

Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire

APERÇU DU PAYS : OUGANDA



PATHFINDER

**LAST
MILE
HEALTH**

Remerciements

AUTEUR : Michelle Choy

SUPPORT : Richard Kintu (Pathfinder International Uganda), Kyle Muther (Last Mile Health), Kenneth Mugumya (Last Mile Health), et Peter Kaddu (Last Mile Health)

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

TRADUIT PAR : Mounia Malki

CRÉDIT PHOTO DE COUVERTURE : Kenneth Mugumya

DATE DE PUBLICATION : Août 2021

Table des matières

Acronymes	1
Préface	2
Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles	2
L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme »	3
<i>Aperçus de pays</i> relatifs à la réforme institutionnelle	6
Paysage de la santé communautaire	7
Accessibilité sanitaire et résultats	7
Aperçu du système de santé	8
Aperçu des agents de santé communautaire	9
Réforme des systèmes de santé communautaire	12
Aperçu du cycle de réforme des systèmes de santé communautaire	12
Les réformes de la santé communautaire s'appuyant sur le cycle de réforme.....	12
Cycle de la réforme : Équipes sanitaires de village (VHT).....	12
Priorisation des problèmes, constitution de coalitions et recueil des solutions	13
Conception, préparation et lancement.....	13
Gestion & apprentissage.....	13
L'investissement pour l'ICH : un catalyseur pour la réforme	15
Aperçu de l'investissement pour l'ICH	15
L'investissement pour l'ICH en Ouganda : Pathfinder et Last Mile Health.....	16
Cycle de réforme : Les agents de vulgarisation sanitaire communautaire (CHEW)	16
Contexte et introduction	16
Priorisation des problèmes	17
Constitution de coalitions	18
Recueil des solutions	21
Conception.....	21
Préparation du programme	22
Opportunités et prochaines étapes	26
Références	28
Annexe A	31

Acronymes

AMM	Associations des Municipalités du Mali
ASACO	Association de santé communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
CNSEC	Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la communauté
CSCom	Centre de santé communautaire
CSU	Couverture sanitaire universelle
DHIS2	Système de gestion de l'information sanitaire
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires
GFF	Mécanisme de financement mondial
HP+	Health Policy Plus
ICH	Intégration de la santé communautaire
IHP+	Partenariat international pour la santé
LMH	Last Mile Health
MAP	Plan d'action pour le Mali
MGF/E	Mutilations génitales féminines/Excisions
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PASEC	Programme d'Appui à la pérennisation des SEC
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PRODESS	Programme de développement socio-sanitaire
RAMED	Régime d'assurance médicale
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
SEC	Soins essentiels dans la communauté
SECPro	Projet de renforcement de la Stratégie des SEC
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international

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

BUTS 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 & METHODES

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 nombreux parties prenantes des pays ont fourni des commentaires judicieux sur les applications du cycle de réforme, soulignant notamment que le cadre a permis d'identifier une approche susceptible d'accélérer l'établissement des politiques et le plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

Paysage de la santé communautaire en Ouganda

Accessibilité sanitaire et résultats

Constituée en 1962 en tant qu'État suite à l'indépendance de la domination coloniale britannique, l'Ouganda est une république présidentielle d'Afrique de l'Est dotée d'un régime

parlementaire multipartite et démocratique. En 2018, la population de l'Ouganda atteignait environ 42,72 millions d'habitantes, avec un taux de croissance démographique annuel de 3,7 %, et un produit intérieur brut (PIB) de 27,46 milliards de dollars³. Le tableau 1 présente les résultats du pays pour différents indicateurs sanitaires.

TABLEAU 1 : Les indicateurs sanitaires pour l'Ouganda⁴

Indicateurs	2019
Espérance de vie à la naissance (années)	63.0
Taux de mortalité des adultes, femmes (pour 1 000 personnes)	264
Taux de mortalité des adultes, hommes (pour 1 000 personnes)	340
Taux de mortalité standardisés imputables à des maladies non transmissibles, femmes	587.1
Taux de mortalité standardisés imputables à des maladies non transmissibles, hommes	701.9
Malnutrition infantile, retard de croissance (modérée ou sévère) (% d'enfants de moins de 5 ans)	28.9
Dépenses en santé courantes (% du PIB)	6.2
Espérance de vie à la naissance, femmes (années)	65.2
Espérance de vie à la naissance, hommes (années)	60.7
Indice d'espérance de vie	0.661
Prévalence du VIH chez les adultes (% de la population âgée de 15 à 49 ans)	5.9
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	35.4
Enfants non vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (DTC) (% d'enfants âgés d'un an)	1
Enfants non vaccinés contre la rougeole (% d'enfants âgés d'un an)	14
Incidence du paludisme (pour 1 000 personnes à risque)	200.7
Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes)	201.0
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	49.0

Ces dernières années, des progrès importants ont été réalisés en Ouganda pour réduire la mortalité maternelle, infantile et celle des enfants de moins de cinq ans. Néanmoins, des défis sont encore à relever pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), qui est l'objectif principal du dernier Plan national de développement du secteur de la santé (HSDP, 2015/16-2019/20)³. Les principales causes de décès en Ouganda sont

le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le paludisme, les infections des voies respiratoires basses, les maladies diarrhéiques, la tuberculose et les maladies non transmissibles. Les décès de nourrissons sont en grande partie dus à des troubles néonataux⁵. Une majorité de la population a accès aux établissements et services de santé : 72 % de la population vit à moins de 5 kilomètres d'un établissement de santé, mais il existe de grandes

disparités entre les habitantes des zones rurales et ceux de la capitale, Kampala³.

La pénurie de personnel de santé constitue un défi pour le système ougandais de soins de santé primaires (SSP). En effet, il n'y a actuellement que 0,4 personnels de santé (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 1 000 ougandaises⁶. Ce chiffre est bien inférieur à la recommandation faite par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui préconise un minimum de 4,45 personnels de santé pour 1 000 personnes afin d'atteindre une couverture de 80 % des besoins de santé décrits dans les Objectifs de développement durable (ODD)⁷. En outre, 70 % des médecins et 40 % des infirmier·e·s et sages-femmes sont basés dans les zones urbaines et ne desservent que 12 % de la population ougandaise⁸. L'Ouganda a donc besoin de solide personnels de santé à assise communautaire pour compenser la pénurie de soins de santé dans certaines régions⁶. Le manque d'accès aux services de santé, en particulier parmi

les populations rurales, compromet la santé et le bien-être des ougandaises, et contribue aux 75 % de la charge de morbidité imputable à des maladies pourtant évitables³.

Aperçu du système de santé

Comme indiqué dans le tableau 2, le système de santé ougandais est décentralisé et subdivisé en plusieurs unités⁹.

Au niveau national, le Ministère de la santé (MS) est responsable des fonctions suivantes⁹ :

- La définition des politiques et directives pour la mise en œuvre des programmes et la prestation de services de santé
- Le renforcement des capacités
- Le suivi et l'évaluation
- La supervision de soutien
- La mobilisation des ressources
- La coordination

TABEAU 2 : Structure du système de santé national ougandais

UNITÉ DE SANTÉ	STRUCTURE PHYSIQUE	LOCALISATION	POPULATION
Centre de santé (Catégorie I) / Agents de santé communautaire	Aucune	Village	1 000
Centre de santé (Catégorie II)	Services de soins ambulatoires uniquement	Paroisse	5 000
Centre de santé (Catégorie III)	Services de soins ambulatoires, maternité, services hospitaliers généraux, laboratoire	Sous-comté	20 000
Centre de santé (Catégorie IV)	Consultations externes, services hospitaliers, bloc opératoire, laboratoire, transfusion sanguine	Comté	100 000
Hôpital général	Hôpital, laboratoire, imagerie médicale	District	100 000 - 1 000 000
Hôpital de référence régional	Services spécialisés	Région	1 000 000 - 2 000 000
Hôpital de référence national	Soins tertiaires avancés	National	Au-delà de 20 000 000

Au niveau du district, le Gouvernement est habilité à planifier de manière stratégique, à constituer des partenariats et coalitions, et à établir des mesures de responsabilité contextualisées pour la prestation des services de santé. Chaque district dispose d'un département sanitaire et d'une équipe sanitaire du district (District Health Team ou DHT), qui a pour mandat de planifier et de mettre en œuvre les services de santé.

Aperçu des agents de santé communautaire

En 1999, le Ministère ougandais de la santé a créé les équipes sanitaires de village (*Village Health Teams* ou VHT) en tant que cadre d'agents de

santé communautaire afin de « lutter contre le lourd fardeau des maladies transmissibles et les taux croissants de maladies non transmissibles, ainsi que pour garantir un accès équitable aux services de santé »¹⁰.

Environ 15 ans après le lancement des VHT, plusieurs évaluations ont montré des lacunes dans le système de santé communautaire et, en 2016, un nouveau cadre d'agents de vulgarisation sanitaire communautaire (Community Health Extension Workers ou CHEW) a été proposé pour relever certains des défis identifiés.

Les statistiques générales concernant les VHT et les CHEW sont indiquées dans le tableau 3¹¹.

TABLEAU 3 : Tour d'horizon rapide des statistiques relatives à la santé communautaire¹¹

Politiques/stratégies de santé communautaire	Seconde Politique nationale de santé	Orientations stratégiques et opérationnelles pour les Équipes Sanitaires de Village (VHT)	Plan de développement du secteur de la santé 2015/16 - 2019/20	Stratégie des agents de vulgarisation sanitaire communautaire en Ouganda 2015/16 - 2019/20
Dernière mise à jour	2010	2010	2015	2016
Nombre de cadres personnels de santé à assise communautaire	2 cadres principaux			
	Équipes Sanitaires de Village (VHT)		Agents de vulgarisation sanitaire communautaire (CHEW)	
Nombre recommandé de personnels de santé à assise communautaire	Information non disponible		15 000 CHEW	
Nombre estimé de personnels de santé à assise communautaire	179 175 VHTs ^a		1,500 CHEW ^b	
Incidations	Incidations conduites par les partenaires, non-régulées		Allocations standardisées versées par les Gouvernements	
Ratio recommandé personnels de santé communautaire/bénéficiaires	1 VHT : 25-30 ménages ou 5 VHT : 1 village		1 CHEW: 500 ménages ou 2 500 personnes	
Collecte des données au niveau communautaire	Oui			
Niveaux de gestion des prestations de services de santé au niveau communautaire	National, district, sous-comté, paroisse, village			
Programme(s) clés de santé communautaire	CHEW : PCIME ; Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (Reproductive, maternal, newborn and child health ou RMNCH) ; Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre, et programmes de contrôle VIH/SIDA (traitement de brève durée sous surveillance directe) ; Programme élargi de vaccination.			

a À compter de l'année 2015.

