Organisation mondiale de la Santé

Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires

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 [WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes]
ISBN 978-92-4-255036-8

© Organisation mondiale de la Santé, 2018

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

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

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

Citation suggérée. 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 [WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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

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

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

Imprimé en Suisse

Table des matières

Avant-propos 8

Contributeurs et remerciements 9

Abréviations 11

Messages clés 12

Résumé analytique 13

+ 1. Introduction 18

+ 2. Fondement 19

+ 3. Public cible 20

3.1 Utilisateurs finaux des directives 20

3.2 Personnes concernées par les recommandations 20

+ 4. Objectifs et champ d'application des directives 21

4.1 But et objectifs 21

4.2 Types de personnels de santé couverts par les présentes directives 21

4.3 Zones géographiques couvertes 23

4.4 Catégories d'interventions couvertes 24

+ 5. Processus d'élaboration des directives 26

5.1 Groupe directeur, groupe d'élaboration des directives et groupe d'examen externe 26

5.2 Sources de données factuelles pour les directives 27

+ 6. Résultats 29

6.1 Examen systématique des revues 29

6.2 Revues systématiques en lien avec les 15 questions PICO 29

6.3 Enquête sur la perception des parties prenantes 31

7. Recommandations 32

Recommandation 1 : Sélection à des fins de formation initiale 32

7.1.1 Contexte de la recommandation 32
7.1.2 Fondement de la recommandation 32
7.1.3 Résumé des données factuelles 33
7.1.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 34
7.1.5 Considérations de mise en œuvre 34

Recommandation 2 : Durée de la formation initiale 35

7.2.1 Contexte de la recommandation 35
7.2.2 Fondement de la recommandation 35
7.2.3 Résumé des données factuelles 35
7.2.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 36
7.2.5 Considérations de mise en œuvre 36

Recommandation 3 : Compétences figurant dans le programme de la formation initiale 37

7.3.1 Contexte de la recommandation 38
7.3.2 Fondement de la recommandation 38
7.3.3 Résumé des données factuelles 38
7.3.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 38
7.3.5 Considérations de mise en œuvre 39

Recommandation 4 : Modalités de la formation initiale 41

7.4.1 Contexte de la recommandation 41
7.4.2 Fondement de la recommandation 42
7.4.3 Résumé des données factuelles 42
7.4.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 42
7.4.5 Considérations de mise en œuvre 42

Recommandation 5 : Certification fondée sur les compétences 43

7.5.1 Contexte de la recommandation 43
7.5.2 Fondement de la recommandation 44
7.5.3 Résumé des données factuelles 44
7.5.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 44
7.5.5 Considérations de mise en œuvre 45

Recommandation 6 : Supervision formative 45

7.6.1 Contexte de la recommandation 45
7.6.2 Fondement de la recommandation 46
7.6.3 Résumé des données factuelles 46
7.6.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 46
7.6.5 Considérations de mise en œuvre 46

Recommandation 7 : Rémunération 47

7.7.1 Contexte de la recommandation 47
7.7.2 Fondement de la recommandation 47
7.7.3 Résumé des données factuelles 48
7.7.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 49
7.7.5 Considérations de mise en œuvre 49

Recommendation 8 : Accords contractuels **49**
7.8.1 Contexte de la recommandation 49
7.8.2 Fondement de la recommandation 50
7.8.3 Résumé des données factuelles 50
7.8.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 50
7.8.5 Considérations de mise en œuvre 50

Recommandation 9 : Progression de carrière **51**
7.9.1 Contexte de la recommandation 51
7.9.2 Fondement de la recommandation 51
7.9.3 Résumé des données factuelles 51
7.9.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 51
7.9.5 Considérations de mise en œuvre 52

Recommandation 10 : Taille de la population cible **52**
7.10.1 Contexte de la recommandation 52
7.10.2 Fondement de la recommandation 52
7.10.3 Résumé des données factuelles 53
7.10.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 53
7.10.5 Considérations de mise en œuvre 53

Recommandation 11 : Collecte et exploitation de données **53**
7.11.1 Contexte de la recommandation 54
7.11.2 Fondement de la recommandation 54
7.11.3 Résumé des données factuelles 54
7.11.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 55
7.11.5 Considérations de mise en œuvre 55

Recommandation 12 : Types d'agents de santé communautaires **56**
7.12.1 Contexte de la recommandation 56
7.12.2 Fondement de la recommandation 56
7.12.3 Résumé des données factuelles 56
7.12.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 56
7.12.5 Considérations de mise en œuvre 57

Recommandation 13 : Engagement communautaire **57**
7.13.1 Contexte de la recommandation 57
7.13.2 Fondement de la recommandation 58
7.13.3 Résumé des données factuelles 58
7.13.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 60
7.13.5 Considérations de mise en œuvre 60

Recommandation 14 : Mobilisation des ressources communautaires **60**
7.14.1 Contexte de la recommandation 61
7.14.2 Fondement de la recommandation 61
7.14.3 Résumé des données factuelles 61
7.14.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 62
7.14.5 Considérations de mise en œuvre 62

Recommandation 15 : Disponibilité des fournitures 62
7.15.1 Contexte de la recommandation 62
7.15.2 Fondement de la recommandation 62
7.15.3 Résumé des données factuelles 62
7.15.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG 63
7.15.5 Considérations de mise en œuvre 63

+ 8. Priorités de recherche et mise à jour des directives 64

8.1 Sélection, formation et certification 64
8.2 Gestion et supervision 65
8.3 Intégration au sein des systèmes de santé et des communautés et soutien de ceux-ci 65
8.4 Implications pour les résultats de développement non liés à la santé 66
8.5 Recherches futures et mise à jour des directives 66

+ 9. Utilisation des directives 67

9.1 Mesures de diffusion des directives 67
9.2 Plans d'adaptation, de mise en œuvre et d'évaluation des directives 68

+ 10. Considérations générales de mise en œuvre 70

10.1 Principes fondamentaux 70
10.2 Aspects opérationnels de la conception et de la mise en œuvre des programmes relatifs aux agents de santé communautaires 71
10.2.1 Conception des programmes 71
10.2.2 Cohérence des politiques 71
10.2.3 Accompagnement au sein du système de santé 71
10.2.4 Incidences financières 72

+ Références 73

+ Annexes 90

Annexe 1. Termes de recherche permettant d'identifier les agents de santé communautaires et autres personnels de santé pertinents à assise communautaire 90
Annexe 2. Domaines de prestation de services pour lesquels des données publiées attestent de l'efficacité des agents de santé communautaires 92
Annexe 3. Lignes directrices existantes de l'OMS précisant les rôles et les services propres aux agents de santé communautaires 100
Annexe 4. Liste des membres du Groupe directeur, du Groupe d'élaboration des directives et du Groupe d'examen externe 103

Annexe 5. Résultats marquants de l'enquête sur les perceptions des parties prenantes 109

Annexe 6. Profils des données factuelles et tableaux preuves-décision (WHO/HIS/HWF/CHW web annex/18.1) — en anglais

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Répartition géographique des études incluses dans les 15 revues systématiques relatives aux questions PICO 23

Figure 2 : Services de soins de santé primaires pour lesquels il existe des preuves de l'efficacité des agents de santé communautaires 25

Figure 3 : Diagramme PRISMA des études évaluées dans le cadre des revues systématiques 30

Figure A5.1 : Acceptabilité et faisabilité du recours aux réseaux sociaux pour la redistribution des produits et des fournitures 111

Figure A5.2 : Acceptabilité et faisabilité de la sélection de candidats d'âge mûr 112

Tableau 1 : Stratégie de recherche globale pour les 15 questions PICO 28

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion 28

Tableau 3 : Durée de la formation des ASC aux rôles polyvalents 37

Tableau 4 : Exemples de variation du contenu des programmes de formation initiale des agents de santé communautaires 39

Tableau 5 : Catégories de stratégies d'engagement communautaire 58

Tableau A4.1 : Membres du Groupe directeur 103

Tableau A4.2 : Membres du Groupe d'élaboration des directives 104

Tableau A4.3 : Membres du Groupe d'examen externe 105

Tableau A4.4 : Gestion des conflits d'intérêts des membres du Groupe d'élaboration des directives 106

Tableau A4.5 : Gestion des conflits d'intérêts des membres du Groupe d'examen externe 108

Tableau A5.1 : Acceptabilité et faisabilité des interventions des agents de santé communautaires 110

Avant-propos

L'Organisation mondiale de la Santé a été fondée sur le principe selon lequel tous les peuples ont le droit de bénéficier du niveau de santé le plus élevé possible. En d'autres termes, « la santé pour tous » fait partie de notre ADN.

Bien que le chemin menant à la couverture sanitaire universelle soit propre à chaque pays, nous savons que l'existence de personnels de santé compétents, motivés et bien accompagnés constitue la pierre angulaire de tout système de santé. Sans agents de santé, il ne peut y avoir de santé.

Depuis la déclaration d'Alma-Ata de 1978, les agents de santé communautaires sont reconnus comme une composante essentielle des soins de santé primaires. Quarante ans plus tard, des données convaincantes démontrent leur précieuse contribution dans la prestation de services de santé de base et essentiels, capables de sauver des vies.

Investir dans les agents de santé communautaires en vaut la peine. Pourtant, ces derniers opèrent souvent en marge des systèmes de santé, sans que le rôle crucial qu'ils jouent leur vaille la reconnaissance, l'intégration, le soutien et les récompenses qu'ils méritent.

Fondées sur les dernières données disponibles, ces nouvelles directives de l'OMS indiquent la marche à suivre pour faciliter la bonne intégration des agents de santé communautaires dans les systèmes de santé et les communautés. En particulier, elles contiennent des recommandations pragmatiques sur la manière d'améliorer et de renforcer leurs capacités, de la sélection à la supervision, en passant par la formation, le déploiement, la gestion, l'évolution de carrière, l'ancrage dans la communauté et l'appui du système.

J'invite instamment l'ensemble des décideurs et des responsables nationaux, ainsi que nos partenaires internationaux, à prendre en compte ces recommandations pour les mettre en pratique. Exploiter pleinement le potentiel des agents de santé communautaires, y compris en améliorant considérablement leurs conditions de travail et de vie, nous permettra de nous rapprocher de la couverture sanitaire universelle et d'atteindre les cibles des Objectifs de développement durable en matière de santé.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

Contributeurs et remerciements

Les présentes directives font partie du programme de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) relatif aux ressources humaines pour la santé. Elles constituent un outil technique visant à faciliter la mise en œuvre du document de l'OMS intitulé « Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 », des recommandations de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique et du treizième programme général de travail de l'OMS pour 2019-2023.

La conception de ces directives a été lancée par Giorgio Cometto, James Campbell et Marie-Paule Kieny de l'OMS. Les activités relatives aux ajustements conceptuels ultérieurs, à la coordination et au contenu de ces directives étaient dirigées par Giorgio Cometto (coordonnateur, politiques, normes et standards relatifs aux ressources humaines pour la santé, Département Ressources humaines pour la santé, OMS), sous la supervision de James Campbell (directeur du Département Ressources humaines pour la santé, OMS). Le Département Ressources humaines pour la santé de l'OMS fait partie du Groupe Couverture sanitaire universelle et systèmes de santé, dirigé par la sous-directrice générale Naoko Yamamoto.

Le **groupe directeur** a dirigé l'élaboration du projet de planification de ces directives, a choisi les membres du groupe d'élaboration des directives et du groupe d'examen externe, a animé les réunions du groupe d'élaboration des directives, et a contribué à l'élaboration du premier projet de directives et aux séries de révision ultérieures. Il comptait parmi ses membres les fonctionnaires de l'OMS suivants : Samira Aboubaker, Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; Islene Araujo De Carvalho, Vieillissement et parcours de vie ; Mohammad Assai Ardakani, Bureau régional de la Méditerranée orientale ; Shannon Barkley, Prestation de services et sûreté ; Giorgio Cometto (responsable technique), Ressources humaines pour la santé ; Tarun Dua, Santé mentale et toxicomanies ; Jose Francisco Garcia Gutierrez, Bureau régional des Amériques ; Fethiye Gulin Gedik, Bureau régional de la Méditerranée orientale ; Thomas Moran, Groupe Poliomyélite, situations d'urgence et collaboration avec les pays ; Eyerusalem Kebede Negussie et Nathan Ford, VIH ; Jennifer Nyoni, Bureau régional de l'Afrique ; Olufemi Taiwo Oladapo, Santé et recherche génésiques ; Kunhee Park et Indrajit Hazarika, Bureau régional du Pacifique occidental ; Galina Perfilieva, Bureau régional de l'Europe ; Denis Georges Porignon, Gouvernance et financement des systèmes de santé ; Gunasena Sunil Senanayake, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ; Lana Syed, Programme mondial de lutte contre la tuberculose ; et Jerome Pfaffmann, service Santé, Santé de l'enfant, UNICEF.

Le **groupe d'élaboration des directives** a affiné la portée des directives, a passé en revue les résumés de données factuelles, et a élaboré les recommandations. Il comptait parmi ses membres Elie Akl, Université américaine de Beyrouth, Liban (spécialiste de la méthodologie et co-président) ; Barbara McPake, Université de Melbourne, Australie (co-présidente) ; Uta Lehmann, Université du Cap-Occidental, Afrique du Sud (co-présidente) ; Amel Abdalla, ministère de la Santé, Soudan ; Zulfiqar Bhutta, Université Aga Khan, Pakistan ; Howard Catton, Conseil international des infirmières, Royaume-Uni ; Tesfaye Chala, directeur adjoint chargé des soins de santé primaires, ministère de la Santé, Éthiopie ; Yoswa Dambisya, Université de Limpopo, Afrique du Sud ; Gilles Dussault, Instituto Hygiene e Medicina Tropical, Lisbonne, Portugal ; Miatta Gbanya, ministère de la Santé, Libéria ; Zhang Guangpeng, Centre de recherche sur le développement de la santé nationale, Chine ; Luis Huicho, Cayetano Heredia University, Pérou ; Nicolae Jelamschi, ministère de la Santé, Moldova ; Arthur Kauffman, Université du Nouveau-Mexique, États-Unis d'Amérique ; Arieta Latianara, ministère de la Santé, Fidji ; Leonard Mbiu, ministère de la Santé, Kenya ; Guadalupe Medina, Universidade Federal de Bahia, Brésil ; Catherine Mugeni, ministère de la Santé, Rwanda ; Margaret Mungherera, Association médicale mondiale, Ouganda ; Maxensia Nakibuuka, agent de santé communautaire, Ouganda ; Makhduma Nargis, ministère de la Santé, Bangladesh ; Shirley Ngwenya, Université du Witwatersrand, Afrique du Sud ; Ram Shresta, Tufts, Népal ; Sandra Vermuyten et Aye Babatunde, Internationale des services publics, Belgique ; Polly Walker, Vision du monde, Royaume-Uni ; et Jean White, Gouvernement du Pays de Galles – Groupe des services sanitaires et sociaux, Royaume-Uni. Nazo Kureshy, de l'Agence des États-Unis pour le développement international, a participé aux réunions du groupe d'élaboration des directives en tant qu'observateur.

Le **groupe d'examen externe** a réalisé un examen par les pairs d'un projet de directives et des revues systématiques de la littérature. Il comptait parmi ses membres Madeleine Ballard, Community Health Impact Coalition, Allemagne ; Jennifer Breads, Jhpiego, États-Unis ; Camila Giugliani, Université fédérale de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brésil ; Stephen Hodgins, Université d'Alberta, Canada ; Ochiawunma Ibe, ICF/Maternal and Child Survival Program, Nigéria ; Sara Javanparast, Université Flinders, Australie ; Ari Johnson, Université de Californie, San Francisco, Global Health Sciences Muso, États-Unis ; Karin Källander, Malaria Consortium, Royaume-Uni ; Samson Kironde, University Research Co., LLC, Ouganda ; Maryse Kok, Institut royal des Tropiques, Pays-Bas ; Maisam Najafizada, Université Memorial de Terre-Neuve, Centre des sciences de la santé, Terre-Neuve et Labrador, Canada ; Peter Ngatia, Amref Health Africa, Kenya ; Ruth Ngechu, Living Goods, Kenya ; Abimbola Olaniran, Liverpool School of Tropical Medicine, Royaume-Uni ; Rajesh Panjabi, Last Mile Health, États-Unis ; Bhanu Pratap, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Suisse ; Magali Romedenne, UNICEF, Sénégal ; Eric Sarriot, Save the Children, États-Unis ; et Sunita Singh, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Inde.

Des déclarations d'intérêt ont été recueillies auprès des membres du groupe d'élaboration des directives et du groupe d'examen externe et évaluées par le secrétariat de l'OMS. Il a été considéré que les intérêts déclarés ne faisaient pas obstacle à une participation au processus d'élaboration ou d'évaluation des recommandations.

Les personnes suivantes ont également apporté des contributions sélectives concernant les aspects méthodologiques des revues de la littérature ou de l'examen par les pairs, ainsi que des contributions concernant des parties spécifiques des présentes directives : Susan Norris (Comité d'évaluation des directives, Secrétariat de l'OMS) ; Dena Javadi (Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, OMS) ; Dermot Maher (Recherche sur les maladies tropicales, OMS) ; Tomas Allen (Bibliothèque et réseaux d'information à l'appui des connaissances, OMS) ; Tomas Zapata (Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est) ; Elongo Lokombe (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique) ; et Christiane Wiskow (Organisation internationale du Travail).

L'**équipe chargée de la revue systématique** coordonnée par Bianca Albers, David Taylor (Centre for Evidence and Implementation) et Aron Shlonsky (Université de Melbourne) a piloté l'élaboration de 15 analyses systématiques évaluant les données factuelles relatives aux questions de politique examinées spécifiquement dans ces directives. Nous remercions également les auteurs de chaque analyse systématique, dont les noms sont listés dans les références des analyses.

Un groupe de chercheurs de l'Université Johns Hopkins, composé de Kerry Scott, Sam Beckham, Margaret Gross, George Pariyo, Krishna Rao et Henry Perry, a préparé les revues systématiques de la littérature en explorant la large base de données factuelles sur les agents de santé communautaires (ASC).

Un grand nombre de personnes issues de diverses institutions et circonscriptions ont apporté des contributions anonymes lors de l'audience publique concernant la portée des présentes directives, et lors d'une enquête sur la perception des parties prenantes évaluant l'importance relative des résultats et la faisabilité et l'acceptabilité des options politiques à l'étude pendant l'élaboration des directives.

Onyema Ajuebor (Département Ressources humaines pour la santé, OMS) a coordonné la première audience publique sur la portée des directives et a dirigé l'élaboration et l'analyse de l'enquête sur la perception des parties prenantes. Zahra Zeinali (stagiaire, Département Ressources humaines pour la santé, OMS) a rassemblé et résumé les directives existantes de l'OMS faisant référence au rôle des ASC dans le déploiement d'interventions de santé spécifiques. John Dawson a révisé le document.

Financement

L'élaboration des présentes directives a été en majorité financée par les ressources de base de l'OMS. Un soutien financier destiné à l'élaboration, à la diffusion et à l'adoption des directives a également été reçu de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, du ministère fédéral de la Santé de l'Allemagne – Bundesministerium für Gesundheit/BMG, de l'Agence des États-Unis pour le développement international, de l'Agence norvégienne de coopération pour le développement, de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, et de l'UNICEF. Nous remercions ces partenaires pour leur soutien financier.

Abréviations

AMSTAR	Évaluation des revues systématiques
ASC	Agent de santé communautaire
CITP	Classification internationale type des professions
ECR	Essai contrôlé randomisé
ERG	Groupe d'examen externe
GD	Groupe directeur
GDG	Groupe d'élaboration des directives
HIFA	Healthcare Information For All
ODD	Objectif de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PICO	Population, intervention, comparaison, résultat
PRISMA	Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Messages clés

Il est essentiel de relever les défis liés à la pénurie, à la mauvaise répartition et aux performances du personnel de santé afin de progresser dans la poursuite de tous les objectifs relatifs à la santé, y compris la couverture sanitaire universelle. En outre, le secteur de la santé peut être un moteur de croissance économique en créant des perspectives d'emplois qualifiés, en particulier pour les femmes.

Pour que les stratégies en matière de personnel de la santé soient efficaces, il convient d'inculquer et de déployer un éventail de compétences variées et durables, en exploitant dans certains contextes le potentiel des ASC travaillant au sein d'équipes multidisciplinaires couvrant les soins primaires. Cependant, l'accompagnement des ASC et leur intégration au sein des systèmes de santé et des communautés sont très variables d'un pays à l'autre et au sein des pays ; les exemples de bonnes pratiques ne sont pas nécessairement reproduits et les options politiques soutenues par un plus grand nombre de preuves d'efficacité ne sont pas adoptées de manière uniforme. Pourtant, la prestation efficace de services par les ASC passe par des modèles de formation, de déploiement et de gestion de ces agents qui sont fondés sur des données factuelles.

Afin de concevoir efficacement des programmes relatifs aux ASC, il faut d'abord réaliser une analyse situationnelle solide des besoins de la population, des besoins du système de santé et des besoins en ressources. Le rôle des ASC doit être évalué en lien avec d'autres personnels de santé, afin d'intégrer de manière appropriée les programmes relatifs à ces agents au sein du système de santé général et au sein des structures communautaires existantes.

Les présentes directives ont été élaborées à l'aide d'une analyse critique des données factuelles disponibles et fournissent des recommandations politiques visant à optimiser la conception et les performances des programmes relatifs aux ASC, notamment :

- sélectionner les ASC qui recevront une formation initiale en tenant compte des niveaux minimaux d'éducation adaptés aux tâches qui seront réalisées, de l'appartenance à la communauté locale et de l'acceptation par celle-ci, de la promotion de l'égalité entre les sexes, et des qualités et des capacités personnelles des candidats ;
- déterminer la durée de la formation initiale au niveau local, sur la base des compétences nécessaires pour le rôle concerné, des connaissances et des compétences préexistantes, et des conditions d'exercice prévues ;
- inclure, dans le contenu de la formation initiale, les services promotionnels et préventifs, les services de diagnostic et de traitement le cas échéant, et des compétences interpersonnelles et en mobilisation communautaire ;
- équilibrer la formation théorique et pratique dans le cadre de la formation initiale, et combiner les enseignements en présentiel et à distance si possible, en veillant à mettre en place un environnement et un lieu d'apprentissage positifs ;
- recourir à une certification officielle fondée sur les compétences pour les ASC qui ont validé leur formation initiale, afin d'améliorer la qualité des soins prodigués par ces agents, leur motivation et leurs perspectives d'emploi ;
- adopter des stratégies de supervision formative ;
- fournir aux ASC en exercice un système de rémunération financière correspondant aux exigences et à la complexité du travail réalisé, au nombre d'heures de travail, à leur formation et aux rôles qu'ils endossent ;
- fournir aux ASC rémunérés un accord écrit précisant leurs rôles et leurs responsabilités, leurs conditions de travail, leur rémunération, et leurs droits en tant que travailleurs ;
- proposer une progression de carrière aux agents qui ont de bons résultats ;
- déterminer la taille appropriée de population cible en lien avec la charge de travail attendue, la fréquence, la nature et la durée des contacts requis ;
- demander aux ASC de collecter, de rassembler et d'exploiter des données sur la santé lors de leurs activités de routine, notamment par le biais des solutions de santé mobile pertinentes, tout en respectant la confidentialité et la sécurité des données ;
- adopter des modèles de prestation de services intégrant des ASC chargés de tâches générales au sein d'équipes intégrées de soins primaires, dans lesquelles des ASC chargés de tâches spécifiques peuvent jouer un rôle complémentaire ;
- adopter des stratégies permettant aux ASC de mobiliser les communautés et les ressources communautaires ; et
- assurer la disponibilité adéquate de produits et de fournitures consommables pour les ASC.

Résumé analytique

Introduction

Il est essentiel de relever les défis liés à la pénurie, à la mauvaise répartition et aux performances du personnel de santé afin de progresser dans la poursuite de tous les objectifs relatifs à la santé, y compris la couverture sanitaire universelle. En outre, comme le montrent les recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, le potentiel du secteur de la santé en tant que créateur d'emplois qualifiés, en particulier pour les femmes, contribuant ainsi au programme de création d'emplois et de développement économique, est de plus en plus reconnu. La formation et le déploiement d'équipes multidisciplinaires couvrant les soins primaires devraient refléter un éventail de compétences variées et durables ; dans certains contextes, cela pourrait passer par l'exploitation du potentiel des ASC dans le cadre d'efforts plus larges visant à renforcer les soins de santé primaires et le personnel de santé plus généralement.

Il est de plus en plus reconnu que les ASC et autres personnels de santé à assise communautaire dispensent efficacement toute une gamme de services de santé préventifs, promotionnels et curatifs, et qu'ils peuvent contribuer à la réduction des inégalités en matière d'accès aux soins.

Fondement

L'accompagnement des ASC et leur intégration au sein des systèmes de santé et des communautés sont très variables d'un pays à l'autre et au sein des pays ; les exemples de bonnes pratiques ne sont pas nécessairement reproduits et les options politiques soutenues par un plus grand nombre de preuves d'efficacité ne sont pas adoptées de manière uniforme. Il apparaît donc nécessaire d'élaborer des directives fondées sur des données factuelles concernant la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les performances et l'impact de ces personnels de santé.

Public cible

Les présentes directives s'adressent principalement aux décideurs politiques, aux planificateurs et aux gestionnaires responsables de la politique et de la planification relatives au personnel de santé aux niveaux national et local. Les publics cibles secondaires sont notamment les partenaires de développement, les organismes de financement, les initiatives mondiales en matière de santé, les entreprises donatrices, les chercheurs, les organisations d'ASC, les ASC, les organisations de la société civile et les parties prenantes communautaires.

Objectifs et champ d'application

L'objectif global de ces directives consiste à aider les gouvernements nationaux et les partenaires nationaux et internationaux à améliorer la conception, la mise en œuvre, les performances et l'évaluation des programmes relatifs aux ASC, contribuant ainsi à la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle.

Les présentes directives sont principalement axées sur les ASC (tels que définis par l'Organisation internationale du Travail dans sa Classification internationale type des professions), mais elles s'appliquent également à d'autres personnels de santé à assise communautaire. Les recommandations contenues dans ces directives sont valables pour les systèmes de santé de tous les pays, quel que soit leur niveau de développement socioéconomique.

Les directives suivent une approche axée sur les systèmes de santé et définissent précisément les moyens nécessaires en matière de politique et de système pour optimiser la conception et les performances des initiatives relatives aux ASC. Elles n'évaluent pas l'ensemble de données factuelles portant sur les services ou interventions de santé que les ASC peuvent dispenser à hauteur des normes de qualité, qui sont couverts par d'autres directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Méthodologie

L'élaboration des présentes directives a suivi l'approche classique de l'OMS : une évaluation critique des données factuelles au moyen de revues systématiques de la littérature pertinente, suivie d'une évaluation de la qualité des données factuelles à l'aide de méthodes standardisées, y compris l'évaluation du degré de fiabilité des données factuelles. Un groupe d'élaboration des directives, présentant une représentation équilibrée entre les zones géographiques et les sexes dans différentes circonscriptions (y compris des décideurs politiques, des utilisateurs finaux des directives, des experts, des associations de professionnels de la santé, des ASC et des représentants de syndicats) a dirigé la formulation des recommandations, avec l'appui d'un groupe directeur, et a bénéficié d'un examen par les pairs réalisé par un groupe d'examen externe dont les membres ont été sélectionnés au moyen d'un processus concurrentiel. Un examen systématique des revues de la littérature publiée, 15 revues systématiques d'études primaires pertinentes (une pour chaque question de politique) et une enquête sur la perception des parties prenantes ont été réalisées dans le but spécifique de recenser les données factuelles pertinentes contribuant à ces directives.

Résultats

L'examen systématique des revues de la littérature publiée a permis de recenser 122 revues admissibles (75 revues systématiques, dont 34 étaient des méta-analyses, et 47 revues non systématiques). Les revues systématiques pour les 15 questions étudiées dans les directives ont permis d'examiner près de 88 000 études, n'en retenant au final que 137 admissibles pour inclusion et analyse dans les revues. L'enquête sur la perception des parties prenantes a permis de recueillir des contributions de la part de 96 répondants (principalement des décideurs politiques, des planificateurs, des gestionnaires et des chercheurs impliqués dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes relatifs aux ASC) concernant l'acceptabilité et la faisabilité des interventions à l'étude dans les directives.

Recommandations

1. Sélection

Recommandation 1A

L'OMS **suggère** d'utiliser les critères suivants pour sélectionner les ASC qui recevront une formation initiale :

- un niveau minimal de formation approprié au vu de la tâche ou des tâches demandée(s) ;
- l'appartenance à la communauté cible et l'acceptation par celle-ci ;
- l'égalité des sexes selon le contexte (envisager la discrimination positive pour sélectionner de préférence des femmes afin de les autonomiser et, si culturellement pertinent, d'assurer l'acceptabilité des services par la population ou le groupe cible) ;
- les qualités, capacités et valeurs personnelles, l'expérience de vie et les expériences professionnelles des candidats (par exemple, les aptitudes cognitives, l'intégrité, la motivation, les compétences interpersonnelles, un engagement démontré en faveur du service communautaire, et une mentalité de service public).

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

Recommandation 1B

L'OMS **suggère de ne pas** utiliser le critère suivant pour sélectionner les ASC qui recevront une formation initiale :

- l'âge (sauf en lien avec les exigences des politiques nationales relatives à l'éducation et au travail).

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

Recommandation 1C

L'OMS **recommande de ne pas** utiliser le critère suivant pour sélectionner les ASC qui recevront une formation initiale :

- l'état matrimonial.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – forte.

2. Durée de la formation initiale

Recommandation 2

L'OMS **suggère** d'utiliser les critères suivants pour déterminer la durée de la formation initiale :

- le périmètre d'intervention, et les responsabilités et rôles prévus ;
- les compétences requises pour assurer une prestation de service de grande qualité ;
- les connaissances et les compétences préexistantes (qu'elles aient été acquises dans le cadre de formations précédentes ou d'expériences pertinentes) ;
- les circonstances sociales, économiques et géographiques des personnes en formation ;
- la capacité institutionnelle à dispenser la formation ; et
- les conditions d'exercice attendues.

Degré de fiabilité des données factuelles – faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

3. Compétences figurant dans le programme de la formation initiale

Recommandation 3

L'OMS **suggère** d'inclure les domaines de compétence suivants dans le programme de la formation initiale, si le rôle attendu des ASC concernés prévoit de telles fonctions.

Compétences de base :

- services promotionnels et préventifs, détermination des besoins et des risques sociaux et de santé familiale ;
- intégration au sein du système de santé plus large en lien avec la gamme de tâches à accomplir conformément au rôle de l'agent de santé communautaire, y compris l'orientation, la relation collaborative avec d'autres personnels de santé au sein des équipes de soins primaires, le suivi des patients, la surveillance des maladies au niveau communautaire, le suivi, et la collecte, l'analyse et l'exploitation des données ;
- facteurs sociaux et environnementaux déterminants de la santé ;
- fourniture de soutien psychosocial ;
- compétences interpersonnelles liées à la confidentialité, à la communication, et à l'engagement et la mobilisation communautaires ; et
- sécurité personnelle.

Compétences additionnelles :

- diagnostic, traitement et soins en conformité avec le(s) rôle(s) prévu(s) et les réglementations applicables dans le périmètre d'exercice.

Degré de fiabilité des données factuelles – modéré.
Force de la recommandation – conditionnelle.

4. Modalités de la formation initiale

Recommandation 4

L'OMS **suggère** d'appliquer les modalités suivantes afin de dispenser la formation initiale aux ASC :

- assurer un équilibre entre les connaissances théoriques et les compétences pratiques, en mettant en priorité l'accent sur l'expérience pratique supervisée ;
- assurer un équilibre entre enseignement en présentiel et enseignement à distance, en mettant en priorité l'accent sur l'enseignement en présentiel, complété par un enseignement à distance pour les aspects où cela est pertinent ;
- en priorité, dispenser la formation dans la communauté même ou dans ses environs si possible ;
- dispenser la formation et fournir des supports d'apprentissage dans une langue permettant d'optimiser l'acquisition de l'expertise et des compétences par les personnes en formation ;
- assurer un environnement d'apprentissage positif ;
- prendre en considération des approches de formation interprofessionnelle si pertinent et faisable.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

5. Certification fondée sur les compétences

Recommandation 5

L'OMS **suggère** de recourir à une certification officielle fondée sur les compétences pour les ASC qui ont validé leur formation initiale[1].

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

6. Supervision formative

Recommandation 6

L'OMS **suggère** d'adopter les stratégies de supervision formative suivantes dans le cadre des programmes relatifs aux ASC :

- assurer un ratio approprié entre superviseur et personnes supervisées, permettant un soutien significatif et régulier ;
- s'assurer que les superviseurs reçoivent une formation appropriée ;
- encadrer et accompagner les ASC ;
- recourir à l'observation de la prestation de service, des données sur les performances et des retours d'informations de la communauté ; et
- donner la priorité à l'amélioration de la qualité de la supervision.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

7. Rémunération

Recommandation 7A

L'OMS **recommande** de rémunérer les ASC en exercice selon un système de gratification financière correspondant aux exigences et à la complexité du travail réalisé, au nombre d'heures de travail, à leur formation et aux rôles qu'ils endossent.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – forte.

Recommandation 7B

L'OMS **suggère de ne pas** rémunérer exclusivement ou majoritairement les ASC selon des incitations fondées sur les performances.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

8. Accords contractuels

Recommandation 8

L'OMS **recommande** de fournir aux ASC rémunérés un accord écrit précisant leurs rôles et leurs responsabilités, leurs conditions de travail, leur rémunération, et leurs droits en tant que travailleurs.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – forte.

9. Progression de carrière

Recommandation 9

L'OMS **suggère** de proposer une progression de carrière aux ASC en exercice, reconnaissant que la formation supplémentaire et l'évolution de carrière sont liées aux critères de sélection, à la durée et au contenu de la formation initiale, à la certification fondée sur les compétences, à la durée de service et à l'évaluation des performances.

Degré de fiabilité des données factuelles – faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

[1] Dans ce contexte, la certification est définie comme une reconnaissance officielle octroyée par les autorités compétentes aux agents de santé qui ont validé leur formation initiale et ont montré qu'ils satisfaisaient à des normes de compétence prédéterminées.

10. Taille de la population cible

Recommandation 10

L'OMS **suggère** d'utiliser les critères suivants pour déterminer la taille de la population cible dans le cadre des programmes relatifs aux ASC.

Critères à adopter dans la plupart des contextes :

- la charge de travail basée sur l'épidémiologie et la demande prévue de services ;
- la fréquence des contacts requis ;
- la nature et les contraintes de temps des services fournis ;
- la durée hebdomadaire attendue de l'engagement des ASC (tenant compte du temps consacré à la formation et non à la prestation de services, des tâches administratives et d'autres exigences) ; et
- la géographie locale (y compris la proximité des ménages, la distance jusqu'à la clinique et la densité de population).

Critères pouvant être pertinents dans certains contextes :

- les conditions météorologiques et climatiques ;
- la disponibilité et le coût du transport ;
- la sécurité des personnels de santé ;
- la mobilité de la population ; et
- les ressources humaines et financières disponibles.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

11. Collecte et exploitation de données

Recommandation 11

L'OMS **suggère** que les ASC en exercice documentent les services qu'ils dispensent et qu'ils recueillent, rassemblent et exploitent des données de santé sur les activités de routine, notamment au moyen de solutions de santé mobiles pertinentes. Les éléments propices à la réussite incluent la réduction au maximum de la charge de compte rendu et l'harmonisation des besoins en données ; l'assurance de la confidentialité et de la sécurité des données ; la formation des ASC pour les doter des compétences nécessaires ; et la fourniture aux agents de retours d'informations sur leurs performances fondés sur les données collectées.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

12. Types d'agents de santé communautaires

Recommandation 12

L'OMS **suggère** d'adopter des modèles de prestation de services incluant des ASC chargés de tâches générales au sein d'équipes intégrées de soins primaires. Les ASC chargés de tâches plus sélectives et spécifiques peuvent jouer un rôle complémentaire lorsque cela est nécessaire en fonction des besoins de santé de la population, du contexte culturel et de la configuration des effectifs.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

13. Engagement communautaire

Recommandation 13

L'OMS **recommande** d'adopter les stratégies d'engagement communautaire suivantes dans le cadre des programmes relatifs aux ASC en exercice :

- consulter les dirigeants communautaires avant la mise en place du programme ;
- faire participer la communauté à la sélection des ASC ;
- suivre les ASC ;
- sélectionner et hiérarchiser les activités des ASC ;
- soutenir les structures communautaires ;
- impliquer les représentants de la communauté dans les processus de prise de décisions, de résolution des problèmes, de planification et de budgétisation.

Degré de fiabilité des données factuelles – modéré.
Force de la recommandation – forte.

14. Mobilisation des ressources communautaires

Recommandation 14

L'OMS **suggère** que les ASC contribuent à la mobilisation de ressources communautaires plus larges dans le domaine de la santé :

- en déterminant les problèmes sanitaires et sociaux prioritaires et en élaborant et en mettant en œuvre des plans d'action correspondants avec les communautés ;
- en mobilisant et en aidant à coordonner les ressources locales pertinentes représentant différentes parties prenantes, différents secteurs et différentes organisations de la société civile pour répondre aux problèmes de santé prioritaires ;
- en facilitant la participation de la communauté à l'évaluation transparente et à la diffusion des données communautaires de routine et des résultats des interventions ; et
- en renforçant les liens entre la communauté et les établissements de santé.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

15. Disponibilité des fournitures

Recommandation 15

L'OMS **suggère** d'adopter les stratégies suivantes pour garantir la disponibilité adéquate des produits et des fournitures consommables, l'assurance qualité, et un entreposage, un stockage et une gestion des déchets appropriés dans le cadre des programmes relatifs aux ASC :

- l'intégration au sein de la chaîne d'approvisionnement globale de la santé ;

- un compte rendu, une supervision, une rémunération et une gestion de l'environnement de travail adéquats, une formation et un retour d'informations appropriés, et des réunions d'équipe visant à améliorer la qualité ; et
- la disponibilité de solutions de santé mobile pour soutenir différentes fonctions de la chaîne d'approvisionnement.

Degré de fiabilité des données factuelles – faible.
Force de la recommandation – conditionnelle.

Priorités de recherche

Des données factuelles ont été recensées afin d'élaborer des recommandations politiques pour la plupart des domaines à l'étude dans les présentes directives. Cependant, dans plusieurs cas, les revues systématiques ont mis au jour d'importantes lacunes en matière de portée et de fiabilité des données factuelles, fournissant une occasion de définir des priorités pour un futur programme de recherche sur les ASC.

Les activités de recherche entreprises à l'appui de ces directives ont permis de constater une absence presque absolue de données factuelles dans certains domaines (par exemple, concernant la certification ou les contrats de travail et les progressions de carrière des ASC, la typologie appropriée, et la taille de la population cible). Pour la plupart des domaines de politique à l'étude, il existe des preuves – parfois substantielles – que les stratégies globales (par exemple, la formation fondée sur les compétences, la supervision formative et la rémunération) sont efficaces. Néanmoins, ces éléments probants pourraient ne pas être suffisamment détaillés pour permettre de recommander des interventions spécifiques, par exemple pour déterminer quelles approches de formation, quelles stratégies de supervision ou quels ensembles d'incitations financières et non financières sont les plus efficaces ou plus efficaces que les autres. D'autres considérations transversales incluent l'absence d'évaluations économiques des diverses interventions à l'étude, et l'importance de suivre l'efficacité des politiques au fil du temps au moyen d'études longitudinales à plus long terme.

