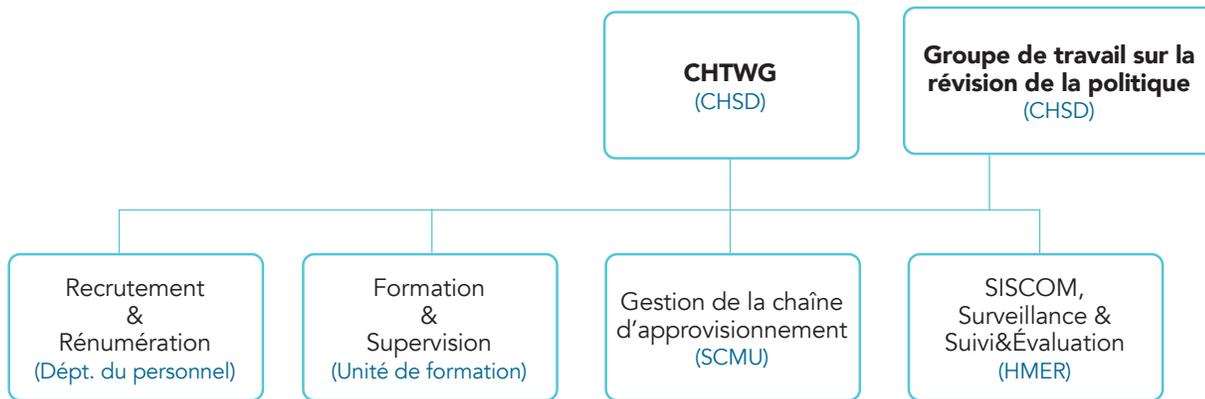
Les principales mesures du plan d'actions semestriel comprenaient :

- Réalisation d'une évaluation de référence de la répartition actuelle du personnel de santé communautaire et des infrastructures afin de déterminer les priorités et actions nécessaires à la mise en œuvre de la nouvelle politique.
- Recrutement d'un spécialiste pour aider la CHSD à conduire l'élaboration et la révision du programme d'études pour tous les cadres communautaires et à normaliser le programme d'études, les outils de travail et de supervision.
- S'assurer que les TdR de tous les cadres sont uniformisés et complémentaires, et élaborer des critères de recrutement.
- Revoir les listes de produits et les procédures opérationnelles standards (POS) pour la chaîne d'approvisionnement.
- Revoir le système de suivi et d'évaluation du Programme de personnels de santé communautaire afin de garantir un ensemble commun d'indicateurs.
- Revoir et finaliser les systèmes d'information communautaires (SISCOM) et les outils de reportage, et veiller à ce que des modules de formation pour les SISCOM soient créés et intégrés à la formation.
- Explorer les moyens d'accroître la rétention et la motivation des ASC, y compris les stratégies monétaires et non monétaires, et favoriser l'apprentissage continu et le développement des compétences.
- Intégrer une stratégie nationale d'engagement communautaire³⁵.

de la Feuille de route de la santé communautaire. Les solutions ont continué à être recueillies et débattues dans les sous-groupes et les Groupes de travail technique sur la santé communautaire (voir la figure 3).

L'utilisation de preuves et données locales issues de programmes pilotes à travers le Libéria, tels que les programmes CHV existants dans les comtés soutenus par USAID et l'UNICEF, a été essentielle dans la conception de la politique. USAID et l'IRC avaient conclu un nouveau partenariat pour

FIGURE 3 : Sous-groupes chargés de la conception du programme et de la politique de santé communautaire³³



mettre en œuvre le programme *Partnership for Advancing Community-based Services* (PACS)³⁶. Les objectifs de ce projet étaient d'élargir la capacité du Ministère de la santé, des CHT, des ONG et des organisations de la société civile dans les comtés de Bong, Lofa et Nimba (avec Margibi, Montserrado et Grand Bassa ajoutés après Ebola pour une période limitée) à gérer les services communautaires, augmentant ainsi la disponibilité de services de santé communautaires pérennes et de qualité. Avant la révision de la politique, le programme PACS soutenait les gCHV conformément à la politique de 2011 sur les services de santé communautaire et comportait des activités telles que la formation à la PCIME, l'engagement des organisations de la société civile pour renforcer les liens entre communautés et établissements de santé, et l'assistance technique aux unités du Ministère de la santé et aux CHT³⁶. Les preuves et les solutions recueillies dans le cadre de ce projet ont posé les bases d'un modèle répliquable à l'échelle du pays pour faire participer la communauté dans diverses composantes de la conception du programme, telles que le programme de formation ou la structure de gouvernance communautaire.

D'autres sites de démonstration où les solutions ont été recueillies comprennent le site pilote du programme de santé communautaire de LMH à Konobo, fondé sur les piliers du recrutement, de la formation, de l'équipement, de la supervision et de la rémunération. De plus, des solutions ont été recueillies sur le site plus récent de LMH à Rivercess

qui a piloté l'intégration du programme dans les systèmes du gouvernement local. Le personnel de l'équipe de santé du comté de Rivercess a participé à un atelier de deux jours au cours de l'été 2015, où il s'est renseigné sur le nouveau modèle de santé communautaire proposé et a conçu un processus de mise en œuvre conjointe du modèle dans le comté de Rivercess pour tester l'intégration du programme dans les systèmes gouvernementaux. Pendant cette période, les équipes de santé du comté ont joué un rôle important dans le plaidoyer infranational et ont permis à Rivercess de devenir un modèle pour les opérations de programmes à l'échelle.

Les preuves ont été exploitées pour prendre des décisions voulues sur des sujets tels que la supervision ou les ratios nécessaires dans les zones desservies. Pendant les Groupes de travail techniques dirigés par le Ministère de la santé, ces solutions fondées sur des données probantes et les meilleures pratiques ont été présentées, débattues et évaluées en termes de faisabilité et de soutien politique. Lors de l'évaluation de ces solutions, les partisans ou les adversaires des décisions politiques ont exprimé leur opinion. Parfois, le Ministère de la santé et ses partenaires ont dû déployer différentes stratégies d'engagement pour le plaidoyer, y compris des engagements directs, en tête-à-tête, et des réunions informelles distinctes avec les parties prenantes en dehors des groupes de travail techniques hebdomadaires. En fin de compte, le Ministère de la santé a eu le dernier mot sur les solutions à intégrer dans la conception des politiques.

CONCEPTION

Pendant le séminaire de la CHSD, un Groupe de travail sur la révision de la politique a été créé pour diriger le processus de révision. Il était présidé par la CHSD, avec le soutien de LMH et de l'UNICEF. Le groupe de travail s'est servi de la feuille de route comme d'un guide pour l'ensemble des livrables et des éléments clés du programme qui devaient être élaborés. L'ancienne politique de services de santé communautaire et d'autres politiques récentes du secteur de la santé, telles que le programme de personnel de santé et le plan d'investissement, ont servi de base à la rédaction de la politique révisée.

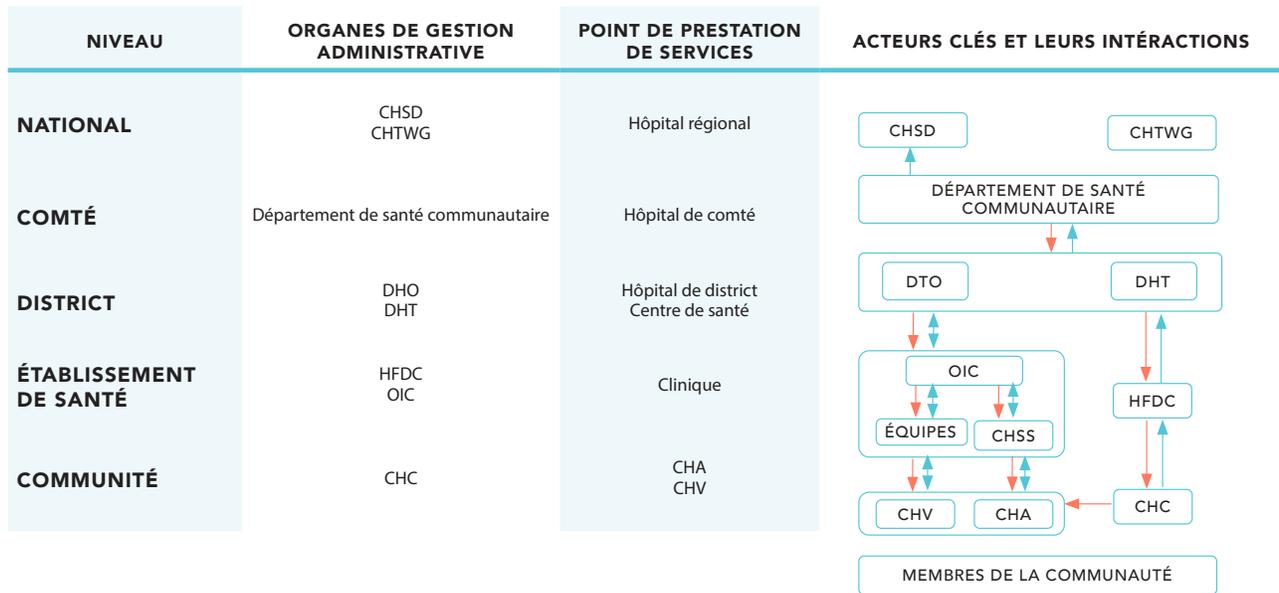
Les sous-groupes de santé communautaire étaient censés se réunir au moins deux fois par mois et fournir des rapports d'étape mensuels aux réunions plus larges du CHTWG (voir l'annexe 1 pour plus d'informations sur les contributions des sous-groupes à la conception de la politique). Cependant, la capacité et le niveau d'adhésion à la politique au sein de ces sous-groupes et entre eux différaient considérablement. Certains sous-groupes ont dû débattre de certaines questions pendant des mois, car les avis des parties prenantes sur la conception étaient souvent contradictoires et inflexibles. Les partenaires et les divisions du Ministère de la santé ont plaidé pour que des éléments particuliers soient ajoutés à la politique, tant au sein des sous-groupes que par le biais de canaux informels. En fin de compte, la CHSD et le Ministre adjoint des services préventifs ont eu le dernier mot sur ce qui serait inclus. Le docteur Dahn, que la Présidente avait chargé d'être le porte-parole de la politique et de rendre compte du lancement du programme, a également supervisé les choix de conception.

Les caractéristiques de conception intégrées dans la Politique des services de santé communautaires révisée sont les suivantes :

- Un nouveau cadre d'assistants de santé communautaire (CHA) rémunérés ;
- Un paquet de prestations de services uniformisé ;
- L'intégration au système de santé formel (voir la figure 4 pour la structure du système de santé dans le cadre de la nouvelle politique) ;
- Une supervision structurée avec des CHSS établis ;
- Des normes mandatées par le Gouvernement concernant le développement des compétences, la rémunération, la collecte et l'utilisation des données, la chaîne d'approvisionnement et l'allocation des ressources.

En septembre 2015, une première version de la politique a été remise au Dr Dahn pour examen. Le plan stratégique des services de santé communautaire a commencé à être rédigé en octobre et, fin novembre 2015, la politique et le plan stratégique étaient prêts à être remis aux partenaires pour révision avant validation. En décembre, une réunion de validation de la politique a eu lieu à Ganta, dans le comté de Nimba. Dans les semaines qui ont suivi, la coalition s'est efforcée d'intégrer les commentaires et les révisions issus de cette réunion.

La politique et le plan national des services de santé communautaires révisés ont été validés et approuvés par les hauts responsables du Ministère de la santé et le Cabinet du Président en février 2016.

FIGURE 4: Structure du système de santé⁷⁵

* INCLUT ÉGALEMENT DES REPRÉSENTANTS D'ONG, D'ACTEURS GOUVERNEMENTAUX LOCAUX, DES DIVISIONS LOCALES DU MSAHRN ET DU MPFEF, DE LA SOCIÉTÉ CIVILE, AINSI QUE D'AUTRES PARTENAIRES FINANCIERS ET TECHNIQUES.

Supervision →
Flux de données recueillies à l'échelle communautaire →

POINTS FORTS DE LA CONCEPTION

REMUNERATION

Lors de la révision de la politique, la rémunération des agents de santé communautaires a été un sujet de controverse. En effet, les parties prenantes n'étaient pas d'accord sur la question de savoir si les ASC devaient être payés et, si oui, à quelle hauteur. En 2014 et 2015, de nombreuses grèves ont été initiées à l'appel de travailleurs de la santé parce qu'ils n'étaient pas payés à temps, qu'ils n'avaient pas droit à une prime de risque et qu'ils ne bénéficiaient pas d'avantages sociaux³⁷. Un grave manque de ressources gouvernementales disponibles a eu des répercussions majeures sur le personnel de santé pendant cette période, ce qui a influencé les discussions sur la rémunération. Certaines parties prenantes ont plaidé pour que les ASC soient des travailleurs à temps plein inscrit au budget du Gouvernement et qu'ils soient payés au moins au salaire minimum fixé pour les agents publics. En revanche, d'autres étaient favorables à ce que les ASC restent des bénévoles non rémunérés.

En 2015, il y avait un soutien relativement large du Gouvernement et des partenaires pour payer les ASC. Toutefois, il était clair dès le début des discussions qu'ils ne seraient pas payés par le Gouvernement en raison des préoccupations en matière de financement et de pérennité. En définitive, les responsables du Ministère de la santé ont décidé que les ASC seraient des travailleurs à temps partiel et, par conséquent, ne seraient pas appelés « agents de santé communautaires » car ils ne seraient pas des agents publics/fonctionnaires. Les membres du Cabinet, tels que le Ministre du travail, ont estimé que le terme « agent » évoquait un statut à temps plein et qu'ils devraient alors bénéficier d'une pension, d'une sécurité sociale et d'autres avantages garantis. Le docteur Dahn et ses partenaires ont proposé le terme de de santé communautaire (Community Health Assistant or CHA), finalement accepté par le Cabinet, parce qu'il était utilisé dans d'autres pays, était

reconnaisable et impliquait un rôle dans le système de santé qui allait au-delà du bénévolat. Les CHA devaient être payés 70 dollars par mois pour une semaine de travail de 20 heures, tandis que les CHSS devaient être payés entre 225 et 313 dollars par mois, les superviseurs dans les comtés particulièrement éloignés étant payés à l'extrémité supérieure de l'échelle.

APPROCHE EN MATIÈRE DE SUPERVISION

La supervision était un autre sujet de discorde, certaines parties prenantes préconisant deux types de superviseurs : l'un pour le mentorat clinique et les soins aux patientes, et l'autre pour le soutien non clinique et opérationnel, l'engagement communautaire, les référencement et l'amélioration de la qualité, ce qui permettrait de réduire la charge sur l'emploi du temps des CHSS. Cette approche de supervision a été testée dans le programme d'ASC soutenu par LMH à Konobo. Là, chaque ASC pouvait compter à la fois sur un superviseur clinique et sur un superviseur pair, appelé ASC leader.

En raison de inquiétudes concernant la pérennité des coûts du personnel et des difficultés à rendre opérationnelle la création de deux cadres supplémentaires, le Ministère de la santé a finalement choisi de limiter la supervision aux CHSS cliniques, qui seraient également responsables du soutien opérationnel et de l'amélioration de la qualité. La politique définit le rôle du CHSS comme étant axé sur l'expertise clinique et le mentorat, le réapprovisionnement en fournitures et la supervision d'un maximum de 10 ASC, avec 80 % de leur temps de travail passé dans la communauté.

COMPÉTENCES ET FORMATION

Le paquet des prestations de services et les composantes de la formation ont été une autre décision intégrale prise lors de la phase de conception de la politique. Dans la politique révisée, le paquet des services communautaires comprend : la surveillance des incidents pour les maladies infectieuses ; les soins de santé reproductive, maternelle et néonatale ; la promotion de la santé ; la distribution de produits de planification familiale ; la prise en charge intégrée des cas de diarrhée, de paludisme et d'infection respiratoire aiguë chez les enfants de moins de cinq ans ; le dépistage de la malnutrition ; et des services spéciaux tels que le soutien aux patientes vivant avec le VIH et la tuberculose⁸. Certaines parties prenantes voulaient inclure des services supplémentaires (comme l'administration de tests de grossesse, la prise de la tension artérielle et la fourniture de chlorhexidine). Il y avait également une forte opposition à ce que les CHA puissent administrer des injections. La coalition a finalement décidé de commencer par un paquet de services de santé essentiels pour lesquels tous les CHA seraient formés à dispenser et qui contribueraient à réduire la morbidité et la mortalité. Elle a décidé d'utiliser la première phase de la politique pour évaluer la capacité des CHA à fournir ces services essentiels avant d'en ajouter d'autres supplémentaires.

La formation des CHA comprenait une formation préalable et quatre modules en présentiel d'une durée d'environ deux semaines chacun. Après chaque formation, les CHA retournaient dans leur communauté pendant quatre à huit semaines pour s'exercer avec une supervision de soutien et devaient ensuite passer un test post-formation avant de passer au module suivant. Une fois la formation terminée, les CHA sont censés faire l'objet d'une supervision clinique au moins mensuelle ; et les formations en cours d'emploi et la formation de remise à niveau sont prévues si nécessaire, en fonction des résultats des visites de supervision sur le terrain¹⁴. Certaines parties prenantes souhaitaient que la formation soit plus longue et d'autres voulaient une formation complète, plutôt qu'une approche modulaire, pour des raisons de capacité logistique et financière.

Les partisans de la formation modulaire ont cité la formation pratique comme un élément essentiel pour mémoriser les informations et développer les compétences.

Les CHSS recevraient également une formation de quatre semaines portant sur le paquet des services fournis par le CHA. Leur programme de formation comprend également une formation pratique sur la supervision de soutien, le mentorat clinique, le coaching et le soutien au référencement des patientes⁸.

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

Aperçu de l'investissement pour l'ICH

Financé par USAID et l'UNICEF, le programme pour l'intégration de la santé communautaire (ICH) a aligné les ressources sur les priorités de réforme nationales dans sept pays. L'objectif était de soutenir les parties prenantes travaillant en collaboration avec les Ministères de la santé pour renforcer le rôle de la santé communautaire dans la réduction des obstacles à la couverture sanitaire. Au Libéria, l'investissement pour l'ICH a été accordé à Last Mile Health (LMH), partenaire technique, en 2016 par le biais du projet Soutien aux agents de santé communautaires pour faire progresser les moyens de subsistance des libériennes (*Community Health Worker Support for Advancing Liberian Livelihoods* ou CHWS pour TOUS).

L'objectif du projet CHWS pour TOUS était de renforcer les capacités du Ministère de la santé et d'autres acteurs de la santé communautaire à superviser la mise à l'échelle d'un programme national de haute qualité d'assistants de santé communautaire (*National Community Health Assistant Program* ou NCHAP).