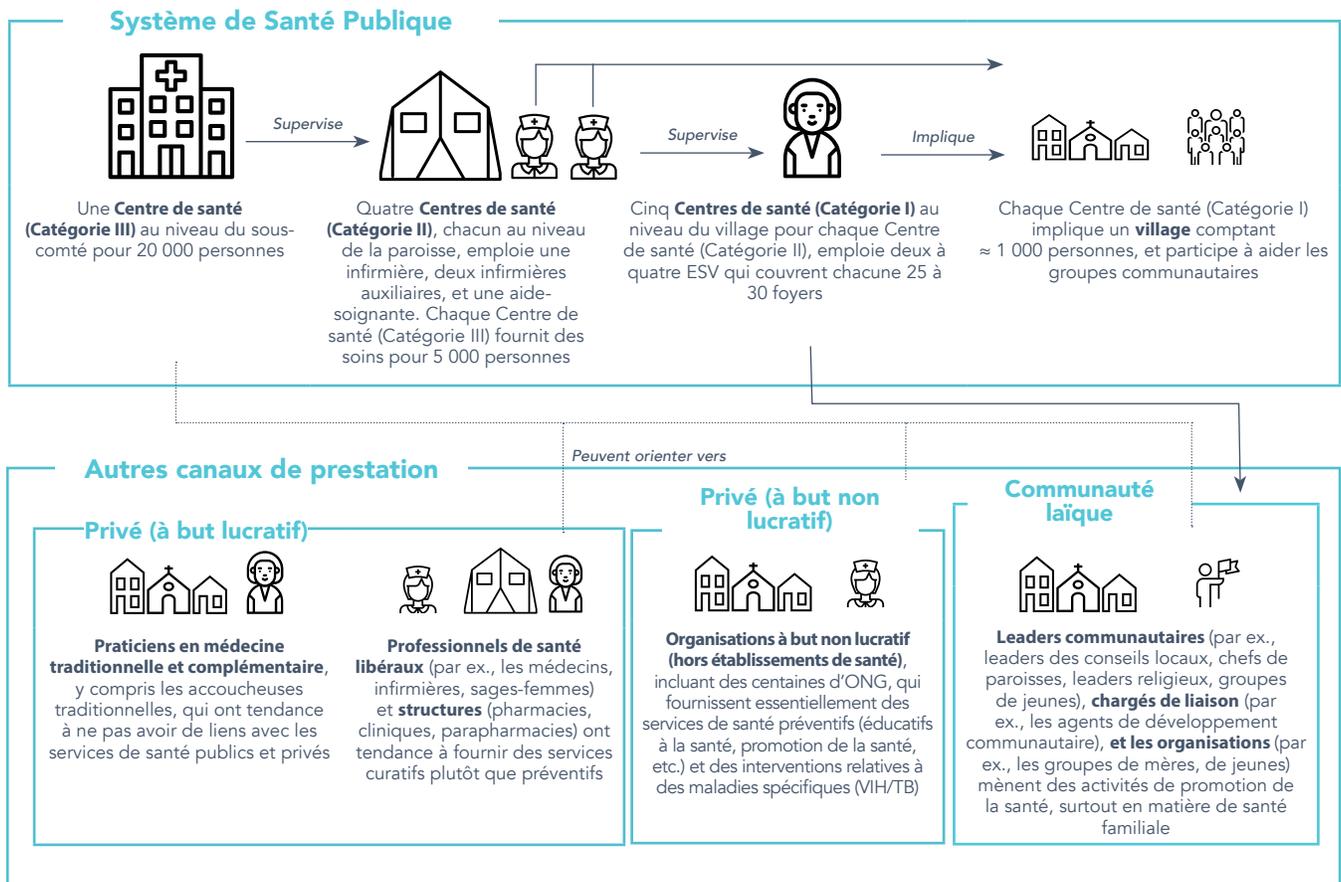
b Les CHEW ont été introduits en 2016 avec pour objectif d'en placer 1 500 d'ici la fin de l'année.

La structure de la santé communautaire et les canaux de distributions sont explicités dans la figure 1¹². Les descriptions des rôles des différents organismes gouvernementaux en matière de santé communautaire, le programme des VHT existant

et les CHEW proposés sont présentées ci-dessous (extraites et adaptées d'échanges avec des parties prenantes ougandaises ainsi que du Catalogue des systèmes de santé communautaire de l'Ouganda)¹¹.

FIGURE 1 : Structure du système de santé communautaire et canaux de prestation en Ouganda

Chaque district dispose d'un département sanitaire et d'une équipe sanitaire du district. Les autres éléments de la structure du système de santé communautaire et les canaux de prestation en Ouganda comprennent les professionnels du secteur privé à but lucratif, les personnels de santé à but non lucratif et confessionnels, les tradipraticiens et la communauté laïque, qui comprend les comités de gestion des unités de santé (HUMC), les accoucheuses traditionnelles (TBA) et les autres prestataires traditionnels, ainsi que les acteurs/comités d'autres secteurs (agriculture, éducation, environnement) qui ont un rôle dans le secteur de la santé¹².



- **Au niveau national**, le MS assure la coordination, la direction stratégique et l'orientation du système de santé. Il renforce également les capacités des districts, mobilise les ressources, contrôle et évalue les programmes, et collabore avec les parties prenantes chargées de la mise en œuvre. Pour les programmes de santé communautaire (VHT et CHEW proposés), le MS élabore des stratégies et des politiques, des normes et des guides de mise en œuvre, ainsi que des programmes d'études et des cadres pour l'intégration des données dans le système d'information de gestion sanitaire.

- **Au niveau du district ou de la ville**, l'échelon supérieur du système de conseil local, l'administrateur du système de santé (le responsable sanitaire du district pour un district ou le directeur des services de santé pour une ville) supervise et contrôle la mise en œuvre du programme, élabore des plans d'action, mobilise des ressources, forme des formateurs de district et fournit un soutien technique aux échelons inférieurs. L'organe administratif du système de santé à ce niveau coordonne le processus de sélection des agents de santé communautaire (ESV et CHEW proposés).

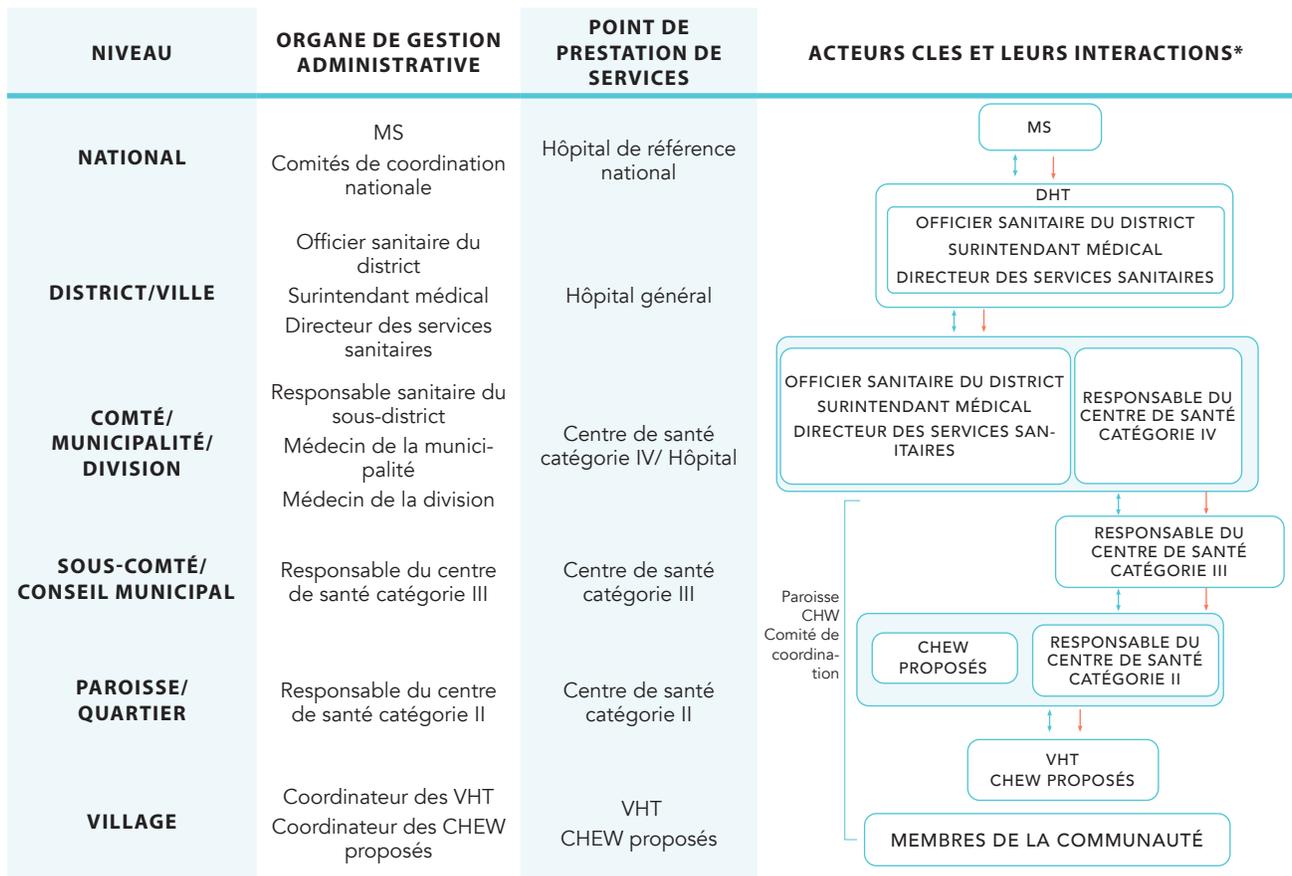
- **Au niveau de la circonscription/municipalité/division**, l'administrateur du système de santé (le responsable sanitaire du sous-district dans un district, le médecin municipal dans une municipalité ou le médecin de la division dans une ville) supervise les programmes de santé et fournit une supervision de soutien, un soutien technique et un renforcement des capacités du personnel des centres de santé (y compris les VHT et CHEW proposés) aux échelons inférieurs. La supervision des agents de santé communautaires (Community Health Workers ou ASC) est dirigée par le responsable, en étroite collaboration avec l'inspecteur sanitaire ou l'assistant sanitaire.
- **Au niveau du sous-comté/conseil municipal**, le responsable du centre de santé catégorie III supervise la mise en œuvre du programme de santé et encadre le personnel du centre de santé. Chaque centre de santé catégorie III est soutenu par des agents de santé communautaires (VHT et CHEW

proposés) qui sont coordonnés et supervisés soit par l'assistant sanitaire, soit par un VHT senior.

- **Au niveau de la paroisse/du district**, le responsable du centre de santé catégorie II supervise la mise en œuvre du programme de santé, y compris la supervision de la prestation des services de santé par les agents de santé communautaires (VHT et CHEW proposés). Les CHEW proposés seront supervisés par le responsable du centre de santé catégorie II et consacreront d'une part 50 % de leur temps à gérer les priorités sanitaires et à développer des plans d'action annuels au centre de santé catégorie II. D'autre part, ils passeront 50 % de leur temps dans la communauté à fournir des services de santé et à superviser les VHT.

La figure 2 montre le flux des données relatives à la santé communautaire entre les différents échelons du système de santé¹¹ :

FIGURE 2 : Structure du système de santé en Ouganda avec les acteurs clés et le flux des données



* Les ONG et les partenaires du développement soutiennent à tous les niveaux et travaillent étroitement avec le Gouvernement pour la planification et la mise en œuvre de la santé communautaire.

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

Réforme des systèmes de santé communautaire

Aperçu du cycle de réforme des systèmes de santé communautaire

LES RÉFORMES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE S'APPUYANT SUR LE CYCLE DE RÉFORME

Dans cet *Aperçu du pays*, le cycle de réforme sera utilisé pour analyser et passer en revue les étapes et processus que l'Ouganda a entrepris autour de l'institutionnalisation de la santé communautaire au niveau national. Il sera soutenu que :

1. De 1999 à 2014, en développant le premier cadre d'agents de santé communautaire (VHT), l'Ouganda est passé par l'ensemble du processus du cycle de réforme, de la priorisation du problème à la gestion et l'apprentissage.
2. De 2014 à aujourd'hui, un nouveau cycle de réforme a été initié, s'appuyant sur la gestion et l'apprentissage du cycle précédent.