Étant donné que la plupart des données factuelles recueillies pour les présentes directives proviennent de pays à revenu faible et intermédiaire, des recherches supplémentaires pourraient être envisagées dans les économies développées afin de mieux repérer d'éventuelles différences en matière de facteurs contextuels et d'efficacité des approches, qui auraient des effets sur l'applicabilité et la possible généralisation des options et des recommandations politiques figurant dans les présentes directives.

Considérations de mise en œuvre

Afin de concevoir efficacement des initiatives et des programmes relatifs aux ASC, il faut d'abord réaliser une analyse situationnelle solide des besoins de la population et des besoins du système de santé. Les planificateurs devraient adopter une approche du système dans son ensemble, prenant en considération les capacités du système de santé et les besoins de la population, et cadrant le rôle des ASC par rapport aux autres personnels de santé, afin d'intégrer de manière appropriée les programmes relatifs aux ASC au sein du système de santé.

Les initiatives et les programmes relatifs aux ASC devraient donc être alignés sur les politiques plus larges en matière de santé nationale et de ressources humaines pour la santé et en faire partie intégrante. Selon qu'il convient, ils devraient également être liés aux politiques et cadres sectoriels ou sous-sectoriels relatifs à l'éducation, au travail et au développement communautaire.

Les pays devraient faire appel à un mélange de politiques relatives aux ASC sélectionnées sur la base des objectifs, du contexte et de l'architecture de chaque système de santé. Les présentes directives ne constituent pas un plan pouvant être immédiatement adopté en l'état. Elles doivent être considérées comme une présentation analytique des données factuelles disponibles éclairant une sélection d'options et de recommandations politiques connexes. Les possibilités et les recommandations devront ensuite être adaptées et contextualisées selon la réalité d'un système de santé spécifique. En outre, les recommandations ne doivent pas être examinées une à une de manière isolée. Une cohérence et une harmonisation internes sont nécessaires entre les différentes politiques, car elles constituent des éléments liés et imbriqués qui se complètent et peuvent se renforcer mutuellement.

Il a été estimé que le déploiement des ASC était une approche rentable. Les options politiques recommandées dans les présentes directives ont, dans l'ensemble, des implications de coût considérables, qui nécessitent un financement ciblé à long terme. Des pays à tous niveaux de développement socioéconomique, y compris des pays à revenu faible, ont démontré qu'il était possible de donner la priorité aux investissements dans les initiatives à grande échelle relatives aux ASC. Dans les contextes où cela est pertinent, les partenaires de développement et les financeurs externes doivent s'efforcer d'harmoniser leur soutien aux programmes relatifs aux ASC, et l'aligner sur les politiques publiques et les systèmes de santé nationaux.

1

Introduction

Les problèmes de pénuries, de mauvaises répartitions, d'inadéquations et de qualité et de performances du personnel de santé constituent certains des principaux obstacles au déploiement à grande échelle d'interventions et de services de santé essentiels *(1)*. Il est primordial de remédier à ces goulots d'étranglement afin d'atteindre tous les objectifs liés à la santé, notamment la couverture sanitaire universelle et l'ODD 3 visant à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Le personnel de santé représente un maillon essentiel de cet objectif, selon les termes de la cible 3 c) visant à « accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement » *(2)*. En outre, comme le montrent les recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, le potentiel du secteur de la santé en tant que créateur d'emplois qualifiés, en particulier pour les femmes, contribuant ainsi au programme de création d'emplois et de développement économique, est de plus en plus reconnu *(3)*.

Après des décennies d'intérêt fluctuant, une attention croissante a été portée ces dernières années au rôle que les ASC et autres personnels de santé à assise communautaire peuvent jouer dans la réduction des inégalités d'accès aux services de santé essentiels. La stratégie « Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 » de l'OMS, adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2016, encourage les pays à s'appuyer sur un éventail de compétences variées et durables et à exploiter le potentiel que représentent les ASC et le personnel de niveau intermédiaire appartenant aux équipes multidisciplinaires couvrant les soins primaires.

Plusieurs revues systématiques et d'autres études démontrent l'efficacité des différents ASC en matière de prévention, de promotion et de prestation de soins curatifs associés à la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant *(4-8)*, mais aussi aux maladies infectieuses *(9)*, aux maladies non transmissibles *(10, 11)*, et aux maladies tropicales négligées *(12)*. Néanmoins, la prestation efficace de services passe par des modèles de formation, de déploiement, de rémunération et de gestion des ASC fondés sur des données factuelles afin d'optimiser leurs performances et leur contribution au système de santé dans divers domaines des services de santé. D'autres revues systématiques ont permis de recenser les approches politiques les plus efficaces pour favoriser l'intégration des personnels de santé au sein des systèmes de santé et des communautés qu'ils desservent. Ces approches consistent notamment à proposer aux ASC des mécanismes d'incitation financiers ou autres prévisibles, une supervision formative régulière et une formation continue, et à intégrer ces agents au sein des systèmes de santé et des communautés où ils travaillent, en définissant clairement des rôles et des canaux de communication pour les ASC *(13-17)*. Il apparaît par ailleurs évident que confier des services de santé essentiels aux ASC constitue une solution rentable dans divers contextes *(18-20)*. L'autonomisation des ASC présente également des perspectives importantes de changement en vue d'une plus grande égalité des sexes au sein des communautés.

2

Fondement

L'accompagnement des ASC et leur intégration au sein du système de santé et des communautés qu'ils desservent sont très variables d'un pays à l'autre et au sein des pays ; les exemples de bonnes pratiques ne sont pas nécessairement reproduits et les options politiques soutenues par un plus grand nombre de preuves d'efficacité ne sont pas adoptées de manière uniforme. Bien qu'ils soient considérés comme une partie intégrante des stratégies relatives aux soins de santé primaires et du système de santé, les programmes relatifs aux ASC se heurtent souvent à une multitude de défis, notamment une mauvaise planification ; une imprécision des rôles, de la formation et de l'évolution de carrière ; une absence de certification nuisant à la crédibilité et aux transferts ; une multitude d'acteurs concurrents avec peu de coordination ; une formation fragmentée et spécifique aux maladies ; une gestion et un financement à l'initiative des donateurs ; un lien ténu avec le système de santé ; une coordination, une supervision, un contrôle de la qualité et un soutien insuffisants ; et une sous-reconnaissance de la contribution des ASC *(21)*.

Ces défis peuvent contribuer à un gaspillage aussi bien du capital humain que des ressources financières : de nombreuses initiatives bien intentionnées et performantes ne parviennent pas à s'intégrer correctement au sein des systèmes de santé, et demeurent des projets pilotes ou des initiatives à petite échelle qui dépendent excessivement des financements de donateurs ; ou, à l'inverse, dans de nombreux contextes, une gestion et un soutien inégaux de ces personnels de santé peuvent résulter en des capacités et des performances insuffisantes. Par conséquent, les résultats des programmes relatifs aux ASC sont très variables, nuisant à la pleine réalisation de leur contribution potentielle à la mise en œuvre des politiques relatives aux soins de santé primaires.

Alors que des fonctionnalités standard de gestion des ressources humaines telles que la formation formelle, la certification et la rémunération sont tenues pour acquises pour les professionnels de la santé (comme les médecins, les sages-femmes et le personnel infirmier), les politiques et les pratiques varient grandement d'un pays à l'autre en ce qui concerne l'application de ces mêmes fonctionnalités aux ASC. Étant donné que les ASC suivent généralement une formation plus courte que les professionnels de la santé, ont un périmètre d'exercice plus restreint et, dans de nombreux cas, ne sont pas rémunérés, ils exercent souvent en marge ou en dehors des politiques publiques, avec des arrangements politiques variables (et souvent informels) concernant leur inclusion dans les systèmes de santé et leur accompagnement par ces derniers. Les présentes directives apportent donc une valeur ajoutée en déterminant si des systèmes et des stratégies d'appui à la gestion semblables à ceux offerts aux autres catégories professionnelles devraient aussi s'appliquer aux ASC et autres personnels de santé à assise communautaires, et si oui, comment et dans quelles circonstances.

Les gouvernements, les partenaires de développement, les organisations de la société civile et les institutions universitaires et de recherche ont clairement demandé l'intensification des programmes relatifs aux ASC *(22)*, et se sont engagés en faveur de l'intégration de ces programmes au sein des systèmes de santé et de l'harmonisation conséquente de leurs actions *(23)*. L'optimisation de la conception et des performances des programmes relatifs aux ASC nécessite d'avoir une idée claire des compétences et des rôles de ces agents, et de convenir de critères en vue d'un soutien pérenne de la part des systèmes et plans locaux et nationaux de santé et d'une intégration dans ceux-ci *(20)*. Les orientations doivent être fondées sur des données factuelles afin de mieux définir des facteurs tels que la formation, la réglementation, la rémunération, les performances, la qualité et les perspectives d'évolution de carrière de ces personnels. L'élaboration de ces nouvelles directives sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux ASC répond à cette carence normative.

3

Public cible

3.1 Utilisateurs finaux des directives

Les présentes directives s'adressent principalement aux décideurs politiques, aux planificateurs et aux gestionnaires responsables de la politique et de la planification relatives au personnel de santé aux niveaux national et local. Tout au long de ce document, les politiques et les actions « au niveau des pays » ou « au niveau national » doivent s'entendre de celles pertinentes dans chaque pays selon les responsabilités définies aux niveaux infranational et national.

Les publics cibles secondaires sont notamment les partenaires de développement, les organismes de financement, les initiatives mondiales en matière de santé, les entreprises donatrices, les chercheurs, les organisations d'ASC, les ASC, les organisations de la société civile, les parties prenantes communautaires et les militants qui financent, soutiennent, mettent en œuvre, défendent et mènent des recherches sur l'implication plus grande et plus efficace des ASC dans la prestation de services de santé.

3.2 Personnes concernées par les recommandations

Les bénéficiaires les plus directs des présentes directives sont les ASC. Nous espérons et prévoyons que ces directives contribueront à une meilleure reconnaissance, à une formation adéquate et harmonisée, à une meilleure intégration au sein du système de santé et de la communauté, et à de meilleures conditions d'emploi et de travail pour ces catégories professionnelles.

La portée et la pénétration des programmes relatifs aux ASC sont extrêmement variables d'un pays à l'autre et au sein des pays. Bien qu'il n'existe pas de données fiables et complètes concernant ces personnels de santé pour la majorité des États membres de l'OMS, ces catégories professionnelles sont le plus couramment employées dans le cadre des services de soins de santé primaires, en particulier pour élargir l'accès aux services de santé essentiels dans les zones mal desservies, notamment les zones rurales et isolées, les populations marginalisées, les communautés pastorales et nomades, et les bidonvilles urbains.

Les plus grands bénéficiaires de ces directives, outre les ASC mêmes, sont les personnes et les communautés vivant dans ces contextes, qui manquent souvent d'accès équitable aux soins de santé primaires et à d'autres services et sont par conséquent à la traîne en matière de couverture des services de santé et de résultats sanitaires, ainsi que de résultats de développement plus généralement. Les présentes directives pourraient donc contribuer à la réduction des inégalités parmi ces populations, en renforçant les compétences, la motivation, les performances et la gestion des ASC et en améliorant la pérennité des programmes, ce qui pourrait à son tour améliorer la couverture effective des interventions de santé essentielles.

4

Objectifs et champ d'application des directives

4.1 But et objectifs

L'objectif global de ces directives consiste à aider les gouvernements nationaux et les partenaires nationaux et internationaux à améliorer la conception, la mise en œuvre, les performances et l'évaluation des programmes relatifs aux ASC, contribuant ainsi à la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle.

Les objectifs spécifiques de ces directives consistent à :

- fournir des recommandations tenant compte de la problématique femmes-hommes dans les domaines de la sélection des ASC, de leur formation initiale, de leur formation continue, de leurs liens avec d'autres personnels de santé, de leur gestion, de leur supervision, de l'amélioration de leurs performances, de leurs incitations, de leur rémunération, de leur gouvernance, et de leur intégration au sein du système de santé et de la communauté ;
- recenser des éléments contextuels pertinents et des considérations de mise en œuvre et d'évaluation aux niveaux des politiques et du système ;
- proposer des outils pour soutenir l'adoption des recommandations au niveau des pays dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre des programmes relatifs aux ASC ; et
- recenser les déficits prioritaires de données factuelles auxquels il convient de remédier par des recherches ultérieures.

4.2 Types de personnels de santé couverts par les présentes directives

Une nomenclature et une classification imprécises compliquent le discours politique sur les ASC. L'appellation « agents de santé communautaires » est souvent employée de manière générale, désignant différents types de personnel : formés ou non, chargés de missions formelles ou informelles, rémunérés ou bénévoles.

La définition officielle fournie par l'Organisation internationale du Travail (OIT) dans sa Classification internationale type des professions (CITP) classe les ASC dans une catégorie d'emploi à part (CITP 3253) au sein de la catégorie des professions intermédiaires de la santé **(encadré 1)**.

Encadré 1. Définition des agents de santé communautaires de l'OIT (CITP 3253)

Présentation
Les ASC assurent une éducation et une orientation en matière de santé pour un large éventail de services, et apportent soutien et assistance aux communautés, aux personnes et aux familles au moyen de mesures sanitaires préventives et en leur permettant d'accéder à des services de santé curatifs et à des services sociaux appropriés. Ils créent des passerelles entre les prestataires de services sanitaires, sociaux et communautaires et les communautés qui pourraient rencontrer des difficultés pour accéder à ces services.

Tâches
Leurs tâches consistent notamment à : a) dispenser une éducation aux communautés et aux familles concernant tout un éventail de questions de santé, notamment la planification familiale, la prévention et le traitement des maladies infectieuses, la prévention des empoisonnements, les facteurs de risque du VIH et les mesures visant à prévenir sa transmission, les facteurs de risque associés à la toxicomanie, la violence domestique, l'allaitement maternel et d'autres sujets ; b) aider les familles à développer les compétences et les ressources nécessaires pour améliorer leur état de santé, le fonctionnement de leur famille et leur autosuffisance ; c) mener des actions de sensibilisation auprès des femmes enceintes, notamment celles qui ne bénéficient pas de services de soins prénatals, de santé ou d'autres services communautaires, et auprès d'autres populations à haut risque afin de les aider à accéder aux services de soins prénatals et autres services de santé ; d) s'assurer que les parents comprennent la nécessité pour leurs enfants d'être vaccinés et de recevoir des soins de santé réguliers ; e) travailler avec les parents à leur domicile pour améliorer l'interaction parent-enfant et promouvoir leur compréhension d'un développement normal de l'enfant ; f) prodiguer des conseils et une éducation concernant l'assainissement et l'hygiène afin de limiter la propagation des maladies infectieuses ; g) entreposer et distribuer des fournitures médicales destinées à la prévention et au traitement de maladies endémiques telles que le paludisme et la tuberculose et apprendre aux membres de la communauté à se servir de ces produits ; et h) aider les familles à obtenir un accès aux services médicaux et à d'autres services de santé *(24)*.

Cette définition générale et les frontières floues entre ces personnels de santé, le chevauchement avec d'autres termes employés dans la littérature (comme les « agents de santé non professionnels », les « agents de santé de première ligne » et les « prestataires de proximité »), ainsi que les politiques très variables relatives à leur périmètre d'exercice ou à leur niveau d'éducation et aux systèmes de santé ont contribué à nuire aux efforts visant à renforcer les systèmes de prestation de services au niveau communautaire *(13)*.

La classification de la CITP et les titres professionnels officiels dans une juridiction donnée ne coïncident pas toujours : dans certains contextes, le terme « agent de santé communautaire » ou un terme similaire est utilisé pour désigner des personnels de santé qu'il serait plus approprié de classer, selon la CITP de l'OIT, dans la catégorie du personnel infirmier et des sages-femmes de niveau intermédiaire (CITP 3221 et 3222), des praticiens paramédicaux (CITP 2240), des praticiens des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires (CITP 3230), et autres. À l'inverse, des personnels de santé dont le rôle et le profil correspondent à la catégorie 3253 des ASC pourraient être classés et désignés différemment dans un pays ou une juridiction (par exemple, responsable sanitaire communautaire, promoteur de la santé communautaire, aide-soignant communautaire, éducateur sanitaire communautaire, ou volontaire sanitaire communautaire).

En reconnaissance de l'ambiguïté liée à l'utilisation du terme « agent de santé communautaire » et des frontières floues avec d'autres types de personnels communautaires, les présentes directives et la méthodologie correspondante des stratégies de recherche éclairant les revues de littérature ont été élaborées en adoptant une stratégie de recherche large qui, outre le terme « agent de santé communautaire », incluait un large éventail de termes de recherche englobant aussi bien les ASC (selon la définition de la CITP de l'OIT) que d'autres types de personnels de santé communautaires. Les présentes directives sont donc principalement axées sur les ASC, mais elles peuvent également s'appliquer à d'autres types de personnels de santé à assise communautaire, définis dans le cadre de ce document comme « des personnels de santé à assise communautaire (c'est-à-dire qu'ils mènent des actions en dehors des établissements de soins de santé primaires ou qu'ils exercent dans des centres de santé périphériques qui ne sont pas pourvus en médecins ou infirmiers), qui peuvent être soit rémunérés soit bénévoles, qui ne sont pas des professionnels, et qui disposent de moins de deux ans de formation mais ont au moins reçu une certaine formation, même de quelques heures seulement » *(25)*. La stratégie intégrale de recherche pour la revue exploratoire de la littérature **(chapitre 5** et **annexe 1)** et la méthodologie détaillée, notamment les critères d'inclusion et d'exclusion, fournissent des détails supplémentaires sur la base de données factuelles qui a été étudiée lors de l'élaboration de ces directives. Des informations méthodologiques supplémentaires figurent dans la section méthodes des revues systématiques connexes.

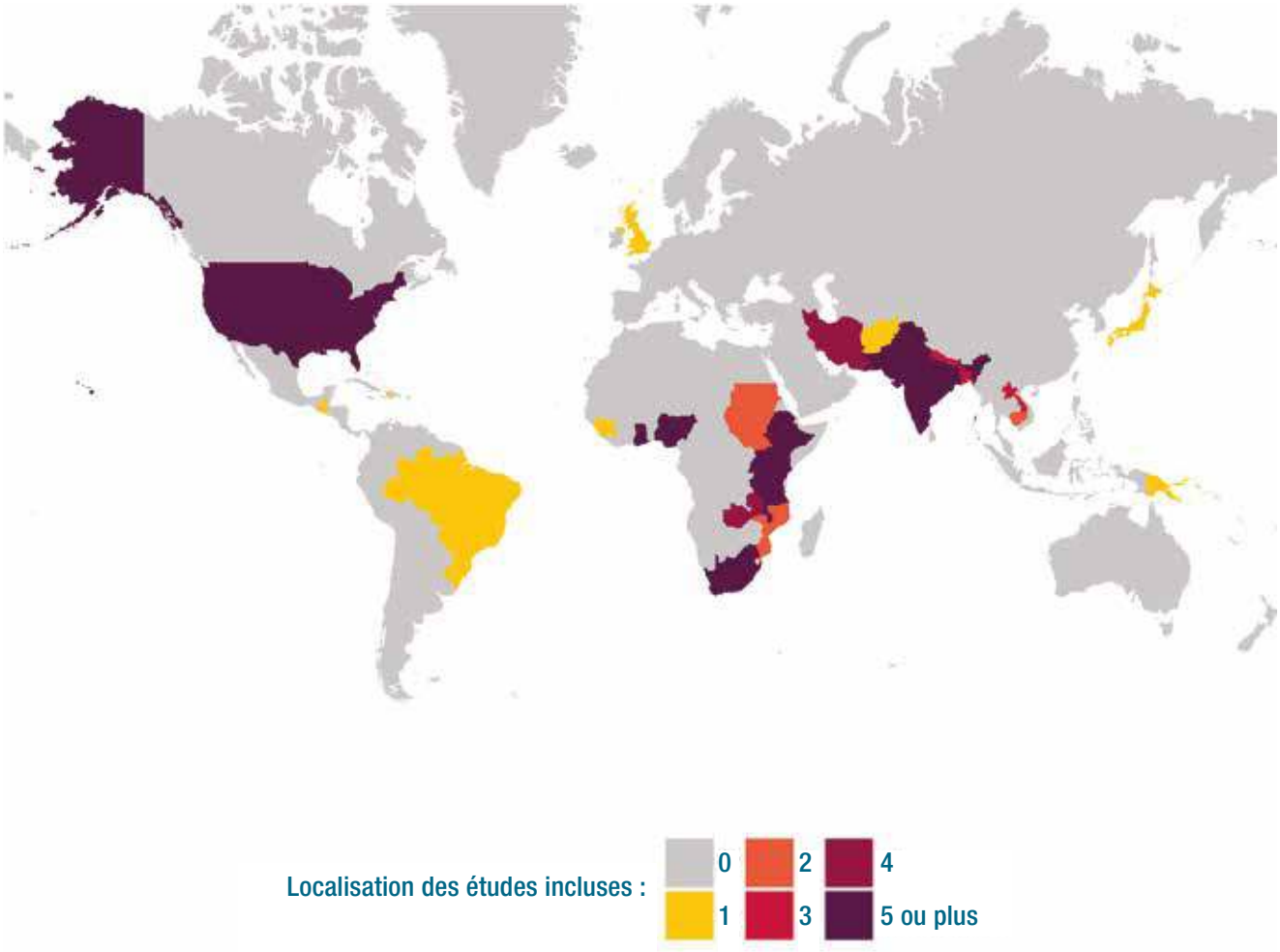
4.3 Zones géographiques couvertes

Les présentes directives ont une portée mondiale, et à ce titre aucune restriction n'a été posée concernant la couverture géographique des recommandations, ni en ce qui concerne les stratégies de recherche des revues de littérature commanditées.

Il convient cependant de noter que la majorité des études incluses dans les 15 revues systématiques relatives aux questions de politique se rapportent à des expériences d'ASC en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, les autres régions étant moins bien représentées, avec un nombre plus limité d'études disponibles pour les pays à revenu élevé (à l'exception notable des États-Unis d'Amérique, où plusieurs des études incluses ont été menées) **(figure 1)**. Cet état de fait a des répercussions sur la possibilité de généraliser les données factuelles trouvées et sur leur applicabilité à des contextes différents de ceux auxquels les données primaires se rapportent. Ces aspects sont examinés plus en détail dans les considérations d'interprétation et de mise en œuvre de chaque recommandation.

Chaque revue a été structurée selon l'approche population, intervention, comparaison et résultat (PICO) standard. Il a été déterminé que le contexte des questions était les communautés mal desservies, au vu du rôle particulièrement important que les ASC peuvent jouer dans ces contextes – en gardant à l'esprit que des communautés mal desservies peuvent exister dans des pays de tous niveaux de développement socioéconomique. Néanmoins, de nombreuses recommandations se rapportent à des mesures et à des politiques au niveau du système de santé, ce qui les rend plus largement pertinentes et applicables à un pays ou à une juridiction tout entiers.

Figure 1 : Répartition géographique des études incluses dans les 15 revues systématiques relatives aux questions PICO



4.4 Catégories d'interventions couvertes

Les présentes directives suivent une approche de système de santé. En particulier, elles recensent les éléments propices en matière de politique et de système qui sont nécessaires pour optimiser la conception et les performances des initiatives relatives aux ASC ; au sein de cette structure globale, des critères de genre et de travail décent ont été adoptés, notamment pour les recommandations où ces aspects sont les plus pertinents. Les 15 questions de politique qui ont orienté les recherches et éclairé les recommandations peuvent être réparties dans trois grandes catégories :

1. **Sélection, formation et certification**
    1. Concernant les ASC sélectionnés pour recevoir une formation initiale, quelles stratégies de sélection des candidatures devraient-elles être privilégiées par rapport à quelles autres stratégies ?
    2. Concernant les ASC recevant une formation initiale, la durée de la formation devrait-elle être plus courte ou plus longue ?
    3. Concernant les ASC recevant une formation initiale, le programme devrait-il porter sur des compétences spécifiques ou générales ?
    4. Concernant les ASC recevant une formation initiale, le programme devrait-il être mis en œuvre selon des modalités spécifiques ou non ?
    5. Les ASC qui ont suivi une formation initiale devraient-ils bénéficier d'une certification officielle fondée sur les compétences, ou non ?
2. **Gestion et supervision**
    6. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, quelles stratégies de supervision formative devraient-elles être privilégiées par rapport à quelles autres stratégies ?
    7. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils être rémunérés pour leur travail, ou non ?
    8. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils bénéficier d'un contrat de travail officiel, ou non ?
    9. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils bénéficier de perspectives ou d'un cadre de progression de carrière, ou non ?
3. **Intégration au sein du système de santé et des communautés et soutien de ceux-ci**
    10. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, conviendrait-il de fixer une taille de population cible, ou non ?
    11. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils recueillir, rassembler et exploiter des données de santé, ou non ?
    12. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils travailler au sein d'équipes multidisciplinaires ou d'un système monodisciplinaire ?
    13. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les stratégies d'engagement communautaire sont-elles efficaces pour améliorer les performances et l'utilisation de ces programmes ?
    14. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils mobiliser des ressources communautaires plus larges pour la santé, ou non ?
    15. Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, quelles stratégies devrait-on privilégier pour assurer une disponibilité adéquate des produits et des fournitures consommables par rapport à quelles autres stratégies ?

Ces questions n'ont pas été traitées dans le cadre de précédentes directives de l'OMS et constituent l'axe principal des présentes directives.

Ces directives ne présentent pas d'évaluation critique de l'ensemble de données factuelles portant sur les services de santé spécifiques que les ASC peuvent dispenser à hauteur des normes de qualité, et ne contiennent donc aucune recommandation à cet égard. Les données factuelles publiées et les directives existantes de l'OMS encouragent à déléguer certaines tâches en lien avec : la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de certaines maladies, notamment le VIH, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles et non transmissibles ; une gamme de services de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; les services d'hygiène et d'assainissement ; la vérification de l'observance des traitements par les clients ; la rééducation et les services destinés aux personnes touchées par des handicaps ; et le plaidoyer en faveur de l'accès des groupes mal desservis aux services et la facilitation de cet accès **(figure 2** et **annexe 2)**. Les directives actuelles (et futures) de l'OMS relatives à des maladies spécifiques demeurent la source principale d'orientations normatives concernant les services spécifiques de prévention, de promotion, de diagnostic, de traitement et de prise en charge que les ASC peuvent dispenser efficacement **(annexe 3)**.

Figure 2 : Services de soins de santé primaires pour lesquels il existe des preuves de l'efficacité des agents de santé communautaires

En plus de la mise en œuvre d'interventions aux niveaux individuel et familial, il est depuis longtemps reconnu que les ASC peuvent jouer un rôle social et politique au niveau communautaire, lié à l'action sur les facteurs sociaux déterminants de la santé pour la transformation des conditions de vie et l'organisation de la communauté. Cette dimension inclut la détermination participative des problèmes de santé avec la communauté et une réorientation du concept et du modèle de soins de santé *(26, 27)*.

5

Processus d'élaboration des directives

Le Département Ressources humaines pour la santé au siège de l'OMS a dirigé l'élaboration des présentes directives en conformité avec le manuel de l'OMS relatif à l'élaboration de directives *(WHO handbook for guideline development) (28)*.

5.1 Groupe directeur, groupe d'élaboration des directives et groupe d'examen externe

Un groupe directeur (GD) de l'OMS a été établi pour superviser et gérer le processus d'élaboration des directives. Celui-ci inclut des représentants des six régions de l'OMS et de plusieurs départements ; le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) y était également directement représenté **(annexe 4, tableau A4.1)**. Le GD a piloté la conceptualisation initiale et a élaboré la proposition de planification des directives, a déterminé les membres du groupe d'élaboration des directives (GDG) et du groupe d'examen externe (ERG), a animé les réunions du GDG, a élaboré le premier projet de directives et a organisé des séries de révision à la suite des contributions et des commentaires du GDG et de l'ERG.

Le GDG, dont les membres ont été directement choisis par le GD selon les critères de sélection du manuel de l'OMS relatif à l'élaboration de directives, s'est réuni afin d'affiner la portée des directives, d'examiner les résumés de données factuelles, et d'élaborer les recommandations. Les membres du groupe incluaient des experts sur le sujet, des chercheurs universitaires, des utilisateurs finaux potentiels tels que des planificateurs et des décideurs politiques gouvernementaux, des ASC, des représentants de syndicats du secteur de la santé et d'associations professionnelles, et des experts en matière d'élaboration de directives **(annexe 4, tableau A4.2)**.

L'ERG a été formé par le biais d'un appel ouvert à manifestation d'intérêt et d'un processus concurrentiel de sélection, qui a évalué la capacité technique à contribuer à l'examen par les pairs des directives **(annexe 4, tableau A4.3)**. Le rôle de l'ERG consistait à assurer un examen par les pairs d'un projet de directives élaboré par le GD et le GDG.

Des déclarations d'intérêt ont été recueillies auprès des membres du GDG et de l'ERG et traitées selon les critères de l'OMS. Il a été considéré que les intérêts déclarés ne faisaient pas obstacle à une participation au processus d'élaboration ou d'évaluation des recommandations (de plus amples détails figurent à **l'annexe 4, tableau A4.4**). Les zones géographiques, les circonscriptions et les sexes étaient représentés de manière équilibrée dans les trois groupes.

Le GDG a tenu une réunion de deux jours en octobre 2016 à Genève (Suisse) afin de définir le champ d'application des directives en déterminant les questions PICO qui orienteraient le recueil des données factuelles, et afin de fournir des orientations pour éclairer la méthodologie des revues systématiques de la littérature.

Une audience publique sur la portée des directives a été organisée préalablement à la première réunion du GDG, dans le cadre de laquelle plus de 60 contributions ont été recueillies. Le GDG a pris en considération ces contributions lors de ses délibérations, et a élargi la portée des directives en passant d'une liste initiale de 10 questions PICO à un total final de 15. La deuxième réunion du GDG s'est déroulée sur trois jours en décembre 2017 à Addis Abeba (Éthiopie), dans le but

d'examiner les résumés de données factuelles et de formuler les recommandations des directives.

Pour transformer les éléments de preuve en décisions, le GDG a pris en considération les données factuelles et d'autres éléments à l'étude, notamment l'ampleur des effets, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les coûts et la rentabilité, les conséquences pour l'équité sanitaire, l'acceptabilité et la faisabilité.

En lien avec la direction et la force des recommandations, le GDG a toujours tenté de prendre ses décisions par le biais de discussions conduisant à un consensus. Dans la plupart des cas, il a été possible de parvenir à une décision unanime par le biais de la discussion, et aucun vote explicite n'a été requis pour la majorité des recommandations à l'étude. Pour la plupart des recommandations, le faible ou très faible degré de fiabilité des données factuelles s'est traduit par des recommandations conditionnelles. Dans quelques cas, le GDG a proposé une recommandation forte malgré le faible ou très faible degré de fiabilité des données factuelles, en tenant compte d'autres facteurs, notamment les droits des agents de santé et les considérations d'équité et de genre. Dans les cas où des recommandations fortes ont été proposées malgré le faible ou très faible degré de fiabilité des données factuelles, le GDG les a soumises à un vote explicite, dont l'issue est rapportée dans les sections relatives aux recommandations spécifiques. Dans les cas où un vote a eu lieu, la majorité était fixée à 80 % ou plus des membres votant présents à la réunion du groupe.

Après la deuxième réunion du GDG, le GD a préparé un projet de directives, qui a été ensuite examiné par le GDG et l'ERG, lesquels ont révisé et amélioré le projet par un processus itératif, avant la soumission officielle au Comité d'évaluation des directives de l'OMS, qui a approuvé les directives le 20 juin 2018.

5.2 Sources de données factuelles pour les directives

Trois sources principales de données factuelles ont été spécifiquement commanditées à l'appui de l'élaboration des présentes directives et ont été considérées comme la principale base d'informations :

- Une vue d'ensemble de la littérature pertinente a été élaborée par le biais d'une revue systématique des revues de la littérature publiée *(29)* ; 11 bases de données ont été consultées à la recherche d'articles de synthèse publiés entre le 1er janvier 2005 et le 15 juin 2017. Des articles de synthèse sur les ASC ayant reçu une formation de deux ans au plus ont été inclus. L'équipe d'évaluation a évalué la qualité méthodologique des revues selon les critères AMSTAR et a rapporté ses conclusions sur la base des normes PRISMA[2].
- Des revues systématiques ciblées de la littérature ont été réalisées pour chacune des 15 questions PICO. Huit bases de données électroniques ont été consultées à la recherche d'études pertinentes : Medline, Embase, la bibliothèque Cochrane, CINAHL, PsycINFO, LILACS, Global Index Medicus et POPLINE. Par ailleurs, trois bases de données (OpenGrey, TROVE et Google Scholar) ont été consultées à la recherche de littérature grise. Les 15 revues systématiques relatives aux 15 questions PICO ont été sous-tendues par une recherche initiale visant à recenser toutes les études possibles portant sur les ASC dans tous les pays **(tableau 1)** ; les résultats de la recherche ont ensuite été affinés pour recenser les études particulièrement pertinentes pour les 15 questions PICO. En outre, une 16e revue a été réalisée pour consolider les facteurs communs liés à la faisabilité, à l'acceptabilité et aux considérations de mise en œuvre. Des critères spécifiques d'inclusion et d'exclusion ont été élaborés et appliqués de manière constante tout au long des revues **(tableau 2)**. La méthodologie des revues comprenait une tentative de stratification des données factuelles selon un ensemble de critères différenciant les ASC en fonction de caractéristiques telles que leur rôle, leur niveau de formation, leur statut et leur rémunération. Les revues présentaient une méthodologie commune, incluant l'examen du degré de fiabilité des données factuelles par le biais des profils de données factuelles de GRADE (GRADE evidence profiles), l'outil de risque de biais de Cochrane, l'échelle de Newcastle-Ottawa et l'outil CERQual de GRADE (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research [confiance dans les données factuelles tirées de revues de recherches qualitatives]).

[2] AMSTAR = Assessment of Multiple Systematic Reviews (Évaluation des revues systématiques) ; PRISMA = Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses.

Une enquête sur la perception des parties prenantes a été menée afin d'évaluer l'importance relative des différents résultats et la faisabilité et l'acceptabilité des interventions à l'étude dans les directives émergentes *(30)*.

Une enquête en ligne autoadministrée a été diffusée en anglais et en français aux parties prenantes par le biais de trois canaux principaux : la liste de diffusion du Département Ressources humaines pour la santé de l'OMS ; la plateforme en ligne Healthcare Information For All (HIFA) ; et les participants à la conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire organisée en Afrique du Sud en 2017. Les participants autorisés incluaient des parties prenantes impliquées directement ou indirectement dans la mise en œuvre de programmes relatifs aux ASC dans les pays. Les réponses ont été cotées au moyen d'une échelle de Likert à 9 points (9 étant le niveau le plus élevé d'importance, d'acceptabilité ou de faisabilité, et 1 le plus faible).

Tableau 1 : Stratégie de recherche globale pour les 15 questions PICO

Catégorie PICO	Approche
Population	Les études axées sur les ASC telles que définies par les critères d'inclusion spécifiques ont été incluses dans le projet. Cette stratégie de recherche globale a été appliquée à toutes les questions PICO du projet.
Intervention	Des chaînes de recherche spécifiques aux questions PICO ont été élaborées afin de relever les différentes interventions incluses dans chacune des 15 revues systématiques. Chacune de ces stratégies de recherche spécifiques a été combinée avec la recherche globale afin de former la stratégie de recherche finale pour chaque sujet de revue systématique.
Comparaison	Aucun terme de recherche additionnel n'a été utilisé pour limiter le résultat à des conditions de comparaison spécifiques. Toutes les études ont été incluses indépendamment des comparaisons rapportées.
Résultat(s)	Aucun terme de recherche additionnel n'a été utilisé pour limiter le résultat à des résultats spécifiques. À la place, toutes les publications ont été recueillies indépendamment des résultats rapportés.
Conception de l'étude	Tous les types de conception d'étude ont été inclus dans les 15 revues systématiques.

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Incluses	Exclues
Publications rendant compte d'une étude	Publications ne rendant pas compte d'une étude, par exemple des articles d'opinion, des éditoriaux, des résumés de conférence ; des études de cas uniques ; des lettres ; des documents de plaidoyer
Études axées sur les ASC en exercice : • ASC menant des activités liées à la santé auprès de la population dans leur communauté • ces activités se déroulent dans une communauté à laquelle ils sont directement liés (ils vivent dans la communauté ; ils lui rendent des comptes) • ASC n'ayant reçu aucune formation formelle ou uniquement une formation formelle de base ; cette formation peut être reconnue par les services de santé ou une autorité de certification, mais ne fait pas partie d'un programme ou d'une certification d'éducation tertiaire officiels (par exemple, un grade, un diplôme, un titre, un cours sanctionné par un certificat)	Études axées sur des personnels autres que les ASC, comme les infirmiers, les médecins, les aides-soignants disposant d'une formation formelle ; les assistants médicaux, les assistants de médecins ; les personnels paramédicaux des services d'urgence et les pompiers ; les autres personnels auxiliaires, par exemple les agents de niveau intermédiaire et les professionnels ou les para-professionnels de la santé auto-définis ; les guérisseurs traditionnels, religieux et complémentaires et les accoucheuses traditionnelles Études axées sur les ASC qui ne sont pas en exercice (c'est-à-dire à la retraite ou sans emploi)
Études réalisées dans des pays à revenu élevé, et dans des pays à revenu faible et intermédiaire	
Études réalisées dans des contextes de communautés mal desservies (telles qu'identifiées par les auteurs des études primaires)	Études réalisées dans des contextes de communautés bien desservies
Études réalisées dans des contextes de population générale	Études réalisées dans des contextes de population spécifique (par exemple, camps de réfugiés, populations nomades)
Études publiées en anglais	Études publiées dans une langue autre que l'anglais
Études publiées en 1990 et après	Études publiées avant 1990

6

Résultats

6.1 Examen systématique des revues

Une équipe internationale basée à l'Université Johns Hopkins a été sélectionnée par le biais d'un processus concurrentiel afin de mener l'examen systématique des revues.

L'objectif de cette analyse consistait à synthétiser la compréhension actuelle de la façon dont les programmes relatifs aux ASC peuvent être conçus et intégrés au mieux dans les systèmes de santé. L'équipe d'évaluation a recensé 122 revues (75 revues systématiques dont 34 méta-analyses, et 47 revues non systématiques). Les programmes relatifs aux ASC inclus dans ces revues présentaient une certaine diversité en ce qui concerne les interventions déployées, la sélection, la formation, la supervision et la rémunération des ASC et leur intégration au sein du système de santé. Les caractéristiques qui semblaient permettre des résultats positifs pour ces programmes comprenaient l'intégration dans la communauté (quand les membres de la communauté s'approprient le programme et entretiennent des relations positives avec les ASC), la supervision formative, la formation continue, un soutien logistique et des fournitures appropriés, et l'intégration dans le système de santé. L'équipe d'évaluation a trouvé des lacunes dans les données factuelles, notamment en ce qui concerne les droits et les besoins des ASC, les approches efficaces de formation et de supervision, le rôle des ASC en tant qu'agents du changement, et l'influence de la décentralisation du système de santé, de la responsabilité sociale et de la gouvernance. Bien que les conclusions de l'examen systématique des revues, ayant recensé des données factuelles tirées de revues commanditées indépendamment, n'étaient généralement pas spécifiques à l'objet principal des questions PICO, elles ont fourni des données factuelles complémentaires et des informations contextuelles utiles pour plusieurs des questions PICO.