Les principaux objectifs de l'investissement étaient:

- Établir l'environnement et la préparation opérationnelle du programme aux niveaux central et des comtés pour le lancement du NCHAP ;
- Soutenir le Ministère de la santé pour institutionnaliser le NCHAP ;
- Garantir l'apprentissage continu et

l'amélioration de la qualité pour la mise en œuvre et la responsabilité du NCHAP.

Il s'agissait d'un investissement holistique ciblant à la fois l'échelon national et infranational pour construire les éléments intégrés et fondamentaux du programme. L'investissement a été conçu pour se concentrer sur le développement de processus solides afin d'assurer la qualité et la pérennité du NCHAP à travers :

- Gouvernance et capacité de contrôle
- Mécanismes de responsabilisation et de feedback
- Cadres d'apprentissage et de suivi continus
- Stratégies de mobilisation des ressources

Il s'est également concentré sur les domaines du financement de la santé, du plaidoyer, de la mise en œuvre et de la gestion, des données et des statistiques de qualité, et de la gestion des performances.

Après la signature du NCHAP en avril 2016, le Ministère de la santé a officiellement lancé le programme en juillet 2016. Le projet CHWS pour TOUS a commencé juste un mois avant, en juin 2016, et s'est achevé en janvier 2019. Au cours de la période d'investissement, le projet CHWS pour TOUS a soutenu le Ministère de la santé et ses partenaires pour déployer, mettre en œuvre et étendre le NCHAP. Parmi les principales réalisations du projet, on peut citer le soutien apporté pour : améliorer la gestion adaptative grâce à la refonte des réunions trimestrielles de suivi des services de santé communautaire (QRM) ; développer et maintenir le financement de la santé et les outils de plaidoyer ; renforcer les structures de coordination et de gouvernance ; déployer le système d'information communautaire (SISCOM) dans tout

le pays ; renforcer les compétences en matière de leadership et de gestion des performances (voir l'annexe 2 pour plus d'informations sur les principales réussites).

Malgré les réalisations du projet CHWS pour TOUS, d'importants enseignements ont été tirés et des recommandations ont été formulées pour la future gouvernance du NCHAP. Un défi important a été le financement pérenne des activités du projet. Le NCHAP est encore largement soutenu par les bailleurs de fonds, avec un financement interne limité de la part du Gouvernement, et aucune source de financement durable sur le long terme. Il y avait également différents niveaux d'investissement au niveau infranational. En outre, lors du déploiement du NCHAP, le Ministère de la santé a donné la priorité à la rapidité, ce qui a entraîné des problèmes de qualité dans l'opérationnalisation de la politique. Enfin, des leçons importantes ont été tirées du déploiement du SISCOM en ce qui concerne la qualité et la collecte des données. Des incohérences ont été constatées dans les régions, avec des difficultés d'accès aux données dues à la faiblesse des services Internet, au manque de connaissances sur la manière d'utiliser et d'accéder au système national de gestion de l'information sanitaire (DHIS2), et à différents niveaux d'adhésion au programme.

Dans l'ensemble, cet investissement a fourni au Ministère de la santé libérien les ressources nécessaires pour faire avancer sa stratégie de mise en place d'un programme de santé communautaire intégré grâce à l'institutionnalisation de la politique nationale révisée des services de santé communautaire.

Des stratégies et étapes de réformes plus vastes

Comme exposé dans les paragraphes ci-dessus, entre 2013 et 2015, la création de la Politique révisée des services de santé communautaires a suivi la première moitié du cycle de réforme. Les thèmes relatifs au financement de la santé, du plaidoyer infranational, du recueil de solutions techniques et de l'autorisation des parties prenantes de haut niveau ont été tissés tout au

long du processus de conception de la politique. La coalition de fonctionnaires et de parties prenantes du Ministère de la santé a maintenu son élan en établissant des relations et en instaurant la confiance, en s'adaptant aux phases de la réforme et en modifiant la structure de la coalition pour qu'elle évolue avec le programme. La coalition, avec le Ministère de la santé aux commandes, s'est adaptée dans la conception des systèmes et des outils au suivi des activités de lancement et du déploiement du programme, en passant par la création de structures de gouvernance essentielles au programme.

Si, jusqu'à présent, la réforme politique du Libéria a été en grande partie linéaire dans la manière dont elle a traversé les phases du cycle de réforme, les phases suivantes de la réforme, particulièrement la conception, la mobilisation et le lancement du programme, se sont souvent chevauchées et se sont déroulées en parallèle. Cette trajectoire illustre la complexité et l'interconnexion du processus de réforme.



CONCEPTION DE LA POLITIQUE ET DU PROGRAMME

Le Libéria a franchi une étape majeure en 2016 avec la finalisation de la Politique nationale révisée de santé communautaire et la création officielle du NCHAP. Cela a marqué une transition critique entre la conception de la politique et celle du programme. La coalition a déplacé son attention de la construction d'un soutien et de la génération d'un consensus pour la politique vers le développement de composantes clés du programme, telles que les programmes de formation, les systèmes de supervision et d'information, les exigences liées au recrutement et aux ressources humaines, les processus de la chaîne d'approvisionnement, et une estimation complète des coûts du programme pour guider la mobilisation des ressources. Le CHTWG a rétabli un ensemble de sous-groupes pour aider à conduire ce processus de conception détaillé, tout en gardant comme priorité l'harmonisation des systèmes historiquement fragmentés. Ces sous-groupes comprennent la formation et la supervision, le système d'information sanitaire (SISCOM), la

chaîne d'approvisionnement et les ressources humaines pour la santé (voir l'annexe 1 pour plus d'informations sur les sous-groupes).

Entre juin et décembre 2015, deux flux de travail simultanés ont eu lieu : la révision de la politique et la conception du programme. Alors que le groupe de travail sur la révision de la politique dirigeait la coalition dans la révision de la politique et l'élaboration du plan stratégique, les sous-groupes du CHTWG dirigeaient la conception de leurs composantes de programme respectives.

Pendant ce temps, les sous-groupes ont commencé à identifier les décisions programmatiques nécessaires qu'ils devraient prendre pour chaque domaine thématique de la politique. Ils ont également commencé à identifier les procédures opérationnelles standard (POS), les formulaires de collecte de données, le programme d'études et les termes de référence (TdR) qui devraient être élaborés pour l'ensemble du programme.

À la fin de l'année 2015, des progrès significatifs avaient été réalisés en matière de conception du programme. Les sous-groupes avaient créé des TdR pour les CHA et les CHSS et avaient rédigé des POS pour le flux de données et la gestion de l'approvisionnement communautaire. En outre, de nombreux sous-groupes avaient des plans de travail pour poursuivre les progrès en 2016. Cependant, en novembre 2015, en raison de priorités concurrentes, plusieurs des groupes ont cessé de se réunir chaque semaine et certaines des parties prenantes se sont inquiétées du fait que le programme n'était pas sur la bonne voie pour être lancé à temps.

REPRENDRE LA COALITION (JANVIER-MARS 2016)

Au cours des premiers mois de 2016, les progrès dans certains domaines de la conception du programme ont marqué le pas. Alors que la validation de la politique institutionnalisait les choix de conception clés et réduisait l'espace décisionnel, il y avait encore des domaines qui avaient été laissés vagues dans la politique. Ces éléments de programme non résolus ont souvent créé des obstacles et mis en évidence les dynamiques politiques qui existaient au sein de la coalition. Les

défis rencontrés au cours des premières étapes de la conception du programme, notamment en ce qui concerne l'élaboration du programme d'études, ont incité la coalition à se réunir et à se restructurer en groupes de révision et en un comité directeur.

Les parties prenantes avaient des points de vue divergents sur la manière de structurer le processus d'élaboration des programmes d'enseignement pour les CHA, les CHSS et les formateurs. Les étapes initiales du développement du programme d'études comprenaient une réunion des parties prenantes afin de définir les processus de création du programme de formation et un accord pour que le CHSD et l'Unité de formation rédigent le contenu initial. Cependant, étant donné la fragmentation du système au Libéria, il existait plusieurs programmes de formation pour les CHV déjà utilisés dans le pays. Certaines parties prenantes n'étaient pas d'accord avec le processus qui commençait à se développer, qui créait un nouveau contenu substantiel et qui était isolé à un petit groupe de parties prenantes. Ils s'attendaient à ce que les programmes existants soient davantage utilisés, et que toute modification soit documentée et approuvée par le Ministère. Lors d'une courte session d'examen du projet de programme d'étude des CHA en mars 2016, les représentants du Ministère de la santé et les parties prenantes ont réalisé qu'il était nécessaire qu'ils aient un engagement et une représentation plus actifs dans les étapes intermédiaires du développement du programme de formation.

Au cours de cette réunion, il a été décidé que le sous-groupe Formation et supervision serait réactivé, que des groupes de révision thématiques seraient créés, qu'un comité directeur serait mis en place pour gérer le processus et qu'un consultant en pédagogie serait recruté pour fournir des conseils techniques supplémentaires pour la révision du programme d'étude (voir le tableau 2).

Les groupes de révision nouvellement formés étaient chargés d'examiner, de réviser et de valider en interne les sous-composants du programme de formation des CHA dans leurs domaines techniques respectifs. Afin de concevoir le contenu de la formation, ces groupes de révision ont également fini par délibérer sur les choix de conception

TABLEAU 2 : Termes de référence pour la finalisation du programme de formation

	DIVISIONS/UNITÉS/PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	PARTENAIRES
Module 1 : Surveillance des incidents à base communautaire (CEBS) / Surveillance communautaire	Unité chargée de la prévention et du contrôle des maladies (DPC ; sera intégrée au sein de l'Institut de Santé Publique)	Partenaire(s) chef(s) de file : IOM, LMH
Module 1 & Transversal : Promotion de la santé / Éducation / Engagement communautaire grâce à l'éducation par l'écoute (ETL) / Eau, Assainissement et Hygiène pour tous (WASH)	Division de la promotion de la santé au plan national Division de l'environnement et de la médecine du travail	Partenaire(s) chef(s) de file : PACS (PSI), UNICEF
Module 2 : Planification familiale / Santé maternelle et infantile	Division chargée de la santé familiale	Partenaire(s) chef(s) de file : UNICEF, LMH
Module 1 & Module 3 : Vaccinations, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	Programme national de lutte contre le paludisme (NMCP) ; Programme élargi de vaccination (PEV) ; Unité chargée de la nutrition	Partenaire(s) chef(s) de file : UNICEF, PACS (IRC)
Module 4 : VIH, TB, Lèpre, Santé mentale, Premiers secours	Programme national de lutte contre le VIH/SIDA (NACP) ; Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre (NLTCP) ; Unité de lutte contre les maladies tropicales négligées (NTD) ; Unité de santé mentale.	Partenaire(s) chef(s) de file : PIH
Transversal : Système d'information communautaire (SISCOM)	Unité de suivi-évaluation et de recherche sanitaire (HMER)	Partenaires : PACS (IRC), UNICEF, PIH, LMH, CHAI, Medical teams International (MTI), Plan International, Samaritans Purse, USAID, OMS
Transversal : Chaîne d'approvisionnement de la santé communautaire	Unité chargée de la chaîne d'approvisionnement	Partenaires : DELIVER, UNICEF
Transversal : Conception graphique et aide-mémoires	Comité chargé du développement de documentations (MMD)	Partenaires : LMH, PIH, IRC

et créer des systèmes lorsque cela s'avérait nécessaire. Il y avait également des groupes de révision transversaux qui servaient de ressource de consultation pour chaque groupe de révision technique afin de répondre à toute préoccupation découlant d'une révision technique. Ces groupes de révision ont fourni des conseils sur la conformité avec les produits et processus d'autres groupes de travail externes⁴⁰.

Bien que ces groupes transversaux n'aient pas été

directement responsables du développement du programme d'études, ils ont soutenu la conception des systèmes.

En outre, un **comité directeur** a été mis en place pour diffuser la prise décisionnelle et orienter le modèle vers un groupe central de décideurs. Il était composé du consultant en pédagogie, du CHSD, du responsable de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et de représentants de l'Unité de formation, de l'USAID, de l'UNICEF,

du PACS, de l’OMS, du PIH et de LMH. Le comité était chargé de consolider le travail effectué par les groupes de révision, d’examiner le programme d’étude et les outils correspondants, et de partager le contenu technique pertinent avec les groupes de révision appropriés pour qu’ils apportent leur contribution. Le comité directeur a également assuré la cohérence et l’intégration des outils et du contenu produits par chaque groupe. Le comité directeur a fourni la structure nécessaire pour instaurer la confiance et l’harmonisation entre les principales parties prenantes. La décision de réunir à nouveau la coalition et de mettre en place des processus pour gérer l’engagement plus large du Ministère de la santé et des partenaires ainsi que la validation interne a complètement changé la façon dont le programme d’étude et le programme dans son ensemble étaient conçus.

En mars 2016, la Présidente Sirleaf a annoncé son intention de soutenir le programme des CHA comme l’un de ses projets fer de lance et a demandé au Ministère de la santé de déployer 2 000 CHA d’ici la fin de son mandat. Suite à cette annonce, l’Unité de prestation de la Présidente a désigné des représentants pour suivre l’évolution de la conception et du lancement du programme. Cela a renforcé la pression sur la coalition pour préparer le lancement du programme, qui devait être annoncé dans quelques mois seulement.

CONCEPTION EN COURS DU PROGRAMME (AVRIL-OCTOBRE 2016)

Avec la réactivation des sous-groupes en mars 2016, le processus de conception détaillée a continué avec un sens renouvelé de la structure et de la direction. L’engagement des parties prenantes a été repensé et le processus de programme d’étude a été relancé. La coalition a commencé à rédiger un guide de mise en œuvre et un plan opérationnel. Au cours des mois qui ont précédé le lancement officiel du programme en juillet 2016, les sous-groupes se sont réunis, ont rédigé le programme d’études, les outils et les procédures opérationnelles standards (POS), ont examiné les contributions et ont organisé des sessions de validation internes lorsque les résultats étaient prêts. Le comité directeur a pris les décisions clés,

avant de les transmettre aux sous-groupes pour intégration. En s’appuyant sur des programmes nationaux, tels que les investissements existants de l’USAID pour les CHV, les projets de l’IRC et le programme pilote des ASC de Rivercess, la coalition s’est inspirée de ses expériences au Libéria et dans d’autres pays pour concevoir les principes de mise en œuvre d’un programme fonctionnant à grande échelle.

À l’origine, l’objectif était de commencer le déploiement du programme par l’annonce du programme en juillet 2016, mais à ce moment-là, il y avait encore des lacunes dans le programme et de nombreux flux de travail se déroulant en même temps. Même après le lancement officiel du programme en juillet, plusieurs composantes étaient encore en cours d’examen et la conception s’est poursuivie au sein des sous-groupes et de la coalition plus large des parties prenantes. Étant donné que le processus était itératif, que de nombreuses parties prenantes fournissaient des suggestions et que des obstacles étaient inévitablement rencontrés en cours de route, la conception du programme a pris beaucoup plus de temps que prévu.

L’événement qui a marqué le début du déploiement du programme a été la formation des formateurs en août 2016. Toutefois, à l’époque, les programmes d’études des CHA et des CHSS n’avaient pas encore été validés. Au cours des mois suivants, les groupes de révision et le comité directeur ont continué à faire des progrès significatifs dans l’examen, la révision et l’itération de la multitude de processus, de formulaires, de POS, de programmes d’études et d’autres éléments nécessaires à la mise en œuvre du programme.

Le CHSD a tenu un séminaire en octobre 2016 avec pour objectifs de valider le programme d’études des CHA et des CHSS et d’établir les engagements du Ministère de la santé et des partenaires envers les jalons du programme NCHA, qui ont cartographié les étapes nécessaires pour atteindre une mise à l’échelle de 2 000 CHA d’ici la fin 2017. Les partenaires de mise en œuvre et 14 divisions du Ministère de la santé étaient présents. Au cours du séminaire, le programme d’études des CHA/CHSS, les outils de supervision et les POS pour la chaîne

d'approvisionnement ont été présentés et validés. Une fois que les conclusions du séminaire ont été intégrées au programme d'étude, le programme

de formation a été remis à la CHSD en novembre 2016, avec les formulaires et outils nécessaires, pour être imprimé et distribué.

POINTS FORTS DE LA CONCEPTION DU PROGRAMME

RECRUTEMENT & RÉMUNÉRATION (DÉPARTEMENT CHARGÉ DU PERSONNEL)

À la fin de l'année 2015, le sous-groupe chargé du recrutement et de la rémunération, dirigé par les ressources humaines pour la santé du Ministère de la santé, avait créé des ébauches de termes de référence (TdR) pour les différents postes définis dans la politique, des échelles d'incitation et des directives de recrutement pour les CHA et les CHSS. En janvier 2016, les priorités du groupe se sont déplacées vers la finalisation des mécanismes de rémunération, les choix au niveau de points juridiques relatifs au droit du travail et la planification d'une transition à long terme vers la paie gouvernementale. Les mois suivants ont été consacrés par les parties prenantes à des réunions pour discuter des mécanismes de rémunération et explorer des partenariats innovants pour que l'argent soit reversé aux employés ruraux. L'investissement pour le projet CHWS pour TOUS a permis de soutenir la recherche et la coordination autour de mécanismes de paiement innovants. En outre, le sous-groupe s'est engagé auprès de différentes divisions du Ministère pour discuter du rôle des comités communautaires et des comités d'établissements de santé, des contrats et des systèmes de gestion des performances.

Dans une mise à jour partagée par M. Tamba Boima, directeur du CHSD, lors d'une QRM en juin 2016, les réalisations soulignées étaient la définition d'un calendrier de recrutement et d'objectifs d'échelle, la révision et la finalisation des TdR pour les CHA et les CHSS, et le recrutement des CHSS en cours⁴¹. En juillet 2016, l'échelle de rémunération des CHSS a été publiée, indiquant qu'ils gagneraient entre 225 et 313 dollars, en fonction de leur emplacement et de leur éloignement. Les directives de recrutement étaient encore en cours de discussion au sein des sous-groupes, mais ils avaient décidé qu'un test d'alphabetisation serait requis.