Avec le soutien de l'investissement pour l'ICH en Ouganda, ce deuxième cycle s'est concentré sur le cadre proposé des CHEW. Ce cycle a progressé de la priorisation des problèmes à la préparation du programme, et est maintenant prêt à être lancé.

Cycle de la réforme : Équipes sanitaires de village (VHT)

Les détails concernant le développement des VHT en Ouganda ne sont pas correctement documentés, mais il semblerait que le processus ait emprunté plusieurs étapes du cycle de réforme, de la priorisation des problèmes à la gestion et l'apprentissage.



PRIORISATION DES PROBLÈMES, CONSTITUTION DE COALITIONS ET RECUEIL DES SOLUTIONS

En raison de l'augmentation des besoins sanitaires nationaux ainsi que des objectifs fixés par le Plan d'action pour l'éradication de la pauvreté (PEAP)¹³ et les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), l'Ouganda a mis l'accent sur l'autonomisation et la mobilisation des communautés pour la santé (CEMH) afin d'harmoniser les efforts. Dans plusieurs documents stratégiques clés du MS, la CEMH a été reconnue comme un élément du paquet national minimal de soins de santé (*National Minimum Health Care Package*). Une coalition croissante de parties prenantes a reconnu qu'un système de santé communautaire robuste serait essentiel pour fournir des services de santé de grande qualité et qui soient équitables, particulièrement pour les communautés vulnérables et rurales.

En 2001, conscient de l'importance des maladies évitables, le Ministère ougandais de la santé a donné la priorité à une approche communautaire des soins de santé primaires par le biais d'équipes sanitaires de village (VHT) bénévoles, chargées non seulement de fournir des services de santé et de sensibiliser les communautés aux questions de santé de base, mais aussi de servir de « passerelle entre la communauté et les établissements de santé pour la fourniture de services de santé »³.

La création des VHT s'inscrit dans la lignée d'autres programmes d'agents de santé communautaires du monde entier (du programme chinois des « médecins aux pieds nus » des années 1950 à d'autres exemples en Thaïlande, en Tanzanie et au Zimbabwe)³⁰, et reflète l'engagement de l'Ouganda dans le cadre de la Déclaration d'Alma-Ata (1978) et la Déclaration de Ouagadougou de l'OMS sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique de 2008⁵³.



CONCEPTION, PRÉPARATION ET LANCEMENT

La conception et le développement du système des VHT en Ouganda remontent aux documents stratégiques nationaux suivants⁹ :

Politique nationale de santé (1999)¹⁴ :

- Les VHT sont mises en place.

Premier Plan stratégique du secteur de la santé (2000/01 - 2005/06)¹⁵.

- La stratégie des VHT est recommandée, reconnaissant les besoins en services de santé pour les zones et populations rurales.
- Le programme des VHT est lancé par le MS.

Deuxième Plan stratégique du secteur de la santé (2005/06 - 2009/10)¹⁵ :

- La stratégie des VHT est mise en oeuvre.

Les VHT sont des agents de santé communautaire généralistes qui fonctionnent au niveau du village sous la supervision du Centre de santé catégorie I. Ces agents sont censés être le « premier point de contact pour la prestation de soins de santé dans les communautés ainsi que les fournisseurs de messages de santé et de soutien pour le suivi des patient·e·s et leur maintien dans les soins »¹¹. Le système des VHT a été conçu pour étendre les services de santé aux ménages, et pour mobiliser et faire en sorte que les communautés s'impliquent dans le système de santé¹⁶.

Les VHT offrent un paquet de services de santé communautaire au niveau des villages et des ménages. Ces services comprennent la prévention des maladies infantiles telles que la pneumonie, le paludisme et la diarrhée grâce à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), ainsi que la distribution aux communautés de méthodes contraceptives, tels que les contraceptifs injectables. Travaillant en équipes de cinq personnes par village, les 179 175 VHT servent chacune 25 à 30 ménages. La stratégie des VHT suggère un remboursement de 10 000 shillings ougandais (environ 3 dollars) pour couvrir les frais de déplacement engagés dans le cadre de leur travail, mais les VHT sont des bénévoles et ne

perçoivent donc pas d'allocations de la part du MS. C'est plutôt aux organisations partenaires chargées de l'exécution, dont dépendent les VHT pour exécuter un large éventail de projets de santé communautaire, qu'appartient le rôle de fournir une formation, une supervision et des incitations monétaires et non-monétaires (par exemple, la remise de vélos, sacs de fournitures et t-shirts). Les spécificités relatives au recrutement, à la formation, au soutien et aux incitations, à l'équipement et aux fournitures, ainsi qu'à la supervision des VHT sont davantage décrites plus loin⁸⁻¹⁰.

En 2010, le MS a publié une stratégie et des lignes directrices opérationnelles pour les VHT¹⁷, axées sur les rôles et responsabilités, les principes directeurs, la stratégie de mise en œuvre, la coordination, la motivation et la pérennité.

Ce document a permis d'intégrer les leçons tirées des neuf premières années de mise en œuvre des VHT (2001 à 2010).



GESTION & APPRENTISSAGE

Au sein de l'étape de gestion et d'apprentissage du cycle de réforme, les parties prenantes du Gouvernement « utilisent l'apprentissage et les données pour améliorer la performance du système »². Ce processus itératif est souvent nécessaire pour faire avancer la réforme de la santé communautaire.

Au fil des années, alors que le programme des VHT était mis en œuvre et déployé, différents partenaires chargés de la mise en œuvre, travaillant principalement sur la programmation verticale faisant appel aux VHT, ont évalué plusieurs lacunes avant de mettre en évidence des opportunités importantes pour les VHT^{7,18-29}. En effet, beaucoup des défis soulevés par ces études concernaient la supervision de soutien, le financement durable, les partenariats entre les VHT et les autres agents de santé, la fourniture régulière de fournitures et d'indemnités de transport, la motivation soutenue des ESV, ainsi que l'engagement et l'adhésion des communautés.

Près de 15 ans après l'introduction des VHT, le MS a entrepris en 2014 une évaluation du système des VHT³⁰. Cette toute première évaluation des VHT à l'échelle du système dans son ensemble a

permis d'identifier plusieurs lacunes et a conduit à la proposition d'un cadre des CHEW pour relever les défis⁵⁴. Après que l'évaluation nationale des VHT ait permis d'identifier les principales lacunes du système existant, une étude documentaire et une activité de comparaison ont été menées afin de mieux comprendre les expériences internationales³¹. Elles comprenaient un examen

des programmes d'agents de santé communautaire dans sept pays d'Amérique latine, d'Asie du Sud-Est et d'Afrique subsaharienne afin de déterminer quels aspects de chaque programme pourraient répondre aux besoins de l'Ouganda. L'étude du MS s'est concentrée sur quatre thèmes clés : la sélection, la formation, les incitations et la supervision.

PROJET : Évaluation des équipes sanitaires nationales de village en Ouganda

PARTENAIRES D'EXÉCUTION : Ministère de la santé, Pathfinder International, Ideal Development Consults Limited

APPUI : Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), GAVI Health Sector Support, Organisation mondiale de la Santé (OMS)

DATE : Mars 2015

BUTS :

- Établir et déterminer le nombre, la couverture et la fonctionnalité des VHT en Ouganda.
- Élaborer un cadre et une stratégie d'amélioration pour les VHT.

OBJECTIFS :

- Établir le nombre et les profils sociodémographiques des VHT en Ouganda.
- Déterminer la formation qui a été dispensée aux VHT (durée, contenu, méthodes et matériel).
- Établir les parties prenantes qui travaillent avec les VHT et les activités que les VHT mettent actuellement en œuvre.
- Examiner dans quelle mesure les directives de mise en œuvre des VHT sont appliquées par le Ministère de la santé, les districts et les parties prenantes.
- Identifier les approches des mécanismes et mesures pour la motivation des VHT.
- Évaluer le fonctionnement des VHT en Ouganda.

MÉTHODES :

- Étude qualitative et quantitative à méthodes mixtes : entretiens individuels, entretiens avec des informateurs clés, groupes de discussion, collecte de données.
- Évaluation menée dans l'ensemble des 112 districts ougandais de novembre 2014 à janvier 2015.

PRINCIPALES CONCLUSIONS :

- La stratégie des VHT a été mise en œuvre à des niveaux variables dans les districts.
- Depuis sa création, le financement du programme par le Gouvernement a progressivement diminué, laissant les partenaires d'exécution financer la majorité des activités.
- Les districts disposent de différents niveaux de capacités pour coordonner, former et superviser les activités des VHT, mais ont été ralentis par un manque de financements.
- La coordination et la supervision du soutien aux parties prenantes et aux districts par le Ministère de la santé n'ont pas été menées comme souhaité en raison des contraintes de financement.

RECOMMANDATIONS POUR LE GOUVERNEMENT :

- Revoir la stratégie pour les VHT
 - S'engager à financer et institutionnaliser la stratégie des VHT
 - Créer une structure de coordination pour les VHT
 - Développer des bases de données sur les VHT au niveau national et des districts qui seront destinées au suivi et à l'évaluation
 - Uniformiser la formation et les cours de mise à niveau des VHT
 - Créer un environnement de travail propice pour les VHT, comportant un encadrement qui soit attentif ainsi que des opportunités de développement économique
-

Le programme de vulgarisation sanitaire de l'Éthiopie a servi de modèle quant à la manière dont l'Ouganda pourrait mettre en relation à la fois les communautés et les personnels de santé à assise communautaire aux centres de santé.

Le MS a également identifié des incitations financières pour soutenir et motiver les personnels de santé à assise communautaire¹².

Sur la base des enseignements tirés, le MS a recommandé en 2016 l'introduction des CHEW pour servir de superviseurs salariés des VHT avec un schéma standardisé d'incitations supplémentaires (incluant un salaire et d'autres incitations non-financières)^{11,54}. La politique sur les CHEW a traité plusieurs problèmes portant sur : la sélection, la formation, la supervision et les incitations.

C'est ainsi qu'a débuté un deuxième cycle de réforme en Ouganda, soutenu par l'investissement pour l'ICH, et qui est détaillé dans la section ci-dessous.

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

APERÇU DE L'INVESTISSEMENT POUR L'ICH

Le programme pour l'intégration de la santé communautaire (ICH) est un partenariat entre l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) visant non seulement à aider les pays à mettre en œuvre à grande échelle des interventions sanitaires qui ont fait leurs preuves, mais aussi à contribuer à mettre fin aux décès infantiles et maternels évitables.

L'ICH vise à renforcer le rôle des approches de santé communautaire dans la réduction des obstacles à la couverture sanitaire et à soutenir les politiques et plans nationaux de mise en œuvre. Pour ce faire, l'USAID investira plus de 9 millions de

PROJET : Renforcement des systèmes intégrés pour les agents de santé communautaire³³

PARTENAIRES D'EXÉCUTION : Pathfinder International

DATES : 2016 à 2019

APERÇU : L'objectif est d'aider le Gouvernement ougandais à réaliser des interventions efficaces à fort impact en matière de santé et de nutrition à grande échelle, en prévenant les décès infantiles et maternels, en créant une génération libérée du SIDA et en réalisant d'autres objectifs sanitaires.

OBJECTIFS CLÉS :

- L'institutionnalisation par des liens efficaces et efficients des projets de santé communautaire.
- Évaluation pour influencer les systèmes et les politiques afin de rendre opérationnelle la stratégie des CHEW.
- Des partenariats inclusifs et performants pour soutenir la stratégie des CHEW.