6.2 Revues systématiques en lien avec les 15 questions PICO

Le Centre for Evidence and Implementation, en consortium avec l'Université de Melbourne, la Campbell Collaboration, l'International Initiative for Impact Evaluation (3ie), l'Université de Toronto, l'Université de Newcastle, l'Université de Sydney, l'Université d'Adélaïde, l'Université de l'Iowa, les American Institutes for Research et l'Université Aga Khan, a été sélectionné par le biais d'un processus concurrentiel d'appel d'offres afin d'élaborer les revues systématiques de chacune des 15 questions PICO sélectionnées par le GDG.

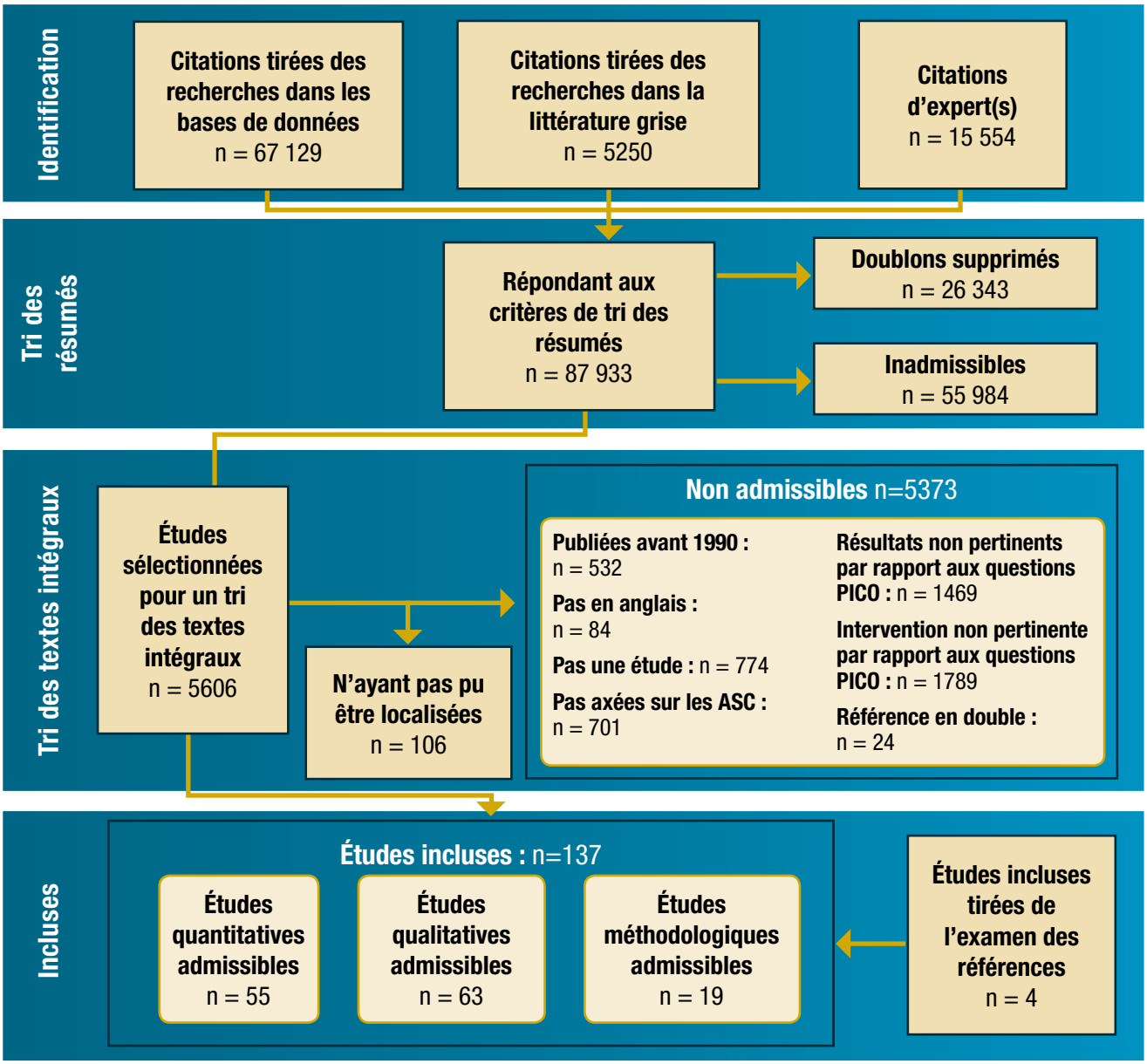
En tout et pour tout, 137 études ont été incluses dans les 15 revues PICO, sur un total de 87 933 résumés répondant aux critères initiaux de sélection (figure 3). Certaines revues ont permis de recenser plusieurs douzaines d'articles pouvant être inclus, tandis que d'autres n'ont conduit à l'inclusion d'aucune étude. Malgré une tentative délibérée en ce sens, la plupart des études recensées ne fournissaient pas assez d'informations pour permettre une stratification des résultats et des recommandations connexes selon les caractéristiques des ASC, telles que leur rôle, leur niveau de formation et leur statut de rémunération. Une limite importante des revues systématiques

spécifiques aux questions PICO était que seules les études publiées en anglais étaient incluses. Des données factuelles plus larges sur les ASC publiées dans des langues autres que l'anglais ont cependant été repérées dans le cadre de l'examen des revues, dont la stratégie de recherche ne comprenait aucune restriction linguistique, et qui a inclus quatre revues publiées en portugais. L'examen des revues a également permis de repérer – indirectement par le biais des revues recensées – les données factuelles d'études primaires publiées dans plusieurs langues.

Les conclusions détaillées sur les données factuelles et les implications en matière de politiques sont classées selon les questions PICO et examinées plus avant dans la section suivante relative aux recommandations des directives. Les projets de revues de littérature sont disponibles dans leur intégralité sur le site Internet de l'OMS[3]. Par ailleurs, les lacunes des données factuelles recensées lors des revues systématiques ont été traitées dans la section relative aux lacunes des recherches.

Les revues systématiques ont été validées et leur qualité assurée grâce à un examen par les pairs réalisé par le département commanditaire (le Département Ressources humaines pour la santé de l'OMS), d'autres membres du GD et des membres sélectionnés du GDG et de l'ERG.

Figure 3 : Diagramme PRISMA des études évaluées dans le cadre des revues systématiques



6.3 Enquête sur la perception des parties prenantes

Une enquête a été menée auprès des parties prenantes afin d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité des options politiques à l'étude dans les directives, en vue d'améliorer l'adoption et l'utilisation des recommandations émergentes.

Un total de 96 contributions ont été recueillies, en grande partie de la part de décideurs politiques, de planificateurs, de gestionnaires et de chercheurs impliqués dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes relatifs aux ASC. La majorité des répondants provenaient de la région de l'Afrique ; l'une des limites était que les ASC eux-mêmes n'étaient pas adéquatement représentés dans ce groupe. Tous les résultats des interventions relatives aux ASC ont été considérés comme au moins importants, et plusieurs ont été qualifiés de cruciaux. Les résultats les plus importants étaient l'élargissement de la couverture des services de santé et l'amélioration de la qualité des services de santé dispensés par les ASC. La plupart des interventions en matière de politique et de système de santé à l'étude dans les directives ont également été considérées comme acceptables et faisables eu égard à la mise en œuvre. L'acceptabilité et la faisabilité étaient incertaines pour quelques-unes des interventions considérées, comme le recours aux qualités essentielles et désirables pour sélectionner les ASC à des fins de formation initiale ; il était notamment question de choisir les agents en fonction de leur âge et de la validation d'un niveau minimal d'éducation secondaire. Les conclusions de l'enquête – présentées à **l'annexe 5** – ont éclairé la transformation des données factuelles en décisions et, à terme, l'élaboration des recommandations par le GDG.

[3] Les projets de revues de la littérature sont disponibles à titre de consultation et de référence afin de contextualiser le contenu des présentes directives. Les revues systématiques seront également soumises à la considération de revues à comité de lecture, et pourraient subir des modifications supplémentaires découlant de l'examen par les pairs et du processus éditorial.

7

Recommandations

Recommandation 1 : Sélection à des fins de formation initiale

Recommandation 1A

L'OMS *suggère* d'utiliser les critères suivants pour sélectionner les ASC qui recevront une formation initiale :

- un niveau minimal de formation approprié au vu de la tâche ou des tâches demandée(s) ;
- l'appartenance à la communauté cible et l'acceptation par celle-ci ;
- l'égalité des sexes selon le contexte (envisager la discrimination positive pour sélectionner de préférence des femmes afin de les autonomiser et, si culturellement pertinent, d'assurer l'acceptabilité des services par la population ou le groupe cible) ; et
- les qualités, capacités et valeurs personnelles, l'expérience de vie et les expériences professionnelles des candidats (par exemple, les aptitudes cognitives, l'intégrité, la motivation, les compétences interpersonnelles, un engagement démontré en faveur du service communautaire, et une mentalité de service public).

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

Recommandation 1B

L'OMS *suggère de ne pas* utiliser le critère suivant pour sélectionner les ASC qui recevront une formation initiale :

- l'âge (sauf en lien avec les exigences des politiques nationales relatives à l'éducation et au travail).

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

Recommandation 1C

L'OMS *recommande de ne pas* utiliser le critère suivant pour sélectionner les ASC qui recevront une formation initiale :

- l'état matrimonial.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – forte.

7.1.1 Contexte de la recommandation

Le recrutement et la sélection efficaces d'ASC à des fins de formation initiale pourraient améliorer les performances de ces agents et la qualité des services dispensés. Les critères de sélection peuvent varier en fonction des caractéristiques sociodémographiques qui sont les plus pertinentes pour la communauté concernée ou pour l'intervention mise en place. Pour les programmes relatifs aux ASC à grande échelle, les critères considérés incluent généralement l'âge, le sexe, le niveau d'alphabétisation, le niveau d'éducation, l'état matrimonial et la localisation géographique *(31)*. La participation active de la communauté desservie au recrutement des ASC est généralement considérée comme un élément garantissant la confiance de la communauté en l'agent et l'acceptation de celui-ci par la communauté.

7.1.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a évalué les avantages et les inconvénients liés au fait de fixer des critères de sélection pour le recrutement des candidats postulant à une formation initiale en vue de devenir ASC. Le consensus qui a émergé parmi les membres du groupe est que la sélection des personnes les plus appropriées pour devenir des ASC est essentielle à la réussite d'une intervention de santé communautaire. Le choix des critères à adopter dépend cependant des preuves d'efficacité, ainsi que des considérations politiques plus larges liées aux valeurs et aux préférences, qui peuvent varier de manière considérable selon les contextes.

En outre, le GDG a fait remarquer que cette recommandation comportait une dimension liée aux droits humains, à savoir le droit fondamental à l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi ou de profession *(32)*.

Dans l'ensemble, selon une évaluation des données factuelles disponibles, l'expérience du GDG et une approche fondée sur les droits, le GDG a conclu que les avantages potentiels l'emportaient sur les inconvénients dans les cas où les ASC sont sélectionnés à des fins de formation initiale en fonction de leurs qualités et capacités personnelles, telles que la motivation, l'intégrité, les compétences interpersonnelles, l'appartenance à la communauté et l'acceptation par celle-ci, en impliquant la communauté dans le processus de sélection et en exigeant un niveau minimal d'éducation approprié. À l'inverse, les risques potentiels, notamment liés à la discrimination injustifiée, l'emportent probablement sur les avantages potentiels en ce qui concerne des critères tels que l'âge et, en particulier, l'état matrimonial. Compte tenu des multiples obstacles qui entravent la participation des femmes au marché du travail et des inégalités de stratification liées au sexe qui en découlent dans les effectifs mondiaux de la santé, des politiques proactives sont encouragées pour promouvoir l'égalité des sexes *(33)* et maximiser la participation des femmes à la sélection et au recrutement. Dans certaines circonstances – lorsque le rôle et les normes culturelles des ASC l'exigent – il pourrait être approprié de restreindre la sélection aux femmes, par exemple dans les cas où les communautés n'acceptent les services de santé reproductive et maternelle que lorsque les prestataires sont des femmes.

Le degré de fiabilité des données factuelles a été jugé très faible (voir ci-après). Par conséquent, le GDG a formulé une recommandation conditionnelle en faveur de l'adoption des critères de sélection suivants : qualités personnelles, appartenance à la communauté et acceptation par celle-ci, et niveaux minimaux d'éducation appropriés, tout en reconnaissant qu'il existe des bonnes pratiques différentes concernant les niveaux minimaux d'éducation recommandés dans le présent document.

Aucune donnée factuelle n'a été trouvée concernant l'adoption de l'âge comme critère de sélection. En reconnaissance du risque de mauvaise utilisation conduisant à des politiques potentiellement discriminatoires, le GDG a opté pour une recommandation conditionnelle contre ce critère. Étant donné qu'aucune donnée factuelle soutenant l'utilisation de l'état matrimonial comme critère de sélection n'a été trouvée, mais reconnaissant qu'il est appliqué dans certains contextes, le GDG a opté à l'unanimité pour une recommandation forte contre l'utilisation de ce critère afin d'éviter le risque de pratiques discriminatoires. L'utilisation d'un tel critère irait à l'encontre des droits humains liés aux chances d'accès à l'éducation et à l'emploi, avec un risque de discrimination injustifiée et inutile. Le GDG craignait également qu'une sélection fondée sur l'état matrimonial ne perpétue et n'exacerbe les dynamiques existantes de privation d'autonomie liées au genre.

7.1.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.1)**[4] portant sur la question suivante – *« Concernant les ASC sélectionnés pour recevoir une formation initiale, quelles stratégies de sélection des candidatures devraient-elles être privilégiées par rapport à quelles autres stratégies ? » (34)* – a permis de recenser 16 études admissibles, dont trois étaient quantitatives *(35-37)* et 13 étaient qualitatives *(38-50)*. Dix d'entre elles se rapportaient à des programmes relatifs aux ASC en Afrique subsaharienne, trois portaient sur l'Asie du Sud-Est et deux sur la région des Amériques. Toutes les études se rapportaient à l'expérience de pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, à l'exception d'une étude portant sur les États-Unis d'Amérique. La revue a permis de recenser quelques preuves que des niveaux plus élevés d'éducation pourraient améliorer la productivité et les connaissances en matière de santé, deux éléments essentiels de la prestation de services efficients et efficaces. Cela pourrait être lié à des niveaux plus élevés d'alphabétisation, permettant de mener à bien certaines tâches de manière plus rapide et précise. Les conclusions des études quantitatives étaient soutenues par des données additionnelles tirées d'études qualitatives qui soulignaient le fait que les ASC plus éduqués étaient considérés plus positivement que ceux qui étaient moins éduqués lors de la réalisation de tâches potentiellement difficiles. L'implication des membres de la communauté dans le processus de sélection des ASC a été perçue comme une pratique conduisant probablement à des résultats plus positifs dans les études qualitatives. Les résultats semblent indiquer que les communautés pourraient jouer un rôle important dans la détermination de la réussite des ASC. Dans l'ensemble, le degré de fiabilité de ces données factuelles a été jugé très faible.

L'examen systématique des revues a révélé que les ASC étaient acceptés par les communautés lorsque les membres de la communauté leur faisaient confiance et les respectaient et qu'ils éprouvaient un sentiment d'appropriation vis-à-vis du programme, ce qui peut être accompli en donnant aux communautés un rôle dans la sélection des ASC et la définition de leurs activités *(51)*. L'acceptation des ASC par la communauté et le sentiment de cette dernière que le programme connexe est approprié au contexte local et lui « appartient » sont probablement associés à une amélioration de la rétention, de la motivation, des performances, de la responsabilité et de l'accompagnement des ASC.

[4] L'annexe 6 résume les principaux éléments de preuve découlant de chacune des 15 revues qui ont été pris en considération lors de la formulation des recommandations des directives. En raison de sa taille, elle n'est disponible que sous forme d'annexe en ligne.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a permis de recenser des niveaux élevés d'acceptabilité et de faisabilité concernant la sélection des ASC sur la base de leurs qualités personnelles (par exemple, les aptitudes cognitives et l'expérience précédente pertinente) et de l'appartenance aux communautés cibles, mais des niveaux variables et incertains de faisabilité et d'acceptabilité concernant la sélection sur la base du niveau d'éducation et, en particulier, de l'âge.

7.1.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Niveau d'éducation. Le niveau le plus approprié d'éducation, soit primaire soit secondaire, préalablement à la formation de l'ASC, peut dépendre de la complexité des tâches réalisées par les ASC. Tandis qu'un niveau plus élevé d'éducation préalable pourrait être associé à de meilleures connaissances et performances, la diminution des effectifs (en raison de meilleures perspectives d'emploi plus diverses) pourrait être plus élevée parmi les ASC plus instruits. L'utilisation d'un critère de niveaux d'éducation relativement plus élevés pourrait restreindre de façon excessive la réserve de candidats potentiels, risquerait en particulier d'exclure les femmes dans de nombreux contextes et serait difficile à mettre en œuvre dans les contextes présentant de faibles niveaux d'achèvement scolaire. Le niveau minimal d'éducation considéré comme approprié dépendra des tâches à effectuer, du contexte des services et du soutien à la formation disponible. L'évaluation de certaines compétences pendant la sélection (par exemple, savoir lire et compter) pourrait être considérée comme une approche alternative dans les contextes où l'utilisation de critères stricts d'achèvement scolaire impliquerait une restriction excessive de la réserve de candidats, en particulier pour les femmes.

Appartenance à la communauté cible. Le GDG a jugé que l'appartenance à la communauté cible et l'acceptation par celle-ci (qu'elle soit définie en termes géographiques ou en lien avec un groupe de population, comme les communautés nomades, les personnes vivant avec le VIH, les castes, la religion ou les croyances culturelles) pourraient constituer un critère important de sélection.

Âge. Aucune donnée factuelle n'a été trouvée pour justifier l'adoption de l'âge comme critère de sélection (au-delà du respect de l'âge légal minimum pour travailler). L'âge peut être un facteur important dans certains contextes, mais la façon dont il peut ou devrait être pris en considération n'est pas forcément très claire : former des ASC plus jeunes pourrait théoriquement contribuer à une durée de travail plus longue mais, en parallèle, un taux de rotation plus élevé est signalé parmi les agents plus jeunes. Les valeurs et les capacités personnelles acquises grâce aux expériences de vie passées peuvent jouer un rôle plus important que l'âge. Le GDG a considéré que, du point de vue de l'équité et des droits, les inconvénients potentiels d'une discrimination fondée sur l'âge l'emporteraient probablement sur les avantages potentiels dans la plupart des circonstances. L'âge ne devrait donc pas être un facteur restrictif ; les personnels responsables de la sélection devraient donner la priorité à d'autres critères, tels que l'expérience de vie pertinente, l'acceptabilité, l'attitude bienveillante, l'engagement et autres qualités personnelles pertinentes.

Genre. Aucune donnée factuelle n'a été trouvée pour justifier l'adoption du genre comme critère de sélection. Le GDG a considéré que, du point de vue de l'équité et des droits, il était nécessaire d'éviter une discrimination injustifiée fondée sur le genre. Compte tenu des inégalités entre les sexes existantes, en particulier dans les contextes où les ressources sont limitées, le GDG a fait remarquer l'importance d'adopter des critères de sélection jouant un rôle notable dans l'amélioration de l'égalité entre les sexes. Il préconise des procédures de recrutement et de sélection maximisant la participation des femmes et promouvant leur autonomisation. Le GDG a également reconnu que, dans certains contextes culturels, certains services doivent être nécessairement dispensés par des femmes – en particulier pour la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le choix de l'utilisation du genre comme critère de sélection dans certaines circonstances et pour certains services pourrait donc se justifier selon le contexte socioculturel local et le rôle spécifique attendu des ASC.

État matrimonial. L'état matrimonial sert de critère de sélection dans certains contextes. Cependant, aucune donnée factuelle soutenant cette pratique n'a été trouvée. Contrairement à d'autres critères de sélection, le GDG a considéré que les avantages théoriques (et non prouvés) de la prise en considération de l'état matrimonial ne pouvaient en aucune circonstance l'emporter plausiblement sur ses implications négatives. Le recours à ce critère peut donc limiter les possibilités de recruter des ASC efficaces et pourrait constituer une discrimination injustifiable et violer les droits humains et du travail. Dans le but d'améliorer l'équité et la réserve potentielle d'ASC efficaces, le GDG a donc adopté une recommandation forte contre la prise en considération de l'état matrimonial comme critère de sélection.

7.1.5 Considérations de mise en œuvre

Une sélection efficace à des fins de formation initiale ne se limitera probablement pas à l'examen des qualifications officielles des candidats, telles que leur niveau d'éducation. Les qualités et les valeurs personnelles à prendre en considération dans le processus de sélection peuvent inclure les compétences cognitives pertinentes, les expériences professionnelles antérieures pertinentes, un engagement démontré et une

attitude de service communautaire, des compétences en matière d'encadrement, le fait d'être proactif, coopératif et flexible, et la capacité et la volonté de développer progressivement une compréhension du contexte local et de la communauté. Il pourrait être important de compléter le filtrage et la sélection par une implication de la communauté ; la sélection d'ASC admissibles au sein de la communauté pourrait également faciliter la prestation de services plus appropriés sur les plans linguistique et culturel. Lorsqu'il est nécessaire de sélectionner un agent en dehors de la communauté (par exemple, parce que personne au sein de la communauté ne veut accomplir la tâche concernée ou ne répond aux critères minimaux pour remplir cette fonction), le fait de s'assurer que les membres de la communauté aient tout de même voix au chapitre pourrait améliorer les chances que l'agent soit intégré et qu'il puisse aider plus efficacement l'organisation sanitaire à adapter les services aux besoins locaux. En outre, la participation de la communauté au recrutement et à la sélection des ASC permet un dialogue entre les membres de la communauté et les organisations sanitaires, aidant ces dernières à comprendre les enjeux locaux. Le processus de sélection devrait prendre en compte les valeurs des structures communautaires inhérentes. Les risques de biais et de discrimination devraient être évités. Dans certains contextes, la sélection préférentielle de femmes pour dispenser des services de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pourrait être nécessaire pour assurer l'acceptation des ASC par les communautés. La communauté et les utilisateurs finaux pourraient devoir prendre en considération les valeurs et les qualités fondamentales des candidats en tant que critères de sélection.

Les critères de sélection devraient prendre en considération l'acceptabilité et la faisabilité, ainsi que le caractère approprié au vu du contexte local et des besoins des utilisateurs finaux des services.

Recommandation 2 : Durée de la formation initiale

Recommandation 2
L'OMS *suggère* d'utiliser les critères suivants pour déterminer la durée de la formation initiale :

- le périmètre d'intervention, et les responsabilités et rôles prévus ;
- les compétences requises pour assurer une prestation de service de grande qualité ;
- les connaissances et les compétences préexistantes (qu'elles aient été acquises dans le cadre de formations précédentes ou d'expériences pertinentes) ;
- les circonstances sociales, économiques et géographiques des personnes en formation ;
- la capacité institutionnelle à dispenser la formation ; et
- les conditions d'exercice attendues.

Degré de fiabilité des données factuelles – faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.2.1 Contexte de la recommandation

La formation initiale reçue par les ASC pourrait avoir un effet sur leur efficacité *(52)*. Une formation inappropriée pourrait se traduire par des agents insuffisamment compétents pour gérer les problèmes de santé et pourrait avoir un effet négatif sur leur motivation et leur engagement *(53)*. Actuellement, la durée de la formation des ASC n'est pas standardisée, allant de quelques heures à plusieurs années *(54, 55)*. Il est généralement considéré que des périodes de formation plus longues permettent une meilleure exposition au contenu de la formation conçu pour renforcer les connaissances, les aptitudes et les compétences ; une formation plus complète peut cependant avoir un coût rédhibitoire, être irréaliste et, dans certains cas, être inutile *(56)*.

7.2.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a appréhendé cette question dans l'optique d'évaluer si une durée idéale ou souhaitable pouvait être déterminée concernant la formation initiale des ASC. Les données factuelles rassemblées dans le cadre du processus de revue systématique étaient limitées et s'intéressaient surtout à la comparaison de modèles prévoyant des formations relativement courtes (quelques heures par rapport à quelques jours), tandis que les programmes où les ASC jouent un rôle polyvalent dans différents domaines des soins de santé primaires prévoient généralement une formation initiale de plusieurs mois. Le GDG a également relevé l'hétérogénéité des rôles et des responsabilités des ASC et des capacités et des conditions de référence, ainsi que la grande variabilité de la durée de formation d'un pays à l'autre. Au vu de ces facteurs, les membres du GDG ont en majorité estimé que, bien que la durée de la formation soit un facteur déterminant important de l'expertise et de la capacité des ASC à dispenser des services, la durée appropriée de la formation devait être déterminée au niveau national ou au sein d'une juridiction spécifique selon le contexte et les besoins locaux. Par conséquent, le GDG s'est attaché à déterminer les critères qui devraient éclairer le dialogue politique national visant à fixer la durée appropriée de la formation initiale.

7.2.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.2)** portant sur la question – *« Concernant les ASC recevant une formation initiale,*

la durée de la formation devrait-elle être plus courte ou plus longue ? » (57) a permis de recenser huit études admissibles (six quantitatives et deux qualitatives). Sur les huit études incluses, quatre ont été réalisées dans trois pays d'Afrique (l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie), deux aux États-Unis et les deux autres à Haïti et en République démocratique populaire lao respectivement. Toutes les études comparant des durées de formation différentes portaient sur des groupes d'intervention et de contrôle d'une très courte durée (quelques jours ou quelques heures de formation). Deux essais comparant la durée des formations suggéraient qu'une formation plus longue ou plus fréquente (par exemple, une demi-journée par rapport à une demi-heure, ou trois heures par rapport à aucune formation) pourrait être positivement corrélée à des mesures améliorées des compétences en matière de dépistage et des performances en matière de diagnostic des ASC *(58, 59)*. Les conclusions de trois études transversales concernant les associations entre mesures des compétences des ASC et durée de la formation initiale étaient cependant équivoques, une étude montrant une association entre de plus grandes compétences et une formation initiale plus longue *(60),* une autre montrant un allongement de la formation aux effets mitigés *(61)*, et la dernière montrant une relation inverse entre la durée de la formation et les compétences *(62)*. Un essai contrôlé randomisé (ECR) n'a pas permis de relever de différences en matière de progression des compétences des ASC en fonction du nombre de tentatives nécessaires pour valider l'examen de fin de formation entre les groupes d'agents recevant des formations initiales de durées différentes *(63).* Deux études qualitatives ont fait état d'une préférence des ASC pour les formations plus longues *(64, 65)*. L'équipe chargée de la revue systématique a jugé faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues a montré que la formation des ASC permettait d'améliorer leurs connaissances ou leurs compétences, mais que la durée de la formation n'avait pas d'effet cohérent sur l'efficacité de l'intervention *(16, 66)*. La durée optimale et le type de formation requis par les ASC doivent être compris en lien avec le contexte du système de santé, les compétences et l'expérience préexistantes des agents, leur statut et les rôles qu'ils devront jouer *(17)*.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a montré qu'une durée de formation générale plus longue était acceptable et faisable (sans définir ce qui était entendu par formation plus longue à l'aide d'un seuil spécifique).

7.2.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Le périmètre d'exercice et les rôles des ASC sont variés ; il n'est donc pas approprié de fixer une durée minimale de formation initiale en termes quantitatifs au niveau mondial. La durée de la formation peut être liée aux compétences requises, qui peuvent être basiques ou avancées en fonction des rôles attendus (services promotionnels et préventifs ou également curatifs), ainsi qu'aux compétences préexistantes en lecture/écriture et en numération. Des facteurs tels que le périmètre d'intervention, le rôle prévu, la composition globale du personnel et le modèle de prestation de service peuvent déterminer le contenu de la formation et, par extension, sa durée.

Les facteurs contribuant à déterminer la durée de formation la plus appropriée peuvent inclure : le statut après la formation (par exemple, contractuel ou employé rémunéré à temps plein par rapport à bénévole à temps partiel) ; le périmètre d'exercice, les responsabilités et les rôles ; les connaissances et les compétences de base (par exemple, dans certains contextes, il pourrait être nécessaire de dispenser une formation initiale complémentaire de base en lecture/écriture et numération pour compenser un niveau d'achèvement scolaire préalable limité) ; les expériences professionnelles et de vie antérieures pertinentes (par exemple, certaines personnes en formation pourraient disposer d'une capacité préexistante significative du fait de leur appartenance à des groupes d'accompagnement des patients ou du même type) ; la capacité institutionnelle à dispenser les formations (y compris la disponibilité d'infrastructures de formation, d'enseignants et de superviseurs sur le lieu de travail) ; les circonstances sociales et géographiques des personnes en formation (par exemple, pour les agents qui sont originaires de zones géographiques isolées ou qui y exercent, un accès limité à la supervision formative pourrait nécessiter une formation initiale plus longue).

7.2.5 Considérations de mise en œuvre

La durée de formation la plus appropriée devrait être définie au niveau national ou infranational en fonction des besoins et des circonstances locaux, notamment la nécessité de maintenir une délimitation claire des rôles et des responsabilités par rapport à d'autres types de personnels de santé travaillant dans le cadre d'équipes intégrées couvrant les soins de santé primaires. La durée de la formation doit être faisable, acceptable et abordable financièrement dans le cadre d'une juridiction spécifique, tout en étant suffisamment longue pour garantir l'obtention du niveau souhaité de compétences et d'expertise. Étant donné que ce dernier varie substantiellement en fonction du rôle que les ASC seront amenés à jouer, il est attendu que les agents exerçant un rôle polyvalent et travaillant à temps plein ou de façon régulière (c'est-à-dire ceux qui assurent des interventions plus complexes ou une large gamme de services de soins de santé primaires) aient besoin d'une formation plus longue que ceux qui ne dispensent qu'un service d'une seule sorte de manière plus occasionnelle. Le tableau 3 fournit des exemples choisis

de formations initiales considérées par les décideurs politiques nationaux comme étant d'une durée appropriée (généralement de plusieurs mois) en lien avec les objectifs d'apprentissage des ASC aux rôles polyvalents. Les ASC dont les responsabilités sont plus limitées reçoivent une formation initiale plus courte (par exemple, de 23 jours pour les militants sanitaires sociaux accrédités en Inde) *(67)*.

Lors de la détermination de la durée de formation la plus appropriée, le rôle et l'importance des compétences transversales (par exemple, la communication avec les patients et l'engagement communautaire) doivent être pris en compte, en évitant de se focaliser trop étroitement sur le transfert des seules compétences cliniques et de diagnostic.

La durée de la formation pourrait également devoir tenir compte de la nécessité et du caractère approprié d'une formation progressive en plusieurs modules, dispensée en alternance avec des périodes de pratique. Outre la durée de la formation, il pourrait être tout aussi, voire plus, important d'adopter des pratiques pertinentes en matière d'apprentissage des adultes et de concevoir le programme de formation de manière appropriée pour déterminer l'efficacité de la formation initiale. L'approche de formation doit être considérée de manière globale dans le cadre d'un ensemble plus large de stratégies qui incluent également une supervision formative d'une qualité, d'une fréquence et d'une pertinence appropriées, ainsi que des possibilités de rafraîchissement périodique des connaissances et de perfectionnement professionnel continu.

Tableau 3 : Durée de la formation des ASC aux rôles polyvalents

Pays	Appellation locale des ASC	Rôle	Durée de la formation initiale
Éthiopie	*Community health extension workers* (agents de vulgarisation sanitaire communautaires)	Activités promotionnelles et préventives ; services de diagnostic, de traitement de base et d'orientation pour la plupart des maladies prévalentes ; communication essentielle pour le changement de comportement ; et tâches administratives, notamment la tenue des dossiers médicaux, l'organisation des services au niveau communautaire, la gestion des fournitures médicales essentielles	12 mois (30 % de formation théorique, 70 % de formation pratique)
Mozambique	*Agentes polivalentes elementares* (agents polyvalents élémentaires)	Activités de prévention des maladies et de promotion de la santé ; surveillance nutritionnelle et vaccinale ; services de diagnostic, de traitement et d'orientation pour les maladies courantes ; planification familiale, suivi des grossesses et des nouveau-nés ; observance des traitements du VIH et de la tuberculose ; et transmission des données de santé	4 mois (environ 50 % de formation théorique, 50 % de formation pratique)
Pakistan	*Lady health workers* (Agentes de santé)	Prestation de services de soins de santé primaires, l'accent étant mis en particulier sur la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et organisation des communautés en créant des groupes de femmes et des comités sanitaires dans les zones desservies	15 mois (20 % de formation théorique, 80 % de formation pratique)

Source : adapté de Bhutta *et al. (13)*.

Recommandation 3 : Compétences figurant dans le programme de la formation initiale

Recommandation 3
L'OMS *suggère* d'inclure les domaines de compétence suivants dans le programme de la formation initiale, si le rôle attendu des ASC concernés prévoit de telles fonctions.

Compétences de base :

- services promotionnels et préventifs, détermination des besoins et des risques sociaux et de santé familiale ;
- intégration au sein du système de santé plus large en lien avec la gamme de tâches à accomplir conformément au rôle de l'ASC, y compris l'orientation, la relation collaborative avec d'autres personnels de santé au sein des équipes de soins primaires, le suivi des patients, la surveillance des maladies au niveau communautaire, le suivi, et la collecte, l'analyse et l'exploitation des données ;
- facteurs sociaux et environnementaux déterminants de la santé ;
- fourniture de soutien psychosocial ;
- compétences interpersonnelles liées à la confidentialité, à la communication, et à l'engagement et la mobilisation communautaires ; et
- sécurité personnelle.

Compétences additionnelles :

- diagnostic, traitement et soins en conformité avec le(s) rôle(s) prévu(s) et les réglementations applicables dans le périmètre d'exercice.

Degré de fiabilité des données factuelles – modéré. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.3.1 Contexte de la recommandation

Il est essentiel de veiller à ce que les ASC disposent des compétences nécessaires pour jouer leur rôle au sein de la communauté, afin de s'assurer qu'ils ont un effet positif sur les résultats en matière de santé de la population. Cependant, il n'existe actuellement aucune norme quant à la façon dont les ASC devraient être formés ou quant à l'évaluation du caractère approprié de leurs compétences *(54)*. Par conséquent, le contenu des programmes de formation et l'évaluation des ASC présentent de grandes variations *(52)*.

Malgré l'importance de la compétence des ASC, l'inclusion de compétences plus larges ou plus spécifiques dans le cadre de la formation n'a pas d'avantages relatifs très clairs. Un ensemble large de compétences de base pourrait faire en sorte que tous les ASC disposent des compétences de base nécessaires pour s'acquitter adéquatement de leurs fonctions. Cependant, il pourrait être utile de garder une certaine souplesse dans la formation et l'évaluation en tenant compte des besoins spécifiques de la communauté cible, afin d'adapter les compétences des ASC à leur contexte *(68)*.

7.3.2 Fondement de la recommandation

Le GDG reconnaît qu'une souplesse considérable est nécessaire et bénéfique dans la détermination du contenu des programmes de formation initiale, compte tenu de l'hétérogénéité des rôles joués par les ASC. La recommandation repose sur la logique suivante : alors que les rôles – et donc les compétences requises – peuvent varier, le principe général, soutenu par quelques données factuelles limitées, est que l'inclusion de compétences et d'aptitudes spécifiques dans le programme améliore la capacité et les performances des ASC en matière d'exécution des tâches correspondantes. Cette recommandation n'est que conditionnelle, en reconnaissance du fait qu'elle doit être adaptée aux contextes national et local, et au vu du degré de fiabilité modéré et de la portée très limitée des données factuelles sous-jacentes.

7.3.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.3)** portant sur la question – *« Concernant les ASC recevant une formation initiale, le programme devrait-il porter sur des compétences spécifiques ou générales ? » (69)* – a permis de recenser deux études admissibles, à savoir un essai pilote quasi expérimental (non randomisé) *(70)* et un ECR plus large *(71)* menés dans des villages ruraux au Pakistan en 2008 (essai pilote) et 2011 (essai complet). Les études portaient sur les agentes de santé (essai pilote $N = 96$, essai complet $N = 288$) fournissant des services de soins prénatals de base. Dans les deux études, la formation dans les communautés d'intervention consistait en un programme standard complété par des sujets spécifiques supplémentaires dans les domaines de la mobilisation communautaire, des soins de base aux nouveau-nés et de la thérapie de groupe. Des résultats cohérents ont été rapportés dans les deux essais inclus : l'ajout de formations comportant des modules de programme spécifiques a permis d'améliorer la fourniture de plusieurs pratiques de soins postnatals (proportion des naissances) par les ASC, conformément aux recommandations fondées sur des données factuelles, et de réduire les taux de mortinatalité et de mortalité néonatale. Les résultats contiennent quelques éléments de preuve soutenant l'inclusion de programmes additionnels spécifiques au sein de la formation des ASC, au moins dans les contextes communautaires où ces études ont été menées. Dans l'ensemble, le degré de fiabilité de ces données factuelles a été jugé modéré.

L'examen systématique des revues a montré que la formation devrait avoir pour but d'inculquer à la fois des compétences techniques et des capacités d'ordre social, telles que des compétences en communication et en conseil, ainsi que de sensibiliser à l'importance de la confidentialité *(5, 17, 53)*. La sensibilisation aux facteurs sociaux et politiques déterminants de la santé *(72)* et les compétences en résolution de problèmes ont également été perçues comme importantes *(51)*.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a permis de recenser des niveaux élevés d'acceptabilité et de faisabilité concernant les différentes composantes de la formation des ASC, telles que les comportements préventifs et promotionnels, l'engagement communautaire et l'intégration au sein des systèmes de santé, mais des niveaux variables et incertains d'acceptabilité et de faisabilité concernant l'inclusion d'une orientation médicale pour certains éléments du programme en intégrant des compétences de diagnostic et de traitement.

7.3.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Le périmètre d'exercice et les rôles des ASC varient considérablement d'un pays à l'autre et d'un agent à l'autre ; il n'est donc pas possible de standardiser la portée de la formation initiale et le contenu du programme. Cet état de fait transparaît déjà dans les grandes variations de contenu des programmes de formation d'un pays à l'autre **(tableau 4)**, certains pays mettant principalement l'accent sur les compétences liées à la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, tandis que d'autres adoptent une approche plus large. Par exemple, certains programmes sont exclusivement axés sur les interventions préventives et promotionnelles, tandis que d'autres incluent également des compétences de diagnostic

et de traitement. Les données factuelles recensées dans le cadre de la revue systématique, bien que d'un degré modéré de fiabilité, se rapportent à un seul type d'ASC dans un seul pays, et leur généralisation et leur applicabilité sont donc limitées. L'inclusion de compétences dans le programme devrait donc être orientée par les besoins du contexte national, tout en tenant compte des bonnes pratiques internationales, comme le reflètent d'autres directives de l'OMS.