FORMATION & SUPERVISION (UNITÉ DE FORMATION)

À la fin de l'année 2015, le sous-groupe Formation et supervision avait finalisé le paquet de prestations de services, créé un plan du programme d'étude et élaboré des critères selon lesquels il examinerait les programmes d'études existants du Ministère de la santé et des partenaires, notamment en termes de contenu, d'organisation, de ton et de référence. Outre l'examen des programmes existants au Libéria, le sous-groupe a également exploité les ressources de l'OMS en matière de programmes d'études dans d'autres pays (comme l'Éthiopie, le Rwanda et la Zambie), et s'est assuré que le programme était conforme aux meilleures pratiques internationales. Le sous-groupe a rédigé une stratégie de développement du programme d'étude et a commencé à rédiger le contenu pendant les premiers mois de 2016. Après l'introduction des nouveaux groupes de révision, la coalition et le consultant international en pédagogie ont continué à examiner, réviser et valider en interne le programme de formation dans son ensemble. Lors d'un séminaire organisé en juin 2016, le programme de formation des formateurs a été examiné et validé en attendant l'intégration de suggestions supplémentaires. Cependant, même lors de la formation des formateurs en août, le programme d'étude des CHA et des CHSS n'était pas encore finalisé. Après la poussée pour terminer le programme d'études des formateurs en août, il y a eu une accalmie dans les

progrès sur les autres programmes. Cependant, en septembre 2016, les groupes se sont réunis, se sont recentrés et ont poursuivi la conception du programme d'études. Le comité directeur réglait les détails d'un calendrier de formation et établissait un calendrier minimum normalisé pour la cascade de formation du programme NCHA. Il a été décidé que la formation des CHSS durerait quatre semaines et que la formation des CHA durerait deux semaines par module (avec quatre modules), avec quatre à huit semaines entre les modules pour la pratique.

Le comité directeur a continué à intégrer les commentaires techniques des parties prenantes dans le programme d'étude tout au long du processus de conception du programme. En octobre 2016, le programme d'étude a été présenté aux divisions du Ministère de la santé et aux partenaires pour finalisation et validation.

SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION (UNITÉ CHARGÉE DES SYSTÈMES D'INFORMATION SUR LA GESTION SANITAIRE, DU SUIVI/ÉVALUATION ET DES RECHERCHES)

Pendant l'élaboration de la politique, le sous-groupe chargé de la surveillance communautaire, du suivi et de l'évaluation (M&E) a mis au point des indicateurs de programme et des outils de collecte des données, des formulaires de référencement et de rapport, ainsi que des procédures opérationnelles standards (POS) pour la gestion des données. En outre, un module consacré au système d'information communautaire (Community based information system ou SISCOM) pour le système national de gestion de l'information sanitaire (DHIS2) était en cours d'élaboration, ainsi que des POS et des outils d'accompagnement. En septembre 2016, le sous-groupe était en train d'élaborer un tableau de bord pour la mesure de la performance du NCHAP et de définir des processus pour vérifier le respect des indicateurs de mise en œuvre pour la supervision intégrée.

En octobre 2016, le Ministère de la santé et les partenaires de mise en œuvre ont finalisé les formulaires de système d'information communautaire (SISCOM) des CHA, les outils de supervision pour les CHSS et le cadre de suivi et d'évaluation, et le Ministère de la santé a dirigé la modification du DHIS2 pour le SISCOM. Le sous-groupe s'est réuni pour une session de travail de cinq jours afin de réviser la stratégie et le plan de M&E à Gbarnga. Le comité directeur a ensuite examiné les formulaires SISCOM définitifs des CHA et les outils ont été présentés lors d'une révision du programme quelques semaines plus tard pour une approbation finale.

🕒 PRÉPARATION DU PROGRAMME

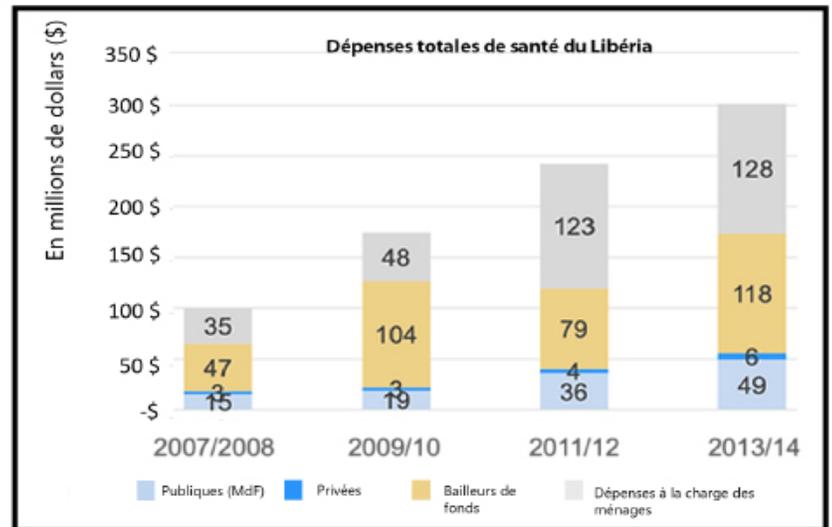
Dès le début du cycle de réforme de la politique, parallèlement à la priorisation des problèmes, le Libéria a élaboré des modèles détaillés d'évaluation des coûts financiers et de la viabilité pour aider le Gouvernement à traquer les coûts, les avantages et les possibilités de financement potentiels du NCHAP⁸.

La mobilisation des ressources pour ce programme entre le Gouvernement, les partenaires de mise en œuvre et les bailleurs de fonds était un processus itératif intégré au contexte politique et opérationnel du Libéria. Il a nécessité un haut niveau de gestion des bailleurs de fonds et des dossiers d'investissement individualisés pour les priorités et les processus administratifs de chaque bailleur de fonds⁸. Cette approche a favorisé l'harmonisation entre les bailleurs de fonds et l'efficacité du financement de la santé, ce qui a permis d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires avec les fonds alloués. Pour ce faire, le Ministère de la santé a mis au point des outils, des processus et d'autres ressources, tels que des outils de calcul des coûts, des plans opérationnels, une cartographie des ressources, des analyses et des calculs de coûts spécifiques à chaque comté, des documents de plaidoyer externe tels que des articles d'opinion et des notes de communication, et des dossiers d'investissement. En outre, le Ministère de la santé et ses partenaires ont fait le travail de terrain en utilisant ces ressources dans de nombreuses réunions, négociations, rencontres et propositions. Ces outils et projections de coûts ont permis au Ministère de la santé d'être davantage crédible dans les négociations et de faire valoir le secteur de la santé du Libéria comme une opportunité d'investissement attrayante⁸. Les engagements des acteurs existants au Libéria ont également été ciblés pour le financement et l'extension du programme.

PRÉPARER LE TERRAIN - LA MARGE DE MANŒUVRE BUDGÉTAIRE DU GOUVERNEMENT POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Pendant et immédiatement après l'épidémie d'Ebola, la marge de manœuvre budgétaire

FIGURE 5 : Dépenses totales de santé du Libéria⁴⁴



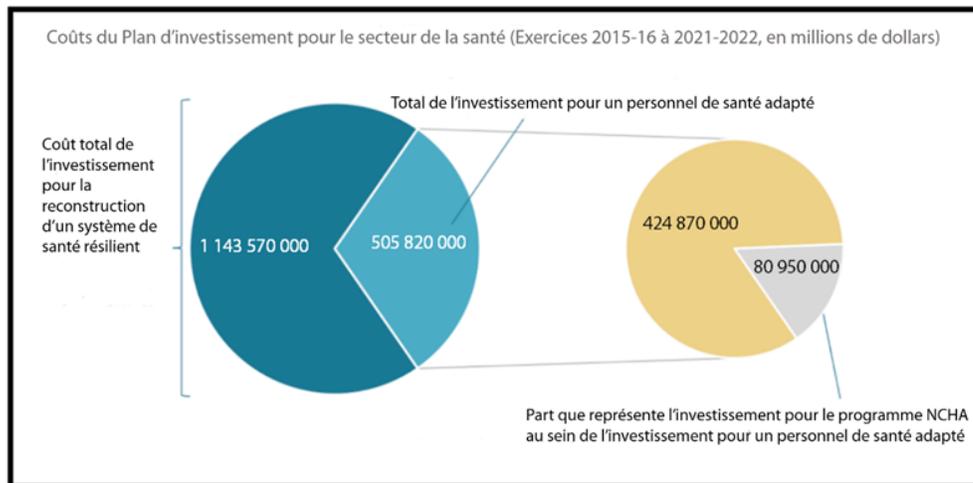
- Forte dépendance à l'égard des bailleurs de fonds pour les prestations de services de santé
- Le soutien des bailleurs de fonds a dépassé celui du gouvernement dans le secteur de la santé
- Les dépenses de santé pèsent lourdement sur les ménages

gouvernementale était étroite, car les tendances de la croissance du PIB ont chuté de façon spectaculaire en 2014, passant de 8,7 % à 0,7 %, et ont continué à chuter pour rester à 0 % de variation annuelle en 2015⁴². Au cours de l'exercice financier 2015-2016, les recettes réelles totales du Gouvernement du Libéria étaient composées de 17,5 % de ressources externes, constituées de dons et de prêts⁴³.

Alors que le Libéria a dépensé plus d'argent pour la part du budget total en matière de santé par rapport à la moyenne des pays à faible revenu (11,6 % pour l'exercice 2015-2016), les dépenses de santé ont été fortement soutenues par des sources externes et dépendaient des bailleurs de fonds pour la fourniture de services de santé⁴⁴.

Les ménages ont également supporté un lourd fardeau, avec des dépenses élevées à leur charge pour les services de santé. En 2013-14, 49 millions de dollars de dépenses de santé provenaient du Ministère des Finances, 118 millions de dollars du soutien des bailleurs de fonds et 128 millions de dollars des ménages (voir la figure 5)⁴⁴. De plus,

FIGURE 6 : Coûts du plan d'investissement pour le secteur de la santé (Exercices 2015-16 à 2021/22, en millions de dollars)⁴⁴



environ 43 % du soutien des bailleurs de fonds était hors budget pour l'exercice financier 2015-2016, ce qui a créé des inefficacités et certains des comtés les plus éloignés ont reçu les dépenses les plus faibles par habitante⁴⁵. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, les dépenses totales de santé par habitante au Libéria s'élevaient à 64 dollars, mais pour se rapprocher des soins de santé universels, ce chiffre devait atteindre au moins 86 dollars⁴. Alors que les dépenses totales de santé par habitante ont augmenté régulièrement jusqu'en 2015 pour atteindre un pic de 73 dollars par habitante, elles ont depuis diminué pour atteindre environ 45 dollars par habitante en 2018⁴⁶.

Le calcul initial des coûts a commencé avec l'élaboration du programme relatif aux personnels de santé en 2014 et du plan d'investissement parallèle pour la mise en place d'un système de santé résilient 2015-2021. Dans le cadre du budget du plan d'investissement, l'investissement total en personnel de santé adapté aux besoins était d'environ 506 millions de dollars, dont environ 81 millions pour l'investissement dans le NCHAP (voir la figure 6)¹³. Le plan d'investissement a été créé en reconnaissant que les priorités décrites ne pouvaient être mises en œuvre que par des actions conjointes avec d'autres parties prenantes. Le plan d'investissement était censé s'aligner sur le plan national du secteur de la santé existant et s'en inspirer, ce qui signifie que les coûts ont été préconisés comme une extension du plan

existant et que de nouveaux investissements ont été proposés en tandem avec les activités opérationnelles de routine qui avaient déjà lieu. Pendant la création du plan d'investissement, le CHSD, la CHAI et Last Mile Health ont développé des outils de calcul des coûts. Ces outils ont aidé le Gouvernement et les parties prenantes clés à comprendre en détails les différents coûts et avantages des divers éléments du programme, ainsi que les lacunes et les acteurs qui fournissaient déjà un soutien⁸.

Étant donné que la manœuvre budgétaire nationale restait faible, les décisions incluses dans la politique étaient à la fois politiques et budgétaires. Comme l'évaluation des coûts s'est déroulée parallèlement à la conception de la politique et du programme, les décisions clés sont devenues plus claires lorsque les parties prenantes ont pu voir les implications financières des choix politiques et des stratégies de mise en œuvre. Un exemple de ceci est la décision de conception d'avoir un seul cadre de supervision des CHSS, plutôt que des CHSS et des superviseurs pairs. Une fois que le Ministère de la santé et la coalition ont compris les coûts potentiels des deux cadres de supervision en utilisant les éléments probants du programme pilote des ASC de Rivercess et d'autres pays (comme le Bangladesh et l'Éthiopie), ils ont pris conscience de l'ampleur des coûts supplémentaires que cela entraînerait pour le programme⁸. En outre, après Ebola, il y a eu des grèves des travailleurs de la santé au Libéria parce

que les travailleurs de la santé n'ont pas reçu leur prime de risque pendant l'épidémie, voire n'ont pas été payés⁴⁷. Compte tenu de l'environnement externe concernant le retard pris dans l'inscription officielle des travailleurs, des plafonds budgétaires gouvernementaux et des tensions liées aux retards de paiement des salaires, le Ministère des finances a dû lutter contre l'ajout d'un cadre de supervision additionnel. Au fur et à mesure que ces décisions étaient prises, l'évaluation des coûts du programme a également été affinée.

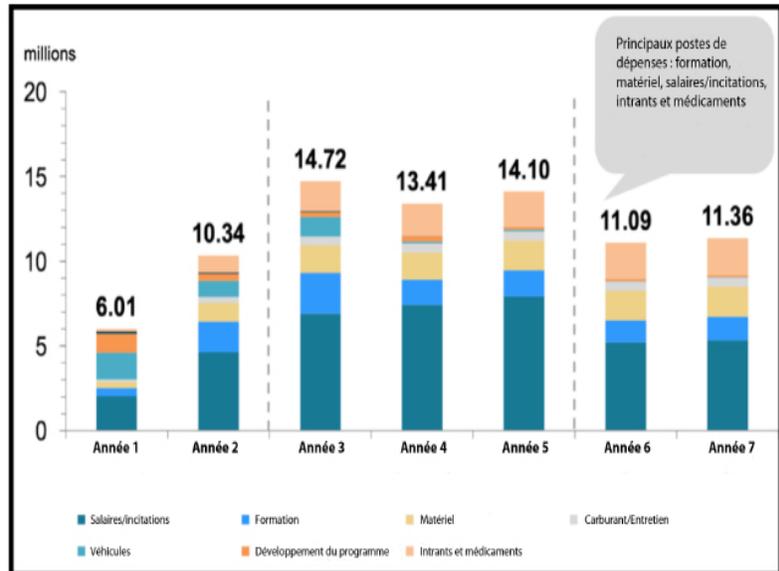
FINANCER LE NCHAP

La stratégie de financement du NCHAP comprenait la définition des priorités d'investissement, le plaidoyer, l'identification des lacunes et des fonds existants disponibles, et enfin la démonstration de la manière dont le programme et la politique en matière de personnel de santé pouvaient répondre à ces priorités d'investissement.

Les arguments en faveur de l'investissement dans la mise à l'échelle du NCHAP comprenaient les avantages sociétaux, sanitaires et économiques du programme. Certains de ces avantages étaient une population en meilleure santé avec une réduction de 12 % de la mortalité infantile, l'emploi de 4 000 personnes (dont des femmes et des jeunes), la sécurité sanitaire, la résilience, et un rôle plus important pour la communauté⁴. Les avantages économiques incluaient les retours d'une productivité accrue grâce aux vies sauvées, une hausse de la consommation grâce à l'augmentation de l'emploi, et une assurance contre les épidémies⁴. En outre, le NCHAP desservirait 70 % de la population rurale, tout en n'ajoutant que 5 % au budget national de la santé⁸. Les facteurs de coûts les plus élevés du programme au cours des sept premières années sont la formation, le matériel, les salaires et les incitations, et les produits médicaux/médicamenteux (voir la figure 7)⁴⁴.

Une fois l'outil de calcul des coûts créé et le retour sur investissement élaboré, une analyse des écarts financiers a été réalisée. Cette analyse des écarts de ressources a permis de déterminer quels financements au Libéria étaient garantis, alloués ou potentiels pour l'extension du NCHAP, et a révélé un écart de financement estimé à 52 millions de

FIGURE 7 : COÛT ESTIMÉ DU PROGRAMME NCHAP



dollars pour les sept prochaines années (2016-2022)⁴⁴. Cela a permis d'identifier les sources de financement et de hiérarchiser les financements potentiels en fonction de leur faisabilité, de leur montant et de leur pérennité⁴⁴. L'objectif était d'utiliser cette analyse des écarts pour définir une vision et une base pour le financement du programme, y compris une feuille de route et une stratégie pour débloquer des financements additionnels.

Dans la cartographie des ressources réalisée en 2016, le Ministère de la santé a pu identifier les fonds existants qui étaient disponibles. Ces fonds comprenaient un financement de la Banque mondiale qui était un reliquat de la réponse à Ebola (environ 65 à 85 millions de dollars). En raison de l'importance de ce financement, le NCHAP se retrouvait dans une position unique pour réunir les principales parties prenantes autour de la table et accélérer l'intérêt d'un groupe plus large pour réformer la politique. En fin de compte, ce financement a été affecté au programme et au plan d'investissement pour les personnels de santé afin de reconstruire les institutions, de rémunérer les médecins et de développer le NCHAP.

Grâce aux outils d'évaluation des coûts et à l'analyse des écarts de ressources, le Gouvernement a pu développer des dossiers d'investissement spécialisés pour chaque bailleur de fonds, qui ont montré comment un investissement dans le NCHAP

pouvait fournir un retour sur investissement de près de cinq pour un⁸. Le Gouvernement a pu faire correspondre les écarts financiers programmatiques et géographiques avec les intérêts des bailleurs de fonds potentiels et plaider pour des ressources spécifiques par poste budgétaire⁸.

Ces outils ont été utilisés pour harmoniser les contributions des bailleurs de fonds, car l'outil d'évaluation des coûts financiers correspondait au plan d'investissement, qui a ensuite été copié dans les propositions ultérieures, les dossiers d'investissement et les documents de plaidoyer.

GESTION DES BAILLEURS DE FONDS

Avec les outils de planification financière en place, le Gouvernement du Libéria était équipé pour répondre aux offres des bailleurs de fonds avec des propositions qui maximiseraient l'impact et combleraient les lacunes du programme⁸. Un exemple de ce processus a été la traduction du NCHAP chiffré dans le développement d'un dossier d'investissement du Mécanisme de financement mondial (GFF). Le Ministère de la santé a travaillé en collaboration avec des partenaires pour élaborer le dossier d'investissement en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (RMNCAH) pour le Libéria (2016-2020). Le dossier d'investissement a été conçu pour guider les efforts nationaux visant à accroître la qualité de la prestation de services pour la RMNCAH⁴ et comprenait des objectifs stratégiques autour de la santé communautaire (tels que le développement de services de santé communautaires pour les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents par des agents de santé communautaires, ainsi qu'un engagement communautaire accru et durable en faveur de la résilience sanitaire)⁴.