ACTIVITÉS COMPRENENT :

- Soutenir le Ministère de la santé tandis que le pays planifie un changement majeur des VHT bénévoles et à temps partiel vers des CHEW à temps plein et rémunérés, avec une formation préalable officielle et uniformisée, ainsi qu'un soutien de la part du système de santé.
- Développer des outils et des mécanismes clés pour faciliter les processus de recrutement, de formation et de déploiement des CHEW, ainsi que des plans de suivi et de supervision.
- Fournir une assistance technique aux unités d'administration locales du district et aux départements de santé communautaire pour garantir l'adhésion du Gouvernement et l'inclusion du budget du programme des agents de santé communautaire au niveau national, du district et du sous-comté.
- Mettre en œuvre une série d'études de suivi, d'évaluation et d'apprentissage de la mise en œuvre pour mieux comprendre le processus de mise en œuvre des CHEW.

PROJET : Politique et plaidoyer pour intensifier les soins de santé de première ligne : Intégrer la santé communautaire - Ouganda*

PARTENAIRE D'EXÉCUTION : Last Mile Health

DATES : 2018 à 2020

APERÇU : Last Mile Health se concentre sur la fourniture d'un soutien à Pathfinder en Ouganda pour informer le dialogue politique national. L'objectif est également d'être le pilier de soutien à l'Initiative nationale d'apprentissage et d'amélioration de la santé communautaire (NaCHLII) pour s'assurer que les efforts en cours menés par l'équipe sanitaire du district (dans le district de Mayuge) sont alignés sur les priorités des parties prenantes et le renforcement plus vaste des systèmes de santé communautaire.

ACTIVITÉS COMPRENENT :

- Conception d'une stratégie exhaustive et opérationnelle pour l'initiative d'apprentissage
- Co-crédation d'un programme d'apprentissage qui intègre des sujets majeurs de politique et de pertinence du programme au niveau national et du district
- Soutien de Pathfinder et des parties prenantes dans le pays dans la stratégie de plaidoyer : passer de la politique à la pratique
- Élaboration de documents synthétiques contribuant à faciliter le dialogue avec les principales parties prenantes quant à l'objectif, la valeur et le rôle de l'initiative d'apprentissage liés aux discussions sur les politiques nationales
- Identification des principales étapes liées au plaidoyer au niveau national et mondial, et aider Pathfinder à se préparer à ces réunions

* LMH a reçu des soutiens de l'investissement pour l'ICH dans le cadre de travaux menés dans plusieurs pays : ce tableau n'illustre que les travaux réalisés par LMH en Ouganda.

dollars par le biais de sept subventions différentes, qui permettront de mobiliser 10 millions de dollars supplémentaires provenant d'autres sources (ainsi qu'un soutien qui prendra la forme de formations, d'équipements et d'assistance directe aux agents de santé communautaire).

Ces subventions soutiennent l'objectif de l'USAID de mettre un terme aux décès infantiles et maternels évitables dans les pays prioritaires d'Afrique, d'Asie du Sud et des Caraïbes³².

L'INVESTISSEMENT POUR L'ICH EN OUGANDA : PATHFINDER ET LAST MILE HEALTH

Après l'étape de gestion et d'apprentissage du cycle de réforme des VHT, l'investissement pour l'ICH a permis de soutenir le MS dans le deuxième cycle de réforme de la politique et de la stratégie des CHEW.

L'investissement pour l'ICH en Ouganda a été principalement mis en œuvre par Pathfinder International et Last Mile Health. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des deux projets et de leurs objectifs respectifs.

Dans la prochaine partie, nous verrons comment l'investissement pour l'ICH a contribué à l'accélération de l'institutionnalisation du système

de santé communautaire et du programme de réforme ougandais en ciblant chaque étape du cycle de réforme et en veillant à ce que les enseignements soient utilisés pour affiner et réformer les politiques.

Cycle de réforme : Les agents de vulgarisation sanitaire communautaire (CHEW)

CONTEXTE ET INTRODUCTION

La réussite des efforts d'institutionnalisation de la santé communautaire dépend d'un processus politique soigneusement orchestré et axé sur la résolution des problèmes².

Comme indiqué précédemment, le programme proposé des CHEW est né d'une évaluation nationale qui a mis en évidence les défis existants rencontrés par les VHT en Ouganda. Cette orientation vers la résolution des problèmes a poussé la politique et la stratégie des CHEW à passer par cinq étapes du cycle de réforme à ce jour : de la priorisation des problèmes à la préparation du programme. Toutefois, les progrès ont été interrompus avant le lancement, dans la

mesure où la politique, bien qu'approuvée par le Cabinet, a été ensuite rappelée par le Président Yoweri Museveni en raison de questions et de défis qui devaient être traités plus en amont.

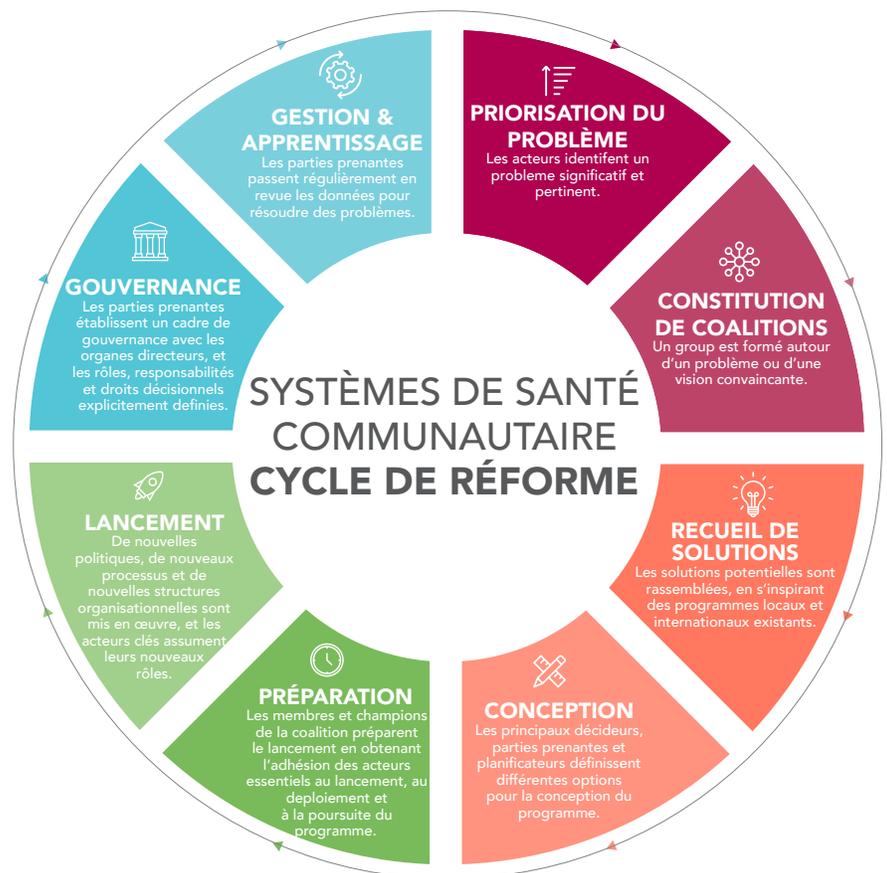
Les activités clés du descriptif de la réforme des CHEW qui ont été conduites jusqu'à présent, et dont beaucoup ont été soutenues par l'investissement pour l'ICH, sont présentées ci-dessous et regroupées sous chaque étape du cycle de réforme. Notez que les activités ne sont pas organisées chronologiquement, car beaucoup d'entre elles ont eu lieu simultanément et le cycle de réforme n'est pas linéaire.

PRIORISATION DES PROBLÈMES

Au cours de l'étape de la priorisation des problèmes, 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 lacunes².

Les VHT ont été développées en 2001 en réponse aux défis de l'accès aux soins de santé dans les zones rurales, et comme un moyen d'atteindre les soins de santé primaires communautaires. En 2016, les CHEW ont vu le jour pour compléter le programme des VHT. Cet ajout représentait une forte priorisation du problème, à savoir que le système des VHT présentait des lacunes et des possibilités d'amélioration.

Le développement de la stratégie des CHEW illustre la façon dont le MS et d'autres parties prenantes clés ont été en mesure de prioriser le problème (lacunes au sein des VHT), puis d'utiliser les résultats de la recherche (à partir des évaluations des VHT et d'autres ressources pour une prise décisionnelle fondée sur des éléments probants, destinée à orienter une politique nationale.



L'objectif de la stratégie des CHEW consistait à déployer des effectifs sanitaires à assise communautaire pour superviser les VHT, renforcer les liens entre les communautés et les systèmes de soins de santé primaires, et faire adhérer pleinement les communautés par la mobilisation sociale et l'accent sur la responsabilité communautaire¹⁶.

Le plan prévoyait de déployer deux CHEW dans chaque paroisse pour desservir environ 2 500 personnes, et d'en faire des employés salariés à plein temps (contrairement aux VHT). Les CHEW devaient fournir des services dans les principaux domaines du paquet de vulgarisation sanitaire suivants :

- Prévention et contrôle des maladies transmissibles
- Prévention et contrôle des maladies non transmissibles (MNT)
- Services de planification familiale et de santé reproductive
- Hygiène et assainissement de l'environnement

- Promotion de la santé, sensibilisation et communication
- Gestion des services de santé communautaire
- Premiers secours
- Gestion des catastrophes et des risques
- Statistiques de l'état civil et gestion des données

Les CHEW étaient également responsables pour mobiliser et former d'autres bénévoles afin de mettre en œuvre des interventions⁸.

CONSTITUTION DE COALITIONS

Au cours de l'étape de la 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)².

COMITÉ DE COORDINATION NATIONALE DES CHEW

En 2017, le MS a créé un comité de coordination national des CHEW (*National CHEW Coordination Committee* ou NCCC) avec la participation des principaux Ministères de tutelle, notamment le Ministère des finances, de la planification et du développement économique (MOFPED) et le Ministère de la fonction publique. Le Ministère de la santé a également fait appel à des parties prenantes pour coordonner et suivre le déploiement et la mise en œuvre de la stratégie des CHEW. Parmi les réalisations du NCCC, on peut citer¹⁶ :

- L'élaboration de documents clés de plaidoyer et d'information sur la politique et la stratégie, qui ont servi de base à d'autres consultations avec les Ministères de tutelle, les dirigeants des collectivités locales et les principales parties prenantes.
- L'élaboration de directives de mise en œuvre, de matériel de formation, de plans de

sensibilisation au niveau des districts et de critères de sélection des CHEW stagiaires.

- Le début des consultations avec le MOFPED, sous la direction du Ministre de la Santé et du Secrétaire permanent, afin d'obtenir le Certificat de participation financière, une exigence pour toute nouvelle politique gouvernementale destinée à garantir un financement pérenne du programme.
- Les révisions des politiques et stratégies pour renforcer et clarifier les domaines critiques identifiés lors des consultations avec les principales parties prenantes en vue de la présentation de la politique au Cabinet en 2018.

En plus, des évaluations de l'état de préparation des districts et la sélection des CHEW stagiaires ont eu lieu dans 13 districts (de plus amples détails sont disponibles à l'étape de préparation). La volonté politique et le leadership pour le programme ont atteint un niveau record, et en juin 2018, le Parlement a approuvé 3 milliards de shillings ougandais pour le programme des CHEW pour l'année fiscale suivante. En outre, les partenaires pour le développement de la santé, à savoir l'UNICEF, l'USAID et le Ministère du développement international du Royaume-Uni (DFID) ont également engagé plus de 1,2 million de dollars pour la formation des CHEW au cours de la première année de mise en œuvre.