7.3.5 Considérations de mise en œuvre

Le contenu le plus approprié de la formation des ASC devrait être déterminé au niveau des pays (dans un contexte soit national soit infranational) sur la base des besoins et des contextes locaux. En plus des compétences techniques spécifiques listées dans la recommandation, les ASC devraient également acquérir, grâce à leur formation, une compréhension de l'importance de travailler dans les limites de leur rôle et de leurs compétences. Il pourrait devenir nécessaire, en cas de circonstances spécifiques telles que les situations d'urgence, d'ajouter des compétences supplémentaires aux compétences de base. En plus de déterminer le contenu le plus approprié de la formation, il convient d'accorder toute l'attention voulue aux facteurs tels que la disponibilité d'enseignants de qualité, de supports de formation et d'une infrastructure de formation appropriée.

Tableau 4 : Exemples de variation du contenu des programmes de formation initiale des agents de santé communautaires

	Services cliniques, curatifs et de diagnostic	Prévention des maladies, promotion et réhabilitation de la santé	Compétences en matière de conseil, de motivation et d'orientation	Mobilisation communautaire	Gestion et administration
Bangladesh	Traitement de 10 maladies essentielles : l'anémie, le rhume, la diarrhée, la dysenterie, la fièvre, le goitre, les vers intestinaux, la teigne, la gale et la stomatite. Traitement de la tuberculose au moyen d'un traitement sous surveillance directe. Services d'accouchement et de réanimation des nouveau-nés. Relever les antécédents obstétriques, suivre le travail, examiner les nouveau-nés et enregistrer les constats. Formation visuelle pour repérer les signes néonatals. Prise en charge des cas de pneumonie chez les enfants, y compris les nouveau-nés.	Planification familiale et prévention de l'empoisonnement à l'arsenic, vaccination contre l'anatoxine tétanique pour les femmes, suivi de la croissance des enfants, allaitement maternel, pratiques de soins, hygiène personnelle et consommation de sel iodé.	Apport de conseils aux mères et aux personnes responsables d'enfants en matière d'administration de soins aux nouveau-nés. Compétences à encourager l'allaitement maternel. Conseil prénatal et postnatal. Compétences verbales en matière d'orientation.	Aptitude à encourager les personnes à se faire soigner, visites à domicile.	
Bhoutan	Premiers soins pour les urgences et les maladies bénignes.	Notification des épidémies, éducation sanitaire pour la planification familiale.	Services d'orientation.	Campagnes de vaccination, activités de développement communautaire.	
Brésil	Administration de sels de réhydratation orale pour la diarrhée, prise en charge des cas de pneumonie et suivi de la croissance. Soins prénatals, y compris des tests en laboratoire, des examens cliniques, des conseils en matière d'allaitement maternel et une supplémentation en fer.	Promotion de l'allaitement maternel et des pratiques familiales saines.		Visites à domicile, mobilisation sociale, mise en relation des familles avec les services de santé.	Collecte de données, notamment d'informations démographiques, épidémiologiques et socioéconomiques sur les familles.
Burkina Faso	Accouchement, asepsie et manipulations obstétriques simples.				
Chine	Services de soins maternels prénatals aux mères au niveau communautaire, prescription d'antibiotiques et interventions chirurgicales mineures.				

(suite)

Tableau 4 : Exemples de variation du contenu des programmes de formation initiale des agents de santé communautaires *(suite)*

	Services cliniques, curatifs et de diagnostic	Prévention des maladies, promotion et réhabilitation de la santé	Compétences en matière de conseil, de motivation et d'orientation	Mobilisation communautaire	Gestion et administration
Cisjordanie, bande de Gaza et Palestine	Frottis vaginal et examen des seins.	Promotion sanitaire des contraceptifs, sensibilisation aux cancers du sein et du col de l'utérus et prévention de ceux-ci.	Conseil et services adaptés aux besoins des femmes à faible parité.	Visites à domicile postnatales.	
Gambie	Accouchements à domicile, soins anténatals et postnatals.	Chimioprévention du paludisme.	Orientation vers des établissements de santé.		
Ghana	Soins anténatals, périnatals et postnatals.				
Guatemala	Détection des complications obstétriques.	Aptitude à apprendre aux femmes à reconnaître les signes de danger pendant la grossesse.	Orientation en cas de complications obstétriques, capacité à encourager les femmes à consulter pour recevoir des soins anténatals.		
Inde	Aptitude à prodiguer des soins anténatals, natals et postnatals, fourniture des kits de maternité. Fourniture d'une vaccination contre l'anatoxine tétanique et de services de soins de santé primaires.	Services de planification familiale.	Conseil en matière de nutrition, examen et orientation des nouveau-nés malades vers l'hôpital, identification des grossesses à haut risque.	Mobilisation communautaire, visites à domicile et enregistrement des ménages.	Enregistrement et suivi des femmes enceintes.
Kenya	Recours à des lignes directrices sur la prise en charge simplifiée et intégrée des maladies de l'enfance pour classer et traiter parallèlement les cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée/déshydratation, et utilisation de schémas d'aide à l'application de ces algorithmes.	Promotion de la planification familiale, vaccination et prévention du VIH.			
Malaisie		Procédures d'hygiène simples, propreté et éducation de base à la nutrition.			
Mali	Traitement antipaludéen pour les patients de tous âges, supplémentation en zinc et traitement par réhydratation orale pour la diarrhée (enfants), traitement de la pneumonie par amoxicilline (enfants), traitement de la malnutrition aigüe sans complications et fourniture de produits contraceptifs.	Conseil en matière de prévention des maladies, promotion de la santé, et planification familiale.	Services d'orientation des patients présentant des symptômes aigus graves tels que des difficultés respiratoires ou des convulsions, et suivi et orientation prénatals, postnatals et néonatals.	Mobilisation de la communauté, liaison avec les volontaires communautaires, soutien aux campagnes de distribution de masse (moustiquaires, vermifuges).	,
Népal	Interventions recouvrant notamment la supplémentation en fer et en acide folique, le déparasitage et la vaccination contre l'anatoxine tétanique, la reconnaissance des signes de danger, aide qualifiée à l'accouchement, soins obstétriques d'urgence et soins essentiels aux nouveau-nés.	Éducation sanitaire.			
Ouganda	Traitement antipaludéen, supplémentation en zinc et traitement par réhydratation orale pour la diarrhée, traitement de la pneumonie par amoxicilline, examen des nouveau-nés et dépistage de la malnutrition aigüe.	Conseil en matière de prévention des maladies, promotion de la santé, et planification familiale.	Services d'orientation des patients présentant des symptômes aigus graves tels que des difficultés respiratoires ou des convulsions, et suivi et orientation prénatals, postnatals et néonatals.	Mobilisation de la communauté, soutien aux campagnes de distribution de masse (moustiquaires et vermifuges).	Enregistrement des ménages dans la zone desservie. Soutien et engagement auprès des comités sanitaires locaux.

(suite)

Tableau 4 : Exemples de variation du contenu des programmes de formation initiale des agents de santé communautaires *(suite)*

	Services cliniques, curatifs et de diagnostic	Prévention des maladies, promotion et réhabilitation de la santé	Compétences en matière de conseil, de motivation et d'orientation	Mobilisation communautaire	Gestion et administration
Pakistan		Maternité sûre et éducation aux signes de danger pendant la grossesse.		Sensibilisation concernant les soins de santé primaires, y compris la santé reproductive.	
Pérou	Prise en charge des cas de diarrhée et de pneumonie.		Orientation des cas nécessitant des soins vers des établissements plus spécialisés.	Cartographie de la population, recensement et suivi des ménages comportant de jeunes enfants et des femmes enceintes.	
République islamique d'Iran	Soins de santé de la mère et de l'enfant.	Planification familiale, détection des cas, santé environnementale et santé au travail.	Suivi des maladies.		

Source : adapté de Bhutta *et al. (13)*.

Recommandation 4 : Modalités de la formation initiale

Recommandation 4

L'OMS *suggère* d'appliquer les modalités suivantes afin de dispenser la formation initiale aux ASC :

- assurer un équilibre entre les connaissances théoriques et les compétences pratiques, en mettant en priorité l'accent sur l'expérience pratique supervisée ;
- assurer un équilibre entre enseignement en présentiel et enseignement à distance, en mettant en priorité l'accent sur l'enseignement en présentiel, complété par un enseignement à distance pour les aspects où cela est pertinent ;
- en priorité, dispenser la formation dans la communauté même ou dans ses environs si possible ;
- dispenser la formation et fournir des supports d'apprentissage dans une langue permettant d'optimiser l'acquisition de l'expertise et des compétences par les personnes en formation ;
- assurer un environnement d'apprentissage positif ; et
- prendre en considération des approches de formation interprofessionnelle si pertinent et faisable.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.4.1 Contexte de la recommandation

Afin de pouvoir répondre aux besoins variés d'une communauté, les ASC doivent disposer des compétences de base nécessaires en lien avec leur rôle *(73)*. Ces compétences et ces qualités peuvent être développées et perfectionnées grâce à une formation appropriée et adéquate *(74)*. Dans certains cas, l'accès à la formation a été un facteur important de rétention des ASC *(75)*.

Il existe plusieurs approches de la formation des ASC, notamment des formations courtes, des programmes de certification longs et des formations à distance, qui font toutes appel à des modalités de mise en œuvre différentes, allant d'un enseignement didactique en présentiel dans une salle de classe à des cours en ligne destinés à un apprentissage autodirigé.

Alors que l'enseignement didactique en présentiel dans une salle de classe était la principale modalité de formation jusqu'au début des années 1990, l'enseignement en ligne est désormais de plus en plus utilisé à cette fin *(76)*. Bien que l'enseignement en ligne soit toujours limité aux zones géographiques disposant d'une bonne connectivité, l'élargissement de l'accès à Internet et la croissance technologique rapide améliorent les possibilités d'élaboration de programmes de formation des personnels de santé, de mise à niveau des services de soins de santé et de renforcement des systèmes de soins de santé *(77)*.

Ces dernières années, le discours politique plus large sur la formation d'autres personnels de santé a mis en évidence un certain nombre d'enjeux, apportant des données factuelles indirectes qui peuvent également être prises en considération dans le cadre de la formation des ASC, notamment la possibilité

d'élargir l'axe principal de l'éducation sanitaire pour permettre aux personnels de santé de devenir des agents du changement dans les communautés qu'ils desservent *(78)* ; les possibilités ouvertes par les approches de formation multidisciplinaires *(79)* ; et le lien entre le lieu des institutions de formation et celui de la formation dans les zones mal desservies et la rétention des personnels de santé dans ces contextes *(80)*.

7.4.2 Fondement de la recommandation

Le GDG entendait fournir des orientations afin d'éclairer les décisions relatives aux modalités appropriées de mise en œuvre de la formation initiale. Les conclusions de la revue systématique étaient d'une portée limitée et ne comparaient pas directement les différentes modalités de mise en œuvre de la formation initiale. Par conséquent, aux fins de la recommandation, le GDG s'est également appuyé sur les données factuelles plus larges tirées de l'examen des revues et sur des données factuelles indirectes relatives à la formation des personnels de santé, tout en reconnaissant les limites et les réserves de leur application aux ASC.

7.4.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.4)** portant sur la question – *« Concernant les ASC recevant une formation initiale, le programme devrait-il être mis en œuvre selon des modalités spécifiques ou non ? » (81)* – a permis de recenser cinq études admissibles (une quantitative et quatre qualitatives). Deux études ont été menées en Afrique du Sud, deux aux États-Unis et une en République islamique d'Iran. L'étude quantitative était un ECR comparant les avantages d'une formation en présentiel ou en ligne des ASC avec ceux d'une approche reposant sur l'envoi de supports de formation aux agents ; l'étude n'a révélé aucune différence au niveau des résultats *(82)*.

Les quatre autres études incluses *(75, 83-85)* étaient qualitatives et s'appuyaient sur une approche d'évaluation avant et après la formation pour examiner si une intervention de formation particulière pouvait améliorer les connaissances et les compétences des ASC.

Les modalités de mise en œuvre de ces formations variaient d'une étude à l'autre. Elles incluaient :

- un enseignement en présentiel et à distance pour des méthodes d'intervention brève ;
- un enseignement didactique en présentiel en salle de classe ;
- des éléments d'enseignement interactifs comme les démonstrations pratiques et les jeux de rôles ; et
- des méthodes d'apprentissage par l'expérience comme une formation sur le terrain, des retours d'informations d'experts et une supervision.

Ces études indiquent que la formation permettrait indirectement aux ASC de réaliser des progrès, prenant la forme d'une amélioration des connaissances, de la progression, de l'auto-efficacité et de l'estime de soi, de la confiance et du moral. Cependant, les études ne contiennent aucune indication claire quant au fait que certaines modalités de formation spécifiques seraient plus efficaces que d'autres.

En outre, les perceptions des agents quant à la valeur et à la pertinence des différentes modalités de formation sont variables. Bien que les agents apprécient la souplesse de la formation en ligne, ils soulignent également qu'un enseignement en présentiel dans une salle de classe est utile et efficace. L'équipe chargée de la revue systématique a jugé très faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues a montré que la formation des ASC devrait inclure une combinaison d'approches (fondées sur les connaissances et les compétences) *(17, 86, 87)*.

7.4.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

La littérature plus large sur les approches de formation efficaces publiée dans d'autres secteurs tend à montrer que les formations ponctuelles reposant sur la théorie et la discussion ne sont que modérément utiles pour améliorer les connaissances des praticiens, et qu'elles sont généralement inefficaces pour développer des compétences pratiques ayant des avantages mesurables en conditions réelles d'exercice *(88)*. Des changements substantiels dans la pratique pouvaient avant tout être observés lorsqu'un accompagnement sur le terrain et un retour d'informations continu étaient utilisés pour soutenir les praticiens. Cette littérature plus large pourrait contribuer à l'élaboration de directives pratiques pour les ASC dans ce domaine *(89, 90)*. Le GDG a considéré que la base de données factuelles relatives à d'autres catégories professionnelles de la santé, qui montre qu'un équilibre entre la formation théorique et la formation pratique est associé à des résultats positifs, pouvait de fait s'appliquer également aux ASC. Des considérations similaires s'appliquent aux données factuelles soutenant une approche d'implantation rurale, privilégiant l'instauration des institutions d'éducation sanitaire et la création de possibilités de formation pratique dans les zones rurales *(91)*. Des efforts devraient également être réalisés pour s'assurer que les approches numériques d'éducation sanitaire complètent les modalités traditionnelles d'enseignement en présentiel, plutôt que de les remplacer *(92)*.

7.4.5 Considérations de mise en œuvre

Les pays devront déterminer l'équilibre approprié entre la formation théorique et la formation pratique en fonction de

leur propre contexte, en tenant compte de divers facteurs, notamment le niveau préexistant d'alphabétisation et d'achèvement scolaire des personnes en formation. Le recours à des méthodes d'enseignement dynamiques ainsi que l'exploitation des ressources multimédia peuvent rendre la formation plus attirante et plus efficace. Le rôle des simulations de pratique pourrait être considéré en vue du perfectionnement des compétences ainsi que dans les régions où la formation pratique dans les communautés ou les établissements de santé pourrait présenter des difficultés logistiques ou opérationnelles.

Plutôt que de prescrire une formule spécifique pour déterminer la part de théorie et la part de pratique dans la formation initiale, il importe que les personnes en formation se voient demander de démontrer, dans le cadre du processus d'évaluation ou de certification, qu'elles ont acquis les compétences pratiques requises pour leur rôle et qu'elles sont aptes à exercer. Il est tout aussi important de renforcer les compétences acquises grâce à la formation initiale ainsi que par le biais d'un accompagnement et d'une supervision formative ultérieurs appropriés.

Le plus souvent, la formation initiale principale des ASC prend la forme d'un enseignement en présentiel. La formation en ligne est de plus en plus considérée pour les formations de suivi et de rafraîchissement des connaissances, en fonction de la disponibilité de l'infrastructure technologique nécessaire. Les méthodes d'enseignement en ligne devraient être combinées à et suivies par une formation pratique afin de s'assurer que les connaissances théoriques ont été intégrées et peuvent être appliquées avec succès en conditions réelles.

En ce qui concerne le lieu de la formation, dans de nombreux contextes il peut être plus pratique de dispenser la formation théorique initiale dans un site central, qui doit cependant se trouver le plus près possible de la zone desservie prévue. En ce qui concerne les parties pratiques du programme, des efforts devraient être réalisés, si possible sur le plan logistique, pour dispenser la formation au sein des communautés et des établissements où les ASC seront amenés à exercer.

Les enseignants chargés de la formation des ASC devraient idéalement inclure d'autres personnels de santé afin de faciliter l'intégration ultérieure des agents au sein des équipes multidisciplinaires couvrant les soins de santé primaires. Ils devraient également impliquer les personnels de santé qui sont responsables de la supervision des ASC.

Nous ne pouvons que trop insister sur l'importance d'un environnement d'apprentissage positif et propice. Un tel environnement englobe notamment la sécurité et le respect des personnes en formation ; une attitude positive et encourageante des enseignants ; une attention aux besoins spécifiques des femmes et des personnes en formation issues de minorités ou de groupes vulnérables ; la disponibilité d'une infrastructure et de formateurs appropriés ; l'élaboration de supports de formation ; et des modalités de formation tenant compte des aptitudes et des besoins linguistiques des personnes en formation.

Recommandation 5 : Certification fondée sur les compétences

Recommandation 5
L'OMS *suggère* de recourir à une certification officielle fondée sur les compétences pour les ASC qui ont validé leur formation initiale[5].

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.5.1 Contexte de la recommandation

Les normes professionnelles sont un élément clé de la prestation de soins de santé de qualité. Elles impliquent de définir les rôles professionnels, le périmètre d'exercice, les responsabilités et les tâches, ainsi que les niveaux d'éducation et les critères de compétence minimums s'appliquant aux différents postes au sein du service de santé. L'accréditation fournit une reconnaissance officielle à ceux qui satisfont à ces normes prédéterminées *(93)*. La disponibilité d'une certification pour les ASC et les conditions d'obtention de celle-ci varient d'un pays à l'autre. Dans de nombreux cas, les ASC sont désignés comme des « volontaires communautaires » et sont formés de manière informelle en vue de fournir des services à la communauté en l'absence de tout mécanisme clair de certification. Certains pays disposent toutefois de normes et procédures pour la certification des ASC.

Pour les ASC eux-mêmes, les programmes de certification peuvent en théorie présenter des avantages, car la certification peut renforcer leur motivation et leur estime de soi et leur permettre de gagner le respect des autres professionnels

[5] Dans ce contexte, la certification est définie comme une reconnaissance officielle octroyée par les autorités compétentes aux agents de santé qui ont validé leur formation initiale et ont montré qu'ils satisfaisaient à des normes de compétence prédéterminées.

de la santé. Une certification qui décrit les acquis facilite la transférabilité des agents de santé vers d'autres contextes et signifie qu'ils seront moins susceptibles de devoir suivre une nouvelle formation lorsqu'ils changeront de lieu de travail. Elle peut également servir de justificatif pour satisfaire à des critères d'admission à des études ultérieures. Dans certains pays, la certification légitime le travail des ASC et signifie que le recours à leurs services peut parfois être remboursé *(94)*. La certification officielle peut également protéger les citoyens et les communautés contre les risques associés à des soins de mauvaise qualité qui seraient dispensés par des prestataires mal formés prétendant être qualifiés *(95)*.

Afin de réduire les taux d'abandon des ASC et de promouvoir un engagement fort à l'égard de leur profession, une étude antérieure recommandait que les programmes relatifs aux ASC définissent des stratégies claires de recrutement et de déploiement pour ceux et celles qui ont réussi leur examen de fin de formation et obtenu une attestation de suivi de la formation *(13)*. Toutefois, il existe peu de données factuelles indiquant que la certification améliore les résultats. Dans cette section, les données factuelles sont examinées et des orientations stratégiques sont proposées quant à l'officialisation de la certification fondée sur les compétences des ASC qui ont réussi leur formation initiale.

7.5.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a indiqué que les rares données factuelles existantes montraient que l'accréditation officielle des ASC pourrait avoir des conséquences positives, même si cela restait encore à prouver. Si l'accréditation risque en théorie d'avoir une incidence négative sur l'équité (en limitant le nombre d'ASC autorisés à pratiquer à celles et ceux qui ont reçu une autorisation officielle, restreignant ainsi l'accès aux services), elle peut dans nombre de contextes mener à une amélioration des compétences des agents (et donc de la sécurité des patients, puisque les soins seront de meilleure qualité). Elle peut en outre apporter aux ASC davantage de crédibilité et de reconnaissance et augmenter leurs chances de trouver un emploi. Le GDG a par conséquent formulé une recommandation conditionnelle en faveur de la certification officielle.

7.5.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.5)** de la question *« Les ASC qui ont suivi une formation initiale devraient-ils bénéficier d'une certification officielle fondée sur les compétences, ou non ? » (96)* a permis d'identifier quatre études qualitatives admissibles qui rendaient compte de la manière dont les processus de certification étaient perçus par de petits groupes d'ASC non représentatifs. Deux études ont été réalisées aux États-Unis : l'une au niveau des États portant sur l'accréditation des ASC dans quatre États différents *(68)*, tandis que l'autre proposait une synthèse de l'expérience en matière de certification à New York *(97)*. Un point de vue national sur la certification a également été inclus, extrait d'une étude menée en République islamique d'Iran, où la certification, requise pour trouver un emploi en tant qu'ASC, est la norme *(75)*. Dans une quatrième étude, réalisée en Éthiopie, la certification faisait partie des nombreux thèmes abordés avec des répondants qui représentaient un projet ciblé de mobilisation communautaire *(98)*.

Les données factuelles incluses dans ces études semblent indiquer, même si cela reste encore à prouver, que la certification aurait des effets positifs sur la motivation, le moral et l'estime de soi des ASC, mais aussi sur leur rétention, leur développement professionnel et l'avancement de leur carrière. Les ASC percevaient le processus d'accréditation comme un moyen d'acquérir davantage de connaissances, de crédibilité et de reconnaissance, pouvant éventuellement améliorer leur collaboration avec les communautés.

Par ailleurs, ces études font ressortir les obstacles possibles à la mise en œuvre de l'accréditation, notamment le fait que les exigences relatives à la certification risquent d'imposer aux ASC, directement et indirectement, des contraintes en matière de coûts et de ressources. Elles risquent également de créer des obstacles juridiques et administratifs en empêchant les bénévoles qui souhaitent travailler dans ce secteur mais ne satisfont pas aux critères d'admissibilité ou de certification, d'accéder à des postes dans le domaine de la santé communautaire. Le manque d'études de qualité établissant des liens entre accréditation et résultats confirme les conclusions d'une revue précédente qui examinait ces mêmes liens dans un large éventail d'études relatives à la formation des enseignants, aux soins de santé et à la santé publique *(99)*. L'équipe chargée de la revue systématique a jugé très faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues n'a révélé aucune preuve factuelle confirmant un lien direct avec l'accréditation et la certification.

L'enquête portant sur la perception des parties prenantes a conclu que la certification des ASC était acceptable et faisable.

7.5.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Malgré l'insuffisance de données factuelles, le GDG a jugé que l'accréditation des ASC, sous une forme ou une autre,

pourrait contribuer de manière significative à la reconnaissance progressive et officielle de ces agents de santé. Dans certains pays, cela pourrait également constituer un prérequis à l'autorisation de pratiquer et représenter un moyen de garantir un contrat de travail officiel et une rémunération et d'accéder à des possibilités d'avancement de carrière. Ces derniers points seront abordés dans certaines des recommandations figurant dans les prochaines sections de ces directives. La recommandation relative à la certification a par conséquent des répercussions importantes sur la mobilité sociale plus large des ASC.

Le GDG reconnaît que, selon le contexte, des termes différents pourront être utilisés, par exemple certification, autorisation, accréditation ou reconnaissance, avec une valeur juridique et des modalités institutionnelles différentes en fonction des organismes de certification. Aux fins de la présente recommandation, le GDG a recommandé une certification officielle fondée sur l'acquisition de certaines compétences prédéfinies suivant l'achèvement réussi d'une formation initiale.

7.5.5 Considérations de mise en œuvre

La certification est particulièrement importante pour les ASC qui suivent une formation initiale plus longue. Tout doit être mis en œuvre, au sein d'une même juridiction, pour harmoniser la qualité et le contenu de la formation par le biais de l'accréditation officielle des établissements de formation et des formations elles-mêmes, de manière à améliorer et uniformiser les compétences des ASC, chose qui pourra à son tour améliorer la qualité des soins dispensés à la population et favoriser la mobilité des carrières et l'avancement professionnel des ASC.

Selon le contexte, la certification pourrait prendre plusieurs formes, allant d'un certificat remis par l'organisme de formation à une certification délivrée au niveau des juridictions par une tierce partie indépendante.

Le processus de certification doit permettre de vérifier et de confirmer que les ASC ont non seulement achevé leur formation initiale avec succès mais aussi qu'ils ont prouvé qu'ils possédaient les compétences techniques et le savoir-être requis pour remplir leur fonction. Il importe particulièrement de veiller à ce que l'introduction d'un processus officiel de certification n'ait pas d'incidence négative non souhaitée sur l'équité. Les critères, le processus et les modalités institutionnelles relatifs à la certification doivent explicitement et délibérément être établis de façon à atténuer les conséquences négatives potentielles sur l'équité.

Il convient d'investir des ressources adéquates pour garantir la mise en place des capacités nécessaires à des processus de certification de qualité, notamment prévoir des dotations de personnel et des supports matériels suffisants pour tester le savoir-faire et les compétences clés des ASC sur le terrain.

Recommandation 6 : Supervision formative

Recommandation 6

L'OMS *suggère* d'adopter les stratégies de supervision formative suivantes dans le cadre des programmes relatifs aux ASC :

- assurer un ratio approprié entre superviseur et personnes supervisées, permettant un soutien significatif et régulier ;
- s'assurer que les superviseurs reçoivent une formation appropriée ;
- encadrer et accompagner les ASC ;
- recourir à l'observation de la prestation de service, des données sur les performances et des retours d'informations de la communauté ; et
- donner la priorité à l'amélioration de la qualité de la supervision.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.6.1 Contexte de la recommandation

L'importance d'une supervision adéquate des ASC est largement admise. Des données factuelles, à l'échelon international, indiquent que la supervision régulière et systématique, associée à des objectifs clairement définis, peut améliorer les performances des ASC dispensant des soins de santé primaires *(100-102)*. La supervision formative qui cible et évalue les connaissances, les compétences, la motivation et l'observance des bonnes pratiques fournit des incitations qui ont une incidence positive sur les performances *(103)*. De nouvelles données factuelles commencent également à émerger, suggérant que l'usage des téléphones portables, y compris pour appuyer la supervision, peut améliorer la prestation des soins de santé dans les environnements où les ressources sont limitées *(104)*.

Toutefois, le problème qui se pose généralement concerne l'insuffisance des ressources qui permettraient de fournir la supervision et l'environnement formatifs requis pour optimiser la capacité des ASC *(21, 105, 106)*. Il est essentiel de rationaliser le processus de supervision en identifiant des stratégies efficaces et en les intégrant à la mise en œuvre des interventions.

7.6.2 Fondement de la recommandation

Les données factuelles recueillies et analysées aux fins des présentes directives ont confirmé l'importance de la supervision formative et permis de relever un certain nombre de stratégies de supervision issues de différents programmes et initiatives. En revanche, typiquement, les études n'établissaient pas de comparaisons entre les différentes stratégies de supervision pour en comparer l'efficacité, le coût, l'acceptabilité, la faisabilité ou les résultats. Le GDG a par conséquent fourni des indications sur les principales approches adoptées (figurant dans les recommandations) et sur des stratégies complémentaires (mentionnées dans les considérations de mise en œuvre) en se fondant sur son expertise et en tenant compte des modèles mis en évidence par la revue des données factuelles. Eu égard au très faible degré de fiabilité des données factuelles, ainsi qu'à la nécessité d'adapter les stratégies de supervision aux besoins spécifiques de chaque contexte, le GDG a qualifié cette recommandation de conditionnelle.

7.6.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.6)** de la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, quelles stratégies de supervision devraient-elles être privilégiées par rapport à quelles autres stratégies ? » (107)* a permis d'identifier 13 études admissibles : neuf quantitatives, dont cinq essais contrôlés randomisés, et quatre qualitatives. Les études ont été réalisées en Inde (trois), en Éthiopie, au Kenya et en Ouganda (deux dans chaque pays), en République démocratique populaire lao, au Malawi, au Pakistan et en République-Unie de Tanzanie (une dans chaque pays). Plusieurs approches et modalités de supervision ont été jugées efficaces pour améliorer plusieurs aspects des performances des programmes relatifs aux ASC *(108-114)*, faisant également ressortir dans certains cas une relation dose-effet *(115)*. En revanche, dans quelques cas limités, les résultats n'affichaient aucune différence mesurable entre le groupe qui bénéficiait d'une supervision et celui qui n'en bénéficiait pas (*116, 117)*. Les données factuelles issues des études qualitatives montraient que plusieurs stratégies de supervision formative étaient jugées utiles et renforçaient la motivation des ASC *(116, 118-120)*.

L'équipe chargée de la revue systématique a jugé très faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

Selon l'examen systématique des revues, plusieurs études confirment l'importance critique de la supervision formative pour améliorer la motivation et les performances des ASC *(13, 51, 121-125)*. En revanche, il y a très peu de données factuelles sur les approches de supervision qui fonctionnent le mieux. La supervision qui privilégie les approches formatives, l'assurance qualité et la résolution de problèmes pourrait être la plus efficace pour améliorer les performances des ASC (plus efficace que des approches plus bureaucratiques et punitives) *(17, 105, 126)*.

L'amélioration de la qualité de la supervision a un impact plus important que l'augmentation seule de la fréquence de la supervision *(105)*.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a conclu que la plupart des stratégies de supervision formative (y compris coaching, observation dans la communauté et les établissements, retours d'information de la communauté et supervision par des agents de santé dûment formés) étaient acceptables et faisables, mais que le degré d'acceptabilité et surtout de faisabilité était plus faible lorsqu'il était question de supervision directe des prestations de service et de supervision par d'autres ASC.

7.6.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

La supervision formative était jugée systématiquement efficace pour améliorer les performances des programmes relatifs aux ASC et avait le soutien de ces derniers. En même temps, très peu d'informations permettaient de comparer des stratégies de supervision particulières. Vu le manque de données factuelles spécifiques et le faible degré de fiabilité des données factuelles disponibles, le GDG a opté pour une recommandation conditionnelle en faveur de stratégies de supervision différentes.

La supervision doit être formative et concilier sa fonction, qui est de garantir le suivi et la redevabilité, et son objectif, qui consiste à accompagner via un mentorat les ASC dans un parcours progressif de développement et de perfectionnement professionnels. La supervision peut être assurée aussi bien par des superviseurs dédiés que par d'autres agents de santé et intégrée à leurs autres responsabilités. L'application de certaines méthodes plutôt que d'autres dépendra du contexte.

7.6.5 Considérations de mise en œuvre

Outre les approches de supervision formative mentionnées dans la recommandation, on pourra envisager le recours à des supports complémentaires en fonction du contexte local, par exemple :

- l'usage d'outils de supervision tels que des listes de vérification des tâches pour faciliter le processus de coaching, permettre un suivi qualitatif et promouvoir la communication interpersonnelle ;
- le soutien et la supervision entre pairs, assurés par des ASC expérimentés et de niveau hiérarchique supérieur ; et
- le soutien et la supervision de spécialistes, assurés par une équipe multidisciplinaire et incorporant dans

la mesure du possible des mécanismes de collecte de retours d'information auprès des communautés.

Le contenu et les méthodes de supervision sont liés à la complexité des rôles et des tâches ; les mécanismes optimaux de supervision varient également selon que les ASC sont employés officiellement à temps plein par le système de santé ou qu'ils sont bénévoles à mi-temps. La supervision doit être envisagée de manière à être intégrée à d'autres fonctions, notamment le soutien entre pairs, la formation sur le terrain et la formation professionnelle continue, et prendre en compte les normes et attentes des agents et professionnels de santé concernant leur travail de supervision. L'intégration au niveau de la prestation même des services contribuera à garantir l'engagement systématique aussi bien du personnel de l'établissement de santé que des ASC. Il convient, dans la conception et la mise en œuvre des stratégies de supervision adéquates, d'accorder une attention particulière au développement des capacités des superviseurs et d'investir convenablement dans ce domaine. La supervision peut être assurée aussi bien par des superviseurs dédiés que par d'autres agents de santé et intégrée à leurs autres responsabilités ; quel que soit le cas, les superviseurs doivent bien connaître à la fois le contenu technique des prestations de soins et des principes plus généraux sur l'amélioration de la qualité des soins et les méthodologies qui ont une influence positive sur les comportements des ASC pendant l'exercice de leur fonction. La sélection des superviseurs doit tenir compte des facteurs de genre : par exemple, l'assignation de superviseurs majoritairement hommes à des ASC majoritairement femmes pourrait être malvenue, car elle renforcerait les problématiques liées au genre et limiterait l'acceptabilité et l'efficacité de la supervision. La qualité et les résultats de la supervision doivent eux-mêmes faire l'objet d'évaluations régulières.

Recommandation 7 : Rémunération

Recommandation 7A
L'OMS *recommande* de rémunérer les ASC en exercice selon un système de gratification financière correspondant aux exigences et à la complexité du travail réalisé, au nombre d'heures de travail, à leur formation et aux rôles qu'ils endossent.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – forte.

Recommandation 7B
L'OMS *suggère de ne pas* rémunérer exclusivement ou majoritairement les ASC selon des incitations fondées sur les performances.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.7.1 Contexte de la recommandation

Il a été suggéré que l'offre d'incitations aux ASC pourrait représenter un moyen d'améliorer les résultats sanitaires, et plusieurs combinaisons d'incitations monétaires et non-monétaires ont été examinées dans des contextes divers, affichant des degrés de réussite variables *(127)*.

La mise en place de mesures incitatives a une incidence directe sur l'efficacité et la durabilité d'un programme de santé. Il est généralement admis que de telles mesures améliorent la prestation de services, car elles renforcent la motivation des employés et réduisent les taux d'attrition *(127)*. Le recours à des incitations efficaces pour les ASC représente un enjeu stratégique, qui ne date pas d'hier, dans le domaine des soins de santé primaires ; les mesures incitatives peuvent varier, allant du salaire ou autre rémunération financière, telles que des incitations fondées sur les performances, aux incitations non-monétaires *(87)*. Il importe, avant de choisir une approche, de bien comprendre les points de vue des ASC et des superviseurs concernant les facteurs financiers ou autres qui motivent le plus les ASC, mais aussi certains aspects plus généraux tels que la durée et le contenu de la formation des agents et le degré d'efforts fournis dans l'exercice de leur fonction. Les décisions portant sur l'offre d'incitations doivent tenir compte des réglementations et principes plus généraux régissant l'emploi et le travail. Cependant, aucun consensus ne semble ressortir sur les meilleures stratégies qui pourraient venir compléter la rémunération des ASC de manière bénéfique *(128)*, et les politiques et pratiques varient considérablement dans ce domaine entre les pays et au sein des pays.

7.7.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a abordé cette question en se demandant si les ASC en exercice devaient bénéficier d'une gratification financière en échange de leur travail et, si oui, de quel type de gratification.

Bien que le degré de fiabilité des données factuelles ait été jugé très faible, la majorité des études recensées se montraient favorables à l'octroi d'une gratification financière aux ASC. Le GDG a également tenu compte, dans son processus de prise de décision, de critères plus larges, y compris des meilleures pratiques en matière de droits des travailleurs et de droit du

travail. Cela est essentiel si l'on veut aligner les politiques sanitaires sur les objectifs plus larges de l'Agenda mondial pour le travail décent, qui comprend : l'accès à un travail productif et correctement rémunéré, la sécurité sur le lieu de travail et la protection sociale pour les familles, de meilleures perspectives de développement personnel et d'insertion sociale, la liberté pour les individus d'exprimer leurs revendications, de s'organiser et de participer aux décisions qui affectent leur vie, et l'égalité des chances et de traitement pour tous, hommes et femmes *(129)*. Le GDG craignait notamment que les modèles qui reposent sur l'emploi d'ASC bénévoles ne respectent pas l'Agenda mondial pour le travail décent, en particulier l'objectif de développement durable (ODD) 8 qui promeut le travail décent et la croissance économique. Sachant que la plupart des ASC dans le monde sont des femmes, le GDG craignait également que le recours continu au bénévolat perpétue les écarts entre hommes et femmes en matière d'accès à l'emploi et de possibilités de revenus et aille à l'encontre de l'ODD 5 – « Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » *(130)*. Par conséquent, le GDG a voté à une écrasante majorité (18 contre 1) en faveur d'une recommandation forte pour offrir une gratification financière aux ASC en exercice, en reconnaissant toutefois que le degré de fiabilité des données factuelles restait très faible.

Le GDG n'a pas recommandé de forme particulière de rémunération (voir les sections ci-dessous) mais, comme les données factuelles avaient révélé un type particulier de gratification financière (les incitations fondées sur les performances) qui pourrait s'avérer préjudiciable, il a ajouté une recommandation conditionnelle conseillant d'éviter d'adopter un système de gratification financière exclusivement ou essentiellement fondé sur cette forme particulière d'incitation.

7.7.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.7)** de la question « Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils être rémunérés pour leur travail, ou non ? » *(131)* a permis d'identifier 14 études admissibles (cinq quantitatives, neuf qualitatives), réalisées en Inde (cinq), en Éthiopie, au Kenya et au Népal (deux études dans chaque pays), au Bangladesh, au Ghana, en République islamique d'Iran, au Mozambique, au Nigéria, au Pakistan, au Rwanda et en Ouganda (certaines études incluaient des données factuelles issues de plus d'un pays). Les études quantitatives recensaient des données factuelles indiquant que les incitations financières pouvaient mener à l'amélioration des performances des ASC *(117, 132-134)*, bien que, dans le cas des incitations fondées sur les performances, une crainte ait été exprimée concernant le fait que les tâches ne faisant pas l'objet de telles incitations pourraient être négligées *(135)*.

Des études qualitatives ont été incluses pour permettre de mieux comprendre quelles étaient les conséquences perçues des diverses méthodes de paiement et de rémunération. La plupart des études qualitatives concluaient que les attitudes à l'égard d'une rétribution financière étaient positives *(136-142)*. Dans l'ensemble, les incitations financières semblent bien acceptées, promeuvent la motivation et la reconnaissance, et peuvent renforcer chez les ASC le sentiment d'autonomie financière et la confiance en soi. Les ASC encourent parfois des frais et débours divers de communication et de déplacements ; l'importance que le versement de ces paiements soit effectué dans leur intégralité et sans retard a été soulignée. La réputation d'un ASC, qui repose sur la confiance et le respect de la communauté, peut être négativement affectée par les systèmes d'incitation fondés sur les performances. En effet, ceux-ci sont décrits comme étant parfois trop étroitement axés sur des indicateurs prédéterminés, ce qui signifie que les activités et les efforts qui ne sont pas liés à ces indicateurs passent inaperçus et ne sont pas reconnus. Les incitations fondées sur les performances encourageaient les ASC à privilégier certaines activités, car elles étaient liées à des incitations plus importantes, surtout lorsqu'ils ne touchaient aucune rémunération de base, et ainsi à négliger d'autres activités ou responsabilités importantes. D'autres ASC ont exprimé leur mécontentement à l'égard des modèles d'incitations fondées sur les performances, en particulier concernant les montants versés et les paiements irréguliers et incomplets de ce type d'incitations *(45, 143)*. L'équipe chargée de la revue systématique a jugé très faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues a conclu que la rémunération monétaire (salaires, incitations financières ou revenus provenant de la vente de produits) et les incitations non-monétaires (le respect, la confiance, la reconnaissance, et les possibilités de développement personnel, d'apprentissage et d'avancement professionnel) sont des facteurs importants pour les ASC et peuvent contribuer à réduire les taux d'attrition *(17, 51, 121, 123, 144, 145)*. Les droits des ASC et la nécessité de leur octroyer une rémunération financière stable n'étaient abordés que dans une seule revue qui soulignait que les agents réclamaient systématiquement (en vain) des emplois salariés *(146)*.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a montré que l'octroi d'incitations tant financières que non-financières était jugé faisable et acceptable, tandis que la possibilité d'un salaire minimum pour les ASC était plutôt jugée entre faisable et incertaine.