Le dossier d'investissement comprenait également un calcul détaillé des coûts par domaine d'investissement, dont un poste pour la santé communautaire d'un montant de 13,7 millions de dollars sur cinq ans (2016-2020)⁴. Influencé par d'autres discussions en cours sur l'harmonisation des contributions des bailleurs de fonds au Libéria, le dossier d'investissement exposait également la vision du Ministère de la santé et sa stratégie

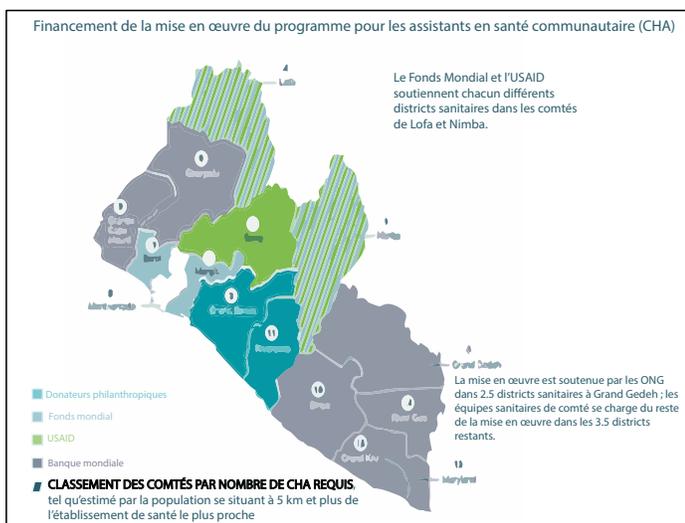
pour parvenir à une meilleure coordination des bailleurs de fonds. Le dossier d'investissement du GFF a permis d'obtenir 5 millions de dollars pour le programme et a fourni une plateforme pour la coordination des bailleurs de fonds en ventilant les besoins de financement par domaine et par comté.

Des exercices similaires d'évaluation des coûts ont été réalisés avec d'autres bailleurs de fonds. Par exemple, à l'époque, USAID fournissait environ 49 millions de dollars pour la prestation de services de soins de santé primaires. USAID utilisait une approche de financement basée sur les performances et soutenait les agents de santé communautaires dans certains comtés, tandis que la Banque mondiale finançait d'autres comtés⁴. USAID a dû reprogrammer son projet PACS pour s'aligner sur la nouvelle politique en 2015. Lors de la planification annuelle de l'USAID en 2016, ses ressources ont été réalignées sur les lacunes du programme, dont 25 millions de dollars mis à disposition pour soutenir la politique⁴. De même, l'UNICEF et le Fonds mondial se sont également alignés sur le NCHAP et ont émis des appels à propositions pour soutenir différents comtés du Libéria. Plan International a obtenu un financement du Fonds mondial, qui a annoncé en mars 2016 son intention de couvrir entièrement le comté de Bomi, quatre districts du comté de Nimba et trois districts du comté de Lofa. La Banque mondiale (initialement via l'UNICEF) a soutenu cinq comtés du sud-est du Libéria⁸. D'autres bailleurs de fonds et partenaires techniques ont procédé à des ajustements, mais nombre de ces changements ont été difficiles car ils ont nécessité une reprogrammation et une augmentation des coûts, notamment pour la rémunération des CHA et des CHSS.

En juillet 2016, le Chef du service médical a demandé à tous les partenaires de s'engager par écrit à soutenir les incitations aux CHA et CHSS entre juin 2016 et décembre 2017. Grâce à la cartographie des ressources, le Ministère de la santé a suivi et documenté les priorités de chaque bailleur de fonds. Cela les a poussés à être plus transparents et francs quant aux exigences de financement, et a permis au Gouvernement d'acquiescer une compréhension plus nuancée de la

mosaïque du financement (voir la figure 8)⁸.

FIGURE 8 : Le financement de la mise en oeuvre du programme pour les assistants en santé communautaire (CHA)



Au cours de cette période, l'objectif de financement du nouveau NCHAP était une plus grande harmonisation des bailleurs de fonds qui permettrait une plus grande efficacité, un financement des bailleurs de fonds dans le budget et un financement aligné sur les lacunes du programme chiffré. Depuis 2008 au Libéria, les principaux partenaires internationaux (dont le DFID, Irish Aid et l'UNICEF) ont mis en commun leurs ressources pour le secteur de la santé dans un Fonds commun dédié au secteur de la santé, qui a constitué 10 % du soutien au budget national du secteur de la santé entre 2008 et 2013⁴. Le Fonds a été créé pour améliorer la coordination financière entre les bailleurs de fonds, donner la priorité aux besoins non satisfaits, renforcer le leadership du Ministère dans l'allocation financière et évoluer vers une budgétisation sectorielle complète¹⁷. Le Fonds est passé d'un montant initial de 8 millions de dollars en 2008 à plus de 35 millions en 2010⁴⁸. Les bailleurs du Fonds ont également soutenu le financement basé sur la performance dans sept comtés jusqu'à la fin de l'exercice 2013-14⁴. En s'appuyant sur cette base, le Ministère de la santé a envisagé une approche sectorielle pour la mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé, espérant qu'elle faciliterait un dialogue avec les parties prenantes sur l'alignement de leur financement sur les

priorités nationales¹³. Cela permettrait de confier la gestion du financement au Gouvernement et de promouvoir une plus grande marge de manœuvre gouvernementale.

En mai 2016, le docteur Dahn, alors ministre de la Santé, a signé le Partenariat international pour la santé (IHP+) pour la couverture sanitaire universelle 2030 au nom du Gouvernement du Libéria. Cet événement a montré l'engagement du Libéria envers les réformes du financement de la santé et a souligné la nécessité d'une responsabilité mutuelle et d'une transparence avec un partage des responsabilités entre le Gouvernement et les bailleurs de fonds⁴⁹.

L'IHP+ était un partenariat international visant à améliorer l'efficacité de la coopération au développement dans le domaine de la santé et à promouvoir l'unité autour d'une stratégie, d'un plan et d'un cadre de suivi uniques en matière de santé. Il a été créé pour revitaliser et réaligner les partenariats multipartites dans le domaine de la santé afin d'accroître les efforts de coordination du renforcement des systèmes de santé et de promouvoir une gestion davantage dirigée par le Gouvernement⁵⁰. Au Libéria, le Ministère de la santé a organisé une cérémonie de signature du contrat au cours de laquelle de nombreux partenaires ont adhéré à l'IHP+. Cependant, les institutions bilatérales financées par les États-Unis n'ont pas pu apporter leurs signatures en raison des restrictions imposées par le Gouvernement américain sur la manière dont les fonds de l'aide pouvaient être dépensés en l'absence d'affectation spéciale.

Une autre étape importante dans le financement du NCHAP a été le dossier d'investissement élaboré pour Co-Impact en juin 2018, qui a débouché sur un investissement de 20 millions de dollars en capital philanthropique sur cinq ans. La brochure soulignait trois priorités stratégiques : la mise à l'échelle du programme des CHA, le renforcement de la préparation à la transition de la gestion vers le Gouvernement, et la garantie de la durabilité à long terme du programme⁵¹. L'investissement était intéressant, car il réduirait le déficit de financement et s'ajouterait aux 70 millions de dollars déjà garantis (ou en voie de l'être) par des investissements simultanés et anticipés par

le Gouvernement et les bailleurs de fonds. Le Ministère de la santé a utilisé la cartographie des ressources pour cibler les domaines dans lesquels ce financement serait nécessaire pour la prestation directe de services et l'assistance technique. L'obtention de cet investissement a joué un rôle catalyseur dans la mise à l'échelle du programme.

Si la mobilisation des ressources pour le NCHAP a permis de financer les premières années de la mise à l'échelle, le financement reste le risque le plus important pour la pérennité du programme. Au cours de la phase de préparation du programme, les coûts du programme (tels que les incitations et les produits) étaient largement reconnus et il était entendu que le soutien des bailleurs de fonds serait nécessaire à court et moyen terme, mais le Gouvernement était optimiste quant à la vision de la pérennité grâce à un financement mixte au fil du temps. La feuille de route financière décrivait une voie durable propre au pays, qui supposait que les bailleurs de fonds actuels maintiendraient ou augmenteraient leurs engagements à moyen terme, tout en concevant des mécanismes de financement innovants³². Les options de mobilisation des ressources nationales comprenaient un plaidoyer législatif, des taxes spéciales et les fonds de développement des comtés³². L'objectif politique du Ministère de la santé était de créer un système de financement de la santé durable en mobilisant des ressources supplémentaires et durables tout en améliorant l'efficacité de l'aide et la coordination dans le secteur de la santé⁴. Cette stratégie de mise en commun permettrait également d'allouer des ressources en fonction des besoins dans les comtés. À terme, l'objectif était que le Gouvernement augmente l'absorption de la masse salariale et des engagements financiers.

Grâce au succès du Ministère de la santé dans la gestion des bailleurs de fonds pour répondre aux besoins du NCHAP, en 2019, presque tous les principaux partenaires du développement du secteur de la santé au Libéria ont contribué financièrement à un volet du programme. Bien que les bailleurs de fonds et les partenaires diffèrent d'un comté à l'autre, et parfois même d'un district à l'autre, la mise en œuvre du programme est censée respecter les directives du programme national et

de façon uniforme dans l'ensemble du pays⁸. La mise en œuvre uniformisée est restée un défi dans la gestion du programme, mais le Ministère de la santé a mis en place plusieurs normes, protocoles, recueil de données et mécanismes de gouvernance afin de l'appliquer⁸.



LANCEMENT DU PROGRAMME

À la demande de la Présidente, le NCHAP a été officiellement lancé le 24 juillet 2016, jour de l'indépendance du Libéria. Ce lancement a symbolisé l'engagement politique au plus haut niveau du Gouvernement pour que les CHA soient recrutés et déployés dans chaque communauté située à plus de cinq kilomètres d'un établissement de santé. Cependant, le véritable déploiement du programme s'est fait par le biais d'une série de lancements plus modestes en 2016 et en 2017, alors que la diffusion des politiques et la conception continue du programme se déroulaient parallèlement au lancement.

La CHSD et le comité directeur sur la santé communautaire ont créé des directives de mise en œuvre, des procédures opérationnelles standards (POS) ainsi que des mécanismes de suivi nationaux et infranationaux pour les activités de lancement afin de garantir la qualité opérationnelle. Les parties prenantes étaient tenus à un niveau de fidélité de base (dont un programme d'études standardisé, des formulaires de rapport de données et une supervision de la formation) et devaient envoyer des rapports à la CHSD sur leurs activités. Cependant, le calendrier de mise en œuvre était échelonné, les parties prenantes et les comtés choisissant comment et quand ils souhaitaient organiser les activités de lancement. Il en est résulté une grande variabilité dans la qualité, le calendrier et les détails des activités. Les comtés sans partenaires de mise en œuvre ont dû attendre avant de pouvoir mener les activités de lancement pendant cette période.

La première étape du lancement a eu lieu en février 2016, lorsque la politique révisée des services de santé communautaires a été approuvée par les hauts responsables du Ministère de la santé au sein du Comité de coordination du secteur de la santé et par le Cabinet du Président. D'autres étapes

importantes ont suivi, notamment la diffusion de la politique, le début du recrutement des CHSS, la formation des formateurs, la formation des CHSS et des CHA, et enfin leur déploiement.

ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

En avril 2016, un guide de diffusion a été créé pour aider les responsables publics et les partenaires de mise en œuvre à s'engager auprès des parties prenantes des districts, des comtés et des communautés sur les changements de la nouvelle politique. Des réunions d'orientation des comtés, des exercices de micro-planification avec les équipes sanitaires des comtés (*County Health Teams* ou CHT) et des échanges avec les communautés ont été organisés pour communiquer la nouvelle politique et élaborer des plans de déploiement du programme au sein de chaque comté. En outre, les CHT ont été consultées pour déterminer les chiffres nécessaires au recrutement des CHA, des CHSS et des comités de santé communautaire (CHC). Les partenaires techniques devaient signer un protocole d'accord avec les CHT et le CHSD pour commencer la mise en œuvre. Le Ministère de la santé a également diffusé des informations sur cette politique par le biais de stations de radio ciblées.

Avant le déploiement des CHA, une cartographie communautaire a eu lieu pour déterminer la répartition appropriée des CHA et la population desservie. Tout au long de l'année 2016, les équipes sanitaires de district et les responsables publics étaient chargés de veiller à ce que la nouvelle politique et le nouveau programme soient communiqués jusqu'au niveau communautaire. Lors du lancement du programme dans les communautés, les équipes sanitaires de comté ont initié des réunions d'entrée dans la communauté avec les leaders communautaires et les CHC qui étaient actifs dans la communauté.

RECRUTEMENT

CHSS : En juin 2016, 12 comtés sur 15 avaient déjà soumis des demandes de recrutement de CHSS au département du personnel du Ministère de la santé. Cependant, le recrutement a été échelonné : lors du lancement officiel en juillet 2016, certains comtés avaient déjà terminé le

recrutement des CHSS, alors que d'autres étaient en cours, et quelques-uns n'avaient pas encore commencé. Certains comtés ont également signalé des difficultés à trouver des candidats qualifiés, ce qui a retardé le processus de recrutement. Le recrutement des CHSS était généralement mené par des représentants de CHT et respectait les procédures opérationnelles standards (POS) pour identifier les CHSS potentiels, mener des entretiens, sélectionner les candidats et signer des contrats avec les CHSS nouvellement recrutés.

CHA : Pour le recrutement des CHA, les comtés avançaient également à des vitesses différentes. Des facteurs tels que les ressources disponibles, la taille de la population et la zone géographique ont influencé le calendrier de recrutement. En septembre, les directives de recrutement des CHA et les tests d'alphabétisation n'avaient pas encore été finalisés et approuvés par les groupes de révision et le comité directeur sur la santé communautaire. Ce retard soulignait la difficulté permanente d'assurer la conformité aux normes de mise en œuvre d'un comté à l'autre. Une fois les directives de recrutement terminées, le CHT a orienté les comités de santé communautaire (CHC) sur leur rôle dans le processus de recrutement. Les CHC ont fourni des recommandations sur les candidats potentiels, ont mené des entretiens avec les candidats présélectionnés et ont supervisé la sélection des CHA. En janvier 2017, 2 602 CHA ont été recrutés (à l'exclusion des comtés de la Banque mondiale), dépassant ainsi le mandat de la Présidente de 2 000 CHA recrutés avant la fin de 2017.

En mars 2017, la Présidente Sirleaf a publié une déclaration « 150 jours » des objectifs que son administration devait atteindre d'ici la fin de son mandat, notamment :

« Avoir déployé 1 000 agents de santé communautaire pour travailler dans les communautés rurales qui ont un accès limité aux établissements de santé »⁵².

FORMATION

Formateurs : La première formation pour le NCHAP a eu lieu en août 2016, lorsque 116 formateurs avec

des représentants de 15 comtés, 15 programmes du Ministère de la santé, et des partenaires de mise en œuvre du NCHAP ont été formés à Kakata, Margibi. Bien que la formation ait été un succès, elle a été menée sans le programme d'études finalisé pour les CHSS et CHA. Le calendrier de cette formation a été largement déterminé par la disponibilité des ressources. Une formation de remise à niveau pour les formateurs a eu lieu dans certains comtés, notamment à Rivercess et à Grand Gedeh, en novembre 2016.

CHSS : La coalition a fait pression pour que les formations des CHSS soient organisées avant les vacances de décembre 2016, si bien que tout au long des mois de novembre et décembre 2016, de nombreux comtés ont organisé des formations pour les CHSS. La plupart ont duré entre deux semaines et un mois et ont eu lieu dans des lieux centralisés du comté. À la mi-février 2017, 306 CHSS avaient été formés dans tout le Libéria. Un représentant de la CHSD a observé chaque formation pendant quelques jours et a complété un formulaire de suivi et de mentorat afin de s'assurer de la conformité au programme, de souligner les réussites et de documenter les apprentissages clés qui pourraient être adaptés pour les formations futures. Chaque comté a utilisé le programme standardisé du CHSS et devait suivre les procédures opérationnelles standards (POS) de formation créée par les divisions du Ministère de la santé et les parties prenantes de mise en œuvre, tels que l'OMS, la CHAI, l'Unité de formation et l'unité de la CHSD.

CHA : Les formations des CHA comprenait également des procédures opérationnelles standards (POS) et une cascade de formation standard pour le déploiement, mais elles étaient plus variables dans le calendrier de leur lancement. Dans les comtés soutenus par Plan International (notamment Bomi, Lofa, Nimba et Bong), la formation des CHA a débuté en novembre et décembre 2016. La plupart des autres comtés ont commencé en janvier, février, voire mars 2017. La formation consistait en quatre modules séquentiels, chacun d'eux durant de 7 à 11 jours. Comme pour les autres phases du déploiement du programme, les différences étaient dues à la

TABLEAU 3 : Avancement du recrutement et de la formation

PROCESSUS DE RECRUTEMENT ET DE FORMATION	DÉCEMBRE 2017
Nombre de superviseurs cliniques formés	350
Nombre de CHA formés au Module 1	2 903
Nombre de CHA formés au Module 2	2 896
Nombre de CHA formés au Module 3	2 890
Nombre de CHA formés au Module 4	2 455

**Les partenaires techniques sont : International Rescue Committee/PACS, Plan International, Medical Teams International, Samaritan's Purse, Conseil Santé, Partners in Health et Last Mile Health. Les partenaires financiers sont : USAID, l'UNICEF, le Fonds mondial et la Banque mondiale.*

disponibilité des ressources, mais la formation CHA nécessitait également du temps entre les modules pour l'application pratique du contenu, ce qui a fait que la formation dans les comtés était encore plus échelonnée. Certains comtés avaient des échéances fixes et étaient limités par les ressources, ils ont donc condensé la formation en six mois.

D'autres comtés avaient plus de temps entre les formations pour permettre une période d'application pratique plus longue et n'organisaient la formation suivante que lorsque les CHA avaient démontré leur maîtrise du module précédent lors de leurs visites de supervision et de leur évaluation. Les visites de contrôle de la formation ont été effectuées par les coordinateurs techniques de la CHSD dans les 14 comtés, et la CHSD a regroupé et examiné les résultats avec l'Unité de formation. Ces informations ont été utilisées pour guider l'élaboration des supports de formation de remise à niveau.

En mai 2017, la première promotion de CHA, soutenue par Plan International, avait terminé les quatre modules. Les formations des CHA ont été mentionnées dans le discours sur l'état

de la Nation de la Présidente Sirleaf en janvier 2017 : « Rappelant l'efficacité des communautés mobilisées pour vaincre le virus en un temps record, les programmes en cours forment 4 000 agents de santé communautaires pour servir de premiers intervenants » (voir le tableau 3 consacré à l'avancement du processus de formation)⁵³.

Une autre formation clé qui a eu lieu pendant cette période concernait la chaîne d'approvisionnement. Des sessions de formation pour les pharmaciens de comté sur le système d'information sur la gestion logistique (LMIS) ont eu lieu en octobre 2016. Le déploiement de la LMIS s'est déroulé dans les 15 comtés de février à mars 2017.