Début 2019, une équipe dirigée par la Ministre de la santé, le Docteur Jane Ruth Aceng, a présenté la stratégie des CHEW au Cabinet. Les membres du Cabinet ont répondu positivement, approuvant la stratégie. Cependant, peu de temps après, le Président Museveni est revenu sur l'approbation de la stratégie des CHEW, posant d'importantes et a demandé que des changements y soient apportés pour s'assurer que le programme soit durable, conduit par le gouvernement et rentable^{34,35}.

CONSTRUIRE UN CONSENSUS AUTOUR DES DÉFIS

Les changements demandés par le Président visaient à répondre aux préoccupations exprimées lors des réunions de consultation régionales des

chefs de district. Ces préoccupations portaient notamment sur la manière dont le nouveau cadre des CHEW serait intégré au programme des VHT existant, c'est-à-dire comment ils travailleraient ensemble et si les VHT devenaient des CHEW. Il avait également des questions sur le rapport coût-efficacité et la collaboration avec les parties prenantes des secteurs non-sanitaires.

Le Président a demandé à la Ministre Aceng ainsi qu'à son équipe de répondre aux préoccupations et questions relatives aux éléments suivants :

- **La distance et les ménages à couvrir par les CHEW** : Les CHEW ne pourraient pas fournir le même type d'attention aux ménages que les VHT, ce qui affecterait les interventions, telles que la PCIME, délivrées au niveau des ménages.
- **La différence d'âge entre les CHEW et les VHT** : L'exigence selon laquelle les CHEW ne doivent pas être âgés de plus de 35 ans signifiait que de nombreux VHT expérimentées seraient laissées de côté et qu'il serait difficile pour un CHEW plus jeune de superviser un VHT plus âgé et expérimenté.
- **La rémunération des CHEW** : Les VHT, dont beaucoup ont travaillé comme bénévoles non rémunérés pendant plus de 12 ans, seraient probablement mécontents d'apprendre que les CHEW reçoivent une indemnité mensuelle de 50 dollars.
- **Les rôles des CHEW et des VHT** : Les rôles des VHT et des CHEW se recoupent, ce qui nécessite plus de clarté et des messages cohérents sur la façon dont les deux fonctions seraient différenciées et comment ils travailleraient ensemble.
- **Les critères de sélection des CHEW** : Bien que les communautés aient participées à la désignation de leurs candidats CHEW, les critères de sélection se sont concentrés sur l'éducation et l'âge, ce qui signifie que de nombreuses VHT existantes ont été disqualifiées.
- **Le coût du nouveau cadre et l'absence de plaidoyer pour soutenir le financement du programme des CHEW** : Des questions se posaient autour de la viabilité financière et du

soutien continu des Ministères de la santé et des finances.

- **L'incertitude quant au financement** : Une crainte régnait sur la ne tient pas compte des VHT existantes) et des domaines de maladies (comme la santé maternelle et infantile).

L'un des principaux enseignements de cette expérience est l'importance de rechercher le consensus auprès des parties prenantes lors de la réforme des politiques. De nombreuses questions posées par le Président avaient été soulevées par les parties prenantes, mais n'avaient pas été abordées par les promoteurs de la réforme.

En réalité, ce sont ces mêmes parties prenantes qui ont finalement contacté le Président qui, à son tour, a demandé des éclaircissements à l'équipe du Ministère de la santé.

Après le rappel de la politique des CHEW, le NCCC et la dynamique qu'il a créée ont été mis à profit pour poursuivre le travail d'institutionnalisation de la santé communautaire en Ouganda. LMH et Pathfinder ont travaillé ensemble pour s'assurer que l'ensemble des réformateurs, décideurs, champions et exécutants participeraient. Les défis nationaux en matière de santé communautaire ont été classés par ordre de priorité à travers une série d'ateliers avec ces parties prenantes clés, ce qui a donné lieu à un programme de formation mettant en évidence les opportunités situées à l'intersection entre les besoins, la demande et la faisabilité (voir l'annexe A). Les conflits non résolus ont également été soulevés lors de réunions et d'entretiens individuels afin de mieux comprendre la trajectoire de la politique des CHEW et de rétablir une partie de la confiance qui avait été perdue chez les principales parties prenantes.

D'autres ont également noté les défis potentiels de la mise en œuvre de la stratégie des CHEW, en mettant l'accent sur ce qui devrait être abordé avant la mise en œuvre^{31,36}.

INITIATIVE NATIONALE D'APPRENTISSAGE ET D'AMÉLIORATION

S'appuyant sur les efforts du NCCC, l'Initiative nationale d'apprentissage et d'amélioration

TABLE 4 : Les objectifs clés de l'Initiative

OBJECTIFS CLÉS	PARTENAIRE(S)	RÉSULTATS OBTENUS
<p>1) Construction de la base opérationnelle de l'Initiative : Créer une communauté d'apprentissage collaborative et coordonnée sur la santé communautaire en construisant la base opérationnelle de l'Initiative et du site d'apprentissage de Mayuge.</p>	Pathfinder	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un document stratégique • Recueil des données probantes pour informer la conception de l'Initiative • Établissement des plans de travail individuels par objectif • Élaboration des termes de référence de l'Initiative • Fourniture d'un espace physique dans le district de Mayuge
<p>2) Concevoir et mettre en œuvre des activités de recherche et d'apprentissage : Assembler les données existantes et développer de nouvelles preuves pour tester, affiner et modéliser les priorités clés du système ougandais de santé communautaire.</p>	Pathfinder et l'université Makerere	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une évaluation formative afin d'identifier les lacunes du système de santé dans le district de Mayuge, et de hiérarchiser les domaines d'apprentissage ainsi que les indicateurs de performance pour évaluer les progrès.
<p>3) Informer le processus de politique nationale : Plaider et informer le dialogue national sur les systèmes de santé communautaires en créant une coalition et en exploitant les éléments probants de l'Initiative.</p>	Living Goods	<ul style="list-style-type: none"> • Identification du Président (le Ministre de la santé, le docteur Jane Ruth Aceng) pour diriger le comité directeur national de la santé communautaire • Soutien du MS pour qu'il s'engage auprès d'autres secteurs et Ministères de tutelle • Dispense des conseils et un soutien au MS pour aider à accélérer le processus de réforme de la politique nationale • Identification des opportunités et des plateformes pour l'apprentissage de la santé communautaire afin d'influencer le processus politique (par exemple, le Symposium des ASC au Bangladesh en 2019 et la Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire)
<p>4) Renforcer les capacités des districts : Identifier les besoins en matière de renforcement des capacités, et renforcer les capacités de leadership de l'équipe sanitaire du district afin d'améliorer la gouvernance, la coordination et l'utilisation des données probantes pour la prise décisionnelle.</p>	Responsables de la santé du district de Mayuge et Pathfinder	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'un mécanisme de coordination efficace qui a rassemblé les partenaires d'exécution, les dirigeants du district et les représentants communautaires. • Soutien de la recherche et de l'apprentissage par le biais de l'évaluation formative avec l'Université Makerere.

(NaCHLII) est une coalition d'exécutants, de bailleurs de fonds et de chercheurs dirigée par le Gouvernement ougandais, qui se consacre à la mise en place d'un système de santé communautaire performant, à l'élaboration d'une politique nationale de santé communautaire, et à la diffusion des meilleures pratiques mondiales en matière de santé communautaire. Cette Initiative a été créée pour surmonter certains des obstacles à la mise en œuvre réussie des politiques et plans nationaux de santé communautaire, et notamment :

- Les défis en matière de coordination, de gouvernance et de responsabilité qui existent parmi une myriade d'efforts en matière de santé communautaire gérés par le Gouvernement et les ONG.
- Un historique fait de programmes pilotes prometteurs, mais dont peu aient été mis à l'échelle ou intégrés dans la politique nationale.
- Un savoir éparpillé et rarement axé sur la mise à l'échelle ou l'intégration dans la planification des politiques.

- Des politiques de santé communautaire élaborées de manière cloisonnée, axées sur des cadres spécifiques (comme le cadre des CHEW qui ne tient pas compte des VHT existantes) et des domaines de maladies (comme la santé maternelle et infantile).
- Des politiques dont l'estimation des coûts ou l'intégration dans le système des soins de santé restent insuffisants.
- Un soutien fragmenté des VHT de la part de plusieurs ONG, ce qui a conduit à se concentrer davantage sur les rapports des bailleurs de fonds plutôt que sur ceux produits par le Gouvernement.

Dans l'ensemble, l'Initiative visait à disposer d'une évaluation continue et régulière des programmes nationaux de santé communautaire, et à développer un moyen plus systématique de recenser et de partager régulièrement les enseignements tirés. Comme l'illustre le tableau 4, l'Initiative avait quatre objectifs clés, chacun dirigé par différentes parties prenantes.



RECUEIL DES SOLUTIONS

Au cours de l'étape de recueil des solutions, les coalitions de réforme développent un ensemble commun de critères pour évaluer les solutions aux problèmes identifiés. Puis, forte de ces critères, la coalition de réforme doit ratisser large pour identifier les solutions possibles. Dans la mesure du possible, la coalition cherche à obtenir un retour rapide auprès d'un large éventail de parties prenantes du secteur sanitaire².

Comme indiqué ci-dessus, pour cette étape de recueil des solutions, les principales parties prenantes en Ouganda se sont inspirées des leçons tirées des résultats locaux et mondiaux pour créer ensemble une voie à suivre. Cela s'est manifesté au travers, notamment, des activités suivantes :

- La prise en compte des commentaires du Président autour des questions à clarifier relatives aux CHEW.
- L'élaboration d'un programme d'apprentissage commun avec des priorités clés.
- La création d'une initiative nationale d'apprentissage et d'amélioration pour la santé communautaire.



CONCEPTION

Au cours de l'étape de conception, la coalition de réforme relie les objectifs de réforme des politiques ou programmes issus du problème prioritaire (par exemple, l'augmentation de la couverture des services) aux conceptions d'intervention (par exemple, le recrutement et la formation des ASC). Ces modèles, issus du processus de recueil des solutions, peuvent inclure de nouvelles innovations, des extensions d'innovations existantes ou des révisions de programmes déjà en place. Il est essentiel que les parties prenantes s'interrogent sur la façon dont les interventions proposées fonctionneront dans le système actuel. À ce stade, les réformateurs doivent encourager le système à développer de nouvelles capacités pour résoudre les problèmes prioritaires. En parallèle, ils doivent faire preuve de prudence afin d'éviter de concevoir de nouveaux programmes beaucoup trop optimistes en termes de capacités techniques, politiques et opérationnelles, qui risqueraient alors de peiner à produire les résultats escomptés².

Avec les données, les outils, l'expérience et les recommandations des évaluations qui ont été menées sur le programme des VHT, le MS et d'autres parties prenantes ont conçu et développé des plans détaillés pour un nouveau cadre d'agents de santé communautaire employant des CHEW. Pathfinder a soutenu la nouvelle politique en animant des réunions de consultation régionales et des ateliers nationaux pour examiner et finaliser la politique et la stratégie relatives aux CHEW. Pathfinder a également fourni un appui technique au MS par le biais de réunions et d'ateliers sur les directives opérationnelles pour la stratégie des CHEW, notamment sur le budget, le suivi et le cadre d'évaluation, ainsi que sur les plans de mise en œuvre pour les deux premières années³⁷.

PRÉPARATION DU PROGRAMME

Au cours de la phase de préparation du programme, les acteurs des systèmes de santé réunissent les ressources nécessaires au lancement. Les ressources peuvent être constituées d'engagements financiers, matériels, humains, programmatiques, de planification ou politiques de la part des parties prenantes qui soutiennent la réforme du système².