7.7.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Les ASC sont, dans certains contextes, des prestataires de soins essentiels qui interviennent en première ligne dans le système de santé. Leur intégration dans les systèmes de santé officiels nécessite peut-être qu'ils soient reconnus et rémunérés. Les mécanismes de paiement et les mesures de récompense varient selon qu'ils sont à temps plein ou à temps partiel, polyvalents ou monovalents.

Le GDG a fait remarquer que la recommandation d'octroyer une gratification financière aux ASC concernait des agents de tous types et aux capacités différentes, mais qu'elle ne devait pas exclure a priori de continuer de recourir à des personnes dévouées, disposées à remplir leur rôle en tant que bénévoles, et dont le principal moyen de subsistance provenait d'une source différente. Il est parfois difficile de faire la distinction entre les bénévoles qui souhaitent rester bénévoles (par exemple parce qu'ils ont un travail à plein temps différent et ne consacrent que quelques heures par mois à leurs activités de bénévolat) et les ASC sans autre source de revenus qui ne perçoivent actuellement aucune rémunération en échange de leur travail. Conscient que la frontière entre ces deux situations peut être mince, le GDG a précisé dans sa recommandation que la gratification financière devait être proportionnée au rôle, aux capacités, au degré d'efforts demandé et au nombre d'heures travaillées par les ASC. Il incombe aux autorités des juridictions concernées de définir cette distinction de manière plus précise.

Le GDG a indiqué que, qu'il y ait gratification financière directe ou non en échange du travail fourni, tous les ASC et les bénévoles devraient être indemnisés de manière à couvrir les frais encourus dans l'exercice de leur fonction.

Le GDG a souligné l'importance des incitations non-monétaires, en signalant toutefois qu'elles ne sauraient se substituer à une gratification financière, et à l'inverse que la gratification financière ne saurait se substituer aux incitations non-monétaires, comme un environnement respectueux et propice au travail et des possibilités de développement professionnel et de progression de carrière.

Étant donné que la plupart des problèmes ressortis des études concernant la rémunération des ASC portaient en réalité sur une forme particulière de paiement (les incitations fondées sur les performances), le GDG a choisi d'isoler cette forme de paiement de la recommandation générale et d'y consacrer une recommandation à part.

7.7.5 Considérations de mise en œuvre

L'octroi d'une gratification financière aux ASC pourrait prendre plusieurs formes (salaire, allocation, honoraires et incitations monétaires) en fonction du statut de l'employé et des lois et règlements en vigueur dans la juridiction concernée.

Les pays devraient envisager la gratification financière des ASC comme une partie intégrante de la planification globale du système de santé et fournir des ressources suffisantes pour mettre en œuvre cette recommandation en mobilisant et en privilégiant les ressources nécessaires.

L'octroi d'incitations non-monétaires doit également être envisagé en plus d'une gratification financière afin d'améliorer les performances des programmes d'ASC.

Si le GDG a mis en garde contre l'adoption d'incitations fondées sur les performances en tant que mécanisme unique ou prédominant de rémunération des ASC, ce type d'incitation pourrait toutefois être maintenu dans les contextes où il est bien établi et jugé efficace à condition de s'accompagner de mesures spéciales visant à en minimiser les inconvénients connus et potentiels.

Recommendation 8 : Accords contractuels

Recommandation 8
L'OMS *recommande* de fournir aux ASC rémunérés un accord écrit précisant leurs rôles et leurs responsabilités, leurs conditions de travail, leur rémunération, et leurs droits en tant que travailleurs.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – forte.

7.8.1 Contexte de la recommandation

Comme les ASC travaillent à l'intersection entre les communautés et les systèmes de soins de santé officiels, leur rôle et leur identité au sein de la structure de soins de santé ont toujours manqué de clarté *(21)*. L'importance et l'impact des ASC en matière de prestations de soins de santé sont généralement reconnus et appréciés dans le secteur. Toutefois, des contrats et des accords permettraient de définir officiellement et explicitement les responsabilités dévolues aux ASC ainsi que leurs droits et privilèges, et pourraient constituer un outil

facilitant l'intégration officielle des agents au système de soins de santé. Les contrats officiels, dans le contexte qui nous intéresse, désignent des accords écrits stipulant les conditions de travail et les droits des ASC, les responsabilités inhérentes à leur fonction, la durée de leur emploi et les modalités de leur rémunération.

On considère que les contrats peuvent constituer une mesure incitative, favoriser la stabilité et la sécurité de l'emploi et renforcer la protection et la sécurité au travail. En outre, les contrats officiels créent un environnement propice au développement professionnel, car ils obligent ou incitent généralement les employeurs à accompagner le développement professionnel des salariés et à assurer leur supervision *(147)*. Pour le système de santé, les contrats présentent l'avantage de pouvoir servir de point de référence pour la redevabilité des ASC.

7.8.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a fait remarquer que les données factuelles justifiant de l'efficacité des contrats officiels pour améliorer les performances des ASC étaient limitées. Toutefois, et malgré la fiabilité médiocre des données factuelles, le GDG a indiqué qu'un type d'accord écrit était essentiel pour faire respecter les droits des travailleurs et constituait un aspect important de l'Agenda pour le travail décent. C'est pourquoi le GDG a voté à une écrasante majorité (17 contre un, une personne n'ayant pas participé au vote) en faveur de l'adoption d'une recommandation forte, malgré la fiabilité médiocre des données factuelles.

Le GDG n'a appliqué cette recommandation qu'aux ASC rémunérés, car l'appliquer aux bénévoles induirait une notion d'obligation (en vertu du contrat) dans la relation entre le système de santé et le bénévole. Cela pourrait éventuellement représenter une infraction aux droits fondamentaux des travailleurs et irait à l'encontre du principe du bénévolat, qui par nature est non obligatoire *(148)*.

7.8.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.8)** de la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils bénéficier d'un contrat de travail officiel, ou non ? » (149)* a permis d'identifier deux études quantitatives admissibles : une enquête transversale analysant les facteurs qui influencent les performances des ASC travaillant dans le cadre de programmes de lutte contre le paludisme en Ouganda *(150)*, et un essai contrôlé randomisé évaluant l'impact de différents types de contrats de travail pour les ASC sur la prestation de services de vaccination au Pakistan *(135)*. La signature d'un contrat ou l'acceptation d'une lettre d'engagement faisaient partie des facteurs associés à de meilleures performances (mesurées du point de vue des résultats de la prestation de services). L'équipe chargée de la revue systématique a jugé faible le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues n'a révélé aucune preuve indiquant un lien direct avec l'option politique concernée par cette question.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a permis de constater que la mise en place par le système de santé de contrats de travail officiels pour les ASC était à la fois acceptable et faisable.

7.8.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Le GDG a interprété les données factuelles limitées qui étayent l'efficacité des dispositions contractuelles pour officialiser le rôle des ASC en exercice rémunérés, en tenant compte de l'importance et des implications d'un accord officiel sur les relations professionnelles et les droits des travailleurs. Le GDG a également conclu que les contrats officiels pour les ASC rémunérés pouvaient permettre de renforcer leur motivation et de les fidéliser.

Le GDG a indiqué qu'il importait que les directives soient cohérentes avec les réglementations générales en vigueur en matière de droits des travailleurs, mais aussi que toutes ses recommandations soient cohérentes entre elles ; en particulier, l'officialisation des droits, des responsabilités et des conditions de travail visés par cette recommandation renforce et complète la recommandation 5 sur la certification, la recommandation 7 sur la rémunération et la recommandation 9 sur la progression de carrière.

7.8.5 Considérations de mise en œuvre

Cette recommandation ne concerne que les ASC en exercice rémunérés. Les ASC bénévoles ne doivent pas faire l'objet de contrats officiels ni de quelque autre type d'accord contraignant.

Les dispositions contractuelles, qui peuvent s'appliquer aux employés du secteur public comme privé, doivent tenir compte des cadres législatif et réglementaire de la juridiction concernée. En particulier, il conviendra peut-être d'adapter la terminologie exacte, sachant que le terme « contrat » induit des obligations très spécifiques dans certains contextes, qui pourraient malencontreusement entraver ou empêcher l'institutionnalisation des ASC. Fondamentalement, l'application de la recommandation sera bénéfique si l'accord écrit contraignant précise les rôles, les responsabilités, les droits et les conditions de travail, y compris la rémunération, des ASC.

Recommandation 9 : Progression de carrière

Recommandation 9
L'OMS *suggère* de proposer une progression de carrière aux ASC en exercice, reconnaissant que la formation supplémentaire et l'évolution de carrière sont liées aux critères de sélection, à la durée et au contenu de la formation initiale, à la certification fondée sur les compétences, à la durée de service et à l'évaluation des performances.

Degré de fiabilité des données factuelles – faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.9.1 Contexte de la recommandation

Le fait d'offrir aux agents de santé des perspectives de progression de carrière (c'est-à-dire la possibilité de prétendre progressivement à des postes plus élevés dans le système de santé, d'améliorer leurs compétences ou d'élargir leurs responsabilités) est universellement considéré comme une bonne pratique permettant de renforcer la motivation et la rétention. Cette politique revêt une importance particulière pour les ASC *(151)*, car la rétention de ces personnels pose problème pour plusieurs raisons *(152, 153)*. La question consiste à savoir si le fait d'offrir aux ASC la possibilité de progresser dans leur carrière en suivant une nouvelle formation ou en acquérant de nouvelles compétences peut leur permettre de mieux répondre aux besoins sanitaires de la communauté et si cela peut avoir une incidence positive sur la satisfaction au travail et les taux de rétention.

7.9.2 Fondement de la recommandation

Le GDG, malgré le peu de données factuelles portant directement sur cette question, a formulé une recommandation essentiellement fondée sur l'expertise de ses membres et sur l'ensemble des bonnes pratiques admises dans les domaines des ressources humaines et de la gestion des effectifs de santé.

Le GDG a jugé que le fait d'offrir aux ASC des perspectives de progression de carrière au bout d'un certain nombre d'années de service satisfaisant pouvait potentiellement améliorer la motivation et la satisfaction au travail, favoriser la rétention et minimiser l'attrition. Le GDG a conclu que ces bénéfices l'emportaient sur les inconvénients potentiels liés à l'appauvrissement de la réserve d'ASC en exercice et que, au contraire, les structures et programmes de progression de carrière pouvaient contribuer de manière positive à la mobilité sociale ascendante évoquée dans l'Agenda pour le travail décent.

C'est pourquoi, malgré les rares données factuelles disponibles, le GDG a adopté une recommandation conditionnelle en faveur de la mise en place pour les ASC d'un cadre de progression de carrière.

7.9.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.9)** de la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils bénéficier de perspectives ou d'un cadre de progression de carrière, ou non ? » (154)* n'a permis d'identifier qu'une seule étude admissible. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé mené en Zambie, qui compare l'impact de l'exposition à diverses affiches de recrutement, les unes mettant en avant comme facteur d'incitation les possibilités d'avancement, les autres l'appartenance à la fonction publique et l'identité sociale *(151)*. Les résultats ont révélé que lorsqu'on offrait des perspectives de progression de carrière en tant qu'incitation lors du recrutement des ASC, on finissait par recruter des agents de santé plus ambitieux et plus qualifiés, et qui affichaient statistiquement de bien meilleures performances en matière de fréquentation des cliniques, de visites à domicile, de comportements dans les foyers et de résultats sanitaires chez les enfants. Il n'y avait au bout de 18 mois aucune différence entre les deux groupes concernant les taux de rétention.

L'examen systématique des revues a permis de conclure que les perspectives de progression de carrière étaient une mesure d'incitation non-financière importante parmi d'autres qui pouvaient améliorer la motivation des ASC, sachant toutefois que cette conclusion était le plus souvent formulée par les auteurs des revues plutôt que fondée sur des données factuelles avérant toute forme d'efficacité *(17, 51, 121, 123, 144, 145)*.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a permis de conclure qu'une offre de progression de carrière aux ASC était acceptable mais que sa faisabilité pouvait être variable selon les contextes.

7.9.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Le GDG a interprété le manque de données factuelles dans ce domaine comme témoignant du peu de perspectives de progression de carrière actuellement à la disposition des ASC dans la plupart des contextes, ce qui explique également l'absence de toute évaluation officielle de telles perspectives (puisqu'elles n'existent pas). Les données factuelles plus larges issues de l'examen systématique des revues, ainsi que le niveau élevé d'acceptabilité relevé dans l'enquête sur la perception des parties prenantes, démontrent que les décideurs politiques et les agents ont la volonté d'harmoniser les politiques concernant les ASC avec les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines, y compris en offrant des perspectives d'avancement de carrière.

Les écarts dans les niveaux d'éducation, les qualifications, le statut de la certification et les rôles des ASC, signifient toutefois que le degré de faisabilité de l'adoption de cette option politique est très variable.

7.9.5 Considérations de mise en œuvre

La disponibilité et la définition des possibilités de progression de carrière doivent faire partie intégrante des programmes relatifs aux ASC dès la phase de conception. Les prérequis pour pouvoir accéder à des formations supplémentaires et des perspectives d'avancement devront peut-être être reliés aux critères de sélection utilisés lors du recrutement pour la formation initiale (voir la recommandation 1), à la durée et au contenu de la formation initiale (recommandations 2 et 3) et à la certification fondée sur les compétences (recommandation 5).

Si le niveau d'éducation préexistant le permet, l'offre d'une progression de carrière aux ASC peut ouvrir la voie vers d'autres qualifications dans le domaine de la santé, sous réserve de réussir toutes les formations complémentaires requises. Dans le cas de niveaux d'éducation plus faibles que le minimum requis pour la formation à d'autres professions de santé, des modalités de progression de carrières différentes pourraient toutefois permettre l'accès à des postes d'encadrement des ASC (par exemple, ceux qui ont une certaine ancienneté et affichent de bons résultats pourraient accéder à des postes où ils contribueraient à la formation, la supervision et l'encadrement d'ASC moins expérimentés).

Les obstacles réglementaires et juridiques à la progression de carrière des ASC doivent être pris en compte au moment de la conception du programme, lequel doit être compatible avec l'environnement normatif en vigueur dans la juridiction concernée.

Recommandation 10 : Taille de la population cible

Recommandation 10

L'OMS *suggère* d'utiliser les critères suivants pour déterminer la taille de la population cible dans le cadre des programmes relatifs aux ASC. Critères à adopter dans la plupart des contextes :

- la charge de travail basée sur l'épidémiologie et la demande prévue de services ;
- la fréquence des contacts requis ;
- la nature et les contraintes de temps des services fournis ;
- la durée hebdomadaire attendue de l'engagement des ASC (tenant compte du temps consacré à la formation et non à la prestation de services, des tâches administratives et d'autres exigences) ; et
- la géographie locale (y compris la proximité des ménages, la distance jusqu'à la clinique et la densité de population).

Critères pouvant être pertinents dans certains contextes :

- les conditions météorologiques et climatiques ;
- la disponibilité et le coût du transport ;
- la sécurité des personnels de santé ;
- la mobilité de la population ; et
- les ressources humaines et financières disponibles.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.10.1 Contexte de la recommandation

La charge de travail excessive figure de manière notable parmi les nombreuses difficultés qui peuvent expliquer de mauvaises performances des ASC, car elle est souvent indirectement liée à l'augmentation de la taille de la population desservie par chaque agent *(155, 156)*. Le facteur en question ici est la taille de population optimale, ou nombre optimal de patients, qui maximise l'efficacité des ASC. De nombreux facteurs ont été signalés comme ayant une incidence sur les performances des ASC mais peu d'études ont été réalisées pour savoir quelles étaient les initiatives qui fonctionnaient le mieux pour gérer la charge de travail des ASC et améliorer leurs performances, et comment mettre en œuvre ces initiatives. Cette volonté de comprendre comment répartir la charge de travail des personnels de santé communautaires est étroitement liée à la question de savoir s'il faut assigner aux ASC une taille de population cible et en quoi celle-ci peut avoir une incidence sur la productivité, la couverture et les résultats sanitaires des agents.

7.10.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a reconnu la nécessité de déterminer une taille de population cible adéquate afin de maintenir une charge de travail réaliste et d'optimiser les performances des ASC. Étant donné la grande diversité des rôles des ASC, le GDG a jugé que la recommandation devait concerner essentiellement les facteurs qui doivent être pris en compte à l'échelon national pour définir une taille de population cible optimale. Le degré de fiabilité des données factuelles était très faible, ce qui explique le caractère conditionnel de la recommandation.

7.10.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.10)** de la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, conviendrait-il de fixer une taille de population cible, ou non ? » (157)* a permis d'identifier cinq études quantitatives admissibles, réalisées au Bangladesh, en Inde, en Afrique du Sud et en Ouganda (deux études). Les études incluses indiquent que les performances des ASC sont influencées par la taille de population, ou charge de travail, qui leur est assignée. Toutefois, les données factuelles concernant la taille de population optimale pour les ASC sont ambiguës. D'un côté, une charge de travail excessive pourrait entraîner une baisse de motivation et au final des performances moindres des ASC *(158)*, le ratio ASC-population étant identifié comme influant sur les performances des agents, et certaines données factuelles suggérant qu'une couverture de population restreinte est préférable *(159, 160)* ; de l'autre, certaines données factuelles suggèrent qu'une charge de travail supplémentaire pourrait être intégrée aux responsabilités existantes des ASC sans impact significatif sur leurs performances, et pourrait même parfois améliorer leurs résultats sanitaires *(161)*. Par ailleurs, il a été constaté que l'augmentation de la charge de travail des ASC était financièrement avantageuse lorsqu'elle était accompagnée d'un soutien et d'une supervision suffisants *(162)*. Dans les études incluses, peu de données factuelles étayent l'acceptabilité et la faisabilité de définir une taille de population cible pour les ASC en exercice. L'équipe chargée de la revue systématique a jugé très faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues a permis de conclure que les décisions relatives aux populations desservies devaient se fonder sur des considérations diverses : la fréquence des contacts requis, la nature des services fournis, la durée hebdomadaire attendue de l'engagement des ASC, la géographie locale (y compris la proximité des ménages), les conditions météorologiques et la disponibilité du transport *(16, 17, 124)*. Une revue a permis de constater que pour les interventions constituées de visites à domicile seulement, la taille de la population desservie n'avait aucun effet systématique sur la mortalité néonatale. Toutefois, lorsque les interventions impliquaient également la mobilisation de la communauté, la mortalité néonatale affichait une baisse plus importante quand la population desservie par ASC était plus restreinte *(66)*. Une autre constatation liée était qu'une charge de travail élevée pouvait entraîner une baisse de motivation chez les ASC *(121)*.

7.10.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

La variabilité des données factuelles indique que les pratiques existantes pour déterminer la taille de population cible et la charge de travail des ASC sont très disparates, la conséquence étant que certains programmes sont en train d'épuiser les capacités de leurs agents de santé, tandis que dans d'autres contextes, une charge de travail supplémentaire peut être tolérée sans compromettre la qualité, et s'avérer parfois même financièrement avantageuse. La diversité des situations de référence, des rôles, des responsabilités et des niveaux d'effort des ASC signifie qu'il n'est pas possible de définir des références mondiales en matière de charge de travail ou de populations cibles appropriées. Les données factuelles font plutôt ressortir la nécessité d'identifier des références réalistes et spécifiques à chaque contexte.

Ainsi, certains critères seront universellement pertinents (tels que le nombre attendu de patients fondé sur l'épidémiologie locale, la fréquence des contacts requis et la durée de l'engagement des ASC) *(163)*, tandis que d'autres seront particulièrement pertinents seulement ou essentiellement dans certains contextes (par exemple, les facteurs liés à l'accessibilité géographique de la zone desservie, la disponibilité du transport, la distance jusqu'à la clinique et la densité de population).

7.10.5 Considérations de mise en œuvre

La planification des zones desservies par les ASC, y compris la taille optimale et la répartition géographique de leur population cible, doit être intégrée à la planification globale des effectifs de santé et être alignée sur les stratégies nationales de santé *(1)*. Il sera peut-être nécessaire d'ajuster les normes et structures habituelles de recrutement dans les contextes ou les situations d'urgence aiguë ou prolongée, car ceux-ci peuvent avoir une incidence sur la demande et les besoins de la population mais aussi sur la capacité des autres personnels de santé à fournir les services nécessaires.

Recommandation 11 : Collecte et exploitation de données

Recommandation 11

L'OMS *suggère* que les ASC en exercice documentent les services qu'ils dispensent et qu'ils recueillent, rassemblent et exploitent des données de santé sur les activités de routine, notamment au moyen de solutions de santé mobiles pertinentes. Les éléments propices à la réussite incluent la réduction au maximum de la charge de compte rendu et l'harmonisation des besoins en données ; l'assurance de la confidentialité et de la sécurité des données ; la formation des ASC pour les doter des compétences nécessaires ; et la fourniture aux agents de retours d'informations sur leurs performances fondés sur les données collectées.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.11.1 Contexte de la recommandation

Si la collecte de données par les ASC peut servir différents objectifs, par exemple faciliter la surveillance et la recherche, l'un des principaux objectifs de la collecte régulière de données est l'amélioration des prestations de services. La collecte et l'exploitation de données font partie intégrante des stratégies d'amélioration continue de la qualité et ont fait la preuve de leur efficacité pour améliorer les résultats dans des contextes très variés *(164-167)*. Dans le cadre de l'amélioration des pratiques, les données générées par le biais de l'observation des pratiques des ASC sont collectées dans plusieurs objectifs, en particulier :

- assurer le suivi de la prestation de services afin de procéder à des ajustements et d'identifier les besoins du programme (par exemple, ruptures de stock, tendances épidémiologiques et besoins en ressources humaines), de sorte que les services offerts répondent aux besoins des bénéficiaires ;
- mobiliser les communautés pour trouver des solutions locales aux problèmes identifiés ; et
- superviser les ASC et leur offrir un soutien pour renforcer leurs connaissances, leurs compétences et leur savoir-faire, dans l'intérêt des bénéficiaires des services.

Dans le cas du dernier objectif mentionné, on part du principe fondamental que l'amélioration du savoir-faire et des compétences entraînera l'amélioration des prestations de services, et ainsi des résultats des interventions de santé dans les communautés. La collecte de données par les ASC représente un moyen potentiellement précieux, bien qu'encore insuffisamment documenté, d'améliorer les services de santé communautaires *(14)*. Ce potentiel doit toutefois être appréhendé en tenant compte de facteurs tels que la propriété des données, l'accès aux données et le respect des données personnelles des patients.

7.11.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a indiqué que la plupart des données factuelles publiées confirmaient que les ASC avaient un rôle à jouer dans la collecte et l'exploitation des données, un constat qui confirme les conclusions d'études plus larges menées sur les systèmes d'information sanitaire et l'amélioration de la qualité. Eu égard au faible degré de fiabilité des données factuelles de base, et sachant que les stratégies les plus appropriées peuvent varier selon le contexte, le GDG a adopté une recommandation conditionnelle en faveur de l'option politique concernée. Pour éviter le risque potentiel de surcharger les ASC de travaux de collecte de données, le GDG a souligné l'importance d'identifier des éléments propices qui permettraient aux agents de contribuer efficacement à la collecte, au rassemblement et à l'exploitation des données.

7.11.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.11)** de la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils collecter, rassembler et exploiter des données sanitaires, ou non ? » (168)* a permis d'identifier huit études quantitatives admissibles, quatre études qualitatives et deux études employant des méthodes mixtes, réalisées dans sept pays d'Afrique subsaharienne, au Brésil, au Cambodge et aux États-Unis.

Dans toutes ces études, il a été constaté que l'implication des ASC dans les processus de collecte de données contribuait à l'amélioration des performances des programmes relatifs aux ASC, et ce à travers plusieurs résultats : réduction de l'absentéisme *(169)* et de l'attrition *(170)*, amélioration des prestations de services *(150, 171-173)*, modifications dans le fonctionnement du système de santé, amélioration des connaissances, de l'auto-efficacité et de l'estime de soi des agents, et amélioration de la productivité *(173, 174)*. Certaines études soulignaient le fardeau que représente la collecte de données en matière de charge de travail supplémentaire pour les ASC.

L'évolution de la santé de la communauté *(175)* et la fiabilité, ainsi que les processus de collecte de données qui pouvaient éventuellement influencer une baisse de la mortalité *(172)* et de la morbidité *(176)*, ont également été examinés.

Nombre des études incluses analysent le rôle de la collecte de données via une application de santé mobile (mHealth). Ces études ont révélé que les technologies mobiles amélioraient généralement les programmes relatifs aux ASC *(169, 171-174, 177)*, à quelques exceptions près : par exemple, aucune différence dans la satisfaction au travail des agents n'a été relevée entre les groupes d'un essai contrôlé randomisé mené en Sierra Leone pour évaluer l'impact d'un programme de collecte de données fondé sur mHealth *(178)*.

Peu d'informations étaient fournies sur la manière dont les processus de collecte de données étaient intégrés à la supervision, au coaching et autres activités comparables visant à apporter un soutien aux ASC dans leur travail.

Des entretiens avec des parties prenantes et des experts internationaux ont permis de conclure que les taux de rétention et d'attrition des ASC pouvaient éventuellement être améliorés

si les données qu'ils collectaient présentaient un intérêt clair pour eux. Les chercheurs suggèrent notamment pour cela que les ASC collectent et analysent les données pour les appliquer à leur environnement de travail, que les superviseurs des agents leur fournissent davantage de soutien afin que les données qu'ils collectent soient résolument utilisées à des fins de développement professionnel et saisies dans des outils qui seront mis à la disposition de la communauté *(170)*.

L'équipe chargée de la revue systématique a jugé très faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues a permis d'identifier une revue qui suggérait une économie de coûts de 24 % lorsque les ASC collectaient les données via des assistants numériques personnels plutôt que par le biais de méthodes manuelles traditionnelles de collecte et de transmission de données *(104)*.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a permis de conclure que l'implication des ASC dans la collecte et l'exploitation des données était à la fois acceptable et faisable.

7.11.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Dans l'ensemble, les résultats de ces études indiquent que la collecte de données par les ASC serait potentiellement bénéfique pour les services de santé communautaires, sur un large éventail de produits et résultats.

Le GDG a tenu compte d'inconvénients possibles que les études n'avaient pas relevés, notamment le risque que les ASC soient distraits de leurs tâches de prestation de services, prévention des maladies et promotion de la santé ; le risque de lassitude si les données collectées ne sont pas exploitées et comprises ; les risques liés à la confidentialité et à la sécurité des données ; et le risque moral et de fausses estimations ou déclarations lorsque la production et la communication des données sont liées à des incitations fondées sur les performances ou à d'autres activités génératrices de revenus.

Dans l'ensemble, le GDG a conclu qu'il y aurait certainement plus d'avantages que d'inconvénients à renforcer et systématiser le rôle des ASC dans la collecte de données. Il a également conclu que la politique devait créer les conditions propices à la réussite de ce genre d'initiative, notamment en mettant l'accent sur la définition de critères et indicateurs harmonisés pour les données que les ASC d'un programme ou d'une juridiction devront privilégier, et en veillant à la mise en place de mécanismes appropriés pour l'exploitation des données et les retours d'information. Au regard du degré de fiabilité très faible des données factuelles, et conscient de la nécessité d'adaptation aux différents contextes, le GDG a qualifié sa recommandation de conditionnelle.

7.11.5 Considérations de mise en œuvre

Dans la plupart des pays, les systèmes d'information sur la gestion sanitaire n'incluent que très peu, voire pas du tout de données collectées par les ASC, alors que l'importance de leur contribution à la collecte de données est avérée : par exemple, lors de la collecte de données mondiales sur la tuberculose organisée en 2017 par l'OMS, 53 pays ont fourni des données confirmant que les ASC contribuaient au signalement de nouveaux cas ou à l'accompagnement du traitement. Ce chiffre a triplé depuis 2013, quand la première collecte de données mondiales sur la tuberculose a eu lieu (179). Toutefois, il n'y a pas toujours nécessairement de systèmes d'assurance qualité qui permettent le déploiement du processus de collecte de données. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte lors de la conception et de la mise en œuvre de politiques incluant les ASC dans la collecte et l'exploitation des données sanitaires, notamment : la mise en place de mécanismes de contrôle de la qualité appropriés ; l'existence de canaux de traitement des données en amont ; l'interopérabilité entre les mécanismes de données alimentés par les ASC et l'ensemble du système d'information pour la gestion sanitaire ; et la mise en place de mécanismes de retour d'information de sorte que les ASC puissent eux aussi tirer avantage des données qu'ils collectent et rassemblent.

Il convient par ailleurs de reconnaître qu'une collecte de données solide exige à la fois des compétences particulières et du temps. Les compétences requises doivent être prises en compte lors de l'élaboration du contenu de la formation initiale des ASC ainsi que dans toutes les activités ultérieures de formation continue. Il importe également de normaliser et d'harmoniser les critères de collecte de données pour différents types de prestataires dispensant les mêmes services. Ces critères doivent être réduits au minimum afin de garantir que la charge de travail des ASC se maintienne à des niveaux raisonnables et concilie convenablement les activités de prestation de services, la prévention des maladies et la promotion de la santé d'une part, et les tâches administratives (y compris la tenue de registres) d'autre part. La collecte de données sur la mesure dans laquelle les citoyens sont satisfaits des services fournis par les ASC eux-mêmes nécessitera certainement de recourir à une tierce partie neutre, objective, par exemple à leurs superviseurs.

L'exploitation du potentiel prometteur des applications mHealth nécessite la prise en compte de facteurs tels que l'accès durable à des téléphones mobiles et à un réseau mobile, le développement de logiciels adaptés au contexte local, la formation continue des ASC, et la question du respect de la vie privée et de la sécurité des patients.

Recommandation 12 : Types d'agents de santé communautaires

Recommandation 12
L'OMS *suggère* d'adopter des modèles de prestation de services incluant des ASC chargés de tâches générales au sein d'équipes intégrées de soins primaires. Les ASC chargés de tâches plus sélectives et spécifiques peuvent jouer un rôle complémentaire lorsque cela est nécessaire en fonction des besoins de santé de la population, du contexte culturel et de la configuration des effectifs.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.12.1 Contexte de la recommandation

La prestation de services de soins primaires peut être plus efficace lorsqu'elle est effectuée dans le cadre d'un travail d'équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire. Cela signifie que les professionnels de la santé doivent savoir travailler au sein d'équipes qui fonctionnent bien et qui respectent une répartition optimale des rôles et des tâches en fonction des compétences *(1, 180)*.

Les ASC sont souvent exclusivement formés de manière à être spécialisés dans des soins relatifs à une seule maladie, par exemple le diabète ou le VIH *(181, 182)*. Il existe des situations dans lesquelles les ASC, par le biais d'approches diverses aux degrés de réussite variés, ont été intégrés à des équipes de soins primaires afin de dispenser une gamme plus large de services, le plus souvent dans le domaine de la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent *(183-186)*.

7.12.2 Fondement de la recommandation

Cette question de politique se distinguait des autres, car elle n'était associée à aucune donnée factuelle admissible ni dans la revue systématique portant spécifiquement sur la question, ni dans l'examen systématique des revues. Le GDG devait par conséquent s'appuyer exclusivement sur des données factuelles indirectes issues d'autres revues et études plus larges et sur l'expertise et les capacités existantes au sein du GDG.

Le GDG a relevé l'existence de données factuelles confirmant l'efficacité des deux modèles à l'étude : l'un dans lequel des ASC polyvalents remplissent un éventail relativement large de fonctions, et l'autre dans lequel les ASC ont été formés pour dispenser un service unique ou un ensemble de services de prévention, promotion, traitement ou soins liés à une maladie unique ou un groupe de maladies.

L'adoption d'une approche de soins de santé primaires qui serait intégrée et centrée sur la personne *(187)* signifie toutefois que les effectifs de santé doivent être configurés de sorte que les agents de santé qui sont les premiers points de contact du système soient dotés d'un ensemble relativement large de compétences pour pouvoir mieux répondre aux besoins de la population et aux demandes de services, ou, à défaut, les orienter vers le niveau de soins qui convient. Par conséquent, le GDG a recommandé que, dans les contextes où les agents de santé qui sont en première ligne de la prestation de services sont des ASC, ceux-ci aient un profil polyvalent, qui leur permette de dispenser un éventail de services de soins de santé primaires essentiels. Sachant que certains environnements peuvent présenter des situations épidémiologiques, des contextes culturels et des systèmes de santé particuliers, il faut envisager, dès lors que cela sert les objectifs des politiques publiques et contribue à atteindre les objectifs de santé de la population, d'ajouter des ASC plus spécialisés, dont les rôles seront clairement distincts de ceux des ASC polyvalents.

Eu égard au manque de données factuelles sous-jacentes sur les types d'ASC et à la nécessité d'adapter les mesures aux contextes nationaux, le GDG a adopté une recommandation conditionnelle.

7.12.3 Résumé des données factuelles

Ni la revue systématique **(annexe 6.12)** portant spécifiquement sur la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires ou d'un système monodisciplinaire ? » (188)*, ni l'examen systématique des revues n'ont permis d'identifier des études admissibles pouvant avoir un lien direct avec cette question.

7.12.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Le GDG a souligné que le manque de données factuelles sur cette question de politique pouvait s'expliquer par le fait que les études étaient typiquement axées sur l'analyse de l'expérience

d'un programme ou d'une initiative relatif aux ASC (que ce soit à l'échelon national ou dans le cadre d'un petit projet pilote) et qu'elles comparaient rarement les initiatives les unes avec les autres en tant que différentes options.

Des données factuelles démontrent que les ASC monovalents et les ASC polyvalents sont tous deux efficaces pour dispenser une plus large gamme de services de soins de santé primaires. Le GDG a également tenu compte du fait qu'en imposant aux ASC un ensemble de contraintes irréalistes, on prenait le risque de voir la qualité des services se détériorer et l'attrition augmenter pour cause d'épuisement.

Dans l'optique d'appuyer un modèle intégré de prestation de services qui réponde aux attentes de la population, le GDG a considéré que les décideurs politiques devaient par défaut, dans les contextes où les ASC sont amenés à jouer un rôle important dans la prestation des services, adopter un modèle d'ASC polyvalents, capables de comprendre les besoins de la communauté et de fournir des services en respectant un cadre holistique et des rôles et des tâches bien définis. À l'inverse, un modèle fondé exclusivement sur des ASC spécialisés risque d'entraîner une fragmentation des soins, et donc des lacunes dans la prestation des services et un manque d'efficacité.

Dans les contextes où l'épidémiologie, la prestation de services locaux et la configuration des effectifs de santé justifient ce choix, il faut envisager de compléter une équipe de soins de santé primaires composée d'ASC polyvalents avec des ASC spécialisés dans la prestation d'une tâche unique ou dans quelques fonctions seulement. Les ASC qui interviennent en tant que bénévoles, ou ceux qui proviennent de groupes de patients et fournissent des services aux gens souffrant de la même maladie qu'eux, seront plutôt des ASC spécialisés dans un ou peu de domaines.

7.12.5 Considérations de mise en œuvre

La définition du rôle et de la typologie des ASC doit faire partie d'une approche plus globale des politiques publiques, qui appréhende la planification du système de santé et des effectifs de santé dans leur ensemble. Il convient, avant d'examiner les options politiques concernant les typologies d'ASC les plus appropriées à un contexte donné, de procéder à l'évaluation des besoins de la population et des effectifs de santé. L'évaluation de la nécessité et de la possibilité que les ASC fassent partie intégrante d'une équipe de soins de santé primaires doit également prendre en compte l'acceptabilité par les communautés desservies et les autres professionnels de la santé.

La définition des rôles et de la typologie des ASC est un aspect essentiel de la planification, qui doit orienter la détermination d'autres éléments des recommandations des présentes directives, notamment la taille de population cible, les critères de sélection, et les exigences relatives à la formation et l'accréditation.

Recommandation 13 : Engagement communautaire

Recommandation 13
L'OMS *recommande* d'adopter les stratégies d'engagement communautaire suivantes dans le cadre des programmes relatifs aux ASC en exercice :

- consulter les dirigeants communautaires avant la mise en place du programme ;
- faire participer la communauté à la sélection des ASC ;
- suivre les ASC ;
- sélectionner et hiérarchiser les activités des ASC ;
- soutenir les structures communautaires ; et
- impliquer les représentants de la communauté dans les processus de prise de décisions, de résolution des problèmes, de planification et de budgétisation.

Degré de fiabilité des données factuelles – modéré. Force de la recommandation – forte.

7.13.1 Contexte de la recommandation

De plus en plus, les décideurs politiques reconnaissent et soutiennent l'engagement communautaire comme précieuse composante des programmes de santé. Le terme « communauté » peut désigner soit l'ensemble de la population vivant dans une zone géographique définie (rurale ou urbaine), soit un sous-groupe particulier de population nécessitant un soutien ciblé (par exemple, des personnes souffrant d'un problème de santé particulier ou des mères allaitantes). Les initiatives relatives à l'engagement communautaire ont été jugées efficaces pour atteindre certains objectifs liés à la santé, car elles ont une incidence positive sur les comportements en matière de santé, l'alphabétisation sanitaire, l'auto-efficacité et le soutien social perçu à l'égard des populations vulnérables *(189-191)*.

Toutefois, l'absence de définition standard et convenue (y compris de ce qui compose une communauté dans un contexte urbain) et la multitude d'activités qui constituent l'engagement communautaire compliquent la mise en œuvre de l'engagement communautaire et l'évaluation de son efficacité *(189, 192, 193)*. Cela signifie également qu'il est très difficile de comparer l'engagement communautaire et son efficacité à travers des résultats et contextes sanitaires différents ; certaines formes et certains mécanismes d'engagement communautaire peuvent être plus ou moins efficaces, selon ce qu'on souhaite accomplir en priorité, la population concernée, et le contexte socioculturel. En outre, on sait qu'il existe le risque que la voix d'une communauté, quelle que soit sa définition, soit « détournée » par des groupes de pression ou des individus motivés par des intérêts personnels.

7.13.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a soupesé les avantages et les inconvénients d'inclure des activités d'engagement communautaire dans les programmes relatifs aux ASC. En se fondant sur les données factuelles disponibles et sur sa propre expertise, le GDG a conclu à l'unanimité que l'engagement communautaire représentait une intervention de santé communautaire essentielle, devant faire partie intégrante de la formation et des activités des ASC.

L'équipe chargée de la revue systématique a jugé le degré de fiabilité des données factuelles modéré mais l'impact potentiel très important, y compris sur la réduction des inégalités. De plus, le GDG n'a pas pu identifier de risques ni d'inconvénients significatifs associés à des activités d'engagement communautaire. Par conséquent, le GDG a formulé à l'unanimité une recommandation forte en faveur de l'adoption de l'engagement communautaire dans les programmes relatifs aux ASC.