GOVERNANCE DU PROGRAMME

Comme pour les transitions entre les autres étapes de la réforme des politiques, le passage de la phase de lancement du programme à la phase de gouvernance du programme a varié selon les comtés, en fonction des financements disponibles. Dans certaines parties du pays, la formation était terminée et les CHA et CHSS étaient déployés en six mois, alors que dans d'autres régions, la transition vers la gouvernance a pris plus d'un an. Au cours de cette phase, le comité directeur et d'autres acteurs clés du Ministère de la santé ont mis en place des structures de gouvernance, un système solide de gestion des résultats, des mécanismes de suivi et d'apprentissage, ainsi que des voies pour la transition gouvernementale. Ces structures ont fourni un cadre solide au NCHAP pour soutenir une croissance rapide, assurer une mise en œuvre de haute qualité, et conduire une adaptation et une amélioration continues en réponse aux défis et à l'évolution des besoins. Les priorités au cours des premières années de mise en œuvre du programme comprenaient la mise en place de structures de gouvernance pour la gestion et la supervision du Ministère de la santé, la garantie d'une mise en œuvre de qualité et coordonnée entre les parties prenantes, et l'établissement des bases pour la pérennité du programme.

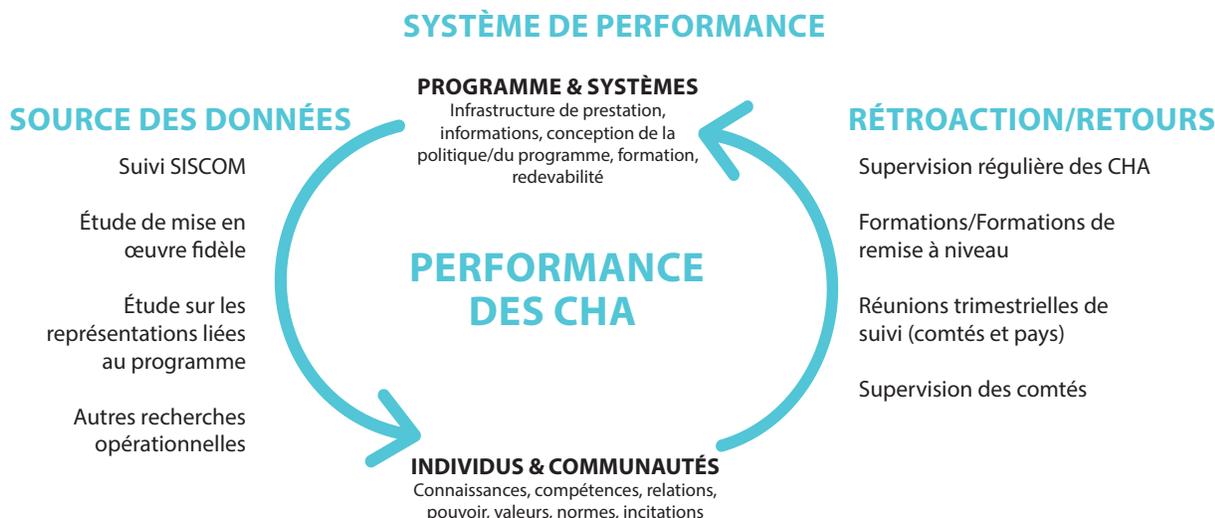
STRUCTURES DE GOUVERNANCE

Des structures de gouvernance ont été créées au sein du Ministère de la santé pour gérer le NCHAP, notamment le comité directeur pour la santé communautaire, le groupe de travail technique sur la santé communautaire, les réunions trimestrielles de suivi (QRM) et le Comité de coordination interministériel (voir l'annexe 1 pour plus d'informations)³². Ces groupes de travail avaient des mandats définis et ont renforcé la coordination entre les parties prenantes et le Gouvernement. Les défis communs de la mise en œuvre et de la mise à l'échelle du programme ont fait l'objet de discussion et de délibération dans ces groupes⁸. La CHSD a également été restructuré pour assurer une supervision et une gestion efficace des activités de santé communautaire et effectue désormais des visites trimestrielles de supervision nationale dans les comtés³². Un processus de planification annuelle du travail a également été mis en place pour fixer des objectifs dans les comtés et les partenaires et aligner le financement sur les engagements de mise à l'échelle³². Le NCHAP envoie également des représentants à la réunion de coordination du secteur de la santé, présidée par le Ministre de la santé et à laquelle participent de nombreux autres groupes de travail techniques.

Au niveau des comtés, les structures de gouvernance comprennent un conseil de santé communautaire et des QRM spécifiques aux comtés. Dans le cadre du projet CHWS pour TOUS, une cartographie a été réalisée dans certains comtés (dont Rivercess et Grand Bassa) afin d'identifier les organisations de la société civile et communautaires travaillant dans le domaine de la santé communautaire. La cartographie a également permis de consigner les outils, stratégies et interventions utilisés³². Les structures de gouvernance au niveau communautaire comprennent également les comités de développement des établissements de santé et les comités de santé communautaire.

PERFORMANCE DU PROGRAMME ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Le NCHAP a développé un système de gestion de la performance répliquable qui a assuré une mise en œuvre nationale de grande qualité (voir la figure 9)⁵¹. Ce système intègre et utilise les

FIGURE 9 : Aperçu du système de gestion des performances⁵¹

données pour orienter les boucles de rétroaction personnalisées des CHA, des CHSS et des autres utilisateurs du système⁵¹. Les réunions trimestrielles de suivi (QRM) constituent un élément majeur du système de gestion des résultats du programme. Au cours de ces réunions, le Ministère de la santé invite les principales parties prenantes à examiner les performances du programme et exploite les données pour orienter l'élaboration des politiques et l'adaptation des programmes. Cette coordination renforcée entre les parties prenantes a favorisé l'appropriation du programme par le Gouvernement³⁸. La performance du programme est mesurée grâce au recueil de données et à des études de recherche, telles que initiative pour la mise en œuvre fidèle (IFI) et celle sur les perceptions du programme. Ces études conjointes ont permis d'améliorer les compétences en recherche qualitative du Ministère de la santé et les données sont exploitées pour la prise décisionnelle dans l'exécution du programme.

Au cours de ces réunions, les écarts dans les résultats ou les succès sont communiqués, les tendances à long terme sont suivies, et la conception du programme est adaptée, si nécessaire. Après les réunions, les comtés déterminent les actions à entreprendre pour résoudre les écarts dans les résultats et suivent les tendances sur une feuille de calcul partagée pour la responsabilité.

Organisée avec la Division nationale de la

promotion de la santé et la Division de la santé environnementale et professionnelle, la première réunion trimestrielle de suivi (*Quarterly Review Meeting* ou QRM) au niveau national, a eu lieu en mars 2017 à Zwedru (Grand Gedeh), et s'est poursuivie tous les trimestres jusqu'à aujourd'hui³². Lors de la première QRM, les parties prenantes de mise en œuvre et les représentants du CHSD ont piloté l'ordre du jour. Cependant, pendant la quatrième QRM, des rôles et processus plus clairement définis ont été introduits, ce qui a conduit à des améliorations significatives : les équipes de santé du comté se sont davantage appropriées les présentations des données, le Ministère de la santé central et les représentants senior ont fourni une plus grande orientation stratégique, et les parties prenantes et bailleurs de fonds ont participé de manière plus régulière³². Le partage et l'utilisation des données pour la prise décisionnelle ont également augmenté au fil du temps. Les QRM ont évolué pour devenir un forum où les obstacles et les leviers du programme sont discutés par une série de parties prenantes clés et où des solutions et des points d'action potentiels sont générés.

Les réunions trimestrielles de suivi au niveau du comté réunissent également les équipes de santé du comté, le personnel des établissements et le personnel national du Ministère de la santé. Ces réunions exploitent les données pour identifier les tendances en matière de

performance et les domaines du programme qui doivent être améliorés. Cela a aidé les CHT à trouver des solutions basées sur les données et à s'adapter aux besoins du programme, ce qui était particulièrement crucial lors des premières phases de mise en œuvre.

Les activités de collecte de données de routine et non routinières permettent d'identifier les lacunes, de suivre les résultats du programme et d'améliorer la conformité de la mise en œuvre, l'impact du programme et la performance des CHA⁸. La collecte de données a commencé en 2017, peu après le lancement du programme, et peut être classée dans quatre principaux systèmes de données communautaires : le suivi du SISCOM, le suivi basé sur les incidents communautaires, l'étude de initiative pour la mise en œuvre fidèle (IFI) et l'étude des perceptions du programme (voir l'annexe 3 pour plus d'informations sur les sources des données du NCHAP).

Une autre structure d'amélioration des performances et de la qualité qui a été créée est la boîte à outils d'évaluation des capacités du comté. La première version de cette boîte à outils a été créée en 2017 pour mesurer et renforcer la préparation des CHT à gérer spécifiquement tous les aspects du NCHAP. Cette évaluation initiale, organisée par les six éléments constitutifs de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé, a évalué l'état de préparation environnemental et opérationnel de chaque comté, et a déterminé les domaines prioritaires d'amélioration. Ces données ont ensuite été utilisées pour élaborer des plans de développement des capacités au niveau des comtés⁵⁴. En 2019, le Ministère de la santé libérien a révisé, élargi et uniformisé cette boîte à outils pour évaluer la capacité de gestion et des systèmes des équipes de santé des comtés et des districts à fournir des soins de santé de qualité dans leur ensemble, y compris des services dans le cadre du NCHAP. Des évaluations des capacités des CHT ont été réalisées dans les 15 comtés du Libéria en 2019 afin de fournir des informations objectives pour le suivi des performances et l'identification des besoins en matière de renforcement des capacités des CHT/DHT⁵⁴. Le Ministère de la santé et les CHT ont utilisé ces résultats pour élaborer des plans

d'actions de renforcement des capacités complets et spécifiques à chaque comté.

TRANSITION GOUVERNEMENTALE DE NCHAP

Depuis la création de la Politique de santé communautaire révisée, l'objectif a été de préparer le Gouvernement libérien à assumer la direction du NCHAP, tant du point de vue financier que de la gestion. Le plan consistait à tirer parti de la position des partenaires de mise en œuvre pour diriger la mise en œuvre et la gestion initiale du programme, tandis que le Gouvernement tirait les leçons de l'expérience et prenait lentement en charge le programme.

Le modèle de transition de la gestion opérationnelle par le Gouvernement comprend quatre étapes : 1) la co-conception, 2) la gestion conjointe, 3) la gestion gouvernementale avec des parties prenantes fournissant une assistance technique, et 4) la gestion gouvernementale complète (voir la figure 10)⁵¹. Cette première étape a été réalisée tout au long du processus de réforme politique décrit précédemment. Cependant, en 2018, seuls cinq comtés du Sud-Est avaient effectué la transition vers une gestion gouvernementale, tandis que la plupart des autres comtés n'en étaient qu'à l'étape deux ou trois.

Les outils de calcul des coûts et de planification financière créés lors de la phase de préparation ont permis au Gouvernement de gérer et d'intensifier de manière proactive les efforts de mobilisation des ressources et les décisions d'allocation pour soutenir le programme. Bien que la marge de manœuvre budgétaire nationale soit limitée, la coalition était généralement optimiste quant au fait que le programme pourrait devenir plus pérenne si les coûts du programme diminuaient au fil du temps, si le Gouvernement continuait à recevoir un soutien pour la planification budgétaire et s'il était incité à donner la priorité au programme des CHA dans ses dépenses. L'objectif était que le Gouvernement prenne en charge une plus grande partie du financement du programme à long terme⁵¹.

Cependant, plusieurs facteurs externes ont influencé la viabilité globale du Gouvernement en 2018-2019.

Tout d'abord, il y a eu une nouvelle administration au début de 2018. C'était la première fois depuis 1980 que le pouvoir était transféré pacifiquement d'un Gouvernement démocratiquement élu à un autre. Le NCHAP et la politique sont restés, le signe d'une institutionnalisation réussie et qu'un noyau de champions dévoués demeurait au sein du Ministère de la santé, dirigé par la nouvelle équipe de la CHSD. Le Président nouvellement élu du Libéria, George Weah, et son administration ont élaboré l'« Agenda Pro-Pauvres » pour la prospérité et le développement 2018-2023. L'Agenda mettait en avant le plan de développement national quinquennal du Libéria et citait les programmes de santé communautaire comme fondamentaux à l'amélioration de la prestation des services de

santé et des infrastructures : « Le programme pour les CHA est une approche prometteuse qui peut, potentiellement, changer le discours autour de la prestation de soins de santé au Libéria »⁵⁵.

Bien que cela indique une perspective positive pour la durabilité du programme, de nombreux autres changements ont eu lieu au Libéria pendant cette période. En 2018 et 2019, un important déclin économique a eu lieu, ce qui a rendu difficile pour le Gouvernement de donner la priorité à la santé et a augmenté la dépendance du Libéria à l'aide extérieure. Dans l'ensemble, le programme fonctionnait dans un environnement davantage incertain, ce qui a allongé le délai pour une transition du programme vers une gestion gouvernementale.

FIGURE 10 : Cheminement vers la gestion gouvernementale du NCHAP⁵¹



Opportunités & pistes pour l'avenir

Gestion du programme et enseignements

Depuis le lancement du NCHAP en 2016, le Libéria a fait d'énormes progrès dans l'extension des services de santé essentiels aux communautés éloignées et rurales. En décembre 2020, 3 430 CHA et 388 CHSS avaient été formés et déployés dans des communautés à travers le pays, couvrant 80 % de toutes les communautés situées en dehors du rayon de cinq kilomètres d'un établissement de santé dans les 14 comtés mettant en œuvre le NCHAP¹⁵. Entre le lancement du NCHAP de juillet 2016 à janvier 2021, plus de 630 000 traitements ont été administrés aux enfants de moins de cinq ans souffrant de paludisme, de diarrhée et d'infections respiratoires aiguës⁵⁶.

Bien que cette augmentation des traitements ne puisse être uniquement attribuée au NCHAP et à la politique, les composantes du programme, telles que la distribution nationalisée de tests de diagnostic rapide du paludisme et l'augmentation du nombre de CHA formés dans les communautés éloignées, ont sans aucun doute été un facteur contributif⁸.

Les données montrent que le NCHAP a contribué de manière substantielle à la proportion de diagnostics globaux du paludisme, avec 0 % des diagnostics réalisés par les ASC en 2016 contre 48 % en 2020⁵⁷. Une étude mesurant la qualité des soins communautaires dans les zones reculées par le biais de vignettes cliniques a montré que dans trois comtés du Libéria rural entre janvier et mai 2019, plus de 50 % des CHA ont déterminé correctement le diagnostic primaire, le pourcentage de diagnostics corrects des vignettes du paludisme étant nettement plus élevé, à 82 %⁵⁸. Ces résultats indiquent que davantage de personnes restent dans leur communauté pour recevoir des soins contre le paludisme de la part

des CHA, et que les CHA ont les compétences et connaissances nécessaires pour diagnostiquer et traiter correctement le paludisme au sein des communautés.

PRINCIPALES RÉUSSITES

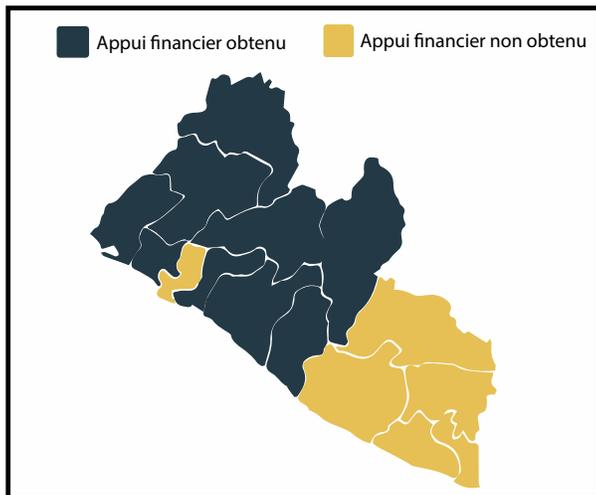
STRUCTURES DE GOUVERNANCE

Le NCHAP a réussi à construire un système de santé intégré, en passant d'un programme fragmenté pour les CHV à un programme unifié et de qualité pour les CHA. La principale réussite du programme a été un paquet de prestations de services uniformisés, soutenu par des normes gouvernementales concernant le développement des compétences, la supervision, la rémunération, le recueil et l'utilisation des données, la chaîne d'approvisionnement, ainsi que le suivi et la mobilisation des ressources³². Les normes relatives aux performances et les systèmes de données sont cohérents dans tout le pays. En outre, une planification financière détaillée et une transparence accrue concernant les lacunes en matière de ressources, sur la base des besoins chiffrés, ont permis d'harmoniser les contributions des bailleurs de fonds et de cheminer vers un financement pérenne.

Sur le coût estimé de 95 millions de dollars pour atteindre la couverture totale du NCHAP, plus de 52 millions ont été obtenus à ce jour, et 41 millions supplémentaires devraient être disponibles au-delà de l'année fiscale 2020-2021⁶⁰. Dans l'ensemble du pays, 60 % des 15 comtés ont bénéficié d'un soutien financier en décembre 2020⁶¹. La plupart de ce financement est canalisé par les partenaires de mise en œuvre, mais plusieurs comtés disposent d'équipes sanitaires de comté qui dirigent la mise en œuvre grâce au financement de l'UNICEF et de la Banque mondiale (voir la figure 11).

Le succès du programme à l'échelle nationale est dû en partie à son intégration dans le système de

FIGURE 11 : COMTÉS BÉNÉFICIAIRES D'UN SOUTIEN FINANCIER GARANTI À PARTIR DE 2020



soins de santé primaires. La réforme de la politique des services de santé communautaires nationaux a étendu la portée du système de soins de santé primaires en fournissant des services essentiels et une surveillance sanitaire aux communautés de manière plus équitable. Cette réforme a été mise en œuvre par le biais de plans opérationnels, de procédures opérationnelles standards (POS) et de processus visant à rationaliser la gestion et le partage des informations. Un système de gestion des connaissances et de communication en ligne a été mis au point, permettant au Ministère de la santé et aux principales parties prenantes d'accéder aux versions actualisées des documents, politiques, procédures opérationnelles standards et formulaires pertinents du programme et de les diffuser. L'actuel directeur de la CHSD, S. Olasford Wiah, s'est fait le champion du programme en menant des examens de routine, en dirigeant les structures de gouvernance dirigées par le Ministère de la santé pour la supervision, et en priorisant les investissements dans les adaptations du NCHAP⁵⁹.

PLAIDOYER

Les leçons apprises lors de la mise à l'échelle du programme au Libéria ont été partagées et utilisées au niveau mondial pour le plaidoyer sur les soins de santé primaires et les soins de santé universels, en particulier pour les communautés éloignées et rurales. Le succès du NCHAP a montré l'opportunité pour les ASC de réaliser le plein

potentiel d'un système de soins de santé primaires en étendant les services aux communautés les plus éloignées et en les plaçant au cœur des agendas de plaidoyer. Les champions et les coalitions au sein du Gouvernement du Libéria qui ont défendu le programme au niveau national et mondial ont établi des principes et pratiques partagés pour communiquer sur le programme. Ce plaidoyer a permis de donner la priorité aux besoins de l'extension du programme au niveau national et a permis au Ministère de la santé de diriger l'agenda du renforcement des systèmes de santé communautaires.