ÉVALUATION DES EFFETS DE LA RÉGLEMENTATION

Avec le soutien de Living Goods, le MS a procédé à une évaluation des effets de la réglementation^{38,39} qui comprenait « une étude rigoureuse de la littérature, un travail de terrain, une analyse et une formulation des problèmes afin de situer le contexte de la réglementation »³⁹.

Cette évaluation s'est avérée importante pour l'approbation en Ouganda de nouvelles politiques, de nouveaux projets de loi et de nouvelles réglementations par le Cabinet³⁹.

APUREMENT FINANCIER

Pathfinder a coordonné des réunions entre le Ministère de la santé et celui des finances pour obtenir un certificat d'apurement financier, ce qui a incité le Ministère des finances à émettre une lettre d'autorisation financière pour la mise en œuvre du programme des CHEW dans le pays. Ceci a ouvert la voie à la présentation de la politique au Cabinet³⁷.

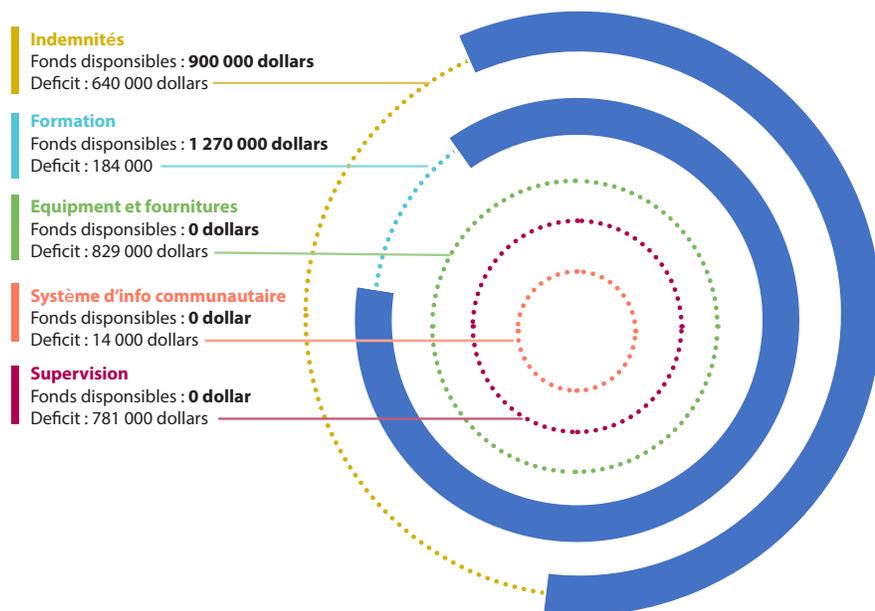
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

En novembre 2018, l'Alliance de Financement pour la Santé a travaillé avec les principaux partenaires (MS, Comité de coordination nationale des AVSC, district de Mayuge et Pathfinder) pour déterminer les ressources destinées à la santé communautaire, et a élaboré un dossier d'investissement pour les CHEW³⁷. L'analyse a montré que pour la première année du projet, dans les cinq domaines de coûts (formation, équipement et fournitures, indemnité, supervision, systèmes d'information communautaires), il y aurait un déficit de financement de 53 % (voir la figure 3).

FIGURE 3: Ressources pour la santé communautaire en Ouganda et déficit de financement pour les CHEW (Alliance Financière pour la Santé)³⁷

À ce jour, 2.17 millions de dollars ont été récoltés pour le programme des AVES qui couvriront partiellement les coûts prévus pour la formation et la rémunération de l'année

STRATÉGIE BUDGÉTAIRE POUR LES AVSC



SOURCES DE FINANCEMENT



Au travers du ministère des Finances, de la planification et du développement, le Gouvernement ougandais s'est engagé à hauteur de

900 000

au titre des indemnités des AVSC



Les partenaires du développement sanitaire se sont engagés à hauteur de

1.2 million dollars

au titre de la formation des AVSC

Un déficit de

2.4 million dollars

subsiste (53 % du montant total du budget pour la première année)

La mobilisation des ressources est nécessaire pour combler ce déficit et celui des années suivantes.

ÉVALUATION DE LA PRÉPARATION DU DISTRICT

En 2016, une analyse rapide de la situation/évaluation de l'état de préparation des districts a été réalisée par IntraHealth, et financée par l'USAID, avec le MS comme partenaire clé⁸.

PROJET : Analyse rapide de la situation du personnel de santé communautaire en Ouganda

PARTENAIRES D'EXÉCUTION : IntraHealth et Ministère de la santé

SUPPORT : USAID

DATE : Juillet 2016

BUTS :

- Comprendre les systèmes d'agents de santé communautaire existants en Ouganda.
- Soutenir les plans visant à renforcer le personnel de santé à assise communautaire en Ouganda

OBJECTIFS :

- Déterminer le type, les catégories, le nombre, la répartition, la localisation des ASC et les organisations qui font appel aux ASC.
- Identifier les structures de gestion existantes des ASC, et plus précisément : les mécanismes de recrutement, les conditions d'emploi, les tâches effectuées, les structures de rapport et les liens avec les établissements de santé et les autres prestataires du secteur de la santé.
- Étudier la nature du soutien apporté aux ASC pour mener à bien et pérenniser leur travail (par exemple, systèmes de développement des compétences et des carrières, la supervision de soutien, réglementation, suivi et contrôle des ASC).

MÉTHODES :

- Étude qualitative et quantitative à méthodes mixtes comportant un questionnaire structuré et des entretiens.
- Évaluation menée dans 68 districts en Ouganda, à travers les régions de l'Ouganda-Central, Occidental, Nord, Nil Occidental, Oriental et Karamoja.

PRINCIPALES CONCLUSIONS :

- Les résultats ont été classés comme suit :
 - » Description des ASC (sites évalués, catégories des ASC, emplacement et fonctions).
 - » Soutien (formation, incitations, développement des compétences et de la carrière, et supervision).
 - » Gestion (recrutement, contrôle, suivi et réglementation).
- Le personnel de santé communautaire constitue une « force formidable tant par son nombre que par sa fonction ».
- L'Ouganda dispose de catégories des ASC à la fois généralistes et spécialistes.
- L'évaluation a suscité plus de faiblesses que de forces dans des domaines tels que la coordination, l'uniformisation des supports de formation, le processus de sélection et de recrutement, les attentes des ASC et leur suivi au niveau national et du district.

RECOMMANDATIONS POUR LE GOUVERNEMENT :

- Recruter des agents de santé/superviseurs pour encadrer la sélection des VHT.
- Énoncer les rôles et responsabilités des VHT, notamment les conditions de travail à partir de la sélection.
- Harmoniser l'ensemble des outils et registres de données des VHT.
- Élaborer un plan pour le remplacement des VHT qui ont décroché.
- Équiper les VHT avec les outils et équipements nécessaires.
- Motiver les ASC par des incitations telles que : une rémunération mensuelle, une formation de remise à niveau, la livraison régulière de fournitures, etc.

FORMATION DES CHEW DANS LES DISTRICTS PILOTES

En vue de la formation anticipée des CHEW, Pathfinder a soutenu le MS dans un certain nombre d'activités préparatoires, et notamment³⁷ :

- La formation de 1 640 CHEW, notamment 154 CHEW des districts de Mayuge.
- En décembre 2018, un atelier a été organisé pour orienter 26 Tuteurs Nationaux du MS en vue de la formation des CHEW. Pathfinder a

imprimé 1 640 ouvrages de référence pour les CHEW, des aides-mémoires, des supports de formation ainsi que des évaluations de sites de formation. Le MS est prêt à lancer la formation CHEW, bien qu'elle ne soit toujours pas approuvée.

- Une évaluation des installations de formation des CHEW dans les 13 districts pilotes à l'aide de l'outil d'évaluation du MS en janvier 2019. L'étude sur la préparation des CHEW a été réalisée en collaboration avec le département

de santé communautaire du MS. L'étude a été conçue pour évaluer la préparation et la capacité des districts pilotes à mettre en œuvre la stratégie des CHEW, ainsi que leur capacité à former des CHEW. Parmi les principales conclusions, on peut citer :

- Environ 80 % des membres de l'équipe sanitaire du district avaient entendu parler des CHEW, mais dans de nombreux districts, il y avait une certaine confusion entre les VHT et les CHEW. Des activités de sensibilisation ont été recommandées pour remédier à ce problème.
- Sur les 52 sites, seuls 32 (61 %) étaient adaptés à la formation des CHEW. L'étude a recommandé trois approches de formation : résidentielle, non résidentielle et combinée. L'approche résidentielle était la plus coûteuse, 95 % des coûts étant imputables à l'hébergement et aux frais de bouche des participantes. L'étude recommande au MS de renégocier avec les institutions de formation afin de réduire les coûts. En outre, le rapport a fourni des recommandations et des actions pour chaque district afin d'améliorer leur préparation au programme. Le MS a également utilisé les conclusions du rapport pour inciter les partenaires du développement sanitaire à plaider en faveur du financement de la formation CHEW.
- La sélection des candidat·e·s CHEW dans les 13 districts pilotes en avril 2018. Des réunions ont été organisées dans les 13 districts avec les parties prenantes respectives des districts. Un soutien a été apporté aux districts pour mobiliser et constituer des comités de sélection. Cela a permis de sélectionner 1 640 CHEW stagiaires. Une base de données existe au sein du MS.

L'Amref Health Africa a également soutenu l'opérationnalisation de la stratégie des CHEW en Ouganda par le biais de son Projet de Partenariat pour la Promotion des Systèmes de Santé (2016 à 2020)⁴⁰ et a soutenu le programme de formation des CHEW⁴¹.

CONFÉRENCES MONDIALES

- Le soutien de l'investissement pour l'ICH a

permis au MS et aux parties prenantes de la santé communautaire en Ouganda de s'engager auprès d'un réseau mondial plus large lors de divers forums, et notamment : La Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire en mars 2017⁴². Les domaines d'action qui sont ressortis de la réunion comprennent 1) la nécessité d'une gouvernance accrue, 2) une politique sur les CHEW pour une perspective de système de santé communautaire, et 3) l'élaboration d'une Feuille de route pour institutionnaliser les systèmes de santé communautaire³⁷.

- Le cinquième symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé qui s'est tenu à Liverpool (Royaume-Uni) en octobre 2018⁴³. Le MS a présenté un poster intitulé « Soutenir le renouvellement de l'engagement du Gouvernement pour la santé communautaire en Ouganda : l'approche de Pathfinder International pour renforcer les systèmes intégrés d'agents de vulgarisation sanitaire communautaire ». L'affiche soulignait le rôle de la participation communautaire dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme des CHEW, ainsi que les enseignements tirés des activités pilotes des CHEW à Mayuge³⁷.
- Le Deuxième Symposium international sur les agents de santé communautaires (ASC) à Dhaka, au Bangladesh, en novembre 2019. Le partenariat pour l'ICH et la délégation du Ministère de la santé ougandais ont contribué à l'agenda d'apprentissage mondial en présentant les processus politiques clés, les leçons et les défis des projets de l'Initiative NaCHLII et la de coordination du district de Mayuge. L'équipe a également effectué une visite d'apprentissage à Matlab, un laboratoire d'apprentissage près de Dhaka, pour partager des expériences en matière de santé communautaire, d'élaboration de programmes d'apprentissage et de leadership gouvernemental dans le domaine de la santé.