7.13.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.13)** de la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC en exercice, les stratégies d'engagement communautaire sont-elles efficaces pour améliorer les performances et l'utilisation de ces programmes ? » (194)* a permis d'identifier 43 études admissibles (12 quantitatives, 25 qualitatives et six fondées sur des méthodes mixtes) réalisées dans les six régions de l'OMS, dont la majorité dans les régions Afrique et Asie du Sud-Est, une dans les Amériques et une en Europe.

Ces études s'étaient appuyées sur des stratégies très diverses d'engagement communautaire, voire souvent sur plusieurs d'entre elles. Le tableau 5 présente le classement par catégorie des stratégies identifiées dans les études.

Tableau 5 : Catégories de stratégies d'engagement communautaire

Stratégies d'engagement communautaire
Consultation de la communauté avant une intervention
Consultation des dirigeants communautaires avant la mise en place du programme
Réunions organisées par des dirigeants ou des membres de la communauté et visant à préparer la communauté à une intervention imminente
Sélection des agents de santé communautaires
Implication de la communauté dans l'élaboration des critères de recrutement des ASC
Implication de la communauté dans la nomination de membres de la communauté à des postes d'ASC
Implication des dirigeants communautaires dans la sélection et le recrutement des ASC
Formation des ASC
Implication de membres de la communauté ou organisations présélectionnés dans la conception d'une formation pour les ASC
Mise en œuvre du programme relatif aux ASC
Implication de la communauté dans l'organisation/le travail de collaboration liée à l'intervention des ASC
Implication des membres de la communauté pour assurer la rétention des ASC
Implication des dirigeants communautaires dans les activités des ASC
Mobilisation des membres de la communauté pour la mise en œuvre de l'intervention
Évaluation et supervision du projet et des ASC
Implication des membres de la communauté dans les prises de décisions, l'amélioration de la qualité et l'évaluation, p. ex. par le biais de réunions d'évaluation participatives
Mise en place d'un comité sanitaire local chargé de superviser le projet et les ASC

Les données factuelles montrent que les stratégies d'engagement communautaire peuvent se montrer efficaces pour améliorer le recours aux ASC et leurs performances. La plupart des études quantitatives, qualitatives et mixtes indiquent qu'un certain nombre de stratégies d'engagement communautaire ont des effets bénéfiques sur les extrants des performances des ASC, notamment sur leur degré de motivation, d'engagement et de satisfaction et leur rétention *(39, 134, 195-206)*. Il a également été constaté que les stratégies d'engagement communautaire avaient une incidence positive sur les résultats des ASC, notamment en instaurant la confiance de la communauté, en la sensibilisant aux programmes relatifs aux ASC de sorte qu'elle les soutienne et se les approprie. Trois essais contrôlés randomisés, portant sur les résultats en matière de santé maternelle et infantile dans des communautés rurales de pays à revenu faible ou intermédiaire *(70, 71, 207)*, montraient que les stratégies d'engagement communautaire étaient efficaces pour augmenter l'impact des programmes relatifs aux ASC au niveau de la population.

Certaines des stratégies d'engagement communautaire employées étaient mises en œuvre avant la conception et le déploiement du programme, comme par exemple les consultations avec les dirigeants communautaires avant la mise en place du programme *(43, 208-212)* et les réunions organisées par des dirigeants ou des membres de la communauté pour sensibiliser la communauté au lancement imminent d'une intervention *(213-215)*. D'autres stratégies encore étaient mises en œuvre au fur et à mesure du programme de manière à impliquer les membres de la communauté dans la mise en œuvre *(216-221)* ou venaient appuyer l'évaluation et la supervision continues du programme *(222-225)*.

À travers toutes les études, la stratégie d'engagement communautaire la plus fréquemment employée était l'implication de la communauté dans la nomination ou la sélection des ASC (voir également la recommandation 1), élément qui dans plusieurs études constituait un facteur d'amélioration du recours aux ASC et de leurs performances *(46, 133, 226-230)*.

Les stratégies d'engagement communautaire semblaient également refléter les différents niveaux de pouvoir qui étaient attribués aux membres de la communauté, même si cette dimension était difficile à évaluer à partir des descriptions fournies dans les études. Des données factuelles limitées suggèrent que la remise en question des hiérarchies sociales ou fondées sur le genre, en tenant compte des limitations du système de santé, peut favoriser l'efficacité des stratégies d'engagement communautaire dans les programmes relatifs aux ASC. Les obstacles sociaux et structurels pouvant entraver ou compromettre l'efficacité de l'engagement communautaire pour améliorer les performances des programmes relatifs aux ASC comprennent la stigmatisation, la pauvreté, la marginalisation des femmes, l'accès insuffisant à des soins de santé et les contraintes budgétaires des programmes. Plusieurs études qualitatives soulignaient clairement que certains facteurs, en compromettant la transparence et l'équité du processus de sélection des ASC, ont une incidence négative sur le recours aux ASC et leurs performances ; ces facteurs semblent avoir un impact interne, sapant l'engagement et la satisfaction des ASC, mais aussi externe, ébranlant la confiance de la communauté dans les ASC et les programmes liés. Ainsi, bien que 10 études impliquaient les dirigeants communautaires dans la sélection et le recrutement des ASC, il convient probablement de distinguer cette stratégie particulière de celle qui consiste à impliquer les membres de la communauté dans le processus de sélection des ASC (11 études), sachant toutefois que certaines études incluaient les deux stratégies. Certaines données factuelles mettent en garde sur la possibilité que ce mécanisme d'engagement communautaire crée des tensions avec les autorités locales ou les autres parties prenantes, et en leur sein.

Enfin, la revue systématique a permis de recenser des données factuelles indiquant que les stratégies d'engagement communautaire favorisent une plus grande équité sanitaire, qui se traduit par des résultats sanitaires améliorés chez la mère et l'enfant dans les populations vulnérables vivant dans des contextes à faible revenu. Ces stratégies ont également des effets positifs sur les programmes relatifs aux ASC spécialement conçus pour les populations vulnérables (par exemple, les minorités ethniques, les immigrants, les communautés pauvres et rurales) qui affichent des disparités en matière de santé.

L'examen systématique des revues a révélé que l'intégration dans la communauté était un élément important qui permettait d'améliorer la rétention, la motivation, les performances, la redevabilité et le soutien des ASC et, au final, de promouvoir le déploiement et l'acceptabilité de leur travail dans le domaine de la santé. Il a permis d'identifier quatre études documentant des approches spécifiques qui favorisent l'intégration dans la communauté *(17, 51, 87, 124)* :

- l'implication de membres de la communauté dans la sélection des ASC et la désignation d'une personne de confiance, unanimement appréciée par la communauté ;
- le fait que la communauté ait une compréhension très claire du rôle des ASC et ait des attentes réalistes ;
- le suivi des ASC par la communauté ;

- l'appropriation par la communauté du programme relatif aux ASC ;
- l'implication de la communauté dans la sélection et la hiérarchisation des activités des ASC ; et
- l'assurance du soutien du système de santé pour les ASC en matière de supervision, de fournitures et d'assistance, pour pérenniser la confiance de la communauté dans les ASC.

Par ailleurs, l'examen systématique des revues a identifié une revue qui suggère que l'intégration des ASC dans la communauté peut les amener à se retrouver impliqués dans des tensions entre la communauté et le système de santé *(231).*

L'enquête sur la perception des parties prenantes a jugé très élevées l'acceptabilité et la faisabilité des stratégies d'engagement communautaire.

7.13.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Le GDG a considéré que l'engagement communautaire devait être une priorité des programmes relatifs aux ASC. Toutefois, le GDG a précisé que, vu les nombreuses stratégies d'engagement communautaire qui existaient, les planificateurs des programmes et les décideurs politiques devaient soigneusement étudier les stratégies à leur disposition. Les décideurs et les planificateurs doivent opter pour les stratégies qui sont les plus pertinentes, en fonction de la portée et de la nature du programme envisagé. Le GDG a examiné plusieurs stratégies d'engagement communautaire différentes étayées par des données factuelles et les a incluses dans la recommandation finale.

- Il est possible que des parties prenantes locales tentent de saboter les stratégies d'engagement communautaire pendant le processus de nomination et de sélection des ASC, ce qui exacerberait les inégalités de pouvoir et aliénerait les communautés locales. On préconise donc de chercher à obtenir une large participation de la communauté, en incluant tous les groupes et en prévoyant des activités particulières pour cibler les groupes défavorisés.
- Dans le cas de maladies hautement stigmatisées (comme le VIH), les interventions d'engagement communautaire peuvent être associées au risque perçu de voir le statut sérologique révélé par inadvertance dans les communautés locales (par exemple, quand on attire l'attention sur le VIH dans un foyer). Il faut donc adapter les stratégies d'engagement communautaire de manière à ce que l'intervention n'entraîne pas la discrimination du groupe cible. Il pourra être nécessaire, pour éviter toute discrimination, d'intégrer les principales stratégies d'engagement communautaire aux travaux courants des ASC.
- Il peut arriver que les stratégies d'engagement communautaire promeuvent l'utilisation des programmes relatifs aux ASC et leurs bénéfices perçus au-delà de ce que les infrastructures du système de santé sont capables de fournir. Par conséquent, il faut prévoir, dans le cadre d'une approche globale et participative de renforcement du système de santé, des investissements dans des programmes relatifs aux ASC qui incluent des stratégies d'engagement communautaire.

7.13.5 Considérations de mise en œuvre

La revue systématique a permis de conclure que les stratégies d'engagement communautaire variaient considérablement par leur type, leur intensité et leur envergure, ce qui laisse supposer que la mise en œuvre de ces interventions est faisable. Cela étant, elle a également permis d'identifier des études qualitatives qui mettent en évidence des difficultés éventuelles nécessitant l'adoption de stratégies d'atténuation spécifiques.

Ces difficultés soulignent la nécessité, dans les programmes relatifs aux ASC, d'adapter les politiques d'engagement communautaire, pour en faire une forme particulière d'intervention de santé ; elles confirment en outre qu'il est important de tenir compte de la variabilité possible de l'efficacité de l'engagement communautaire, en fonction des situations sanitaires, des populations et des contextes de ces programmes.

Recommandation 14 : Mobilisation des ressources communautaires

Recommandation 14

L'OMS *suggère* que les ASC contribuent à la mobilisation de ressources communautaires plus larges dans le domaine de la santé :

- en déterminant les problèmes sanitaires et sociaux prioritaires et en élaborant et en mettant en œuvre des plans d'action correspondants avec les communautés ;
- en mobilisant et en aidant à coordonner les ressources locales pertinentes représentant différentes parties prenantes, différents secteurs et différentes organisations de la société civile pour répondre aux problèmes de santé prioritaires ;
- en facilitant la participation de la communauté à l'évaluation transparente et à la diffusion des données communautaires de routine et des résultats des interventions ; et
- en renforçant les liens entre la communauté et les établissements de santé.

Degré de fiabilité des données factuelles – très faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.14.1 Contexte de la recommandation

Les ASC sont la plupart du temps des membres de la communauté dans laquelle ils interviennent. À ce titre, ils ont une grande expérience et une excellente connaissance de la culture et des langues de leur communauté *(232)*. Grâce à leur connaissance approfondie des systèmes locaux, les ASC sont les mieux placés pour agir en tant qu'agents du changement, en mobilisant les communautés et les ressources supplémentaires nécessaires pour répondre aux problèmes de santé. Certains auteurs, dans des études précédentes, ont conceptualisé le rôle des ASC en les qualifiant « d'agents du changement, capables d'autonomiser les individus, leur communauté et eux-mêmes » *(233)*.

Le processus de mobilisation communautaire consiste à sensibiliser une communauté à un problème et à l'impliquer dans l'identification et la mobilisation des ressources et du leadership nécessaires pour résoudre ce problème. Il est depuis longtemps admis que la mobilisation communautaire est une stratégie essentielle pour améliorer les résultats sanitaires et son efficacité dans divers domaines de santé est avérée par de nombreuses études *(234-237)*. Les ASC sont les mieux à même d'établir un dialogue avec les communautés et de diriger les efforts de mobilisation communautaire en identifiant et en obtenant des ressources complémentaires pour la santé, en travaillant avec les communautés pour définir les priorités sanitaires, et en impliquant les parties prenantes clés. Toutefois, les revues antérieures des études qui examinent les tâches accomplies par les ASC fournissent très peu de données factuelles indiquant que les agents sont conceptualisés en tant que mobilisateurs communautaires *(17)*.

7.14.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a souligné que les données factuelles disponibles sur cette question suggéraient, sans toutefois fournir de preuves concluantes, que le rôle des ASC dans la mobilisation des ressources communautaires pour la santé présentait un potentiel intéressant. La revue des données factuelles et les discussions du GDG n'ont relevé aucun risque connu ni théorique pouvant résulter des activités de mobilisation communautaire. Eu égard au volume et à la portée des données factuelles particulièrement limités ainsi qu'au très faible degré de fiabilité concernant les effets, le GDG a adopté une recommandation conditionnelle en faveur de l'option politique concernée.

7.14.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.14)** de la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC, les agents en exercice devraient-ils mobiliser des ressources communautaires plus larges pour la santé, ou non ? » (238)* a permis d'identifier deux études admissibles (l'une quantitative et l'autre qualitative), réalisées en Inde et aux États-Unis.

Une étude *(239)* sur la quantité d'activités de mobilisation menées par les ASC qui avaient suivi une formation en leadership dans le domaine de la santé concluait que ces derniers, dans un échantillon national, déclaraient eux-mêmes qu'ils remplissaient un « rôle d'agent du changement » à un niveau plus important, à travers toutes sortes d'activités de mobilisation, que les ASC n'ayant pas suivi une telle formation. Par exemple, les ASC formés étaient plus susceptibles que les ASC non formés de déclarer que :

- les ASC encourageaient les membres de la communauté à identifier les personnes pouvant influer sur le changement ;
- les interventions qui mobilisaient la communauté avaient un impact sur la santé locale et les paramètres sociaux ; et
- les ASC et la communauté prenaient des mesures en matière de développement durable.

En revanche, les ASC formés n'étaient pas plus susceptibles que les agents non formés d'affirmer qu'ils impliquaient la communauté dans les efforts initiaux d'identification des problèmes.

L'autre étude *(240)* s'est appuyée sur des données ethnographiques pour comparer un programme relatif aux ASC à deux périodes différentes : la première, lorsque la mise en œuvre initiale a été effectuée par une organisation non gouvernementale avec des ASC jouant un rôle dans la mobilisation communautaire ; et la seconde, après la cession progressive au gouvernement de la gestion de l'intervention et la reformulation du rôle des ASC en tant que pairs éducateurs. En perdant leur rôle dans la mobilisation communautaire, les ASC ont vu leur crédibilité et leur motivation diminuer.

L'équipe chargée de la revue systématique a jugé très faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues n'a permis d'identifier aucune revue ayant un lien direct avec cette question de politique.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a permis de conclure que les activités de mobilisation des ressources communautaires entreprises par les ASC étaient à la fois acceptables et faisables.

7.14.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Dans l'ensemble, le manque de spécificité concernant le rôle des ASC dans la mobilisation des communautés signifie qu'il est difficile de savoir exactement quelles sont les activités considérées comme des activités de « mobilisation ». Aux fins des présentes directives, on entend par « mobilisation » un processus à double sens qui donne aux communautés un pouvoir d'action dans le domaine de la santé ; c'est pourquoi l'implication de la communauté est considérée comme un facteur essentiel *(241, 242)*. Les conclusions étaient limitées par le peu de données factuelles spécifiques disponibles. Cette recommandation est donc fondée dans une large mesure sur l'opinion du GDG concernant les bénéfices potentiels d'une implication des ASC dans les efforts de mobilisation communautaire.

7.14.5 Considérations de mise en œuvre

Des données factuelles dans les deux études indiquent que les activités de mobilisation communautaire nécessitent un ensemble particulier de compétences, qui sont très différentes de celles requises pour fournir des services cliniques et de promotion de la santé. Pour pouvoir concevoir et mettre en œuvre des activités de mobilisation communautaire de manière proactive, les ASC doivent démontrer qu'ils ont des compétences de leadership et la capacité à promouvoir la coopération entre les communautés et les parties prenantes. Ils mèneraient typiquement ces activités dans le cadre plus large des efforts engagés par les équipes multidisciplinaires de soins primaires.

La mise en œuvre réussie des activités de mobilisation communautaire nécessite non seulement d'établir des liens de collaboration avec les autorités et dirigeants locaux, mais aussi de faire en sorte que les autres agents de santé reconnaissent l'importance du rôle des ASC dans ces activités.

Recommandation 15 : Disponibilité des fournitures

Recommandation 15

L'OMS *suggère* d'adopter les stratégies suivantes pour garantir la disponibilité adéquate des produits et des fournitures consommables, l'assurance qualité, et un entreposage, un stockage et une gestion des déchets appropriés dans le cadre des programmes relatifs aux ASC :

- l'intégration au sein de la chaîne d'approvisionnement globale de la santé ;
- un compte rendu, une supervision, une rémunération et une gestion de l'environnement de travail adéquats, une formation et un retour d'informations appropriés, et des réunions d'équipe visant à améliorer la qualité ; et
- la disponibilité de solutions de santé mobile pour soutenir différentes fonctions de la chaîne d'approvisionnement.

Degré de fiabilité des données factuelles – faible. Force de la recommandation – conditionnelle.

7.15.1 Contexte de la recommandation

Les goulots d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement ont une incidence sur l'accès des ASC à des fournitures et médicaments essentiels et compromettent par conséquent encore plus la santé de populations déjà vulnérables. Une mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement, y compris un contrôle et une prévision des stocks limités ou inexistants, signifie que même lorsque des médicaments sont disponibles au niveau central, ils peuvent souvent être en rupture de stock au niveau des communautés. Diverses stratégies ont été adoptées pour mieux former les ASC et leur donner les moyens d'assurer la disponibilité des fournitures. Toutefois, malgré toutes les stratégies mises en places pour améliorer la fourniture des stocks, il reste de nombreux défis, notamment l'éloignement des communautés et la gestion irrégulière des données.

7.15.2 Fondement de la recommandation

Le GDG a fait remarquer que les études incluses recensaient plusieurs stratégies susceptibles d'être associées à l'amélioration des processus et résultats dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le degré de fiabilité des données factuelles étant faible, le GDG a formulé une recommandation conditionnelle en faveur de ces stratégies.

7.15.3 Résumé des données factuelles

La revue systématique **(annexe 6.15)** de la question *« Dans le cadre des programmes relatifs aux ASC en exercice, quelles stratégies devrait-on privilégier pour assurer une disponibilité adéquate des produits et des fournitures consommables par rapport à quelles autres stratégies ? » (243)* a permis d'identifier comme admissibles deux études quantitatives et sept études employant des méthodes mixtes, toutes réalisées dans six pays d'Afrique subsaharienne.

Selon ces études, les facteurs qui étaient associés à des systèmes d'approvisionnement améliorés étaient les suivants :

- **Une supervision adéquate**. Les superviseurs avaient des responsabilités supplémentaires qui consistaient à contrôler

les registres des ASC et à vérifier les inventaires de médicaments pour garantir le réapprovisionnement régulier et adéquat des fournitures. Cela contribuait à renforcer les compétences des ASC concernant l'utilisation des médicaments *(244)*.

- **Des prescriptions correctes**. La délivrance de prescriptions appropriées permet un réapprovisionnement en médicaments plus précis et plus fiable pour les ASC *(244)*.
- **Des comptes rendus réguliers**. Les ASC qui soumettaient des rapports mensuels sur les médicaments à la date prévue étaient plus régulièrement réapprovisionnés en médicaments que ceux qui rendaient leurs rapports en retard ou n'en faisaient pas du tout *(245, 246)*.
- **Disponibilité des outils de diagnostic**. La disponibilité des outils de diagnostic pour les ASC améliorait également le réapprovisionnement en médicaments *(247)*.

D'autres stratégies plus larges ont pu être identifiées par le biais de ces études comme étant des éléments propices à l'amélioration de la disponibilité des produits et des fournitures consommables, notamment : une rémunération convenable, une formation et des retours d'information appropriés, des réunions d'équipe axées sur l'amélioration de la qualité, et un environnement de travail favorable.

Des données factuelles issues de plusieurs études mixtes ont révélé que les ASC appréciaient mHealth et l'utilisaient de manière efficace. Les systèmes reposant sur les téléphones amélioraient la communication, permettaient une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement et facilitaient le partage des médicaments entre ASC *(248, 249)*. MHealth semblait également contribuer à l'élaboration de comptes rendus plus ponctuels et complets et faciliter la supervision des ASC *(155, 177, 250)*. L'équipe chargée de la revue systématique a jugé faible, dans l'ensemble, le degré de fiabilité des données factuelles.

L'examen systématique des revues a révélé des données factuelles indiquant que l'apport régulier d'un soutien logistique et de fournitures (tels que médicaments et supports pédagogiques) est essentiel à l'efficacité et à la rentabilité des programmes relatifs aux ASC et au respect des agents par la communauté. En outre, il a permis de constater que mHealth représentait un outil de travail potentiellement précieux permettant de noter les effets indésirables des médicaments, de confirmer la posologie et d'améliorer les connaissances médicales *(13, 17, 124, 251-253)*.

L'enquête sur la perception des parties prenantes a permis de conclure à l'acceptabilité et la faisabilité de plusieurs stratégies de renforcement de la chaîne d'approvisionnement pour les ASC, à l'exception toutefois des outils de diffusion sur les réseaux sociaux, pour lesquels l'acceptabilité et la faisabilité étaient jugées plus incertaines.

7.15.4 Interprétation des données factuelles et autres éléments pris en considération par le GDG

Le GDG est conscient qu'une chaîne d'approvisionnement efficace pour les ASC est un prérequis essentiel pour assurer des prestations de services efficaces. Il a par ailleurs fait remarquer l'absence de la question de la gestion des déchets dans les études identifiées. Le GDG a considéré que l'extension de la chaîne d'approvisionnement nationale aux programmes relatifs aux ASC (plutôt que la mise en place d'une chaîne d'approvisionnement distincte et indépendante) était essentielle à l'intégration et à la durabilité du système de santé.

7.15.5 Considérations de mise en œuvre

Afin de garantir la bonne mise en œuvre des stratégies identifiées et d'éviter la fragmentation en plusieurs chaînes d'approvisionnement parallèles et concurrentes, il convient d'inclure les produits requis par les ASC dans le plan national d'approvisionnement pharmaceutique ou autre plan équivalent. Les mécanismes permettant de réapprovisionner et de remplacer le matériel et les fournitures des ASC sont nombreux, mais tout système national de distribution des produits doit impérativement répondre aux besoins des ASC sur le terrain et donc se fonder sur des données et prévisions fiables.

Il pourra être utile de recourir à des outils simplifiés de gestion des stocks et à des supports visuels pour s'adapter au faible degré d'alphabétisation de certains ASC, avec des points de données minimaux, afin de faciliter la consignation des données, l'entreposage adéquat (y compris la conservation des fournitures périssables à la bonne température), l'inventaire et le suivi pour pouvoir repérer les insuffisances suffisamment tôt et assurer le réapprovisionnement.

Le programme de formation initiale des ASC doit inclure, outre les compétences cliniques et de diagnostic pour délivrer des prescriptions correctes, un savoir-faire de base permettant d'assurer l'entreposage, le stockage, l'assurance qualité et la gestion des déchets pour les médicaments et fournitures essentielles, ainsi que des notions fondamentales de sécurité personnelle lors de la manipulation de fournitures dangereuses (par exemple pour éviter de se blesser avec les aiguilles).

8

Priorités de recherche et mise à jour des directives

Tout a été mis en œuvre pour que les recommandations pratiques formulées dans les présentes directives soient formulées sur la base d'une évaluation actualisée des données factuelles publiées ainsi que des évaluations de faisabilité et d'acceptabilité. Globalement, des données factuelles ont pu être recensées dans la plupart des domaines concernés en vue de la formulation des recommandations pratiques. Dans plusieurs cas toutefois, les revues systématiques ont mis au jour d'importantes lacunes en matière de portée et de fiabilité des données factuelles, permettant ainsi de définir les priorités d'un prochain programme de recherche sur les ASC.

Les priorités de recherche décrites dans le présent document sont issues des revues systématiques et de l'examen des revues systématiques menées dans les domaines d'intervention des directives relatives aux ASC. La hiérarchisation des besoins de la recherche est conçue dans la mesure du possible de manière à être thématiquement alignée sur les domaines d'intervention des directives relatives aux ASC, tout en tenant compte de la pertinence et du contexte. Les priorités de recherche identifiées, comme les directives, ne portent que sur les éléments transversaux des systèmes et des politiques qui sont propices à l'optimisation de la conception et des performances des programmes relatifs aux ASC ; elles ne concernent pas la base de données factuelles sur l'efficacité des agents dans la prestation de services spécifiques de prévention, de promotion, de traitement ou de prise en charge.

De manière générale, les activités de recherche entreprises à l'appui de ces directives ont permis de constater une absence quasi-absolue de données factuelles dans certains domaines (par exemple, concernant la certification, les contrats de travail et la progression de carrière, la typologie appropriée et la taille de population cible) ; néanmoins, dans la plupart des domaines concernés, il existe des données factuelles (parfois nombreuses) indiquant que certaines stratégies générales (telles que la formation axée sur les compétences, la supervision formative et la rémunération) sont efficaces. Ces éléments probants ne sont toutefois typiquement pas suffisamment étoffés pour permettre de recommander des formes spécifiques d'intervention, par exemple pour préciser quelles approches de formation, quelles stratégies de supervision ou quels ensembles d'incitations financières et non-financières sont les plus efficaces ou plus efficaces que les autres. D'autres considérations transversales incluent l'absence d'évaluations économiques des diverses interventions à l'étude, et de données factuelles concernant l'efficacité des politiques au fil du temps au moyen d'études longitudinales à plus long terme.

8.1 Sélection, formation et certification

Des recherches complémentaires sont nécessaires afin d'améliorer les stratégies de sélection des ASC, notamment pour évaluer précisément quels critères de recrutement sont les plus efficaces pour engendrer des produits et résultats améliorés. Il faut également vérifier de manière rigoureuse si et comment la sélection par la communauté améliore les produits et les résultats.

Compte tenu de la quantité, de la qualité et de la durée variables des programmes de formation des ASC en fonction des contextes,

il importe de mener des recherches complémentaires afin d'évaluer le niveau d'éducation optimal requis pour accomplir efficacement les tâches courantes d'un ASC. Il est nécessaire de réaliser des études fondées sur des méthodes mixtes, y compris des plans factoriels permettant de tester l'impact relatif de divers degrés et durées de formation. Il faut ensuite évaluer les résultats sur les compétences et l'efficacité des ASC.

En ce qui concerne les programmes de formation initiale des ASC, on préconise de réaliser des études visant à préciser l'impact qu'ont différents niveaux (spécifiques, par opposition à généraux) et méthodes de formation fondée sur les compétences sur l'expertise et les performances des ASC, mais aussi sur les résultats au niveau des patients et de la population. Des recherches qualitatives sont nécessaires pour mesurer directement les expériences comparatives des ASC qui suivent des formations spécifiques et générales fondées sur les compétences. On préconise également de mener des études sur l'efficacité de la formation non didactique, sur le terrain, qui allie démonstrations pratiques et observation, retours d'information et supervision de la part d'experts.

Des études complémentaires sont nécessaires afin d'évaluer dans quelle mesure la certification officielle de la formation initiale des ASC a un effet sur les résultats principaux. Ces études doivent inclure un élément qualitatif visant à comprendre les inconvénients potentiels de la certification officielle, par exemple en matière de coûts et de charge administrative. On préconise également des études comparant l'efficacité des ASC monovalents et polyvalents.

8.2 Gestion et supervision

Les différentes combinaisons de stratégies de supervision formative pour les ASC doivent faire l'objet d'études complémentaires. Ces études devraient inclure l'identification de mécanismes optimaux de contrôle pour suivre les performances des ASC. Elles devraient également examiner l'incidence de la taille de la population sur les performances des ASC et évaluer la fréquence optimale de la supervision des agents.

Concernant la rémunération des ASC, il est préconisé de mener des études de grande qualité pour comparer les différents modèles d'incitation dans des contextes et activités divers et pour savoir quelles sont les mesures d'incitations financières et non-financières qui optimisent les performances des ASC et l'utilisation des ressources. Les recherches sur l'usage de contrats officiels pour les ASC doivent examiner en quoi les accords et contrats officiels contribuent à optimiser les conditions de travail et les performances dans le domaine de la santé communautaire. Concernant les perspectives de progression de carrière pour les ASC, des études exploratoires complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la question et préparer le terrain pour des études plus poussées et l'exploration de nouvelles données.

8.3 Intégration au sein des systèmes de santé et des communautés et soutien de ceux-ci

Il est nécessaire de conduire des revues exploratoires pour décrire les initiatives de mobilisation communautaire et examiner les tâches des ASC dans le contexte de la mobilisation. Il faut également développer des modèles conceptuels des rôles des ASC dans la mobilisation communautaire. Il serait bon, afin de renforcer la base actuelle de données factuelles, de conduire des études comparatives ou d'autres types d'études qui permettraient de souligner le lien de cause à effet des différentes stratégies en matière de collecte et d'exploitation des données et de gestion de la chaîne d'approvisionnement. Dans ce cadre, il faut réaliser des recherches complémentaires sur le flux de travail des ASC en matière d'engagement communautaire et de soins à la communauté, et notamment mesurer l'incidence des visites à domicile et des soins à domicile par les ASC sur l'accès aux soins et la mortalité. Un aspect transversal consisterait à explorer, à travers les différentes priorités de recherche, le rôle des facteurs de genre, de la stigmatisation, de la pauvreté et de la prise en compte de groupes de population particuliers afin de comprendre les implications de chaque option politique sur l'équité dans le domaine de la santé.

Enfin, les recherches sur les politiques et les systèmes devraient également porter sur l'évaluation des stratégies relatives à l'adaptabilité, à la durabilité et à la rentabilité des diverses composantes de l'intégration des ASC aux systèmes de santé.

8.4 Implications pour les résultats de développement non liés à la santé

Les études recensées étaient toutes entièrement axées sur une variété de résultats liés à la santé. Toutefois, comme le soulignent certaines des recommandations, les décisions politiques et d'investissement concernant les agents de santé ont des implications plus larges sur plusieurs autres cibles des ODD, y compris la création d'emplois, la croissance économique, l'autonomisation des femmes et l'éducation. Les études à venir présenteront de nombreuses possibilités d'élargir la base de données factuelles dans certains de ces domaines, notamment d'examiner si les attentes en matière d'emploi et de protection sociale par le biais des programmes relatifs aux ASC sont satisfaites ; quelles conséquences non souhaitées, le cas échéant, les politiques de sélection, de formation, d'attribution de licences et d'emploi, pourraient avoir sur l'égalité des sexes ; et comment les lois sur le travail relatives au secteur informel et les associations et syndicats officiels d'ASC pourraient favoriser la création d'un meilleur environnement de mise en œuvre des politiques pour l'intégration des programmes relatifs aux ASC.

8.5 Recherches futures et mise à jour des directives

Sachant que des recherches complémentaires pourraient modifier et renforcer la base de données factuelles qui a servi à l'élaboration de ces directives, la nécessité et la possibilité d'une mise à jour seront envisagées cinq ans après leur publication.

Des recherches complémentaires sont préconisées sur le sujet mais il est important de reconnaître que, bien que des données factuelles plus rigoureuses sur le plan méthodologique soient requises, il n'est probablement pas réaliste d'envisager la réalisation d'essais contrôlés randomisés à grande échelle pour remédier, du point de vue de l'efficacité, à toutes les insuffisances de données factuelles qui subsistent. En outre, les essais contrôlés randomisés, de par leur conception, ne permettent pas de comprendre les dynamiques de programmes complexes. Des études de cas complètes sur les principaux programmes seraient plus utiles.

Il faut éviter de se concentrer trop exclusivement sur l'efficacité des ASC dans des interventions spécifiques. Il est essentiel d'examiner non seulement ce qui fonctionne, mais aussi les facteurs contextuels et les éléments propices (comment, pour qui, dans quelles circonstances), ainsi que les besoins du système de santé plus large et les implications d'un soutien à la mise en œuvre simultanée de plusieurs interventions. Il est nécessaire, pour obtenir les réponses à ces questions politiques, de recourir à des méthodologies de recherche propres aux politiques et aux systèmes sanitaires *(254)*, telles que des études sur la mise en œuvre, des outils de pensée systémique, la modélisation à base d'agents, des systèmes évolutifs complexes, des conseils heuristiques, le suivi des processus, et la synthèse rapide des études disponibles.

Étant donné que la plupart des données factuelles recueillies pour les présentes directives proviennent de pays à revenu faible et intermédiaire, des recherches supplémentaires pourraient être envisagées dans les économies développées afin de mieux repérer d'éventuelles différences en matière de facteurs contextuels et d'efficacité des approches qui auraient des effets sur les options et recommandations politiques.

9

Utilisation des directives

9.1 Mesures de diffusion des directives

L'OMS coordonnera une série d'activités visant à favoriser la diffusion, l'adoption et la mise en œuvre des directives. Consciente du rôle important joué par d'autres parties prenantes, l'OMS a créé un pôle ASC au sein du Réseau mondial pour les personnels de santé, un mécanisme collaboratif coordonné par le secrétariat de l'OMS au travers de son département Ressources humaines pour la santé. Le pôle ASC est composé de porte-parole, de bailleurs de fonds et de responsables de la mise en œuvre de programmes relatifs aux ASC, issus de pays développés, émergents et en développement, et il collaborera avec l'OMS pour déployer ces directives.

L'OMS a commencé à élaborer, en consultation avec le pôle ASC et avec sa contribution, une stratégie de communication, de plaidoyer et d'engagement, dont le principal objectif est de promouvoir l'adoption et la mise en œuvre des directives à l'échelon national. La stratégie de plaidoyer et d'engagement s'articule autour d'une approche multidimensionnelle fondée sur un modèle d'adoption des directives en quatre phases :

- Phase 1 : Favoriser la prise de conscience et la compréhension
- Phase 2 : Susciter un engagement
- Phase 3 : Assurer l'adoption des directives et la transformation
- Phase 4 : Suivre et évaluer le plaidoyer en faveur des directives et leur adoption.

Afin d'identifier les points d'entrée les plus appropriés et les plus pertinents et de garantir l'efficacité des directives sur l'adoption et la mise en œuvre, les messages seront adaptés en fonction des groupes de pays suivants :

- les pays qui ont déjà des politiques relatives aux ASC alignées sur les nouvelles directives ;
- les pays qui ont déjà des politiques relatives aux ASC, mais pas nécessairement alignées sur les nouvelles directives ; et
- les pays qui n'ont pas de politiques relatives aux ASC.

Les activités de plaidoyer, de communication et d'engagement cibleront trois catégories de parties prenantes :

- **Public cible primaire.** Le public cible primaire de cette stratégie comprend a) les décideurs politiques nationaux (ministère de la Santé et ministère des Finances) ; b) les planificateurs et responsables de la gestion et de la planification des personnels de santé au niveau national et territorial ou provincial, qui incluent les ASC dans les prestations de services de santé ; et c) les formateurs des personnels de santé.
- **Public cible secondaire.** Le public cible secondaire de cette stratégie inclut les partenaires de développement, les organismes de financement, les initiatives mondiales en matière de santé, les entreprises donatrices, les organisations non gouvernementales et les militants (aux niveaux mondial, régional et national) qui financent, soutiennent, mettent en œuvre, ou défendent l'implication plus grande et plus efficace des ASC dans la prestation de services de santé.
- **Influenceurs.** La stratégie d'engagement visera également à mobiliser des influenceurs et des promoteurs, aux niveaux mondial, régional et national, afin qu'ils soutiennent les activités de plaidoyer et d'engagement entreprises auprès des publics cibles primaires et secondaires.

Les principes fondamentaux de la stratégie de communication et de plaidoyer comprennent les éléments suivants :

- l'appropriation par les pays est essentielle à la réussite de la mise en œuvre des directives ; diverses activités sont par conséquent prévues pour garantir la pleine implication du ministère de la Santé et du ministère des Finances ainsi que d'autres parties prenantes et acteurs pertinents à tous les niveaux des systèmes de santé nationaux ;
- le soutien des partenaires doit être harmonisé aux niveaux mondial, régional et national pour que tous les messages, les produits et les activités de soutien soient alignés ;
- il est primordial, d'une part, d'articuler et de communiquer très clairement en quoi l'adoption des recommandations sera bénéfique et quel sera le retour sur investissement, et d'autre part, de privilégier l'instauration de relations durables avec les parties prenantes plutôt que l'organisation d'activités et d'événements ponctuels ;
- on préconise de s'associer à des manifestations ou initiatives existantes pour maximiser les ressources et accroître la visibilité et la prise de conscience à tous les niveaux (mondial, régional et national). Si la sensibilisation à l'échelon international est importante pour maintenir la dynamique après le lancement, il faudra toutefois assurer une promotion plus soutenue des directives et un soutien à l'adoption de celles-ci dans les pays où elles seront susceptibles d'avoir le plus grand impact ; et
- il convient de proposer des solutions en matière de planification, notamment des modèles de plans d'action, qui permettraient de mettre en œuvre au mieux les recommandations figurant dans ces directives au niveau national, conformément à la segmentation des pays.

9.2 Plans d'adaptation, de mise en œuvre et d'évaluation des directives

Il faudra, pour maximiser toutes les possibilités de mise en œuvre des directives, les adapter et les contextualiser, notamment par le biais d'un certain nombre de produits dérivés qui seront disponibles dans les langues appropriées afin de promouvoir l'adoption des directives au niveau des pays.

Outre l'adaptation, la simplification et la formulation de messages résumés faciles à comprendre, diverses activités connexes seront envisagées et mises en œuvre, en fonction des ressources disponibles. Certaines de ces activités pourront être directement mises en œuvre et appuyées par l'OMS, tandis que d'autres le seront par, ou en collaboration avec, d'autres agences et partenaires faisant partie du pôle ASC du Réseau mondial pour les personnels de santé, ou encore d'autres organismes. La liste suivante, non exhaustive et non contraignante, contient des exemples d'activités envisageables :

- la création d'un portail en ligne dédié ;
- un guichet unique regroupant tous les produits dérivés, y compris des boîtes à outils, pour veiller à ce que les directives soient aisément comprises et adoptées par les parties prenantes (cela comprend la traduction des directives dans les langues officielles de l'OMS), les éléments importants étant filtrés et présentés en fonction du public ciblé (bailleurs de fonds, responsables de la mise en œuvre, etc.) ;
- un lancement officiel, assurant une visibilité internationale (à l'occasion par exemple d'événements tels que les rencontres autour du quarantième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata ou les réunions des comités régionaux de l'OMS) ;
- une série de webinaires ;
- des ateliers régionaux à l'intention des parties prenantes et des promoteurs régionaux et nationaux travaillant avec des ASC, visant à définir quels sont les pays qui profiteraient le plus des directives et qui sont en mesure d'appliquer certaines des recommandations ;
- la sélection de quelques pays dans lesquels il conviendrait de privilégier la concertation politique et les activités de renforcement des capacités, et de rédiger un plan de mise en œuvre régional et national ;
- des réunions des parties prenantes travaillant avec les ASC afin de présenter les directives et de formuler ensemble un plan de soutien des partenaires (et définir les rôles, les responsabilités et les contributions) ;
- un atelier réunissant les parties prenantes publiques (ministère de la Santé, ministère des Finances et partenaires du développement) pour les sensibiliser et dresser un état des lieux national de la situation et des politiques relatives aux ASC, l'objectif étant de formuler un cadre de référence et si possible une feuille de route qui faciliteront l'adoption des recommandations et de soutenir le ministère de la Santé dans ses actions de plaidoyer auprès du ministère des Finances ; et

- un outil d'auto-évaluation fondé sur les recommandations figurant dans les directives, qui aide les pays à recueillir des informations de base concernant les ASC, et qui peut être utilisé pour suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et programmes par rapport aux recommandations.