Le NCHAP du Libéria a été mondialement reconnu comme un cas exemplaire. Au cours des dernières années, le Ministère de la santé a fait des présentations lors de réunions internationales clés pour partager les enseignements tirés du programme. En octobre 2018, le Libéria a été invité à participer à la deuxième conférence mondiale sur les soins de santé primaires à Astana (Kazakhstan). Le Ministre Jallah, Ruth Tarr (qui travaille en tant que CHA dans le comté de Rivercess) et le directeur Wiah ont pris la parole lors de plusieurs événements clés. Lors de cette conférence, qui marquait le 40^{ème} anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les délégués de plus de 120 pays ont renouvelé leur engagement en faveur des soins de santé primaires pour toutes et tous⁶². L'OMS a également profité de cette plateforme pour lancer ses toutes premières directives mondiales pour le soutien des politiques et des systèmes de santé afin d'optimiser les programmes des agents de santé communautaires¹. Le Ministère de la santé du Libéria était représenté au sein du comité qui a élaboré ces directives. Lors de l'événement de lancement des directives, le docteur Jallah et M^{me} Tarr ont tous deux siégé dans un panel d'experts mondiaux pour plaider en faveur des agents de santé de première ligne et communautaires.

En avril 2019, le directeur Wiah et l'ancienne directrice des opérations de LMH, M^{me} Lisha McCormick, ont pris la parole lors du Forum Mondial Skoll. Ils ont discuté de leur collaboration pour institutionnaliser le NCHAP lors d'une session intitulée « Mettre à l'échelle

les services de santé grâce aux partenariats gouvernementaux ». Le Libéria a également été représenté au deuxième symposium d'ASC de novembre 2019 à Dhaka (Bangladesh), une conférence de trois jours axée sur la recherche dans les programmes d'agents de santé communautaires et à laquelle ont assisté plus de 400 participantes des Ministères de la santé ainsi que des bailleurs de fonds et des partenaires. Le directeur Wiah et LMH ont présenté les résultats de la plateforme numérique IFI et de l'étude sur les perceptions du programme du Libéria. Le Libéria a été désigné pour accueillir le prochain symposium mondial sur la santé communautaire en novembre 2021. Ce symposium sera l'occasion pour le Libéria de continuer à partager les idées clés du NCHAP et d'apprendre des autres pays.

INNOVATIONS

En plus des succès au niveau national, des innovations de programme ont été pilotées au niveau du comté pour permettre d'étendre et d'augmenter l'accès aux services essentiels. Dans le comté de Rivercess, le Ministère de la santé a commencé à piloter Sayana Press, une contraception injectable, au niveau communautaire. Après avoir été formés à l'administration de Sayana Press début 2019, plus de 100 CHA et CHSS ont distribué l'injection aux femmes dans l'ensemble des six districts du comté de Rivercess⁶³. Une évaluation qualitative du projet pilote a révélé que les membres de la communauté ont largement accepté le déploiement de Sayana Press, certains indiquant qu'ils la préféreraient comme méthode de planification familiale⁶³. Elle a également montré que les CHA ont appris à administrer Sayana Press et que le produit a été intégré efficacement dans la chaîne d'approvisionnement. Le succès de ce projet pilote a prouvé qu'il était possible d'étendre cette innovation dans tout le pays. Bien qu'il y ait quelques leçons clés à prendre en compte dans l'expansion, y compris la nécessité de renforcer la confiance de la communauté et la connaissance des utilisateurs, d'augmenter la formation dans le suivi et le rapportage de Sayana Press, d'aborder la dynamique de genre qui se produit avec les CHA masculins fournissant la contraception injectable, et de s'assurer que les produits nécessaires pour soutenir l'administration sont fournis⁶³.

Une autre innovation testée depuis le lancement du NCHAP est un programme de promoteur de la santé communautaire (CHP) dans le comté de Maryland. Le programme pilote établit un nouveau cadre d'agents de santé communautaire, connu sous le nom de CHP, pour servir les 71 % de libériennes vivant dans des communautés situées à moins de cinq kilomètres de l'établissement de santé le plus proche⁶⁴. Travaillant aux côtés des CHA, ce nouveau cadre consoliderait les CHV existants et fragmentés (y compris les sages-femmes traditionnelles formées, les promoteurs de santé communautaire et les distributeurs dirigés par la communauté) en un cadre unique, standardisé et professionnalisé. Le Ministère de la santé a accordé à l'équipe sanitaire du comté de Maryland et à son partenaire gouvernemental, Partners in Health, l'autorisation de piloter le programme en 2018⁶⁴. Après la première année du pilote, une évaluation a révélé qu'un total de 3 177 personnes ont été mises en relation avec des soins par des CHP, dont 24,4 % des cas liés à des maladies courantes chez les enfants de moins de sept ans et 18,5 % des cas de référencement d'adultes pour le paludisme⁶⁴.

En raison de ce succès, le pilote sera étendu au sein du comté de Maryland. En outre, les leçons tirées du projet pilote serviront à la création d'une stratégie nationale pour les CHP et son institutionnalisation dans la politique nationale des services de santé communautaire sera un domaine de plaidoyer lors de la prochaine révision de la politique.

PRINCIPALES LEÇONS

Si le NCHAP a connu des progrès incroyables, il y a également eu des défis majeurs et des apprentissages clés depuis son lancement officiel en 2016. Quelques-uns des domaines clés de l'apprentissage institutionnel concernent le genre, la mise en œuvre inégale du programme, les fréquentes ruptures de stock et le financement à long terme.

LA QUESTION DU GENRE

En octobre 2020, les femmes représentaient moins d'un cinquième du cadre des ACS (soit 17 %) ¹⁵. Alors que des éléments spécifiques de la politique sont conçus pour favoriser les femmes lors du

recrutement des CHA, les éléments probants montrent que les directives de recrutement existantes ne sont pas suffisantes pour atteindre ces objectifs. Le fait que l'effectif des CHA soit essentiellement masculins a eu des conséquences inattendues sur la qualité et la prestation des services. L'une des conséquences est que les femmes peuvent être moins disposées à parler en détail de la grossesse, de la planification familiale ou de la santé reproductive avec des CHA hommes⁶⁵. Les données qualitatives du projet pilote Sayana Press dans le comté de Rivercess ont montré que les femmes étaient plus à l'aise pour signaler les effets secondaires et les signes d'alerte aux prestataires femmes qu'aux prestataires hommes⁶³. Une autre dynamique qui se crée dans la communauté est que, bien que les CHA soient majoritairement des hommes, ils travaillent souvent avec des sages-femmes traditionnelles (SFT) dans la communauté, qui sont pour la plupart des femmes qui travaillent avec les femmes enceintes dans leur communauté depuis de nombreuses années pour encourager les visites de soins prénatals et les accouchements dans les établissements de santé. Cependant, les sages-femmes traditionnelles ne sont pas rémunérées dans le cadre de la nouvelle politique et les données montrent qu'elles peuvent se sentir démotivées de ne pas être reconnues pour leur soutien continu au NCHAP⁷. Pourtant, les sages-femmes traditionnelles sont essentielles pour aider les CHA à fournir un soutien aux femmes enceintes et ainsi réduire la mortalité maternelle et les décès néonataux.

L'une des causes de cette répartition des genres inéquitable dans le personnel de santé concerne l'accès à l'éducation, l'exigence d'alphabétisation constituant un obstacle à la sélection des femmes. En outre, bien que la politique dispose que 30 % des membres des comités de santé communautaire (CHC) doivent être des femmes, il n'existe aucun mécanisme de responsabilisation pour s'en assurer. En raison de ces obstacles, les candidates de nombreuses communautés n'ont pas été privilégiées, alors que la majorité des services fournis par les CHA sont destinés aux femmes et aux enfants. Une évaluation à mi-parcours de 2017 de la mise en œuvre du PACS du programme NCHA a montré un biais masculin plus important

dans la composition des CHA nouvellement recrutés que celui observé dans le cadre précédent des gCHV. Dans les données du PACS, 32 % des gCHV inscrits en formation étaient des femmes, ce qui contraste avec les 16 % des CHA femmes en formation. Cela suggère que la mise en œuvre de la nouvelle politique a inversé les progrès en matière d'égalité des sexes dans le personnel de santé³⁶.

Parallèlement à un prochain examen complet de la politique, le Ministère de la santé, en partenariat avec LMH, procède à une évaluation de la parité. L'évaluation étudiera la prise en considération dans les politiques de la question du genre, et mesurera les obstacles de genre lors de la mise en pratique de ces politiques. La promotion du recrutement d'un plus grand nombre de femmes CHA et le développement d'un NCHAP plus sensible au genre offrent une opportunité d'affinement institutionnel et d'amélioration des résultats de santé.

UNE MISE EN ŒUVRE INÉGALE

Un autre défi majeur du NCHAP a été la mise en œuvre inégale et le manque d'alignement au sein du Ministère de la santé, ainsi qu'entre les partenaires. En effet, d'un comté à l'autre, il existe de nombreuses différences dans les pratiques de mise en œuvre en termes de supervision, de résultats des CHA, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de rémunération en temps voulu et de qualité générale de la prestation de services. Une grande partie des variations entre les comtés peut être attribuée au type de soutien technique qui a été fourni aux équipes de santé du comté, à la durée de la mise en œuvre du programme, à la proximité géographique du comté par rapport à la capitale, aux taux d'alphabétisation et d'éducation, ainsi qu'aux priorités d'investissement du comté et aux ressources du secteur de la santé⁸.

Une mise en œuvre inégale peut être observée dans la performance et la cohérence de la supervision. Entre juillet 2017 et août 2019, le pourcentage de superviseurs dans chaque comté ayant soumis leur rapport de service mensuel pendant trois mois consécutifs allait de moins de 50 % dans le comté de Grand Cape Mount à

100 % dans le comté de Margibi⁸. En outre, les données de l'IFI montrent que cela n'a pas changé de manière significative au fil du temps : entre novembre 2020 et janvier 2021, le pourcentage de CHA qui ont déclaré avoir reçu une visite de supervision au cours des quatre semaines précédentes allait de 36 % dans le comté de Sinoe et 68 % dans le comté de Maryland à 100 % dans le comté de Bomi⁶⁶. Cette différence indique que dans certains comtés, la supervision n'a pas lieu régulièrement et que dans d'autres où elle a lieu, les CHA ou les CHSS ne fournissent et ne soumettent pas systématiquement les rapports mensuels demandés.

Un autre problème important qui illustre l'inégalité de la mise en œuvre du NCHAP concerne la rémunération en temps voulu. La méthode de rémunération varie d'un comté à l'autre, certains comtés utilisant le paiement mobile ou les transferts bancaires, d'autres procédant à des transferts directs en espèces. Selon les rapports de l'IFI, dans certains comtés, tels que Grand Bassa et Margibi, tous les CHA ont déclaré avoir reçu le montant total de leur dernière incitation monétaire à temps (entre novembre et janvier 2021), alors qu'aucun des CHA du comté de Maryland n'a déclaré avoir reçu un paiement⁶⁶. En 2019, les CHA de certains comtés sont restés plus de six mois sans être payés en raison de problèmes de gestion et de liquidation budgétaire. Étant donné que les comtés soutenus par USAID exigeaient que les CHA et les CHSS soumettent des rapports mensuels avant de recevoir un paiement, la soumission tardive des rapports a entraîné des retards de paiement⁸. D'autres comtés, tels que ceux soutenus par le Fonds mondial, utilisent des paiements mobiles et n'exigent pas de rapports, de sorte que les paiements étaient souvent plus rapides⁸. Les retards de paiement entraînent la démotivation des CHA et peuvent entraîner la perte de personnel qualifié par attrition.

Les CHA démotivées risquent également de laisser des postes vacants ou de fournir des services inconstants dans la communauté, ce qui pourrait créer des lacunes dans la prestation de services. Avec des paiements à temps aux ACS qui tombent constamment en dessous de 50 % et une grande

variation concernant la fidélité d'un comté à l'autre, ce défi pose un risque majeur pour l'efficacité du NCHAP. Les paiements en temps voulu avec des mécanismes de décaissement standardisés sont une autre opportunité pour une amélioration ultérieure à travers la révision de la politique à venir.

LES RUPTURES DE STOCKS

La rupture de stock des fournitures médicales essentielles dans les communautés est un problème national et un obstacle majeur à la réussite opérationnelle du NCHAP. Entre décembre 2019 et décembre 2020, seuls environ 25 % des CHA disposaient en stock de produits de première nécessité⁶⁶. Sans les médicaments et les produits de santé nécessaires, les CHA ne sont pas en mesure d'utiliser les connaissances et compétences qu'ils acquièrent en formation pour soigner correctement leurs communautés. Ces ruptures de stocks ont non seulement empêché la capacité des CHA à faire leur travail, mais ont également saper la confiance envers le programme dans son ensemble. Dans l'évaluation à mi-parcours du PACS, plusieurs CHSS, responsables de district et CHT ont indiqué qu'ils avaient l'impression que la crédibilité des CHA et du programme national dans son ensemble était mise à cause de ces ruptures de stock³⁶. De même, les CHA ont indiqué qu'ils recevaient des commentaires négatifs de la part des ménages lorsqu'ils devaient référer des patientes en raison d'un approvisionnement insuffisant. L'étude sur les perceptions du programme a également révélé que le manque de médicaments au niveau communautaire a entraîné une perte de confiance envers les CHA et une augmentation des renvois de patientes qui auraient pu être traités par les CHA⁷. Ces éléments montrent que les CHA ont besoin de médicaments et de produits de base afin de servir efficacement et d'établir la confiance avec leurs communautés.

Cependant, la disponibilité des médicaments varie considérablement d'un comté à l'autre, et certaines partenaires de mise en œuvre, comme l'UNICEF et LMH, achètent des produits directement pour les comtés qu'ils soutiennent. Ces ruptures de stock font partie d'un problème plus large de la chaîne d'approvisionnement en

médicaments à tous les niveaux au Libéria. Les défis comprennent la prévision précise de la demande, le suivi des niveaux de stockage et des stocks, la gestion du transport et de la distribution depuis l'entrepôt central jusqu'au niveau du district, et la coordination globale de la chaîne d'approvisionnement⁸. En 2018 et 2019, moins de 50 % des CHA disposaient de stocks de zinc pour stopper la diarrhée et d'amoxicilline pour traiter les infections respiratoires aiguës, et moins de 65 % disposaient de sels de réhydratation orale (SRO) et de médicaments contre le paludisme⁶⁶. Le Libéria a pris des mesures pour améliorer la gestion du système de la chaîne d'approvisionnement, notamment en lançant un système d'information pour la gestion logistique (LMIS) afin de suivre les données, mais le système n'est pas encore totalement opérationnel⁸.

Plusieurs partenaires de mise en œuvre ont travaillé avec le Ministère de la santé pour relever ces défis. En 2017, l'UNICEF a soutenu la remise à neuf de trois dépôts de comté⁶⁷. USAID finance l'achat de produits, soutient les activités de renforcement de la chaîne d'approvisionnement, facilite l'approvisionnement international en produits et fournit une assistance technique à la gestion des entrepôts⁶⁷. LMH et VillageReach se sont associés au Ministère de la santé pour combler certaines de ces lacunes de capacité au niveau des systèmes identifiées dans la chaîne d'approvisionnement nationale. Le partenariat s'efforce d'identifier les options pour des investissements gouvernementaux durables en commençant par identifier les besoins nationaux en produits de base par le biais d'une analyse quantitative détaillée, de systèmes de recueil de données numériques et de mécanismes améliorés de coordination centrale/ de comté. Une autre innovation de la chaîne d'approvisionnement proposée au Libéria est un système de distribution en kit qui serait intégré dans la chaîne d'approvisionnement nationale pour renforcer le transport des médicaments et des fournitures essentiels des établissements de santé aux CHA. S'appuyant sur des données probantes provenant d'autres pays, les défenseurs de ce modèle sont des partenaires comme VillageReach et des responsables du Ministère de la santé comme le directeur du CHSD, M. Wiah, et le

Ministre de la santé, le docteur Wilhelmina Jallah⁶⁸.

FINANCEMENT

Le financement pérenne reste un défi important pour le NCHAP. À l'heure actuelle, le programme est principalement soutenu par des bailleurs de fonds grâce à des flux de financement qui peuvent être imprévisibles, mais l'objectif à long terme proposé est la viabilité financière qui permet aux CHA et aux CHSS d'être rémunérés par le Gouvernement. L'objectif est de faire en sorte que le Gouvernement couvre la majorité des dépenses du programme. Cependant, étant donné les contraintes budgétaires du Gouvernement libérien, il n'est pas clair si et quand celui-ci sera en mesure d'atteindre cet objectif sans dépendre des partenaires. En 2020, le Ministère de la santé n'a intégré qu'environ 14 % des CHSS dans sa masse salariale depuis le lancement du programme⁶⁹.

Bien que ce pourcentage ait augmenté par rapport aux années précédentes, la grande majorité des CHSS sont payés par des partenaires, et il n'existe pas encore de stratégie claire sur la manière dont le Gouvernement absorbera les incitations des CHA à long terme⁶⁷. En 2019, le CHSD et les équipes sanitaires de comté ont reçu un soutien direct pour la mise en œuvre du NCHAP, totalisant un peu plus de 800 000 de dollars de la Banque mondiale pour deux comtés et 1,3 million de dollars de l'UNICEF pour cinq comtés. Ce financement a servi à couvrir les coûts de mise en œuvre du programme et les incitations des CHSS et des CHA⁶⁷. Alors que de nombreux comtés ont obtenu un financement pour les cinq prochaines années (2020-2024), plusieurs comtés sont confrontés à des problèmes potentiels de financement.

Afin d'anticiper, de gérer et d'éviter ces problèmes de financement à l'avenir, le directeur de la CHSD, M. Wiah, a élaboré une stratégie intitulée « Un partenaire, un comté », qui préconise un meilleur alignement des bailleurs de fonds et des partenaires de mise en œuvre afin de garantir le soutien du programme de santé communautaire de chaque comté. Au début de 2021, la Banque mondiale, LMH, le Fonds mondial et USAID se sont tous engagés à soutenir les comtés par le biais de ce modèle⁵⁹.

De plus, en raison de la mise en œuvre variée et des flux de financement qui vont directement de la source de financement aux partenaires de mise en œuvre, la CHSD n'a pas une visibilité complète sur les coûts du programme dans tous les comtés. Cela pose des problèmes de suivi et de projection. Le Ministère de la santé et ses partenaires explorent des stratégies pour surmonter ce problème, notamment en encourageant les responsables de la mise en œuvre des programmes au niveau des comtés à adopter un cadre de budget et de dépenses commun, et en créant des pratiques et des outils standard pour l'analyse des coûts en collaboration avec l'unité de financement de la santé. L'élaboration d'une stratégie de financement à long terme, alignée sur des réformes plus larges du financement de la santé, en coordination avec l'unité de financement de la santé et d'autres parties prenantes du Gouvernement est un autre domaine de plaidoyer pour le perfectionnement institutionnel.