FEUILLE DE ROUTE POUR LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Malgré les difficultés initiales de la stratégie des

CHEW, le MS, avec le soutien des parties prenantes et des donateurs, a continué d'exprimer son engagement pour la santé communautaire. Même en l'absence d'une nouvelle stratégie de santé communautaire, les parties prenantes locales et les partenaires ont pu continuer à progresser (comme par exemple, en traduisant les leçons durement acquises en plusieurs initiatives clés, dont la Feuille de route pour la santé communautaire), et à cibler les priorités stratégiques¹².

La Feuille de route bénéficie du soutien de plusieurs organisations telles que l'USAID, l'UNICEF, la Fondation Rockefeller et le Partenariat pour l'Accélération de la Santé Communautaire (hébergé par l'ambassadeur de l'OMS pour la stratégie mondiale, la Banque mondiale ainsi que la Fondation Bill & Melinda Gates). L'objectif de la Feuille de route est « d'élever les priorités nationales en matière de santé communautaire et de créer un programme commun d'investissements dans la santé communautaire pour renforcer les soins de santé primaires »¹². Cet effort mondial permet d'aider 16 pays à fort potentiel à définir des priorités d'investissement nationales.

En Ouganda, les six principales priorités décrites dans la Feuille de route offrent la possibilité de renforcer le système de santé communautaire par le biais d'une stratégie de santé communautaire chiffrée qui inclut l'ensemble des cadres et parties du système de santé communautaire¹².

Ces priorités sont les suivantes :

1. Développer une stratégie de santé communautaire exhaustive, chiffrée et fondée sur des éléments probants, incluant tous les cadres de santé communautaire et d'autres composantes du système.
2. Renforcer le leadership en santé communautaire, la gouvernance et la collaboration multisectorielle dans l'ensemble du système de santé (du niveau national au niveau communautaire).
3. Renforcer et maintenir l'investissement au niveau de la supervision et de la motivation des cadres de santé communautaire.
4. Renforcer et améliorer la chaîne

d'approvisionnement en santé communautaire.

5. Investir dans la mise à l'échelle des technologies appropriées pour la mise en œuvre et la supervision en matière de santé communautaire.
6. Investir dans l'engagement actif des communautés pour accroître la participation, l'appropriation et la capacité à devenir des acteurs/actrices de leur propre santé.

La stratégie chiffrée servira de base aux révisions de la politique relative aux CHEW et facilitera les efforts de plaidoyer en faveur d'un financement accru, associée à la cartographie des ressources des bailleurs de fonds.

Au cours de l'année écoulée, en collaboration avec ses partenaires, le MS s'est efforcé de faire progresser ces priorités en prenant les mesures suivantes :

1. Travailler à l'élaboration d'une stratégie globale de santé communautaire chiffrée avec le plan d'intégration des chaînes d'approvisionnement en santé communautaire dans la plateforme de prévision, d'approvisionnement et de distribution du système national de santé.
2. Intégrer les systèmes de données pour alimenter en informations le système national de gestion de l'information sanitaire (HMIS/DHIS2) depuis le niveau communautaire.
3. Organiser des discussions entre les parties prenantes sur les directives de mise en œuvre des ASC et la coordination multisectorielle pour éviter la création de services dupliqués. Cela a conduit à la création du Comité national de coordination de la santé communautaire.
4. Discuter avec d'autres agences gouvernementales pour aider à justifier et à mieux coordonner les activités des différents Ministères qui jouent un rôle dans la prestation de services de santé au niveau communautaire (par exemple, le Ministère de l'éducation ainsi que le Ministère du genre, du travail et du développement social).

Les objectifs de la Feuille de route seront continuellement renforcés au fur et à mesure que de nouvelles informations et éléments probants

seront recueillis pour s'assurer que la plateforme nationale ouvre davantage l'accès à la santé au niveau communautaire. Dans le cadre de l'étape de préparation du programme du cycle de réforme, les activités énumérées ci-dessus indiquent une

croissance soutenue vers le processus d'élaboration de la politique, notamment en matière de mobilisation des ressources, d'autorisation, de structure de gouvernance et de dirigeants.

Opportunités et prochaines étapes

Alors que l'investissement pour l'ICH touche à sa fin en Ouganda, les investissements soutenus de l'USAID et d'autres partenaires tels que l'UNICEF et la Fondation Rockefeller, font progresser le plaidoyer et la politique de santé communautaire afin de parvenir à des services de soins de santé primaires pour tous. L'Initiative NaCHLII continue d'orienter la coordination nationale autour de la santé communautaire, non seulement en créant des termes de référence pour le comité directeur national de la santé communautaire, mais aussi en poursuivant le plaidoyer pour le programme pilote des CHEW.

Alors que ce deuxième cycle de réforme des CHEW est actuellement en attente de progrès vers la phase de lancement, il est important de reconnaître et de tirer parti du travail et des activités qui ont permis de soutenir les étapes précédentes des deux cycles de réforme.

Jusqu'à présent, deux facteurs clés ont été essentiels à l'institutionnalisation de la santé communautaire au niveau national :

1. L'adoption d'une optique et d'une conception de systèmes plutôt que la concentration sur un cadre individuel d'agents sanitaires.
2. Une orientation cohérente d'apprentissage et d'amélioration au sein du MS.

Par exemple, avec l'Initiative NaCHLII et le nouveau Comité directeur de la santé communautaire, l'accent a été mis sur le système de santé communautaire dans son ensemble, par opposition aux cadres des VHT ou CHEW pris isolément.

L'orientation du MS vers l'apprentissage et l'amélioration a été démontrée par l'utilisation de l'évaluation des VHT, le partage des leçons apprises lors de divers forums et conférences, le développement de nouvelles recherches et la création de l'Initiative NaCHLII. Récemment, le Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le SIDA a demandé aux organisations travaillant dans le domaine de la santé communautaire en Ouganda de normaliser les paiements des VHT.

Un élan s'est créé. Ensemble, ces deux facteurs ont contribué à relancer un nouveau cycle de réforme avec une meilleure gouvernance, des coalitions plus fortes et des perspectives manquantes des parties prenantes nécessaires.

Comme la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a mis en évidence le rôle crucial que jouent les agents de santé de première ligne⁴⁴⁻⁴⁸, le cadre du cycle de réforme peut continuer à façonner l'institutionnalisation de la santé communautaire en Ouganda.

En 2020, le Premier Ministre Ruhakana Rugunda a lancé une nouvelle stratégie d'engagement communautaire pour faire face à la COVID-19, et le Gouvernement s'est engagé à verser des indemnités aux VHT. Le Premier Ministre Rugunda a ainsi déclaré : « L'investissement que nous allons faire, à savoir payer 100 000 shillings ougandais à chaque agent sanitaire villageois, comportera un retour sur investissement pour l'Ouganda bien plus important que les investissements que nous réalisons dans les routes, les barrages et toutes les autres infrastructures que nous réalisons »^{49,50}.

En outre, de nombreux partenaires d'exécution ont soutenu le Gouvernement ougandais, les VHT et le système de santé communautaire du pays pendant la pandémie de COVID-19, notamment pour :

- Garantir la poursuite des services de santé essentiels^{45,47,48,51} ;
- Former les agents de santé communautaire et de première ligne aux protocoles sanitaires COVID ^{45,47,48,51} ;
- Fournir directement aux agents de santé communautaires des équipements de

protection individuelle^{45,49,51} ;

- Renforcer les soins à domicile⁴⁸ ;
- Enquêter sur les foyers épidémiques de COVID⁴⁸.

Dès le début de l'année 2021, le MS a indiqué soutenir la revitalisation de la politique des CHEW ainsi que les moyens pour qu'un programme pilote des CHEW puisse contribuer à la mise en œuvre de celle-ci. En outre, lors d'une récente présentation, le MS a pris soin de noter les coûts et rôles des différents départements ministériels et parties prenantes pressentis⁵².

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?ua=1.
2. Chen N, Raghavan M, Albert J, et al. *The Community Health Systems Reform Cycle: Strengthening the Integration of Community Health Worker Programs Through an Institutional Reform Perspective*. *Glob Heal Sci Pract*. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.9745/ghsp-d-20-00429>.
3. Ouganda, Ministère de la santé. *Health Sector Development Plan 2015/16 - 2019/20*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.health.go.ug/cause/health-sector-development-plan-2015-16-2019-20/>.
4. Programme des Nations Unies pour le développement. *Rapport sur le Développement Humain*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hdr.undp.org/>.
5. Centers for Disease Control and Prevention. *CDC in Uganda Factsheet*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/uganda/default.htm>.
6. Ouganda, Ministère de la santé. *Human Resources for Health Audit Report 2017*, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://library.health.go.ug/publications/human-resources-health/human-resources-health-audit-report-2017-0>.
7. Scheffler R, Cometto G, Tulenko K, et al. *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals – Background Paper N.1 to the WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf>.
8. IntraHealth International. *Rapid Situation Analysis of Community Health Workforce in Uganda*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <http://154.72.196.19/publications/human-resources-health/rapid-situation-analysis-community-health-workforce-uganda>.
9. Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/>.
10. USAID. *Maternal and Child Survival Program (MCSP): Perry H editor. Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WKKK.pdf.
11. Egan KF, Devlin K, Pandit-Rajani T. *Community Health Systems Catalog Country Profile: Uganda*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/uganda_chs_catalog_profile.pdf.
12. Community Health Roadmap Steering Committee. *Community Health Roadmap: Uganda*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.communityhealthroadmap.org/uganda>.
13. Ouganda, Ministère des finances, de la planification et du développement économique. *Uganda's Poverty Eradication Action Plan*. 2000. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.imf.org/external/NP/prsp/2000/Uga/01/>.
14. Ouganda, Ministère de la santé. 1999. *National Health Policy 1999*. Disponible à l'adresse suivante : <http://library.health.go.ug/publications/policy-documents/national-health-policy1999>.
15. Ouganda, Ministère de la santé. *Health Sector Strategic Plan 2000/01 - 2004/05*; 2000. 2000. Disponible à l'adresse suivante : <https://afri-can.org/wp-content/uploads/2016/04/HSSP-2000-01.pdf>.
16. Pathfinder International. *The Ugandan Journey to Integrating Community Health into Health Systems - A Case Study (Unpublished Report)*; 2020.
17. Ouganda, Ministère de la santé. *Village Health Team Strategy and Operational Guidelines*. 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://154.72.196.19/publications/health-education/village-health-team-strategy-and-operational-guidelines>.
18. Kim C, Kirunda R, Mubiru F, Rakhmanova N, Wynne L. *A process evaluation of the quality improvement collaborative for a community-based family planning learning site in Uganda*. *Gates Open Res*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.12688/gatesopenres.12973.2>.