Les boîtes à outils pourraient inclure les éléments suivants :

- un résumé technique des directives et de leurs implications en fonction des publics cibles (par exemple, ce que les directives signifient pour les responsables de la mise en œuvre, les bailleurs de fonds ou les autres parties prenantes) ;
- des notes d'orientation sur des sous-thèmes particuliers (tels que la gestion et la supervision, la formation et l'éducation, les contrats de travail, la rémunération et la progression de carrière) ;
- des messages ou textes descriptifs clés ;
- des produits dérivés sous forme d'infographies ou de vidéos ;
- le retour sur investissement, autrement dit les arguments économiques en faveur de la mise en œuvre des directives ;
- des conseils pratiques sur la manière de planifier la mise en œuvre des directives, en fonction des circonstances initiales des pays en matière de politiques relatives aux ASC ; et
- un répertoire des partenaires, qui précise le soutien que chacun peut apporter.

L'évaluation de l'efficacité de l'adoption et de la mise en œuvre des directives sera axée sur le suivi régulier d'indicateurs politiques, par exemple une auto-évaluation portant sur l'adoption des recommandations politiques des directives dans les politiques et mécanismes nationaux. Au fil du temps, le suivi d'indicateurs spécifiques aux ASC par le biais de mécanismes de collecte de données sur les personnels de santé, par exemple le manuel intitulé « Les comptes nationaux des personnels de santé » (Rapports nationaux sur les personnels de santé) *(255)*, permettra d'établir des données de référence et de suivre les progrès relatifs entre autres à la formation, aux capacités, à la disponibilité et à la répartition des ASC.

Tout sera mis en œuvre pour éviter d'avoir à recourir à des enquêtes spécifiques et des initiatives ponctuelles de collecte de données, et la priorité sera donnée à la production de données factuelles via des mécanismes existants comme les comptes nationaux des personnels de santé ou d'autres enquêtes et consultations existantes qui pourraient faciliter le recueil de données factuelles et d'informations pertinentes.

Au bout de quelques années de mise en œuvre, et en fonction de la disponibilité des ressources, il conviendra de commander des études de cas spécifiques aux pays, portant sur leur propre expérience de la mise en œuvre des directives ; cela permettra de faire la lumière sur la manière concrète, éléments propices et facteurs défavorables compris, dont les pays mettent en pratique les recommandations. Ces études serviront à la fois aux initiatives ultérieures d'appui à la mise en œuvre des directives et aux mises à jour et révisions éventuelles des directives elles-mêmes.

10

Considérations générales de mise en œuvre

Outre les recommandations détaillées spécialement formulées pour répondre aux questions politiques examinées dans les sections précédentes, les planificateurs, les décideurs politiques, les responsables et leurs partenaires internationaux doivent prendre en compte les principes fondamentaux et aspects transversaux suivants pour concevoir les politiques relatives aux ASC et réussir leur mise en œuvre.

10.1 Principes fondamentaux

- Les pays devraient faire appel à un mélange de politiques relatives aux ASC sélectionnées sur la base des objectifs, du contexte et de l'architecture de chaque système de santé. Les présentes directives ne constituent pas un plan pouvant être immédiatement adopté en l'état ; elles représentent plutôt une revue critique des données factuelles et un ensemble d'options et de recommandations politiques interconnectées, qui doivent toutefois être contextualisées et adaptées à la réalité de chaque système de santé.
- Les programmes et politiques relatifs aux ASC devraient être suivis et évalués au fil du temps et adaptés et modifiés par le biais d'un processus dynamique fondé sur des données factuelles spécifiques au contexte. Il est important, pour promouvoir l'apprentissage et l'innovation, que les décideurs politiques et les responsables aient une réelle volonté de partager ouvertement les données sur les caractéristiques et les performances des ASC ainsi que les informations concernant la mise en œuvre et l'efficacité des programmes.
- Les ASC doivent être considérés, non pas comme un moyen de faire des économies ou comme pouvant se substituer à des professionnels des soins de santé, mais comme des acteurs à part entière des équipes intégrées de soins primaires. Le rôle des ASC doit être défini et appuyé de manière à respecter l'objectif principal de constamment améliorer l'équité, la qualité des soins et la sécurité des patients.
- Dans la conception et l'organisation des soins de santé, les ASC devraient contribuer à la prestation de services de santé intégrés, centrés sur la personne.
- Lorsqu'on envisage et qu'on met en place des politiques qui ont un impact sur les ASC, leurs voix et leurs points de vue doivent être représentés dans le dialogue politique.
- Les services de santé ne conduisent pas naturellement vers des résultats équitables. Les ASC, en intervenant en première ligne de la prestation de services dans des communautés sous-desservies, pourraient contribuer à la réduction des inégalités dans l'accès aux services de santé et les résultats sanitaires. Néanmoins, si l'on veut exploiter pleinement ce potentiel, il convient d'intégrer les questions d'équité dès le départ dans la conception des programmes, et dans le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre et de leur efficacité.
- Lorsque l'on définit les caractéristiques optimales d'un programme relatif aux ASC, il importe de prendre en considération non seulement les mesures de performance traditionnelles axées sur les produits, les résultats et l'impact des services de santé, mais aussi les droits des ASC eux-mêmes en tant que travailleurs, notamment en matière de conditions de travail sûres et décentes et du droit à ne subir ni discrimination, ni contrainte, ni violence. Certains de ces aspects sont particulièrement pertinents et préoccupants dans les contextes touchés par des conflits et les situations d'urgence complexes chroniques.

10.2 Aspects opérationnels de la conception et de la mise en œuvre des programmes relatifs aux agents de santé communautaires

Afin de concevoir efficacement des initiatives et des programmes relatifs aux ASC, il faut d'abord réaliser une analyse situationnelle solide des besoins de la population et des besoins du système de santé. Les planificateurs devraient adopter une approche du système dans son ensemble, prenant en considération les capacités du système de santé et les besoins de la population, et cadrant le rôle des ASC par rapport aux autres personnels de santé, afin d'intégrer de manière appropriée les programmes relatifs aux ASC au sein du système de santé.

10.2.1 Conception des programmes

- Il convient, pendant la conception d'un programme relatif aux ASC, d'examiner sa faisabilité sociale, culturelle, politique et financière.
- Il faut définir les objectifs d'un programme relatif aux ASC et le rôle des agents au sein d'une approche holistique qui prend en compte les modalités optimales de prestation de services dans un pays ou une juridiction, et les implications pour les personnels de santé concernés. Parallèlement, les rôles et objectifs des ASC doivent également être définis par rapport à ceux des autres catégories professionnelles de la santé.
- En conséquence, les présentes directives réitèrent et renforcent le principe mis en évidence dans la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, à savoir que les pays doivent appréhender la planification de leurs personnels de santé de manière globale, et non pas segmenter la planification, la programmation et le financement par catégories professionnelles, car cela risquerait de mener à la fragmentation, à l'inefficacité et à l'incohérence des politiques.

10.2.2 Cohérence des politiques

- Les initiatives et les programmes relatifs aux ASC devraient donc être alignés sur les politiques plus larges en matière de santé nationale et de ressources humaines pour la santé et en faire partie intégrante. Selon qu'il convient, ils devraient également être liés aux politiques et cadres sectoriels ou sous-sectoriels relatifs à l'éducation, au travail et au développement communautaire.
- Les politiques recommandées dans les présentes directives ne doivent pas être considérées indépendamment les unes des autres. Une cohérence et une harmonisation internes sont nécessaires entre les différentes politiques, car elles constituent des éléments liés et imbriqués qui se complètent et peuvent se renforcer mutuellement.
- Il importe d'envisager le rôle des ASC dans une perspective à long terme. En plus de répondre aux besoins urgents et immédiats des systèmes de santé, il faut également envisager la possibilité que le rôle des ASC évolue au fil du temps, à mesure qu'évoluent le profil épidémiologique de la population et les besoins des systèmes de santé. Les volets formation, certification et progression de carrière des programmes relatifs aux ASC devraient tenir compte de ces facteurs et de scénarios futurs, dans l'optique de garantir l'employabilité de ces agents de santé sur le long terme, ou encore prévoir une stratégie d'accompagnement en fin de service qui considère les ASC en tant que citoyens et travailleurs avec des droits, et les traite avec dignité.

10.2.3 Accompagnement au sein du système de santé

- Les recommandations formulées dans les présentes directives sont ancrées dans une logique globale qui vise l'officialisation des rôles des ASC et leur intégration dans le système de santé. Pour que cette officialisation soit possible, il est nécessaire de savoir précisément à quel niveau du système (par exemple, national ou local) et du domaine programmatique (par exemple, ressources humaines pour la santé ou santé communautaire ou autres) se situe l'ancrage institutionnel des programmes relatifs aux ASC dans le système de santé.
- En lien avec la nécessité d'un accompagnement général au sein du système de santé, il faut également bien comprendre les capacités sous-jacentes du système de santé pour pouvoir appuyer convenablement les programmes. Les recommandations figurant dans les sections précédentes supposent implicitement que le système de santé a la capacité d'assumer convenablement diverses fonctions de support, notamment former et superviser, offrir une certification fondée sur les compétences, assurer une gestion efficace, protéger contre les risques liés à de mauvaises pratiques, rémunérer convenablement et sans retard, créer les canaux d'orientation et d'interaction nécessaires, et fournir les produits et fournitures essentiels. Néanmoins, la capacité réelle du système de santé à assumer ces fonctions peut

varier considérablement d'un contexte à un autre et sera parfois insuffisante.

- Dans le cas où le programme relatif aux ASC dépend de la capacité du système de santé à accomplir convenablement les fonctions essentielles mentionnées ci-dessus, le programme permettra peut-être de mettre en exergue les besoins du système et les domaines nécessitant un soutien et un renforcement.

10.2.4 Incidences financières

- Peu de données factuelles, dans le contexte des revues des données factuelles, ont été relevées concernant les besoins en ressources. Cependant, les options politiques recommandées dans les présentes directives ont une incidence financière considérable et nécessitent un financement spécifique à long terme : toute tentative de mise en place et de gestion d'une initiative relative aux ASC de grande envergure avec un budget a minima a toutes les chances d'aboutir à des résultats décevants.
- La faisabilité financière de la mise en œuvre des recommandations formulées dans les présentes directives (surtout celles concernant la formation et la rémunération) pourra être mise en doute par certaines parties prenantes. Toutefois, il est important de noter que même des pays à revenu faible sont parvenus à mettre en place et à financer, essentiellement avec des ressources nationales, des initiatives relatives aux ASC de grande envergure *(20)*, et que le déploiement d'ASC est reconnu comme une approche rentable *(19)*.
- Le facteur déterminant pour réussir à obtenir des niveaux d'investissement adéquats réside dans la volonté politique de privilégier les approches et les stratégies qui sont les plus susceptibles de mener à l'amélioration des résultats relatifs à la santé de la population.
- Dans certains pays à revenu faible où l'enveloppe de ressources domestiques est peu susceptible de permettre une autonomie à court terme, l'alignement de l'aide extérieure sur les besoins en matière de politiques et les mécanismes du système de santé du pays pourra contribuer à accroître l'impact et la pérennisation à long terme des programmes relatifs aux ASC.

Références

1. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf, consulté le 23 juillet 2018).

2. Objectifs de développement durable : 17 objectifs pour transformer notre monde. Organisation des Nations Unies ; 2015 (https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/, consulté le 23 juillet 2018).

3. Secretary-General appoints Commission on Health Employment and Economic Growth. Organisation des Nations Unies : couverture des réunions et communiqués de presse, 2 mars 2016 (http://www.un.org/press/en/2016/sga1639.doc.htm, consulté le 23 juillet 2018).

4. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2013 ; 13(1):847. doi:10.1186/1471-2458-13-847.

5. Glenton C, Scheel IB, Lewin S, Swingler GH. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. Tropical Medicine and International Health. 2011 ; 16(9):1044–53.

6. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE *et al.*, Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2010 ; (3):CD004015.

7. Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2015 ; 3:CD007754.

8. Lassi ZS, Middleton PF, Bhutta ZA, Crowther C. Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Global Health Action. 2016; 10(9):31408. doi:10.3402/gha.v9.31408.

9. Mwai GW, Mburu G, Torpey K, Frost P, Ford N, Seeley J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. Journal of the International AIDS Society. 2013 ; 16:18586.

10. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera S, Pian J *et al.*, Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2013 ; (11):CD009149.

11. Raphael JL, Rueda A, Lion KC, Giordano TP. The role of lay health workers in pediatric chronic disease: a systematic review. Academic Pediatrics. 2013 ; 13(5):408–20.

12. Vouking MZ, Takougang I, Mbam LM, Mbuagbaw L, Tadenfok CN, Tamo CV. The contribution of community health workers to the control of Buruli ulcer in the Ngoantet area, Cameroon. Pan African Medical Journal. 2013 ; 16:63.

13. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. 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. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization ; 2010 (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf?ua=1, consulté le 26 juillet 2018).

14. Ballard M, Montgomery P. Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low-income and middle-income countries. BMJ Open. 2017 ; 7:e014216.

15. Perry H, Zulliger R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health ; 2012.

16. Kok MC, Kane S, Tulloch O, Ormel H, Theobald S, Dieleman M *et al.*, How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. Health Research Policy and Systems. 2015 ; 13(1):13.

17. Kok MC, Dieleman M, Taegtmeyer M, Broerse JE, Kane SS, Ormel H *et al.*, Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. Health Policy and Planning. 2015 ; 30(9):1207–27.

18. McPake B, Edoka I, Witter S, Kielmann K, Taegtmeyer M, Dieleman M *et al.*, Cost-effectiveness of community-based practitioner programmes in Ethiopia, Indonesia and Kenya. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2015 ; 93(9):631–9.

19. Vaughan K, Kok MC, Witter S, Dieleman M. Costs and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review. Human Resources for Health. 2015 ; 13:71.

20. Dahn B, Woldemariam A, Perry H, Maeda A, von Glahn D, Panjabi R *et al.*, Strengthening primary health care through community health workers: investment case and financing recommendations. 2015 (http://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf?ua=1, consulté le 23 juillet 2018).

21. Tulenko K, Møgedal S, Afzal MM, Frymus D, Oshin A, Pate M *et al.*, Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2013 ; 91:847–52.

22. A call to scale up community health workers: conclusions of the workshop on financing community health worker systems at scale in sub-Saharan Africa of the One Million Community Health Worker Campaign. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://www.who.int/hrh/news/2015/call_scale-up_community_hw/en/, consulté le 23 juillet 2018).

23. HRH commitment pathways: community health workers. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/CommunityHealthWorkers.pdf, consulté le 23 juillet 2016).

24. International Standard Classification of Occupations (ISCO-08): structure, group definitions and correspondence tables. Genève : Organisation internationale du Travail ; 2012 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf, consulté le 23 juillet 2018).

25. Scott K, Beckham S, Gross M, Pariyo G, Rao K, Cometto G *et al.*, The state-of-the-art knowledge on integration of community-based health workers in health systems: a systematic review of literature reviews. Human Resources for Health Observer Series No 19. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2017.

26. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde [L'ASC et ses attributions : défis posés aux processus de formation des ressources humaines dans le secteur de la santé]. Interface–Comunicação, Saúde, Educação. 2002 ; 6(10):75–96 (en portugais).

27. Werner D. The village health worker: lackey or liberator? Sommet mondial sur la santé. 1981 ; 2(1):46–68.

28. WHO handbook for guideline development, 2nd edition. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js22083en/, consulté le 23 juillet 2018).

29. Scott K, Beckham S, Gross M, Pariyo G, Rao K, Cometto G *et al.*, What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers and their integration with health systems. Projet. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.

30. Ajuebor O, Cometto G, Akl E. Stakeholders' perceptions of health systems support for CHW programmes: a survey study. Projet. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.

31. Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide for program managers and policy makers. Washington (DC) : Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Programme intégré de santé maternelle et infantile ; 2013.

32. Convention (n° 111) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958 – Article 1. Genève : Organisation internationale du Travail ; 1958 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312256,fr:NO, consulté le 26 juillet 2018).

33. Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas, *et al.*, Women and health: the key for sustainable development. Lancet. 2015 ; 386(9999):1165–210.

34. Lassi Z, De Menezes Oliveira C, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 1. In community health workers being selected for pre-service training, what strategies for selection of applications for CHWs should be adopted over what other strategies? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

35. Kawakatsu Y, Sugishita T, Tsutsui J, Oruenjo K, Wakhule S, Kibosia K, *et al.*, Individual and contextual factors associated with community health workers' performance in Nyanza province, Kenya: a multilevel analysis. Health Services Research. 2015 ; 15:442.

36. Kansal S, Kumar S, Kumar A. Is educational level of ASHA matters for their effective functioning? A cross-sectional study in eastern Uttar Pradesh. Indian Journal of Community Health. 2012 ; 4(1):41–4.

37. Posner J, Kayastha P, Davis D, Limoges J, O'Donnell C, Yue K. Development of leadership self-efficacy and collective efficacy: adolescent girls across castes as peer educators in Nepal. Global Public Health. 2009 ; 4(3):284–302.

38. Adongo PB, Tapsoba P, Phillips JF, Tabong PT, Stone A, Kuffour E, *et al.*, The role of community-based health planning and services strategy in involving males in the provision of family planning services: a qualitative study in southern Ghana. Reproductive Health. 2013 ; 10:36.

39. Turinawe EB, Rwemisisi JT, Musinguzi LK, de Groot M, Muhangi D, de Vries DH, *et al.*, Selection and performance of village health teams (VHTs) in Uganda: lessons from the natural helper model of health promotion. Human Resources for Health. 2015 ; 13:73.

40. 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 ; 16(2):3856.

41. Strachan C, Wharton–Smith A, Sinyangwe C, Mubiru D, Ssekitooleko J, Meier J, *et al.*, Integrated community case management of malaria, pneumonia and diarrhoea across three African countries: a qualitative study exploring lessons learnt and implications for further scale up. Journal of Glob Health. 2014 ; 4(2):020404.

42. Mercader HFG, Kyomuhangi T, Buchner DL, Kabakyenga J, Brenner JL. Drugs for some but not all: inequity within community health worker teams during introduction of integrated community case management. BMC Health Services Research. 2014 ; 14(Suppl. 1):S1.

43. Abbey M, Bartholomew LK, Nonvignon J, Chinbuah MA, Pappoe M, Gyapong M, *et al.*, Factors related to retention of community health workers in a trial on community-based management of fever in children under 5 years in the Dangme West district of Ghana. International Health. 2014 ; 6:99–105.

44. Mukanga D, Tibenderana JK, Kiguli J, Pariyo GW, Waiswa P, Bajunirwe F, *et al.*, Community acceptability of use of rapid diagnostic tests for malaria by community health workers in Uganda. Malaria Journal. 2010 ; 9:203.

45. Dil Y, Strachan D, Cairncross S, Korkor AS, Hill Z. Motivations and challenges of community-based surveillance volunteers in the Northern region of Ghana. Journal of Community Health. 2012 ; 37(6):1192–8.

46. Saprii L, Richards E, Kokho P, Theobald S. Community health workers in rural India: analysing the opportunities and challenges accredited social health activists (ASHAs) face in realising their multiple roles. Human Resources for Health. 2015 ; 13:95.

47. Carter-Pokras OD, Jaschek G, Martinez IL, Brown PB, Mora SE, Newton N, *et al.*, Perspectives on Latino lay health promoter programs: Maryland, 2009. American Journal of Public Health. 2011 ; 101(12):2281–86.

48. Cherrington A, Ayala GX, Amick H, Scarinci I, Allison J, Corbie-Smith G. Applying the community health worker model to diabetes management: using mixed methods to assess implementation and effectiveness. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2008 ; 19(4):1044–59.

49. Blumenthal C, Eng E, Thomas JC. STEP sisters, sex, and STDs: a process evaluation of the recruitment of lay health advisors. American Journal of Health Promotion. 1999 ; 1 4(1):4–6.

50. Ruebush TK, Weller SC, Klein RE. Qualities of an ideal volunteer community malaria worker: a comparison of the opinions of community residents and national malaria service staff. Social Science and Medicine. 1994 ; 39(1):123–31.

51. Campbell C, Scott K. Retreat from Alma Ata? The WHO's report on task shifting to community health workers for AIDS care in poor countries. Global Public Health. 2011 ; 6(2):125–38.

52. O'Brien MJ, Squires AP, Bixby RA, Larson SC. Role development of community health workers: an examination of selection and training processes in the intervention literature. American Journal of Preventive Medicine. 2009 ; 37(6 Suppl. 1):S262–9.

53. Glenton C, Colvin CJ, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J, *et al.*, Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 ; (10):CD010414.

54. Tran NT, Portela A, de Bernis L, Beek K. Developing capacities of community health workers in sexual and reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a mapping and review of training resources. PLoS ONE. 2014 ; 9(4):e94948.

55. Kim K, Choi JS, Choi E, Nieman CL, Joo JH, Lin FR, *et al.*, Effects of community-based health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populations: a systematic review. American Journal of Public Health. 2016 ; 106(4):e3–28.

56. Li VC, Goethals PR, Dorfman S. A global review of training of community health workers, 1983–84. International Quarterly of Community Health Education. 2006 ; 27(3):181–218.

57. Wolfenden L, Goldman S, Grady A, *et al.*, Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 2. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the duration of training be shorter versus longer? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

58. Greene GS, West SK, Mkocha H, Munoz B, Merbs SL. Assessment of a novel approach to identify trichiasis cases using community treatment assistants in Tanzania. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2015 ; 9(12):e0004270.

59. Harvey SA, Jennings L, Chinyama M, Masaninga F, Mulholland K, Bell DR. Improving community health worker use of malaria rapid diagnostic tests in Zambia: package instructions, job aid and job aid-plus-training. Malaria Journal. 2008 ; 7:160.

60. Pongvongsa T, Nonaka D, Kobayashi J, Mizoue T, Phongmany P, Moji K. Determinants of monthly reporting by village health volunteers in a poor rural district of Lao PDR. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2011 ; 42(5):1269–81.

61. Furth R, Crigler L. Improving CHW program functionality, performance, and engagement: operations research results from Zambia. Research and evaluation report, Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID. Bethesda, MD : University Research Co., LLC (URC) ; 2012.

62. Wanduru P, Tetui M, Tuhebwe D, Ediau M, Okuga M, Nalwadda C, *et al.*, The performance of community health workers in the management of multiple childhood infectious diseases in Lira, northern Uganda: a mixed methods cross-sectional study. Global Health Action. 2016 ; 9(1):33194.

63. Santos S, Tagai E, Wang M, Scheirer M, Slade J, Holt C. Feasibility of a web-based training system for peer community health advisors in cancer early detection among African Americans. American Journal of Public Health. 2014 ; 104:2282–9.

64. Wennerstrom A, Johnson L, Gibson K, Batta SE, Springgate BF. Community health workers leading the charge on workforce development: lessons from New Orleans. Journal of Community Health. 2014 ; 39(6):1140–9.

65. McLean KE, Kaiser BN, Hagerman AK, Wagenaar BH, Therosme TP, Kohrt BA. Task sharing in rural Haiti: qualitative assessment of a brief, structured training with and without apprenticeship supervision for community health workers. Intervention. 2015 ; 13(2):135–55.

66. Gogia S, Ramji S, Gupta P, Gera T, Shah D, Mathew JL, *et al.*, Community based newborn care: a systematic review and meta-analysis of evidence. Indian Pediatrics. 2011 ; 48(7):537–46.

67. Supporting mechanism for ASHAs. India National Health Mission, ministère de la Santé et du Bien-être des familles, Gouvernement indien (http://nhm.gov.in/communitisation/asha/asha-support-mechanism/supporting-mechanism.html, consulté le 26 juillet 2018).

68. Kash BA, May ML, Tai-Seale M. Community health worker training and certification programs in the United States: findings from a national survey. Health Policy (Amsterdam, Pays-Bas). 2007 ; 80(1):32–42.

69. Wolfenden L, Grady A, Goldman S, *et al.*, Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 3. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the curriculum address specific versus non-specific competencies? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

70. Bhutta Z, Memon Z, Soofi S, Salat M, Cousens S, Martines J. Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2008 ; 6:452–9.

71. Bhutta ZA, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon ZA, Ali I, *et al.*, Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. Lancet. 2011 ; 377(9763):403–12.

72. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literature [Le travail de l'agent communautaire dans la promotion de la santé : revue intégrative de la littérature]. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013 ; 66(3):412–9 (en Portugais).

73. Bridgeman-Bunyoli A, Mitchell SR, Abdullah AH, Schwoeffermann T, Phoenix T, Goughnour C, *et al.*, "It's in my veins": exploring the role of an Afrocentric, popular education-based training program in the empowerment of African American and African community health workers in Oregon. Journal of Ambulatory Care Management. 2015 ; 297–308.

74. Wiggins N, Kaan S, Rios-Campos T, Gaonkar R, Rees Morgan E, Robinson J. Preparing community health workers for their role as agents of social change: experience of the Community Capacitation Center. Journal of Community Practice. 2013 ; 21:186–202.

75. Javanprast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Rajabi Z, Heidan G. The experience of community health workers training in Iran: a qualitative study. BMC Health Services Research. 2012 ; 2–8.

76. Mackenzie JD, Greenes RA. The World Wide Web: redefining medical education. JAMA. 1997 ; 278:1785–86.

77. Bollinger R, Chang L, Jafari R, O'Callaghan T, Ngatia P, Settle D, *et al.*, Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2013 ; 9:890–2.

78. Transforming and scaling up health professionals' education and training. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (http://whoeducationguidelines.org/content/guidelines-order-and-download, consulté le 26 juillet 2018).

79. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1, consulté le 26 juillet 2018).

80. Global policy recommendations: increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf, consulté le 26 juillet 2018).

81. Lassi Z, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 4. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the curriculum use specific delivery modalities versus not? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

82. Muramoto ML, Hall JR, Nickter M, Nichter M, Aicken M, Connolly T, *et al.*, Activating lay health influencers to promote tobacco cessation. American Journal of Health Behavior. 2014 ; 38(3):392–403.

83. Austin-Evelyn K, Rabkin M, Macheka T, Mutiti A, Mwansa-Kambafwile J, Dlamini T, *et al.*, Community health worker perspectives on a new primary health care initiative in the Eastern Cape of South Africa. PLoS ONE. 2017 ; 12(3):e0173863.

84. Morar NS, Naidoo S, Goolam A, Ramjee G. Research participants' skills development as HIV prevention peer educators in their communities. Journal of Health Psychology. 2016 ; 1:1359105316655470.

85. Castañeda H, Nichter M, Nichter M, Muramoto M. Enabling and sustaining the activities of lay health influencers: lessons from a community-based tobacco cessation intervention study. Health Promotion Practice. 2010 ; 11(4):483–92.

86. Ruizendaal E, Dierickx S, Peeters Grietens K, Schallig HDFH, Pagnoni F, Mens PF. Success or failure of critical steps in community case management of malaria with rapid diagnostic tests: a systematic review. Malaria Journal. 2014 ; 13:229.

87. Kane SS, Gerretsen B, Scherpbier R, Dal Poz M, Dieleman M. A realist synthesis of randomised control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. BMC Health Services Research. 2010 ; 10(1):286.

88. Joyce B, Showers B. Student achievement through staff development. Alexandria, VA : Association for Supervision and Curriculum Development ; 2002.

89. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. Quality and Safety in Health Care. 2006 ; 15(6):433–6.

90. Ivers NM, Grimshaw JM, Jamtvedt G, Flottorp S, O'Brien MA, French SD, *et al.*, Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. Journal of General Internal Medicine. 2014 ; 29(11):1534–41.

91. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2010 ; 88(5):379–85.

92. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, *et al.*, Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010 ; 376(9756):1923–58.

93. States implementing community health worker strategies. Technical assistance guide. Centers for Disease Control and Prevention ; 2014.

94. May M, Kash B, Contreras R. Community health worker (CHW) certification and training: a national survey of regionally and state-based programs. Texas : Southwest Rural Health Research Center ; 2005.

95. Ballard M, Schwarz R, Johnson A, Church S, Palazuelos D, McCormick L, *et al.*, Practitioner expertise to optimize community health systems: harnessing operational insight. 2017.

96. Lassi Z, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 5. For community health workers who have received pre-service training, should competency-based formal certification be used versus not? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

97. Catalani CE, Findley SE, Matos S, Rodriguez R. Community health worker insights on their training and certification. Progress in Community Health Partnerships. 2009 ; 3(3):201–2.

98. Amare Y. Non-financial incentives for voluntary community health workers: a qualitative study. Document de travail n° 2. The Last Ten Kilometers Project. Addis Abeba, Éthiopie : Training Institute, Inc. ; 2011.

99. Ogolla C, Cioffi JP. Concerns in workforce development: linking certification and credentialing to outcomes. Public Health Nursing. 2007 ; 24(5):429–38.

100. Yeboah-Antwi K, Pilingana P, Macleod WB, Semrau K, Siazeele K, Kalesha P, *et al.*, Community case management of fever due to malaria and pneumonia in children under five in Zambia: a cluster randomized controlled trial. PLoS Medicine. 2010 ; 7:e1000340.

101. Mogasale V, Wi TC, Das A, Kane S, Singh AK, George B, *et al.*, Quality assurance and quality improvement using supportive supervision in a large-scale STI intervention with sex workers, men who have sex with men/transgenders and injecting-drug users in India. Sexually Transmitted Infections. 2010 ; 86(Suppl. 1):i83–8.

102. Djibuti M, Gotsadze G, Zoidze A, Mataradze G, Esmail LC, Kohler JC. The role of supportive supervision on immunization program outcome: a randomized field trial from Georgia. BMC International Health and Human Rights. 2009 ; 9(Suppl. 1):S11.

103. Mbindyo P, Gilson L, Blaauw D, English M. Contextual influences on health worker motivation in district hospitals in Kenya. Implementation Science. 2009 ; 4:43.

104. Källander K, Tibenderana JK, Akpogheneta OJ, Strachan DL, Hill Z, ten Asbroek AH, *et al.*, Mobile health (mHealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low- and middle-income countries: a review. Journal of Medical Internet Research. 2013 ; 15(1):e17.

105. Hill Z, Dumbaugh M, Benton L, Källander K, Strachan D, ten Asbroek A, *et al.*, Supervising community health workers in low-income countries: a review of impact and implementation issues. Global Health Action. 2014 ; 7:1–10.

106. Crigler L, Gergen J, Perry H. Supervision of community health workers. In : Perry H, Crigler L, editors. Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide and case studies for program managers and policymakers. Baltimore, MD : Jhpiego, 2014:10.1–10.26.

107. Gangwani M, Khan R, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 6. In the context of community health worker programmes, what strategies of supportive supervision should be adopted over what other strategies? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

108. Kaphle S, Matheke-Fischer M, Lesh N. Effect of performance feedback on community health workers motivation and performance in Madhya Pradesh, India: a randomized controlled trial. JMIR Public Health and Surveillance. 2016 ; 2(2):e169.

109. Singh D, Negin J, Orach C G, Cumming R. Supportive supervision for volunteers to deliver reproductive health education: a cluster randomized trial. Reproductive Health. 2016 ; 13(1):126.

110. Das A, Friedman J, Kandpal E, Ramana GN, Gupta RK, Pradhan MM, *et al.*, Strengthening malaria service delivery through supportive supervision and community mobilization in an endemic Indian setting: an evaluation of nested delivery models. Malaria Journal. 2014 ; 13:482.

111. Ayele F, Desta A, Larson C. The functional status of community health agents: a trial of refresher courses and regular supervision. Health Policy and Planning. 1993 ; 8(4):379–84.

112. DeRenzi B, Findlater L, Payne J, Birnbaum B, Mangilima J, Parikh T, *et al.*, Improving community health worker performance through automated SMS. 2012.

113. Som M, Panda B, Pati S, Nallala S, Anasuya A, Chauhan AS, *et al.*, Effect of supportive supervision on routine immunization service delivery: a randomized post-test study in Odisha. Global Journal of Health Science. 2014 ; 6(6):61–7.

114. Nonaka D, Pongvongsa T, Nishimoto F, Nansounthavong P, Hongwei J, Vongsouvanh A, *et al.*, Successful mobile phone network-based approach to integration of the health care system in rural Laos: strengthening lay health worker performance. Rural and Remote Health. 2014 ; 14:2588.

115. Ameha A, Karim AM, Erbo A, Ashenafi A, Hailu M, Hailu B, *et al.*, Effectiveness of supportive supervision on the consistency of integrated community cases management skills of the health extension workers in 113 districts of Ethiopia. Ethiopian Medical Journal. 2014 ; 52(Suppl. 3):65–71.

116. Chang LW, Kagaayi J, Arem H, Nakigozi G, Ssempijja V, Serwadda D, *et al.*, Impact of a mHealth intervention for peer health workers on AIDS care in rural Uganda: a mixed methods evaluation of a cluster-randomized trial. AIDS and Behavior. 2011 ; 15(8):1776–84.

117. Rowe SY, Kelly JM, Olewe MA, Kleinbaum DG, McGowan JE Jr, McFarland DA, *et al.*, Effect of multiple interventions on community health workers' adherence to clinical guidelines in Siaya district, Kenya. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2007 ; 101(2):188–202.

118. Henry JV, Winters N, Lakati A, Oliver M, Geniets A, Mbae SM, *et al.*, Enhancing the supervision of community health workers with WhatsApp mobile messaging: qualitative findings from 2 low-resource settings in Kenya. Global Health Science and Practice. 2016 ; 4(2):311–25.

119. Rabbani F, Perveen S, Aftab W, Zahidie A, Sangrasi K, Qazi SA. Health workers' perspectives, knowledge and skills regarding community case management of childhood diarrhoea and pneumonia: a qualitative inquiry for an implementation research project "Nigraan" in district Badin, Sindh, Pakistan. BMC Health Services Research. 2016 ; 16:462.

120. Callaghan-Koru JA, Hyder AA, George A, Gilroy KE, Nsona H, Mtimuni A, *et al.*, Health workers' and managers' perceptions of the integrated community case management program for childhood illness in Malawi: the importance of expanding access to child health services. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2012 ; 87(Suppl. 5):61–8.

121. Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH, *et al.*, Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? American Journal of Public Health. 2013 ; 103(7):74–82.

122. Kamal-Yanni MM, Potet J, Saunders PM. Scaling-up malaria treatment: a review of the performance of different providers. Malaria Journal. 2012 ; 11(1):414.

123. Paintain LS, Willey B, Kedenge S, Sharkey A, Kim J, Buj V, *et al.*, Community health workers and stand-alone or integrated case management of malaria: a systematic literature review. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2014 ; 91(3):461–70.

124. Jaskiewicz W, Tulenko K. Increasing community health worker productivity and effectiveness: a review of the influence of the work environment. Human Resources for Health. 2012 ; 10(1):38. doi:10.1186/1478-4491-10-38.

125. Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. Human Resources for Health. 2011 ; 9(1):1 (http://www.human-resources-health.com/content/9/1/1, consulté le 27 juillet 2018).

126. Bosch-Capblanch X, Garner P. Primary health care supervision in developing countries. Tropical Medicine and International Health. 2008 ; 13(3):369–83.

127. Bhattacharyya K, Winch P, LeBan K, Tien M. Community health worker incentives and disincentives: how they affect motivation, retention, and sustainability. Publié par le projet Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS II) pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Arlington, Virginie ; 2001.

128. Cherrington A, Ayala GX, Elder JP, Arredondo EM, Fouad M, Scarinci I. Recognizing the diverse roles of community health workers in the elimination of health disparities: from paid staff to volunteers. Ethnicity and Disease. 2010 ; 20(2):189–94.

129. Travail décent. Genève : Organisation internationale du Travail (http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--fr/index.htm, consulté le 27 juillet 2018).

130. Programme de développement durable. Objectifs de développement durable : 17 objectifs pour transformer le monde. Nations Unies (https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/,consulté le 27 juillet 2018).

131. Gangwani M, Khan R, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 7. In the context of CHW programmes, should practicing community health workers be paid for their work versus not? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

132. Bossuroy T, Delavallade C, Pons V. Fighting tuberculosis through community based counsellors: a randomized evaluation of performance based incentives in India. New Delhi : International Initiative for Impact Evaluation ; 2016.

133. Adejumo AO, Azuogu B, Okorie O, Lawal OM, Onazi OJ, Gidado M, *et al.*, Community referral for presumptive TB in Nigeria: a comparison of four models of active case finding. BMC Public Health. 2016 ; 16:177.

134. Srivastava D, Prakash S, Adhish V, Nair K, Gupta S, Nandan D. A study of interface of ASHA with the community and the service providers in eastern Uttar Pradesh. Indian Journal of Public Health. 2009 ; 53(3):133–6.

135. Andreoni J, Callen M, Khan Y, Jaffar K, Sprenger C. Using preference estimates to customize incentives: an application to polio vaccination drives in Pakistan. National Bureau of Economic Research ; 2016.

136. Schwarz D, Sharma R, Bashyal C, Schwarz R, Baruwal A, Karelas G, *et al.*, Strengthening Nepal's female community health volunteer network: a qualitative study of experiences at two years. BMC Health Services Research. 2014 ; 14:473.

137. Scott K, Shanker S. Tying their hands? Institutional obstacles to the success of the ASHA community health worker programme in rural north India. AIDS Care. 2010 ; 22(Suppl. 2):1606–12.

138. Takasugi T, Lee A. Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya. Public Health. 2012 ; 126(10):839–45.

139. Maes K, Kalofonos I. Becoming and remaining community health workers: perspectives from Ethiopia and Mozambique. Social Science and Medicine. 2013 ; 87:52–9.

140. Condo J, Mugeni C, Naughton B, Hall K, Tuazon MA, Omwega A, *et al.*, Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. Human Resources for Health. 2014 ; 12:71.

141. Miller JS, Musominali S, Baganizi M, Paccione GA. A process evaluation of performance-based incentives for village health workers in Kisoro district, Uganda. Human Resources for Health. 2014 ; 12:19.

142. Singh D, Negin J, Otim M, Orach CG, Cumming R. The effect of payment and incentives on motivation and focus of community health workers: five case studies from low- and middle-income countries. Human Resources for Health. 2015 ; 13:58.

143. Sarin E, Lunsford SS, Sooden A, Rai S, Livesley N. The mixed nature of incentives for community health workers: lessons from a qualitative study in two districts in India. Frontiers in Public Health. 2016 ; 4:38.

144. Ma Q, Tso LS, Rich ZC, Hall BJ, Beanland R, Li H, *et al.*, Barriers and facilitators of interventions for improving antiretroviral therapy adherence: a systematic review of global qualitative evidence. Journal of the International AIDS Society. 2016 ; 19(1):1–13.

145. Miyake S, Speakman EM, Currie S, Howard N. Community midwifery initiatives in fragile and conflic.t-affected countries: a scoping review of approaches from recruitment to retention. Health Policy and Planning. 2017 ; 32:21–33.