PANDÉMIE DE MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

En décembre 2019, une nouvelle maladie à coronavirus, connue sous le nom de COVID-19, a été identifiée à Wuhan, en Chine. Au cours des mois suivants, la maladie s'est propagée dans presque tous les pays du monde. En janvier 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la COVID-19 comme une urgence sanitaire mondiale, et un an plus tard, le monde a enregistré deux millions de décès liés à la COVID-19. Le premier cas de coronavirus a été confirmé au Libéria le 16 mars 2020, soit un peu plus de quatre ans après que le pays ait été déclaré exempt d'Ebola.

Le Libéria avait passé les années qui ont suivi Ebola à reconstruire son système de santé, à mettre en place un solide système de surveillance communautaire et à lancer le NCHAP qui a permis de recruter, former et équiper des agents de santé de première ligne dans presque tous les comtés⁸. Lorsque la pandémie de maladie à coronavirus a atteint le Libéria, le système de santé était mieux préparé à répondre à une pandémie, avec des agents de santé communautaires activement engagés dans les communautés et prêts à se battre pour prévenir, détecter et répondre à la COVID-19. Dès janvier

2020, alors que les premiers cas de COVID-19 se propageaient dans le monde, le Ministère de la santé a commencé à prendre des mesures fondées sur des éléments probants pour contrôler le virus, notamment en rétablissant de manière proactive un système de gestion des incidents, en appliquant des mesures d'atténuation des risques et en déployant des campagnes de sensibilisation aux gestes barrières.

Dès qu'un cas a été confirmé au Libéria, les efforts de réponse ont été lancés et le Ministère de la santé a mis en place des piliers d'engagement communautaire et de communication des risques pour aligner et coordonner les principales parties prenantes autour de la réponse. Une formation a été organisée pour les agents de santé de première ligne, portant spécifiquement sur la COVID-19 et couvrant les points suivants :

- Conduire l'engagement et la sensibilisation auprès des communautés ;
- Prévenir les discriminations et dissiper les mythes/fausses nouvelles sur le COVID-19 ;
- Atténuer la propagation du virus dans la communauté et les établissements de santé par des pratiques préventives (gestes barrières) et de contrôle de l'infection ;
- Encourager l'atténuation des risques de contamination et l'action au niveau de la communauté⁷⁰.

En outre, les CHA et les CHSS—ainsi que les établissements de santé éloignés—ont été inclus dans les projections et les plans d'approvisionnement du Ministère de la santé en équipements de protection individuelle (EPI). LMH, en collaboration avec VillageReach et le Ministère de la santé, a distribué plus de 830 000 articles d'EPI (y compris des masques, des respirateurs, des gants, des blouses et des lunettes de protection) aux agents de santé communautaires, aux établissements de santé et aux cliniques à travers le Libéria⁷¹. Des fournitures pour la prévention des infections, comme des seaux pour le lavage des mains, du gel hydroalcoolique pour les mains et du savon, ont également été distribuées aux établissements et aux communautés. Disposant d'EPI, les CHA ont pu continuer à fournir des services de soins primaires essentiels dans leurs

communautés.

Essentiels aux efforts de prévention, les CHA ont également été formés aux signes et symptômes du virus, aux soins à domicile et aux protocoles d'isolement, aux nouveaux protocoles de poursuite des soins et aux déclencheurs dans la communauté. Dans le cadre du système de surveillance communautaire basé sur les événements, ils ont soutenu les efforts de recherche et de déclaration des contacts. Les données sur les soins de santé primaires au niveau communautaire ont montré que les visites de routine à domicile et les traitements administrés contre le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës sont restés relativement stables tout au long de la pandémie, après une légère baisse au mois de mars 2020⁷³. Au cours des premiers mois de l'épidémie, les établissements de santé et les CHA ont constaté une augmentation du nombre de traitements contre le paludisme administrés aux enfants de moins de cinq ans⁵⁷.

Malgré ces efforts au niveau des communautés, les tendances en matière de soins de santé primaires au niveau des établissements dressent un tableau légèrement différent, avec une utilisation en baisse pendant la pandémie. Dans l'ensemble du pays, de mars à juin 2020, on a constaté une baisse de 35 % du nombre d'enfants entièrement vaccinés (en grande partie à cause de l'arrêt de la campagne de vaccination), et une baisse de 18 % du nombre de visites de soins prénataux⁷². Cependant, selon les données de l'IFI, seulement 1 % des membres de la communauté desservis par des CHA ont déclaré qu'elles ne s'étaient pas rendues dans un établissement de santé lorsqu'elles étaient malades, par peur de la COVID-19⁶⁶.

Bien que l'on ne connaisse pas encore toutes les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur le système de santé et les résultats sanitaires, les premiers résultats suggèrent que les agents de santé communautaires au Libéria ont joué un rôle essentiel dans la réponse au COVID-19 et dans la continuité des services de soins de santé primaires communautaires. La COVID-19 a renforcé la nécessité d'un investissement continu dans des systèmes de santé résilients et le rôle essentiel qu'un personnel de santé communautaire formé peut jouer

dans les interventions d'urgence.

OPPORTUNITÉS DE RÉFORMES ET PISTES POUR L'AVENIR

Le NCHAP a été élaboré moyennant des structures d'apprentissage et d'évaluation des performances intégrées dans sa conception pour garantir un programme de haute qualité avec une amélioration continue. Lors de l'élaboration de la politique nationale des services de santé communautaires en 2015, la coalition a convenu d'un examen à mi-parcours en 2018 et d'une évaluation finale en 2021. Cependant, en raison de la transition gouvernementale et de contraintes sur les ressources disponibles, l'examen à mi-parcours prévu pour 2018 n'a pas eu lieu⁷⁴. Au lieu de cela, les parties prenantes ont décidé de faire un examen complet qui orienterait le développement d'une nouvelle politique et d'un plan stratégique, qui seront validés fin 2021. L'examen évaluera et révisera l'ensemble des outils pertinents et existants du programme, y compris les programmes d'études, les procédures opérationnelles standards (POS) et les outils de travail. Sur la base de cet examen, la coalition soutiendra le développement et la validation de tout ajout nécessaire destiné à renforcer la politique et le plan stratégique existants. L'objectif de cet examen est d'évaluer la fidélité et l'efficacité du projet NCHAP tout en tirant des enseignements des meilleures pratiques, des défis et des idées de mise en œuvre.

La note de conception du Ministère de la santé pour l'examen complet des performances (2016-2021) et l'élaboration du nouveau plan stratégique et de la politique du programme de santé communautaire (2021-2030) définit les principaux objectifs de la révision de la politique comme suit :

- Examiner les documents et systèmes actuels pour identifier les lacunes et les réussites.
- Explorer le processus de mise en œuvre du programme d'assistant en santé communautaire.
- Examiner la couverture du NCHAP et aligner les parties prenantes et le financement à travers les comités.
- Évaluer la conformité de la mise en œuvre du

NCHAP

- Mettre en œuvre les recommandations issues de l'examen dans la nouvelle politique.
- Examiner les questions stratégiques clés suivantes :
 - Dans quelle mesure le programme a-t-il été mis en œuvre comme prévu ?
 - Dans quelle mesure les objectifs et résultats immédiats prévus ont-ils été atteints ?
 - Quels sont les principaux défis de mise en œuvre, les meilleures pratiques ou les enseignements tirés de la mise en œuvre du programme ?
 - Quels sont les effets non intentionnels de la mise en œuvre du programme et quelle intervention a été le plus probablement associée à ces impacts ?
 - Quelles sont les lacunes existantes en matière de suivi et de gestion des données du SISCOP et du LMIS, et comment pouvons-nous les renforcer/y remédier ?⁷⁴

L'examen complet sera réalisé en plusieurs phases. La première phase est une étude sur dossier par des groupes de travail techniques thématiques et des groupes de travail sous-techniques, suivie d'une consolidation et d'une validation de l'étude sur dossier. Par la suite, la politique, les plans stratégiques et tous les autres documents nécessaires seront révisés et validés. Enfin, la nouvelle politique nationale des services de santé communautaire 2021-2030, le plan stratégique et les documents pertinents seront lancés⁷⁴.

Après cinq années de mise en œuvre et d'apprentissage continu, cette révision de la politique offre l'occasion de plaider pour un investissement plus important dans le système de santé communautaire et d'approfondir l'accent mis par le NCHAP sur la qualité, la mise à l'échelle et la pérennité à long terme. L'examen portera sur les principaux éléments de conception du programme, notamment : l'intégration de la dimension de genre ; l'extension de l'utilisation d'outils de formation numériques pour la gestion des résultats et la formation au niveau national ; le renforcement de la prestation de services pour le

paludisme, la nutrition, la planification familiale et la vaccination ; et l'amélioration de la surveillance des maladies et des systèmes d'information sur la chaîne d'approvisionnement au niveau national. Les décisions de conception qui ont été prises tout au long du cycle de réforme de la révision de la politique de 2016 vont maintenant être réexaminées avec une nouvelle coalition d'acteurs.

Pour conclure

Près de cinq ans après le lancement officiel du NCHAP, une nouvelle coalition d'acteurs conduite par le Ministère de la santé se trouve dans la phase initiale d'un nouveau cycle de réforme. Les vastes expériences, enseignements et succès qui ont été documentés tout au long du programme seront utilisés pour orienter le nouveau cycle de réforme. Les lacunes du NCHAP permettront de prioriser les problèmes, les données probantes de la mise en œuvre seront utilisées pour trouver des solutions, et la nouvelle coalition utilisera la politique existante comme base pour construire un programme encore plus solide.

L'institutionnalisation du NCHAP peut être attribué à plusieurs facteurs clés : la base de la programmation pour la santé communautaire au Libéria, la fenêtre d'opportunité unique après Ebola qui a créé un élan unificateur, une coalition forte avec une vision pour tendre vers l'institutionnalisation, et un afflux de ressources pour financer ce changement à grande échelle. Dans une analyse co-écrite par la CHSD et USAID sur le NCHAP, le réseau d'« entrepreneurs politiques » (fonctionnaires, bailleurs de fonds et partenaires de mise en œuvre) qui se sont réunis pour catalyser un programme unifié a été décrit comme une « recette bien gardée » du programme⁵⁹. La coalition de santé communautaire du Libéria, qui a été formée et remodelée au fil des ans - avec l'évolution du programme - va bientôt entrer dans un nouveau cycle de débats politiques, d'efforts de plaidoyer et de décisions de conception. Cette révision de la politique a l'opportunité de positionner la nouvelle politique nationale des services de santé communautaire du Libéria 2021-2030 encore plus près de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) pour toutes et tous.

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;9(Supplement 1):S32-S46. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.9745/gfsp-d-20-00429>.
3. Libéria. Ministère de la santé. *Revised National Community Health Services Strategic Plan 2016 – 2021*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/community-health-workers/liberia/revised-community-health-services-policy-20162021.pdf>.
4. Libéria. Ministère de la santé. *Investment Case for Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/Liberia-Investment-Case.pdf.
5. Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services, Ministry of Health and Social Welfare, National AIDS Control Program, ICF International. *Liberia Demographic and Health Survey 2013*. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr291/fr291.pdf>.
6. Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services, Ministry of Health, The DHS Program at ICF. *Liberia Demographic and Health Survey 2019-2020*. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR362/FR362.pdf>. Published 2021.
7. Last Mile Health. *Program Perceptions One Pager Reports*. 2020.
8. Chen N, Dahn B, Castañeda CL, et al. *Exemplars in Global Health: Community Health Workers in Liberia*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.exemplars.health/topics/community-health-workers/Liberia>.
9. Lee PT, Kruse GR, Chan BT, et al. *An analysis of Liberia's 2007 national health policy: lessons for health systems strengthening and chronic disease care in poor, post-conflict countries*. *Global Health*. 2011;7:37. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/1744-8603-7-37>.
10. Kenny A, Basu G, Ballard M, et al. *Remoteness and maternal and child health service utilization in rural Liberia: A population-based survey*. *J Glob Health*. 2015;5(2). Disponible à l'adresse suivante : <http://jogha.org/documents/issue201502/jogh-05-020401.htm>.
11. Kruk ME, Rockers PC, Williams EH, et al. *Availability of essential health services in post-conflict Liberia*. *Bull World Health Organ*. 2010;88(7):527-534. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.2471/BLT.09.071068>.
12. Ministry of Health Liberia, World Health Organization, Global Fund. *Liberia Services Availability and Readiness Assessment (SARA) and Quality of Care (QoC)*; 2016.
13. Libéria. Ministère de la santé. *Investment Plan for Building a Resilient Health System in Liberia*; 2015. Disponible à l'adresse suivante : https://moh.gov.lr/wp-content/uploads/Liberia-Investment-Plan_-May-13_15-1.pdf.
14. Libéria. Ministère de la santé. *Revised National Community Health Services Policy*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/community-health-workers/liberia/revised-community-health-services-policy-20162021.pdf>.
15. Community Health Services Division Liberia. *National Community Health Assistant Program: National Dashboard* (Document non publié). 2021.
16. Banque mondiale. *Indicateurs du développement dans le monde*. DataBank. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=worlddevelopment-indicators>.
17. Panjabi R, McDaniel A, Hendricks T, et al. *Strengthening Community Health Worker Programs (online course)*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.edx.org/course/strengthening-community-health-worker-programs>.
18. Libéria. Ministère de la santé. *National Policy and Strategy on Community Health Services*. 2008.
19. Morgan L. *When the Hustle Gets Rough Making Performance-Based Contracting Work in Liberia*. 2011. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.rbfhealth.org/resource/when-hustle-gets-rough-making-performance-based-contracting-work-Liberia>.
20. Libéria. Ministère de la santé et de la protection sociale. *National Health and Social Welfare Policy and Plan 2011 - 2021*. 2011. Disponible à l'adresse suivante : <https://moh.gov.lr/wp-content/uploads/National-Health-Policy-Plan-MOH-2011-2021.pdf>.

21. JSI Research & Training Institute, USAID. *Technical Brief: The FARA Mechanism: Leveraging and Strengthening Local Capacity to Rebuild Basic Health Services*. Disponible à l'adresse suivante : https://publications.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=15171&lid=3.
22. Lee PT, Kruse GR, Chan BT, et al. *An analysis of Liberia's 2007 national health policy: lessons for health systems strengthening and chronic disease care in poor, post-conflict countries*. Global Health. 2011. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/1744-8603-7-37>.
23. Luckow PW, Kenny A, White E, et al. *Implementation research on community health workers' provision of maternal and child health services in rural Liberia*. Bull World Health Organ. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.2471/BLT.16.175513>.
24. One Million Community Health Workers. *Liberian Assistant Minister of Health Tolbert Nyenswah Visits the Campaign*. 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://1millionhealthworkers.org/2013/08/16/Liberian-assistant-minister-of-health-tolbert-nyenswah-visits-the-campaign/>.
25. Sharf S. *Last Mile Health: Training Rural Liberians To Save Lives*. Forbes. 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.forbes.com/sites/samanthasharf/2013/11/17/last-mile-health-training-rural-liberians-to-save-lives/?sh=2226a72740f3>.
26. One Million Community Health Worker Campaign. *Update from the Field: Costing and Implementation Planning Workshop in Liberia Completed*. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://1millionhealthworkers.org/2014/07/17/update-from-the-field-costing-and-implementation-planning-workshop-in-Liberia-completed/>.
27. Banque mondiale. *Croissance du PIB (% annuel) - Données sur le Libéria*. Les données ouvertes de la Banque mondiale. Disponible à l'adresse suivante : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=LR>.
28. Miller NP, Milsom P, Johnson G, et al. *Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone*. J Glob Health. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://jogha.org/documents/issue201802/jogh-08-020601.htm>.
29. Bell SA, Munro-Kramer ML, Eisenberg MC, Williams G, Amarah P, Lori JR. *"Ebola kills generations": Qualitative discussions with Liberian healthcare providers*. Midwifery. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.005>.
30. Gouvernement du Libéria. *Health Workforce Program Strategy*. 2016.
31. Siekmans K, Sohani S, Boima T, Koffa F, Basil L, Laaziz S. *Community-based health care is an essential component of a resilient health system: evidence from Ebola outbreak in Liberia*. BMC Public Health. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12889-016-4012-y>.
32. Last Mile Health. *CHWS for ALL: Community Health Worker Support for Advancing Liberian Livelihoods Final Report* (Document non publié). 2019.
33. Libéria. Ministère de la santé. *Division chargée des services de santé communautaire. Community Health Retreat Report* (Document non publié). 2015.
34. Libéria. Ministère de la santé. *Liberia Community Health Road Map* (Document non publié). 2015.
35. Libéria. Ministère de la santé. *6-month Action Plan to Launch the National Community Health Worker Program* (Document non publié). 2015.
36. USAID. *Partnership for Advancing Community Based Services Midterm Performance Evaluation: Midterm Evaluation Report* (Document non publié). 2017.
37. Association nationale des travailleurs de la santé du Liberia. Communiqué de presse. Février 2016. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.world-psi.org/sites/default/files/attachment/news/nahwal.pdf>.
38. Last Mile Health. *Integrating Adaptive Management Practices in Government Led Programs: Data Feedback to Drive Accountability and Change* (Document non publié). 2019.
39. Nimely MSB, Idahor WO. *Community Health Worker Support for Advancing Liberia Livelihood (CHWS for ALL) Project: Final Evaluation Report* (Document non publié); 2018.
40. Libéria. Ministère de la santé. *TOR for CHA/CHSS/MT Training Package Finalization* (Document non publié). 2016.
41. Boima T. Update on Community Health Services Division (Document non publié). In: Quarterly Review Meeting. 2016.
42. Fonds Monétaire International. Département de recherche. *World Economic Outlook: Too Slow for Too Long*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2016/12/31/World-Economic-Outlook-April-2016-Too-Slow-for-Too-Long-43653>.