19. Turinawe EB, Rwemisisi JT, Musinguzi LK, et al. *Selection and performance of village health teams (VHTs) in Uganda: Lessons from the natural helper model of health promotion*. Hum Resour Health. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12960-015-0074-7>.
20. Turinawe EB. *Those were taken away and given money': Power and reward expectations' influence in the selection of village health teams in rural Uganda*. Rural Remote Health. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.22605/RRH3856>.
21. Mangwi Ayiasi R, Atuyambe LM, Kiguli J, Orach CG, Kolsteren P, Criel B. *Use of mobile phone consultations during home visits by Community Health Workers for maternal and newborn care: Community experiences from Masindi and Kiryandongo districts, Uganda* Global health. BMC Public Health. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1939-3>.
22. Namukwaya Z, Barlow-Mosha L, Mudiope P, et al. *Use of peers, community lay persons and Village Health Team (VHT) members improves six-week postnatal clinic (PNC) follow-up and Early Infant HIV Diagnosis (EID) in urban and rural health units in Uganda: A one-year implementation study*. BMC Health Serv Res. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12913-015-1213-5>.
23. Geoffrey B. *Utilization of the Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix to Strengthen Village Health Team Systems in Uganda: A Case for Kitgum District*. Sci J Public Heal. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.11648/j.sjph.20170504.11>.
24. Geoffrey B. *Village Health Team Functionality in Uganda: Implications for Community System Effectiveness*. Sci J Public Heal. 2016;4(2):117. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.11648/j.sjph.20160402.16>.
25. Kimbugwe G, Mshilla M, Oluka D, et al. *Challenges Faced by Village Health Teams (VHTs) in Amuru, Gulu and Pader Districts in Northern Uganda*. Open J Prev Med. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.4236/ojpm.2014.49084>.
26. Ojo TT, Hawley NL, Desai MM, Akiteng AR, Guwatudde D, Schwartz JI. *Exploring knowledge and attitudes toward non-communicable diseases among village health teams in Eastern Uganda: A cross-sectional study*. BMC Public Health. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12889-017-4954-8>.
27. Altaras R, Montague M, Graham K, et al. *Integrated community case management in a peri-urban setting: A qualitative evaluation in Wakiso District, Uganda*. BMC Health Serv Res. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12913-017-2723-0>.
28. Kozuki N, Wuliji T. *Measuring productivity and its relationship to community health worker performance in Uganda: A cross-sectional study*. BMC Health Serv Res. 2018;18(1). Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3131-9>.
29. Perry S, Fair CD, Burrowes S, Holcombe SJ, Kalyesubula R. *Outsiders, insiders, and intermediaries: Village health teams' negotiation of roles to provide high quality sexual, reproductive and HIV care in Nakaseke, Uganda*. BMC Health Serv Res. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12913-019-4395-4>.
30. Ouganda, Ministère de la santé. *National Village Health Teams (VHT) Assessment in Uganda*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://154.72.196.19/publications/health-education/national-village-health-teamsvht-assessment-uganda>.
31. Musoke D, Ndejjo R, Atusingwize E, et al. *Panacea or pitfall? The introduction of community health extension workers in Uganda*. BMJ Glob Heal. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002445>.
32. USAID. *Integrating Community Health Program*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/cross-cutting-areas/integrating-community-health-program>. Consulté en avril 2021.
33. Pathfinder International. *Integrated Systems Strengthening for CHEWs*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.pathfinder.org/projects/integrated-systems-strengthening-for-chews/>. Consulté en avril 2021.
34. Nakkazi E. *Uganda rescinds Community Health Extension Workers policy*. Uganda ScieGirl. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://estanakkazi.blogspot.com/2019/02/uganda-rescinds-community-health.html>. Consulté en avril 2021.
35. Namuli Z. *15,000 recruits left jobless as government cancels new health extension workers policy*. NilePost. Disponible à l'adresse suivante : <https://nilepost.co.ug/2019/01/29/15000-recruits-left-jobless-as-government-cancels-new-health-extension-workers-policy/>. Published 2019. Consulté en avril 2021.
36. Stiles CE, Sekimpi D, Ddumba I, Winters N, O'Neil E, O'Donovan J. *Potential challenges of implementing the community health extension worker programme in Uganda*. BMJ Glob Heal. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000960>.

37. Pathfinder International. *ICH End of Award Project Report: Integrating Systems Strengthening for CHW Programming*. 2020.
38. Ministry of Health Uganda. *Regulatory Impact Assessment Report for the Community Health Extension Workers*; 2018.
39. Nsubuga D. *Living Goods - Supporting Policy Approval of Uganda's CHEW Strategy*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://livinggoods.org/wp-content/uploads/2019/06/Supporting-Community-Health-Extension-Workers-Policy-Approval-in-Uganda.pdf>.
40. African Medical and Research Foundation (Amref). *Amref Health Africa in Uganda Country Profile*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://amref.org/uganda/download/amref-health-african-uganda-country-profile/>.
41. Ouganda, Ministère de la santé. *Community Health Extension Workers (CHEWs) Training Curriculum*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://amref.org/uganda/download/community-health-extension-workers-chews-training-curriculum-uganda>.
42. Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2017. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://ichc2017.mcsprogram.org/>. Consulté en février 2021.
43. HSR2018 - Fifth Global Symposium on Health Systems Research. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://healthsystemsresearch.org/hsr2018/>. Consulté en février 2021.
44. O'Donovan J. *Community health workers must lead the Covid-19 fight in Uganda*. STAT. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.statnews.com/2020/03/28/community-health-workers-lead-covid-19-fight-uganda/>. Consulté en février 2021.
45. Living Goods. *Responding to the COVID-19 Pandemic*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://livinggoods.org/covid-19/#>. Consulté en février 2021.
46. 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/>. Consulté en février 2021.
47. Last Mile Health. *Last Mile Health's COVID-19 Response*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://lastmilehealth.org/2020/04/22/last-mile-health-covid19-response/>. Consulté en février 2021.
48. Shrimpton C. *How to Strengthen Uganda's COVID-19 Response and Protect Health Services*. DAI Global Dev. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://dai-global-developments.com/articles/strengthening-the-covid-19-response-and-protecting-health-services-in-uganda>. Consulté en février 2021.
49. Remoe V. *In Uganda's New COVID-19 Strategy Community Health Workers will lead - COVID-19 Action Fund for Africa*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://cafrica.org/2020/10/23/in-ugandas-new-covid-19-strategy-community-health-workers-will-lead/>. Consulté en février 2021.
50. Otto B. *Easing COVID-19 impact on key health services - Uganda*. *World Heal Organ*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://reliefweb.int/report/uganda/easing-covid-19-impact-key-health-services>. Consulté en février 2021.
51. Living Goods. *COVID-19: Ensuring Essential Health Service Continuity*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://livinggoods.org/wp-content/uploads/2020/09/Sept-4-COVID-UG-Fact-sheet-Final.pdf>. Consulté en février 2021.
52. Ouganda, Ministère de la santé. *Community Health Extension Workers' (CHEWs) Pilot - Stakeholder Engagement Meeting* (Unpublished Slide Deck); 2021.
53. Ouganda, Ministère de la santé. *Situational Analysis - Village Health Teams Uganda 2009*. 2009. Disponible à l'adresse suivante : <http://library.health.go.ug/publications/community-health/situation-analysis-village-health-teams-2009>.
54. Ouganda, Ministère de la santé. *Community Health Extension Workers National Policy 2018*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://library.health.go.ug/publications/policy-documents/community-health-extension-workers-national-policy-2018>.

Annexe A

Points essentiels du programme d'apprentissage :

Catégorie	Priorités d'apprentissage	Enseignements actuels et intérêt des parties prenantes
Accès aux médicaments essentiels	Réduire les ruptures de stocks et le gaspillage des médicaments grâce à une meilleure gestion logistique (entrepôt de santé communautaire).	Les méthodes d'approvisionnement administrées via RHITES-EC constituent une bonne base de connaissances.
Leadership/ Gouvernance	<ol style="list-style-type: none"> Améliorer le leadership des districts et des collectivités locales en matière de programmation de la santé communautaire. Établir des processus d'élaboration de politiques nationales et infranationales qui favorisent des politiques et des stratégies de santé communautaire inclusives et efficaces. Améliorer la coordination des activités de santé communautaire au niveau du district de façon à intégrer les structures, cadres, organisations et secteurs existants (par exemple, cartographie des partenaires d'exécution, réunions d'évaluations trimestrielles, cartographie des ressources et cadres de partenariat). 	<p>Solide base d'expériences de mise en œuvre à travers les modèles d'amélioration de la qualité et de la coordination de district du programme de renforcement de la décentralisation pour la durabilité de l'USAID (<i>Strengthening Decentralization for Sustainability</i> ou SDS) et le Comité de gestion du district (<i>District Management Committee</i> ou DMC), ainsi que les leçons tirées de la coordination de l'équipe sanitaire de district (DHT) et des partenaires d'exécution via World Vision.</p> <p>Alignement sur les priorités stratégiques des districts et des partenaires nationaux.</p>
Systèmes d'information sanitaires	<ol style="list-style-type: none"> Mieux harmoniser et intégrer les divers systèmes d'information sanitaires : harmonisation des indicateurs, outils de collecte des données et processus de rapportage ; intégration des divers systèmes de données et outils de santé mobile existants. Recueillir régulièrement et utiliser efficacement les données pour orienter les activités et décisions du Gouvernement et des partenaires d'exécution à tous les niveaux : national, district, établissement, CHW. Communication des données (délai opportun, qualité, précision). <ol style="list-style-type: none"> Uniformiser la collecte et le rapportage des données routinières et non routinières. Renforcer l'analyse/utilisation des données de gestion des districts (par exemple, renforcer les capacités des biostatisticiens et les tableaux de bord des districts). Mettre les données à disposition de l'échelon communautaire. 	<p>Des innovations importantes sont maintenant en cours : Approche de planification et d'action au niveau de la zone desservie (UNICEF) et tableaux de bord de district utilisant les données DHIS2 et le registre des ASC (Living Goods).</p> <p>Un engagement important des parties prenantes dans ces domaines.</p> <p>IntraHealth et développement du registre des ASC : une recommandation majeure issue de l'évaluation des VHT.</p>
Prestation de service	<ol style="list-style-type: none"> Renforcer les relations entre l'établissement, les agents de santé communautaire et la communauté <ol style="list-style-type: none"> Clarification des rôles et responsabilités des ASC par rapport aux prestataires de l'établissement (attitudes et normes). Réalisation de la mise en relation et de l'orientation, y compris, lorsque cela est possible, vers les établissements du secteur privé. Planification et action au niveau de la zone desservie. Enregistrement des ASC. Mise en œuvre et à l'échelle des modèles multisectoriels de prestation de services de santé communautaire (par exemple, les ménages modèles, l'excellence de la PCIME et d'autres approches multisectorielles des ASC, comme BRAC et IntraHealth). 	<p>Leçons tirées des projets pilotes de ménages modèles à Mayuge</p> <p>Approches multisectorielles de la santé communautaire : BRAC (inclusion financière) et IntraHealth (agriculture, environnement, WASH)</p> <p>Excellence de la PCIME : La méthodologie de formation a fait ses preuves dans le district de Mayuge.</p>

<p>Personnel de santé</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre une formation complète et uniformisée des ASC (avant et pendant l'entrée en service) : fondée sur des données et des besoins identifiés par le Gouvernement. 2. Améliorer le recrutement et la sélection des ASC. 3. Identifier et mettre à l'échelle des incitations adaptées à l'objectif (par exemple, améliorer l'harmonisation des incitations, comprendre le lien entre les incitations et la motivation, et améliorer l'équilibre financier/non-financier). 4. Supervision de soutien et gestion de la performance (par exemple, orientations, outils et processus). 	<p>Systematiquement identifiés comme des thèmes essentiels dans les principales politiques et stratégies.</p> <p>Occasion d'harmoniser l'apprentissage sur celui d'autres pays ICH et du monde entier (par exemple, les directives de l'OMS).</p> <p>Essentiel au développement d'un système de santé communautaire performant et pour remédier aux écarts de performance.</p>
<p>Engagement communautaire</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déployer des mécanismes d'engagement et de responsabilisation communautaire <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Engagement et responsabilisation communautaire via le Centre africain pour la santé mondiale et la transformation sociale (<i>African Centre for Global Health and Social Transformation</i> ou ACHEST). 1.2. Utiliser les structures communautaires existantes. 1.3. Conception d'une étude sur les perceptions des communautés. 	<p>Engagement communautaire (ACHEST/AMREF)</p> <p>Voix et Action Citoyennes (World Vision)</p> <p>Leçons du Comité de gestion des unités sanitaires (Ministère de la santé)</p>