43. Libéria. Ministère des finances et de la planification du développement. *Republic of Liberia National Budget Framework Paper: FY2016 - 2017*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cabri-sbo.org/uploads/bia/liberia_2016_formulation_external_budget_framework_ministry_of_finance_ecowas_english_1.pdf.
44. Kessely R, Chen N. *Financing CHW Programs in Liberia*. Document non publié à la Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire, Johannesburg (Afrique du Sud). 2017.
45. Libéria. Ministère de la santé. Unité chargée du financement de la santé. *Resource Mapping Exercise* (Document non publié). 2015.
46. Banque mondiale. *Base de données sur les dépenses de santé à l'échelle mondiale : Dépenses de santé courantes par habitant (en dollars US) - Liberia*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=LR>.
47. Al Jazeera. *Liberia doctors walk out over unpaid wages, complicating Ebola response*. Septembre 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://america.aljazeera.com/articles/2014/9/2/ebola-strike-liberia.html>.
48. Bennett S, George A, Rodriguez D, et al. *Policy challenges facing integrated community case management in Sub-Saharan Africa*. *Trop Med Int Health*. 2014;19(7):872-882. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1111/tmi.12319>.
49. The New Dawn Liberia. *Liberia signs global compact*. Mai 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://thenewdawnLiberia.com/Liberia-signs-global-compact/>.
50. Earle AJ, Sparkes SP. *Financing Common Goods for Health in Liberia post-Ebola: Interview with Honorable Cllr. Tolbert Nyenswah*. *Heal Syst Reform*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1080/23288604.2019.1649949>.
51. Ministère de la santé libérien, Last Mile Health. *The Liberian Community Health Assistant Coalition Investment Prospectus* (Document non publié). 2018.
52. Ministère d'État chargé des affaires présidentielles du Libéria. Unité chargée de l'action publique. *150 Days: The Last Mile*. 2017.
53. Sirleaf EJ. *Annual Message to the Sixth Session of the 53rd National Legislature of the Republic of Liberia*. Monrovia. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.emansion.gov.lr/doc/ANNUAL.pdf>.
54. Libéria. Ministère de la santé. *National CHA Capacity Assessment Toolkit for CHTs* (Document non publié). 2019.
55. République du Libéria. *Pro-Poor Agenda for Prosperity and Development*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.emansion.gov.lr/doc/Pro-Poor%20Agenda%20For%20Prosperity%20And%20Development%20book%20for%20Email%20sending%20\(1\).pdf%20-%20Compressed.pdf](https://www.emansion.gov.lr/doc/Pro-Poor%20Agenda%20For%20Prosperity%20And%20Development%20book%20for%20Email%20sending%20(1).pdf%20-%20Compressed.pdf).
56. Libéria. Ministère de la santé. *Community Health Assistant - Monthly Service Reporting [Data]*.
57. Rozelle JW. *Malaria DHIS2 Analysis* (Document non publié). 2020.
58. Downey J, McKenna AH, Flomo Mendin S, et al. *Measuring Knowledge of Community Health Workers at the Last Mile in Liberia: Feasibility and Results of Clinical Vignette Assessments*. *Glob Health Sci Pract*. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00380>.
59. Healey J, Wiah SO, Horace JM, Majekodunmi DB, Duokie DS. *Liberia's Community Health Assistant Program: Scale, Quality, and Resilience*. *Glob Health Sci Pract*. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00509>.
60. Last Mile Health. *Co-Impact Year 1 Report* (Document non publié - Rapport interne). 2020.
61. Last Mile Health. *Internal Donor Landscape Tracking Tool* (Document non publié). Dernière mise à jour en 2020.
62. Last Mile Health. *From Liberia to Kazakhstan: Community Health Worker Ruth Tarr's Story*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://lastmilehealth.org/2019/01/23/ruth-tarrs-story/>.
63. Libéria. Ministère de la santé. *An Evaluation of Sayana Press Provision at the Community Level Piloted in Rivercess County: Final Report*. 2020.
64. Maryland County Health Team, Partners in Health. *Piloting the Community Health Promoter Program in Maryland County* (Document non publié). 2020.
65. Steege R, Hawkins K, Wurie H, et al. *Gender and Community Health Worker Programmes in Fragile and Conflict-Affected Settings. Findings from Sierra Leone, the Democratic Republic of Congo and Liberia*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://rebuildconsortium.com/media/1625/pac00350-rings-gender-and-community-brief-002.pdf>.
66. Libéria. Ministère de la santé. *Implementation Fidelity Initiative [Data]*. 2020.
67. Wansi E. *A Desk Review of the National Community Health Policy and the Community Health Assistant (CHA)*

Program of Liberia (Document non publié). 2020.

68. Ministère de la santé libérien, VillageReach. *Strengthening the Community Health Supply Chain in Bomi and Margibi Counties* (Document non publié). 2021.
69. Liberia Coordinating Mechanism. *The Global Fund Application Response Form* (Document non publié). 2020.
70. Last Mile Health. *An Invisible Threat During COVID-19: The Collapse of The Primary Health System*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://lastmilehealth.org/2020/08/06/invisible-threat-during-covid-19/>.
71. Last Mile Health. *Quarterly Report July - September 2020* (Document non publié). 2020.
72. Global Financing Facility. *New findings confirm global disruptions in essential health services for women and children from COVID-19*. Septembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.globalfinancingfacility.org/new-findings-confirm-global-disruptions-essential-health-services-women-and-children-covid-19>.
73. Libéria. Ministère de la santé. *Liberia Community-Based Information Systems* [Database].
74. Libéria. Ministère de la santé. *Comprehensive Performance Review (2016-2021) and The Development of New Community Health Program Strategic Plan and Policy (2021-2030): Concept Note* (Document non publié). 2020.

Annexes

Annexe 1: Cycle de vie des sous-groupes des Groupes de travail techniques sur la santé communautaire

Sous-groupes des Groupes de travail techniques sur la santé communautaire	Contributions aux politiques et programmes
Création de coalitions (Avant le séminaire de la CHSD : Avril - Mai 2015)	
<i>Description : Ces sous-groupes ont été créés avant le séminaire de la CHSD autour des éléments constitutifs du système de santé de l'OMS afin de lancer la conception des politiques en synthétisant les documents de référence disponibles, de consolider les résultats pour mettre en évidence les meilleures pratiques, d'identifier les blocages au niveau des systèmes et d'éclairer les discussions pendant le séminaire.</i>	
Prestation de services	Paquet minimum de prestation de services (Dissous après que le paquet minimum de prestation de services eut été mis à jour)
Recrutement et Rémunération	TdR pour les cadres de santé communautaires
Formation	Modèle et curriculum de formation pour les ASC et les superviseurs (Associé avec le sous-groupe pour la supervision)
Supervision	Structure, directives, et outils de supervision (Associé avec le sous-groupe pour la formation)
Engagement communautaire	Stratégies d'engagement et mobilisation communautaire
Systèmes d'informations pour la gestion de la santé communautaire, Surveillance, et Suivi & Évaluation	Indicateurs, formations et base de données sur les ASC
Gestion de la chaîne d'approvisionnement	Gestion de la chaîne d'approvisionnement, achats, kits et modules de formation intégrés
Recueil de solutions & Conception des politiques (Après le séminaire de la CHSD : Mai 2015 – Début 2016)	
<i>Description : Après le séminaire de la CHSD de mai 2015, un nouveau groupe de travail a été créé pour réviser la politique et les cinq autres sous-groupes travaillaient à la conception des composantes du programme, en suivant le plan d'action et la feuille de route de six mois qui présentent les contributions suivantes (source : Plan d'actions consolidées du séminaire).</i>	
Recrutement & Rémunération	Vérification de la rémunération des CHSS et lancement d'un processus d'identification et de recrutement des CHSS ; création de parcours de développement professionnel ; élaboration d'un paquet de mesures chiffrées (non monétaires) pour tous les cadres.

Formation & Supervision	Recueil du matériel de formation existant ; recrutement d'un consultant en pédagogie ; création des processus et d'un calendrier pour l'élaboration du programme de formation.
Unité chargée des systèmes d'information sur la gestion sanitaire, du suivi/évaluation et des recherches	Révision et conduite du test sur les registres et de l'outil de rapportage des ASC ; élaboration des POS fixant le calendrier et la structure du rapport ; mise à jour des modules SISCOM dans le DHIS2 et des matériaux de formation ; coordination avec le groupe de travail technique IDSR et NPHIL.
Gestion de la chaîne d'approvisionnement	Finalisation de la liste des produits médicaux à utiliser au niveau communautaire ; révision, mise à jour et conception des outils de gestion de la chaîne d'approvisionnement et des POS ; évaluation des besoins communautaires et création de profils communautaires pour la prévision des approvisionnements ; création d'un module de formation dédiée à la chaîne d'approvisionnement.
Groupe de travail pour la révision des politiques	Mise à jour de la Feuille de route/Plan opérationnel ; révision de la politique des services de santé communautaire, réalisation d'évaluations de référence ainsi que d'une cartographie du personnel de santé communautaire et de la capacité du Gouvernement à développer le programme des CHA ; élaboration des TdR pour les sous-groupes.
Conception du programme (Mars 2016-2017)	
<i>Description : Ces sous-groupes ont été redéfinis en mars 2016 et divisés en « groupes de révision » pour la conception des programmes et des systèmes, avec un « Comité directeur » servant d'organe de coordination et de décision.</i>	
Surveillance des incidents à base communautaire (CEBS) / Surveillance communautaire	Module 1 du programme de formation
Promotion de la santé / Éducation / Engagement communautaire grâce à l'éducation par l'écoute (Education Through Listening ou ETL), Eau, Assainissement et Hygiène pour tous (WASH)	Module 1 du programme de formation
Planification familiale, Santé maternelle et infantile	Module 2 du programme de formation
Vaccinations, Prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME)	Modules 1 & 3 du programme de formation
VIH, TB, Lèpre, Santé mentale, Premiers secours	Module 4 du programme de formation
Système d'information communautaire (SISCOM)	POS pour le SISCOM POS pour le suivi & la supervision Formulaires de référencement pour la CEBS

Chaîne d'approvisionnement pour la santé communautaire	POS pour la chaîne d'approvisionnement
Conception graphique et aide-mémoires	Aide-mémoires
Comité directeur	Organe décisionnel POS pour la formation (en lien avec l'Unité de formation)
Lancement & Gestion du programme (Lancement – À présent)	
<i>Description : Ces groupes et forums sont des mécanismes de coordination actuels qui gèrent et pilotent le NCHAP.</i>	
Groupe de travail technique sur la santé communautaire	Gestion, coordination et gouvernance du NCHAP, y compris la conception, le développement et l'approbation de la stratégie, la portée, et le suivi des risques, la qualité et la rapidité de la mise en œuvre.
Comité directeur sur la santé communautaire	Petit comité technique (CHSD, DEOH et NHPD) pour faire avancer des activités spécifiques ou pour prendre des mesures d'urgence, telles que la stratégie de promotion de la santé communautaire ou le traitement des faibles taux de rapportage utilisant le SISCOM.
Réunions trimestrielles de suivi (QRM) sur la santé communautaire	Réunion trimestrielle pour examiner et analyser les données relatives au NCHAP, promouvoir l'apprentissage et la gestion adaptative, documenter et relever les défis liés à la mise en œuvre, et partager les mises à jour des projets en cours.
Réunion de coordination du secteur sanitaire	Stratégie et coordination de l'ensemble du Ministère de la santé et de toutes les activités du secteur sanitaire, y compris le NCHAP.
Comité de coordination interministériel sur le NCHAP	Réunions de coordination organisées pour tenir au courant les représentants du Gouvernement libérien des progrès et des défis liés au NCHAP.

Annexe 2 : Principales réussites du Projet CHWS pour TOUS

PRINCIPALES RÉUSSITES

GESTION ADAPTATIVE

Après le lancement du NCHAP, le Ministère de la santé a réorganisé les réunions trimestrielles de suivi des services de santé communautaire (QRM) afin de renforcer la coordination entre les parties prenantes et d'exploiter les données pour guider la prise décisionnelle³⁸. Au cours de ces réunions, le Ministère invite les principales parties prenantes à étudier les résultats et à guider l'élaboration et l'adaptation des politiques en fonction des défis et des succès du programme. L'investissement a soutenu les équipes de santé du comté et le Ministère de la santé central dans la conduite des QRM en les établissant comme une plateforme majeure pour examiner les réalisations du programme et identifier les lacunes ainsi que les changements qui s'avèrent nécessaires.

Le Ministère de la santé et le projet CHWS pour TOUS ont apporté un certain nombre de changements à la structure et au contenu des QRM, notamment en créant des termes de référence (TdR) afin d'améliorer la responsabilité et la clarté des rôles, en adoptant une approche plus décentralisée avec des équipes sanitaires de comté qui s'approprient davantage le programme, en augmentant l'utilisation et le partage des données provenant de plusieurs sources (telles que le SISCOM, Initiative pour la mise en œuvre fidèle et l'Enquête sur les perceptions du programme) et en améliorant le suivi des progrès³⁸. Grâce aux QRM, les améliorations et changements apportés au programme ont été enregistrés, et les données ont été diffusées et analysées. Ces processus ont permis au Ministère de la santé de suivre de près les progrès du NCHAP et d'anticiper les défis à relever³⁹.

FINANCEMENT DU PLAIDOYER ET DE LA SANTÉ

Le projet CHWS pour TOUS a fourni un soutien technique pour le développement et la maintenance d'outils de financement de la santé, y compris des outils de calcul des coûts pour le NCHAP et la cartographie des ressources. Ces outils ont permis aux principales parties prenantes du Ministère de la santé de gérer de manière proactive la mobilisation des ressources et de plaider pour le programme. L'inclusion du NCHAP dans la liste des priorités du Ministère de la santé pour les 100 jours de la transition politique a été une réalisation majeure³⁹.

RECUEIL DES DONNÉES

Le projet CHWS pour TOUS a également soutenu le déploiement et la formation au SISCOM dans tout le pays, ce qui a permis aux responsables de la mise en œuvre du programme d'examiner et d'utiliser les données produites par le programme. Le SISCOM est le principal outil de récolte de données du NCHAP et est intégré au système national de gestion de l'information sanitaire (DHIS2). Ce déploiement a été important, car il a permis de normaliser les outils de collecte de données dans un programme auparavant très fragmenté, où les partenaires de mise en œuvre géraient les données grâce à leurs propres formulaires papier. De plus, un soutien individualisé a été fourni aux équipes sanitaires de comté afin d'améliorer la fréquence et la qualité des rapports, ce qui a conduit à une diffusion accrue d'informations clés sur le programme, à un apprentissage continu et à une amélioration de la qualité³⁹.

CONCEPTION DU PROGRAMME, GESTION ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Une autre réalisation clé du projet CHWS pour TOUS a été l'amélioration de la coordination, de la gestion et de la planification du NCHAP. Le projet a soutenu la coordination des Groupes de travail techniques sur la santé communautaire (CHTWG) et les mécanismes de responsabilité pour la supervision et la gestion du NCHAP. De même, le projet CHWS pour TOUS a soutenu la création de structures de gouvernance

plus fortes pour le programme, telles que des mécanismes de coordination améliorés, la rédaction de termes de référence (TdR) pour les Groupes de travail techniques, et le développement d'outils, de POS et de processus. Au niveau du comté, le projet a aidé les équipes de santé du comté à s'engager avec les organisations de la société civile locales afin de renforcer les structures de santé communautaire et d'améliorer la mise en œuvre ainsi que la durabilité du NCHAP³⁹.

Annexe 3 : Sources des données du NCHAP

SOURCES DES DONNÉES

SYSTÈME D'INFORMATION COMMUNAUTAIRE (COMMUNITY BASED INFORMATION SYSTEM OU SISCOM)

Géré par le Gouvernement, le système d'information communautaire (SISCOM) sert d'outil pour recueillir des données primaires de routine pour le NCHAP et est entièrement intégré au DHIS2³². Il a été finalisé en 2017 et, jusqu'à aujourd'hui, est utilisé par les CHA pour recueillir des données sur les services de santé fournis, la santé communautaire, les déclencheurs de maladies et d'autres indicateurs de service⁵¹.

Ce système permet de suivre les performances des CHA, de surveiller les résultats du programme, et est intégré au système d'information sanitaire plus large du Ministère de la santé. Les CHA remplissent des formulaires papier pour consigner les statistiques essentielles recueillies lors de leurs visites de routine et de recherche active de cas. Les CHSS regroupent les données de chaque CHA par zone desservie dans des rapports mensuels, qui sont ensuite numérisés par des agents chargés des données au niveau du comté qui les saisissent directement dans le DHIS2⁸. Alors que ces outils étaient principalement sur papier au moment du lancement du programme, certaines composantes du SISCOM ont été depuis numérisées dans certaines parties du pays et tous les CHA et CHSS ont été équipés d'outils numériques. Les outils de saisie des données, les évaluations sur le terrain et les formations de remise à niveau ont également été numérisés. Cependant, certains défis auxquels le SISCOM a été confronté concernent la qualité des données ainsi que les incohérences dans le déploiement et la fréquence du recueil des données dans les 15 comtés.

INITIATIVE POUR LA MISE EN ŒUVRE FIDÈLE

Initiative pour la mise en œuvre fidèle a été conçue comme une initiative de recherche opérationnelle et consistait en un ensemble d'enquêtes sur les établissements et communautés évaluant dans quelle mesure la mise en œuvre du programme est conforme à la politique⁸. Entre novembre 2020 et janvier 2021, les taux de déclaration de l'IFI se situaient entre 83 et 87 % avec plus de 493 visites effectuées auprès des CHA dans 14 comtés. L'Initiative a suivi des indicateurs tels que le taux de supervision, le traitement adéquat et les ruptures de stock⁵¹. Ces enquêtes sont menées par des recenseurs du Ministère de la santé ou de l'équipe de santé du comté sur une base mensuelle ou trimestrielle lors de visites de terrain, regroupées à l'échelle nationale, puis réparties par comté pour être examinées lors des réunions trimestrielles avec les principales parties prenantes⁸. En 2018, les premières données disponibles ont montré des taux élevés de supervision, des paiements tardifs ou non-effectués des CHA et des problèmes au niveau de la chaîne d'approvisionnement⁵¹.

L'un des défis de l'IFI concernait la qualité des données récoltées. De plus, chaque comté ayant une partie prenante différente et une approche légèrement différente de la mise en œuvre, des divergences existaient quant aux pratiques de mise en œuvre dans les comtés. Le Ministère de la santé et les parties prenantes ont travaillé ensemble pour identifier ces incohérences dans des forums tels que les réunions trimestrielles de suivi, et pour y remédier en renforçant la qualité et la fiabilité des données ainsi que la responsabilité de la supervision de l'IFI au niveau infranational.

ENQUÊTE SUR LES PERCEPTIONS DU PROGRAMME

L'enquête sur les perceptions du programme consistait à recueillir des données non routinières pour étudier l'acceptabilité et les perceptions des forces et des faiblesses du programme. Elle a été menée par le biais d'entretiens approfondis avec les parties prenantes, particulièrement les CHA, les CHSS, les membres de la communauté et les responsables⁸. Ces analyses ont également été examinées et discutées lors des QRM.

L'une des principales conclusions de cette enquête était que les communautés appréciaient davantage le NCHAP lorsque les CHA et les CHSS étaient directement recrutés au sein de la communauté⁷. Cependant, on a découvert que de nombreux CHA étaient d'abord confrontés au scepticisme des membres de la communauté, le manque de médicaments facilitant la méfiance vis-à-vis de la crédibilité du programme⁷.