146. Bhatia K. Community health worker programs in India: a rights-based review. Perspectives in Public Health. 2014 ; 134(5):276–82.

147. Rosenthal EL, Brownstein JN, Rush CH, Hirsh GR, Wilaert AM, Scott JR, *et al.*, Community health workers: part of the solution. Health Affairs. 2010 ; 29(7):1338–42.

148. Volunteer work. Genève : Organisation internationale du Travail (http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/statistics-overview-and-topics/WCMS_470308/lang--fr/index.htm, consulté le 27 juillet 2018).

149. Albers B, Taylor D, Rinaldis S, Pattuwage L. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 9. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs have a formal contract versus not? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

150. Bagonza J, Kilbira SPR, Rutebemberwa E. Performance of community health workers managing malaria, pneumonia and diarrhoea under the community case management programme in central Uganda: a cross sectional study. Malaria Journal. 2014 ; 13(367):1–10.

151. Ashraf N, Bandiera O, Lee SS. Do-gooders and go-getters: career incentives, selection, and performance in public service delivery. Document de réflexion. Université de Harvard ; 2014.

152. Boulton A, Gifford HH, Potaka-Osborne M. Realising whānau ora through community action: the role of Māori community health workers. Education for Health. 2009 ; 22(2):188.

153. Dageid W, Akintola O, Sæberg T. Sustaining motivation among community health workers in AIDS care in Kwazulu-Natal, South Africa: challenges and prospects. Journal of Community Practice. 2016 ; 44(5):569–85.

154. Licqurish S, Soos M. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 8. In the context of community health worker (CHW) programmes should practicing CHWs have a career ladder opportunity/framework versus not? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

155. Kimbugwe G, Mshilla M, Oluka D, Nalikka O, Kyangwa J, Zalwango S. Challenges faced by village health teams (VHTs) in Amuru, Gulu and Pader districts in northern Uganda. Open Journal of Preventive Medicine. 2014 ; 4:740–50.

156. Kambarami R, Mbuya M, Pelletier D, Fundira D, Tavengwa N, Stoltzfus R. Factors associated with community health worker performance differ by task in a multi-tasked setting in rural Zimbabwe. Global Health: Science and Practice. 2016 ; 4:238–50.

157. Khan R, Gangwani M, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 10. In the context of practising community health worker (CHW) programmes, should there be a target population size versus not? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

158. Suri A, Gan K, Carpenter S. Voices from the field: perspectives from community health workers on health care delivery in rural KwaZulu-Natal, South Africa. Journal of Infectious Diseases. 2007 ; 196(Suppl. 3):S505–11.

159. Kalyango JN, Rutebemberwa E, Alfven T, Ssali S, Peterson S, Karamagi C. Performance of community health workers under integrated community case management of childhood illnesses in eastern Uganda. Malaria Journal. 2012 ; 11(1):282.

160. Kuule Y, Dobson AE, Woldeyohannes D, Zolfo M, Najjemba R, Edwin BMR, *et al.*, Community health volunteers in primary healthcare in rural Uganda: factors influencing performance. Frontiers in Public Health. 2017 ; 5.

161. Maji D, Hutin Y, Ramakrishnan R, Hossain S, De S. Strategies to improve the performance of female health workers in West Bengal: a cross-sectional survey. National Medical Journal of India. 2010 ; 23(3):137–42.

162. Sadler K, Puett C, Mothabbir G, Myatt M. Community case management of severe acute malnutrition in southern Bangladesh. Feinstein International Center ; 2011.

163. WISN - Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/, consulté le 27 juillet 2018).

164. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J, *et al.*, Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2012 ; 379(9833):2252–61.

165. Vecchi S, Agabiti N, Mitrova S, Cacciani L, Amato L, Davoli M, *et al.*, Audit and feedback, and continuous quality improvement strategies to improve the quality of care for type 2 diabetes: a systematic review of literature. Epidemiologia e Prevenzione. 2016 ; 40(3–4):215–23.

166. Tricco AC, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E, *et al.*, Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. 2014 ; 186(15):E568–78.

167. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ, *et al.*, No more "business as usual" with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. Implementation Science. 2014 ; 9(1):14.

168. Albers B, Taylor D, Pattwage L, Rinaldis S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 11. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs collect, collate, and use health data versus not? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

169. DeRenzi B. Technology for workforce performance improvement of community health programs [thèse]. Seattle : Université de Washington ; 2011.

170. Strachan D, Källander K, ten Asbroek A, Kirkwood B, Meek S, Benton L, *et al.*, Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2012 ; 87(Suppl. 5):111–9.

171. McNabb M, Chukwu E, Ojo O, Shekhar N, Gill CJ, Salami H, *et al.*, Assessment of the quality of antenatal care services provided by health workers using a mobile phone decision support application in northern Nigeria: a pre/post-intervention study. PLoS ONE. 2015 ; 10(5):1–11.

172. Ngabo F, Nguimfack J, Nwaigwe F, Mugeni C, Muhoza D, Wilson D, *et al.*, Designing and implementing an innovative SMS-based alert system (RapidSMS-MCH) to monitor pregnancy and reduce maternal and child deaths in Rwanda. Pan Africa Medical Journal. 2012 ; 13:31.

173. Braun R, Lasway C, Agarwal S, L'Engle K, Layer E, Silas L, *et al.*, An evaluation of a family planning mobile job aid for community health workers in Tanzania. Contraception. 2016 ; 94:27–33.

174. Madon S, Amaguru JO, Malecela MN, MIchael E. Can mobile phones help control neglected tropical diseases? Experiences from Tanzania. Social Science and Medicine. 2014 ; 102:103–10.

175. Kuhn L, Zwarenstein M. Evaluation of a village health worker programme: the use of village health worker retained records. International Journal of Epidemiology. 1990 ; 19:3.

176. Oum S, Chandramohan D, Cairncross S. Community-based surveillance: a pilot study from rural Cambodia. Tropical Medicine and International Health. 2005 ; 10(7):689–97.

177. Shieshia M, Noel M, Andersson S, Felling B, Alva S, Agarwal S, *et al.*, Strengthening community health supply chain performance through an integrated approach: using mHealth technology and multilevel teams in Malawi. Journal of Global Health. 2014 ; 4:2.

178. Vallières F, McAuliffe E, van Bavel B, Wall P, Trye A. There's no app for that: assessing the impact of mHealth on the supervision, motivation, engagement, and satisfaction of community health workers in Sierra Leone. Annals of Global Health. 2016 ; 82(5):936–49.

179. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/, consulté le 27 juillet 2018).

180. Doherty TM, Coetzee M. Community health workers and professional nurses: defining the roles and understanding the relationships. Public Health Nursing. 2005 ; 22(4):360–5.

181. Collinsworth A, Vulimiri M, Schmidt K, Snead C. Effectiveness of a community health worker-led diabetes self-management education program and implications for CHW involvement in care coordination strategies. Diabetes Educator. 2013 ; 39(6):792–9.

182. Busza J, Dauya E, Bandason T, Simms V, Chikwari CD, Makamba M, *et al.*, The role of community health workers in improving HIV treatment outcomes in children: lessons learned from the ZENITH trial in Zimbabwe. Health Policy and Planning. 2018 ; 33(3):328–34.

183. Le Roux K, Le Roux I, Mbewu N, Davis E. The role of community health workers in the re-engineering of primary health care in rural Eastern Cape. South African Family Practice. 2015 ; 57(2):116–20.

184. Smith S, Deveridge A, Berman J, Negin J, Mwambene N, Martiniuk A, *et al.*, Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi. Human Resources for Health. 2014 ; 12(1):1–23.

185. Brooks B, Davis S, Kulbok P, Frank-Lightfoot L, Sgarlata L, Poree S. Aligning provider team members with polyvalent community health workers. Nursing Administration Quarterly. 2015 ; 39(3):211–7.

186. Payne J, Razi S, Emery K, Quattrone W, Tardif-Douglin M. Integrating community health workers (CHWs) into health care organizations. Journal of Community Health. 2017 ; 42(5):983–90.

187. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/, consulté le 28 juillet 2018).

188. Licqurish S, Soos M. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 12. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs work in a multi-cadre team versus in a single cadre CHW system? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

189. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. Global Health Action. 2015 ; 8:29842.

190. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, *et al.*, Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. Public Health Research n° 1.4. NIHR Journals Library ; 2013.

191. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. BMC Public Health. 2015 ; 15:129.

192. Sarrami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite J. Key concepts in consumer and community engagement: a scoping meta-review. BMC Health Services Research. 2014 ; 14:250.

193. Hood NE, Brewer T, Jackson R, Wewers ME. Survey of community engagement in NIH-funded research. Clinical and Translational Science. 2010 ; 3(1):19–22.

194. Newman PA, Lacombe-Duncan A, Tephan S, de Lind van Wijngaarden JW. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 1. In the context of practicing community health worker (CHW) programmes, are community engagement strategies effective in improving CHW program performance and utilisation? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

195. Abimbola S, Olanipekun T, Igbokwe U, Negin J, Jan S, Martiniuk A, *et al.*, How decentralisation influences the retention of primary health care workers in rural Nigeria. Global Health Action. 2015 ; (1):26616.

196. Adams AM, Nababan HY, Hanifi SM. Building social networks for maternal and newborn health in poor urban settlements: a cross-sectional study in Bangladesh. PLoS ONE. 2015 ; 10(4):e0123817.

197. Cook T, Wills J. Engaging with marginalized communities: the experiences of London health trainers. Perspectives in Public Health. 2012 ; 132(5):221–7.

198. Datiko DG, Yassin MA, Tulloch O, Asnake G, Tesema T, Jamal H, *et al.*, Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in southern Ethiopia: implication for community based approaches. BMC Health Services Research. 2015 ; 15:501.

199. De Jesus M. Mutuality at the center: health promotion with Cape Verdean immigrant women. Ethnicity and Health. 2009 ; 14(1):45–59.

200. Elazan SJ, Higgins-Steele AE, Fotso JC, Rosenthal MH, Rout D. Reproductive, maternal, newborn, and child health in the community: task-sharing between male and female health workers in an Indian rural context. Indian Journal of Community Health. 2016 ; 41(1):34–8.

201. Jacobs L. The role of social capital in a community health worker model for grassroots advocacy [thèse]. Tucson : Université d'Arizona ; 2013.

202. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D. Community health workers' perspectives on their contribution to rural health and well-being in Iran. American Journal of Public Health. 2011 ; 101(12):2287–92.

203. Masquillier C, Wouters E, Mortelmans D, van Wyk B, Hausler H, Van Damme W. HIV/AIDS competent households: interaction between a health-enabling environment and community-based treatment adherence support for people living with HIV/AIDS in South Africa. PLoS ONE. 2016 ; 11(3):e0151379.

204. Mishra A. Trust and teamwork matter: community health workers' experiences in integrated service delivery in India. Global Public Health. 2014 ; 9(8):960–74.

205. Murayama H, Taguchi A, Murashima S. Exploring the ideal combination of activity satisfaction and burden among health promotion volunteers: a cross-sectional study in Japan. BMC Public Health. 2013 ; 13:205.

206. Singh D, Cumming R, Negin J. Acceptability and trust of community health workers offering maternal and newborn health education in rural Uganda. Health Education Research. 2015 ; 30(6):947–58.

207. Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A, *et al.*, Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2013 ; 381(9879):1721–35.

208. Ahluwalia IB, Schmid T, Kouletio M, Kanenda O. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2003 ; 82(2):231–40.

209. Campbell C, Mzaidume Z. Grassroots participation, peer education, and HIV prevention by sex workers in South Africa. American Journal of Public Health. 2001 ; 91(12):1978–86.

210. Elmardi KA, Malik EM, Abdelgadir T, Ali SH, Elsyed AH, Mudather MA, *et al.*, Feasibility and acceptability of home-based management of malaria strategy adapted to Sudan's conditions using artemisinin-based combination therapy and rapid diagnostic test. Malaria Journal. 2009 ; 8:39.

211. Liverani M, Nguon C, Sok R, Kim D, Nou P, Nguon S, *et al.*, Improving access to health care amongst vulnerable populations: a qualitative study of village malaria workers in Kampot, Cambodia. BMC Health Services Research. 2017 ; 17(1):335.

212. Sadruddin S, Khan IU, Bari A, Khan A, Ahmad I, Qazi SA. Effect of community mobilization on appropriate care seeking for pneumonia in Haripur, Pakistan. Journal of Global Health. 2015 ; 5(1):010405.

213. Andersen MR, Yasui Y, Meischke H, Kuniyuki A, Etzioni R, Urban N. The effectiveness of mammography promotion by volunteers in rural communities. American Journal of Preventive Medicine. 2000 ; 18(3):199–207.

214. Cornish F, Ghosh R. The necessary contradictions of "community-led" health promotion: a case study of HIV prevention in an Indian red light district. Social Science and Medicine. 2007 ; 64(2):496–507.

215. Okuga M, Kemigisa M, Namutamba S, Namazzi G, Waiswa P. Engaging community health workers in maternal and newborn care in eastern Uganda. Global Health Action. 2015 ; 8(1):23968.

216. Campbell C, Gibbs A, Maimane S, Nair Y. Hearing community voices: grassroots perceptions of an intervention to support health volunteers in South Africa. Journal of Social Aspects of HIV/AIDS. 2008 ; 5(4):162–77.

217. Edward A, Ernst P, Taylor C, Becker S, Mazive E, Perry H. Examining the evidence of under-five mortality reduction in a community-based programme in Gaza, Mozambique. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2007 ; 101(8):814–22.

218. George A, Blankenship KM, Biradavolu MR, Dhungana N, Tankasala N. Sex workers in HIV prevention: from social change agents to peer educators. Global Public Health. 2015 ; 10(1):28–40.

219. Katabarwa NM, Mutabazi D, Richards FO Jr. Controlling onchocerciasis by community-directed, ivermectin-treatment programmes in Uganda: why do some communities succeed and others fail? Annals of Tropical Medicine and Parasitology. 2000 ; 94(4):343–52.

220. Razee H, Whittaker M, Jayasuriya R, Yap L, Brentnall L. Listening to the rural health workers in Papua New Guinea: the social factors that influence their motivation to work. Social Science and Medicine. 2012 ; 75(5):828–35.

221. Zembe-Mkabile WZ, Jackson D, Sanders D, Besada D, Daniels K, Zamasiya T, *et al.*, The "community" in community case management of childhood illnesses in Malawi. Global Health Action. 2016 ; 9(1):29177.

222. Capell JR. Evaluating a community participatory quality improvement process: what works and what can be improved? [thèse]. Ann Arbor : ProQuest LLC ; 2014.

223. Diakite O, Keita DR, Mwebesa W. Guinea. Village health committees drive family planning uptake: communities play lead role in increased acceptability, availability. CORE Group ; 2009. (https://coregroup.org/wp-content/uploads/media-backup/documents/Case_Studies/Case_Study_VHC_Save_Guinea.pdf, consulté le 28 juillet 2018).

224. Hoy D, Southavilay K, Chanlivong N, Phimphachanh C, Douangphachanh V, Toole MJ. Building capacity and community resilience to HIV: a project designed, implemented, and evaluated by young Lao people. Global Public Health. 2008 ; 3(1):47–61.

225. Katabarwa MN, Habomugisha P, Agunyo S. Involvement and performance of women in community-directed treatment with ivermectin for onchocerciasis control in Rukungiri district, Uganda. Health and Social Care in the Community. 2002 ; 10(5):382–93.

226. Broadhead RS, Heckathorn DD, Weakliem DL, Anthony DL, Madray H, Mills RJ, *et al.*, Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention. Public Health Report. 1998 ; 113(Suppl. 1):42–57.

227. Frattaroli S, Pollack KM, Jonsberg K, Croteau G, Rivera J, Mendel JS. Streetworkers, youth violence prevention, and peacemaking in Lowell, Massachusetts: lessons and voices from the community. Progress in Community Health Partnerships. 2010 ; 4(3):171–9.

228. Gopalan SS, Mohanty S, Das A. Assessing community health workers' performance motivation: a mixed-methods approach on India's accredited social health activists (ASHA) programme. BMJ Open. 2012 ; 2(5):e001557.

229. Najafizada SA, Labonté R, Bourgeault IL. Community health workers of Afghanistan: a qualitative study of a national program. Conflict and Health. 2014 ; 8:26.

230. Wiggins N, Johnson D, Avila M, Farquhar SA. Michael YL, Rios T, *et al.*, Using popular education for community empowerment: perspectives of community health workers in the Poder es Salud/Power for Health program. Critical Public Health. 2009 ; 19(1):11–22.

231. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literature [Concepts intégrant la formation et le processus de travail des agents de santé communautaires : revue de la littérature]. Cien Saude Colet. 2008 ; 13(1):259–68 (en Portugais).

232. Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? A systematic review of definitions. Global Health Action. 2017 ; 10(1):1272223.

233. Becker J, Kovach AC, Gronseth DL. Individual empowerment: how community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. Journal of Community Psychology. 2004 ; 32(3):327–42.

234. Community mobilization. In : Khasnabis C, Heinicke Motsch K, Achu K, Al Jubah K, Brodtkorb S, Chervin P, *et al.*, rédacteurs. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Organisation internationale du Travail (OIT) et Consortium international pour le Handicap et le Développement (IDDC).

235. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, *et al.*, Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. PLoS Medicine. 2013 ; 10(8):e100149.

236. Wandersman A, Florin P. Community interventions and effective prevention. American Psychologist. 2003 ; 58(6–7):441.

237. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. Journal of Health, Population and Nutrition. 2006 ; 24(1) : 113–20

238. Conte K, Adona J, Dela Cruz N. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 14. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs mobilize wider community resources for health versus not. Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

239. Ingram M, Chang J, Kunz S, Piper R, de Zapien JG, Strawder K. Women's health leadership to enhance community health workers as change agents. Health Promotion Practice. 2016 ; 17(3):391–9.

240. George A, Blankenship KM, Biradavolu MR, Dhungana N, Tankasala N. Sex workers in HIV prevention: From social change agents to peer educators. Global Public Health. 2015 ; 10(1):28–40.

241. Khasnabis C, Heinicke MK, Achu K, Al Jubah K, Brodtkorb S, Chervin P, *et al.*, rédacteurs. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Organisation internationale du Travail (OIT) et Consortium international pour le Handicap et le Développement (IDDC).

242. Fritze J, Williamson L, Wiseman J. Community engagement and climate change: benefits, challenges and strategies. Melbourne : McCaughey Centre, VicHealth Centre for the Promotion of Mental Health and Community Wellbeing, Melbourne School of Public Health, et University of Melbourne, en collaboration avec le Victorian Council of Social Service et le Council on the Ageing, Victoria ; 2009.

243. Khan R, Gangwani M, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 15. In the context of practising community health worker (CHW) programmes, what strategies should be used for ensuring adequate availability of commodities and consumable supplies over what other strategies? Projet. Centre for Evidence and Implementation ; 2017.

244. Bagonza J, Rutebemberwa E, Eckmanns T, Ekirapa-Kiracho E. What influences availability of medicines for the community management of childhood illnesses in central Uganda? Implications for scaling up the integrated community case management programme. BMC Public Health. 2015 ; 15:1180.

245. Chandani Y, Andersson S, Heaton A, Noel M, Shieshia M, Mwirotsi A, *et al.*, Making products available among community health workers: evidence for improving community health supply chains from Ethiopia, Malawi, and Rwanda. Journal of Global Health. 2014 ; 4(2):020405.

246. Centers for Disease Control and Prevention. Distribution of insecticide-treated bednets during a polio immunization campaign: Niger, 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2006 ; 55(33):913–6.

247. Chandani Y, Duffy M, Lamphere B, Noel M, Heaton A, Andersson S. Quality improvement practices to institutionalize supply chain best practices for iCCM: evidence from Rwanda and Malawi. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2017 ; 13(6):1095–109.

248. Rymkiewicz PD, Heng YX, Vasudev A, Larbi A. The immune system in the aging human. Immunologic Research. 2012 ; 53(1–3):235–50.

249. Smikle CB, Sorem KA, Satin AJ, Hankins GD. Physical and sexual abuse in a middle-class obstetric population. Southern Medical Journal. 1996 ; 89(10):983–8.

250. Elliott G, Smith AC, Bensink ME, Brown C, Stewart C, Perry C, *et al.*, The feasibility of a community-based mobile telehealth screening service for Aboriginal and Torres Strait Islander children in Australia. Telemedicine Journal and e-Health: the official journal of the American Telemedicine Association. 2010 ; 16(9):950–6.

251. Zulu JM, Kinsman J, Michelo C, Hurtig AK. Integrating national community-based health worker programmes into health systems: a systematic review identifying lessons learned from low- and middle-income countries. BMC Public Health. 2014 ; 14(987):1–17.

252. Sunguya BF, Mlunde LB, Ayer R, Jimba M. Towards eliminating malaria in high endemic countries: the roles of community health workers and related cadres and their challenges in integrated community case management for malaria: a systematic review. Malaria Journal. 2017 ; 16(1):10 (http://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-016-1667-x, consulté le 28 juillet 2018).

253. Smith HJ, Colvin CJ, Richards E, Roberson J, Sharma G, Thapa K, *et al.*, Programmes for advance distribution of misoprostol to prevent post-partum haemorrhage: a rapid literature review of factors affecting implementation. Health Policy and Planning. 2016 ; 31:102–13.

254. Maher D, Cometto G. Research on community-based health workers is needed to achieve the Sustainable Development Goals. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2016 ; 94(11):786.

255. National Health Workforce Accounts: a handbook. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259360/1/9789241513111-eng.pdf?ua=1, consulté le 28 juillet 2018).

Annexe 1

Termes de recherche permettant d'identifier les agents de santé communautaires et autres personnels de santé pertinents à assise communautaire

"Community Health Workers"[Mesh] OR "Community Health Nursing"[Mesh] OR "health auxiliary"[tw] OR "frontline health workers"[tw] OR "frontline health worker"[tw] OR "midwife"[tw] OR "Midwifery"[tiab] OR "midwives"[tw] OR "Birth Attendant"[tw] OR "Midwives"[tw] OR "outreach worker"[tw] OR "outreach workers"[tw] OR "lay health worker"[tw] OR "lay health workers"[tw] OR "promotora"[tw] OR "promotoras"[tw] OR "village health worker" OR "village health workers"[tw] OR "volunteer health worker"[tw] OR "volunteer health workers"[tw] OR "voluntary health workers"[tw] OR "voluntary health worker"[tw] OR "community health agent"[tw] OR "community health agents"[tw] OR "health promoter"[tw] OR "health promoters"[tw] OR "community health worker"[tw] OR "community health workers"[tw] OR "community health aide"[tw] OR "community health aides"[tw] OR "community health nursing"[tw] OR "community health nurses"[tw] OR "community health nurse"[tw] OR "community health officers"[tw] OR "community health officer"[tw] OR "community health volunteer"[tw] OR "community health volunteers"[tw] OR "community health distributors"[tw] OR "community health distributor"[tw] OR "community health surveyors"[tw] OR "community health surveyor"[tw] OR "community health assistants"[tw] OR "community health assistant"[tw] OR "community health promoters"[tw] OR "community health promoters"[tw] OR "community IMCI"[tw] OR "community volunteer"[tw] OR "community volunteers"[tw] OR "health extension workers"[tw] OR "health extension worker"[tw] OR "village health volunteer"[tw] OR "village health volunteers"[tw] OR "close-to-community provider"[tw] OR "close-to-community providers"[tw] OR "community-based practitioner"[tw] OR "community-based practitioners"[tw] OR "lady Health worker"[tw] OR "lady Health workers"[tw] OR "barefoot doctor"[tw] OR "Community Practitioners"[tw] OR "Community Practitioner"[tw] OR "community-based practitioners"[tw] OR "community-based practitioner"[tw] OR "promotoras de salud"[tw] OR "agentes de saúde"[tw] OR "rural health auxiliaries"[tw] OR "traditional birth attendants"[tw] OR "traditional birth attendant"[tw] OR "Activista"[tw] OR "Agente comunitario de salud"[tw] OR "Agente comunitário de saúde"[tw] OR "Anganwadi"[tw] OR "Animatrice"[tw] OR "Barangay health worker"[tw] OR "Barangay health workers"[tw] OR "Basic health worker"[tw] OR "Basic health workers"[tw] OR "Brigadista"[tw] OR "Colaborador voluntario"[tw] OR "Community drug distributor"[tw] OR "Community drug distributors"[tw] OR "Community health agent"[tw] OR "Community health agents"[tw] OR "Community health promoter"[tw] OR "Community health promoters"[tw] OR "Community health representative"[tw] OR "Community health representatives"[tw] OR "Community health volunteer"[tw] OR "Community health volunteers"[tw] OR "Community resource person"[tw] OR "Female multipurpose health worker"[tw] OR "Female multipurpose health worker"[tw] OR "Health promoter"[tw] OR "Health promoters"[tw] OR "Kader"[tw] OR "Monitora"[tw] OR "Mother coordinator"[tw] OR "Outreach educator"[tw] OR "Outreach educators"[tw] OR "Promotora"[tw] OR "Shastho shebika"[tw] OR "Shastho karmis"[tw] OR "Sevika"[tw] OR "Village health helper"[tw] OR "Village drug-kit manager"[tw] OR "Accompagnateur"[tw] OR "Accredited Social Health Activist"[tw] OR "Animator"[tw] OR "ASHA"[tw] OR "Auxiliary Nurse"[tw] OR "Auxiliary Nurse-midwife"[tw] OR "Bridge-to-Health Team"[tw] OR "Behvarz"[tw] OR "Care Group"[tw] OR "Care Groups"[tw] OR "Care Group Volunteer"[tw] OR "Care Group Volunteers"[tw] OR "Community Case Management Worker"[tw] OR "Community Case

Management Workers"[tw] OR "Community Health Agent"[tw] OR "Community Health Agents"[tw] OR "Community Health Care Provider"[tw] OR "Community Health Care Providers"[tw] OR "Community HealthCare Provider"[tw] OR "Community HealthCare Providers"[tw] OR "Community Health Extension Worker"[tw] OR "Community Health Extension Workers"[tw] OR "Community Health Officer"[tw] OR "Community Health Officers"[tw] OR "Community Surveillance Volunteer"[tw] OR "Community Surveillance Volunteers"[tw] OR "Family Health Worker"[tw] OR "Family Health Workers"[tw] OR "Family Planning Agent"[tw] OR "Family Planning Agents"[tw] OR "Family Welfare Assistant"[tw] OR "Family Welfare Assistants"[tw] OR "Female Community Health Volunteer"[tw] OR "Female Community Health Volunteers"[tw] OR "Health Agent"[tw] OR "Health Agents"[tw] OR "Health Assistant"[tw] OR "Health Assistants"[tw] OR "Health Extension Worker"[tw] OR "Health Extension Workers"[tw] OR "Health Surveillance Assistant"[tw] OR "Health Surveillance Assistants"[tw] OR "Kader"[tw] OR "Lead Mother"[tw] OR "Malaria Agent"[tw] OR "Malaria Agents"[tw] OR "Maternal and Child Health Worker"[tw] OR "Maternal and Child Health Workers"[tw] OR "Mobile Clinic Team"[tw] OR "Mobile Clinic Teams"[tw] OR "Nutrition Agent"[tw] OR "Nutrition Agents"[tw] OR "Nutrition Counselor"[tw] OR "Nutrition Counselors"[tw] OR "Peer Educator"[tw] OR "Peer Educators"[tw] OR "Shasthya Shebika"[tw] OR "Socorrista"[tw]

Annexe 2

Domaines de prestation de services pour lesquels des données publiées attestent de l'efficacité des agents de santé communautaires

Domaine de santé	Contexte	
	Pays à revenu élevé	Pays à revenu faible et intermédiaire
Interventions diverses relevant des soins de santé primaires	La majorité des programmes d'ASC ciblaient des populations mal desservies au sein de pays à revenu élevé (p. ex., minorités ethniques ou raciales, personnes économiquement marginalisées, populations rurales ou groupes d'immigrants) *(1-7)*. Les interventions des ASC, comme le soutien téléphonique par les pairs *(8)* ou les visites à domicile *(9)*, peuvent s'avérer efficaces dans de nombreux domaines, et notamment : la transmission de connaissances sur l'éducation des enfants *(9)*, la prévention des maladies (données modérément fiables) *(1)*, la prévention de la grippe *(9)*, la promotion de la sécurité domestique *(9)*, le renforcement de l'auto-efficacité parentale *(9)*, le recrutement de patients dans les études *(10)*, l'adoption de services d'intervention précoce *(10)*, l'accès accru aux soins de santé primaires pour le dépistage *(2)*, l'amélioration sur le lieu de travail de la sécurité (données peu concluantes) *(1)* et de la prévention des maladies (données mitigées) *(1)*, et enfin la réduction du nombre de visites de soins d'urgence *(9)*. Du reste, les ASC peuvent contribuer à la baisse de l'obésité chez les adolescentes en post-partum *(9)* en favorisant de meilleures habitudes nutritionnelles *(10)* et l'augmentation de l'activité physique *(11)*.	Les programmes d'ASC peuvent promouvoir un accès et un recours équitables aux soins en réduisant les inégalités liées au lieu de résidence, au sexe, à l'éducation et au statut socioéconomique, mais aussi en soutenant un meilleur respect des orientations vers les professionnels de santé *(12)*. Les données factuelles en provenance du Brésil sont peu fiables *(13)*. Déployer en tant qu'ASC des individus non professionnels (réfugiés ou personnes déplacées dans leur propre pays) pour dispenser des services de santé de base aux femmes, enfants et familles dans les camps peut générer des retombées : de la couverture des services à la transmission de connaissances sur les symptômes et la prévention des maladies, en passant par l'adoption de traitements et de comportements de protection, ou l'accès à des informations sur la santé reproductive (quelques données factuelles, faible fiabilité) *(14)*. Aucune donnée probante ne permet de confirmer l'homogénéité de la qualité de service fournie par les ASC, et les informations sont limitées quant à leur rôle dans l'autonomisation des communautés face aux déterminants sociaux de la santé *(12)*. Quelques données factuelles (fiabilité modérée) soulignent l'efficacité des ASC en matière d'éducation à la santé *(15)* et de soutien psychosocial *(15)*. Aucune donnée probante ne permet d'établir le potentiel des ASC dans l'accompagnement des soins palliatifs communautaires *(16)*.
Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile		
Santé néonatale et infantile	Les interventions des ASC peuvent s'avérer efficaces pour augmenter les scores en matière d'environnement domestique stimulant pour les nourrissons *(9)*, réduire le nombre de diagnostics psychiatriques chez les enfants *(9)*, ou encore améliorer leur développement *(10)* et leur bien-être (résultats mitigés) *(1)*.	Les ASC dispensant des soins aux nourrissons et aux enfants dans des contextes aux ressources limitées peuvent abaisser la mortalité et la morbidité des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants (liées notamment au paludisme, à la pneumonie et à la diarrhée) *(17-27)*. Certes, des données factuelles très probantes soulignent l'incidence des soins néonatals à domicile sur la baisse de la mortalité néonatale et périnatale dans les régions d'Asie du Sud caractérisées par des taux élevés de mortalité néonatale et un accès insuffisant aux soins en établissements de santé *(22, 23)*. D'autres revues ont cependant rapporté des résultats mitigés, plusieurs études empiriques individuelles n'indiquant pas d'amélioration dans les zones d'intervention des ASC *(18)*. S'agissant de l'impact des interventions des ASC sur les résultats néonatals, les données factuelles sont prometteuses quoique modérément fiables *(21)*. Quant aux données relatives à la capacité des ASC à fournir des soins qualifiés à la naissance, elles sont peu probantes *(21)*. Les indicateurs liés aux pratiques anténatales et néonatales ont enregistré une amélioration significative *(23)*. Par rapport aux médecins, les ASC formés sont capables de dépister d'éventuelles infections bactériennes chez les jeunes nourrissons avec une sensibilité relativement élevée mais une spécificité légèrement plus faible *(28)*. Quelques données modérément fiables soulignent par ailleurs l'efficacité des ASC dans la promotion des soins essentiels aux nouveau-nés *(15)*, y compris le contact peau à peau *(15)*.

(suite)

Domaines de prestation de services pour lesquels des données publiées attestent de l'efficacité des agents de santé communautaires *(suite)*

Domaine de santé	Contexte	
	Pays à revenu élevé	Pays à revenu faible et intermédiaire
Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile		
Santé néonatale et infantile		En outre, les ASC peuvent prendre en charge efficacement les cas de pneumonie infantile *(29)*. L'efficacité de la prise en charge de la pneumonie est toutefois mitigée lorsque celle-ci est associée au diagnostic et au traitement du paludisme *(30)*. Par rapport aux services de santé habituels, le recours à des ASC peut conduire un plus grand nombre de parents à chercher de l'aide pour leur enfant malade *(27)*. Par rapport aux services de soins habituels, les groupes de femmes (animés par des ASC) s'engageant dans des formations et actions participatives exercent un impact positif sur la baisse de la mortalité néonatale dans les contextes à faibles ressources (mais aucune donnée probante quant à l'impact sur la réduction des taux de mortinatalité) *(31)*. Le recours aux accoucheuses traditionnelles formées, par rapport à leurs consœurs non formées, a entraîné une augmentation significative des pratiques d'accouchement sûres, ainsi qu'une consolidation des connaissances et pratiques d'orientation adaptées *(32)*. Il est également associé à une baisse faible mais significative de la mortalité périnatale et néonatale due aux asphyxies à la naissance et aux pneumonies *(32)*. Cependant, une autre revue *(33)* conclut que les données disponibles ne permettent pas de déterminer l'incidence de la formation des accoucheuses traditionnelles sur l'abaissement de la mortalité périnatale et néonatale. Au Brésil, les ASC sont parvenus à augmenter efficacement la fréquence de la pesée des enfants *(13)*.
Santé maternelle	Le soutien par les pairs peut réduire efficacement les symptômes dépressifs chez les mères souffrant de dépression postnatale *(8)* et exercer une influence positive sur la santé mentale périnatale des femmes *(34)*. Du reste, une étude consacrée au stress et à la santé mentale des femmes enceintes bénéficiaires de Medicaid a montré que l'intégration d'un ASC aux programmes de visite de personnel infirmier à domicile augmentait le nombres de femmes à risque soutenues *(6)*.	La quasi-totalité des études d'intervention impliquant des ASC ont montré un impact significatif sur la réduction de la mortalité maternelle et sur l'amélioration des indicateurs d'utilisation des services périnatals et post-partum *(26)*. Les dispositifs d'intervention communautaire, qui comprenaient presque toujours des ASC, pourraient avoir un effet sur la réduction de la mortalité maternelle, bien que le résultat groupé ait tout juste franchi le seuil d'absence d'effet *(24)*. Par rapport aux services de soins habituels, les groupes de femmes (animés par des ASC) s'engageant dans des formations et actions participatives exercent un impact positif sur la baisse de la mortalité maternelle dans les contextes à faibles ressources *(31)*. Dans les contextes marqués par une mortalité élevée et des systèmes de santé fragiles, les accoucheuses traditionnelles formées peuvent contribuer à réduire la mortalité en participant à des interventions clés fondées sur des données factuelles *(32)*. Certaines données modérément fiables indiquent l'efficacité des ASC en matière de soutien psychosocial *(15)*. Les ASC ont déployé efficacement des interventions psychosociales et éducatives pour réduire la dépression maternelle *(35)*. Enfin, des intervenants non spécialistes (classification incluant les ASC) pourraient réduire efficacement l'incidence de la dépression périnatale *(36)*.
Vaccination	Les programmes d'ASC ont fait augmenter le nombre d'enfants à jour dans leurs vaccinations (fiabilité modérée) *(37)*.	Quoique peu fiables ou incohérentes, des données factuelles mettent en relief la capacité des ASC à améliorer la couverture vaccinale en promouvant la vaccination *(27, 32, 37, 38)* et en la pratiquant eux-mêmes *(37)*. Par ailleurs, des données peu probantes suggèrent que les professionnels de santé jugent les ASC aptes à administrer des vaccins ou d'autres médicaments à l'aide de dispositifs compacts préremplis autobloquants *(39)*.
Contraception	Des études ont montré que les interventions des ASC diminuaient le nombre de naissances non planifiées à répétition chez les adolescentes *(9, 40)*, sans toutefois établir de corrélation significative avec les grossesses à répétition *(40)*.	Les ASC ont été capables d'administrer une contraception injectable de manière sécurisée, efficace et hautement fiable, avec à la clé une satisfaction élevée des patientes *(41, 42)*. Par ailleurs, ils ont su en initier l'usage (ce qui inclut le dépistage et le conseil sur les effets secondaires), avec une qualité de conseil n'ayant rien à envier à celle des prestataires en dispensaire *(42)*. La quasi-totalité des études (93 %) ont indiqué que les programmes de planification familiale menés par des ASC accroissaient l'usage de la contraception moderne, tandis qu'une majorité (83 %) ont révélé une amélioration des connaissances et des attitudes vis-à-vis des contraceptifs *(43)*. Les ASC peuvent fournir des contraceptifs, dispenser des conseils à leur sujet, et orienter les patientes vers des établissements de santé pour y recevoir des soins spécialisés *(43)*.
Allaitement	Les interventions des ASC peuvent s'avérer efficaces pour améliorer la poursuite de l'allaitement *(8, 44)*, les tentatives et la durée *(9)*, de même que la mise en place, la durée et l'exclusivité *(45)*.	Par rapport aux services de santé habituels, l'intervention d'agents de santé non professionnels augmente probablement le recours à l'allaitement *(27)*. Quelques données factuelles modérément fiables soulignent également l'efficacité des ASC dans la promotion de l'allaitement exclusif *(15)*. Au Brésil, les ASC ont fait preuve d'efficacité pour augmenter la prévalence de l'allaitement *(13)* et retarder l'introduction de l'alimentation au biberon *(13)*.

(suite)

Domaines de prestation de services pour lesquels des données publiées attestent de l'efficacité des agents de santé communautaires *(suite)*

Domaine de santé	Contexte	
	Pays à revenu élevé	Pays à revenu faible et intermédiaire
Maladies non transmissibles		
Diabète	Peu de données factuelles suggèrent que les interventions des ASC aident les diabétiques à mieux lire et comprendre la notice des médicaments *(1)*, améliorent l'autogestion de la maladie *(46)* (données peu fiables) *(1)*, ou diminuent la glycémie *(46)* (résultats mitigés) *(5)* (réduction modeste) *(47)*. Aucune donnée factuelle n'indique que les appels de soutien téléphonique assurés par des agents non professionnels et des pairs améliorent la santé mentale ou la qualité de vie des diabétiques *(46)*. Chez les enfants diabétiques de type 1, les ASC ont amélioré le contrôle glycémique et diminué le nombre d'hospitalisations *(48)*.	La capacité des ASC à traiter le diabète dans les pays à revenu faible et intermédiaire n'était pas abordée dans la littérature des revues systématiques.
Cancer	Les interventions des ASC – comme le soutien téléphonique par les pairs *(8)* ou les visites à domicile *(9)* – peuvent améliorer les taux de dépistage du cancer (2, 8-10, 49) ; les connaissances sur le cancer de la prostate (mais pas le dépistage) *(9)* ; le dépistage du cancer (fiabilité modérée) *(1)* ; l'utilisation planifiée des tests de dépistage du cancer (résultats mitigés) *(1)* ; et l'auto-examen des seins (résultats mitigés) *(1)*.	Une seule revue non systématique *(50)* a traité du potentiel des ASC dans le traitement du cancer dans les pays à revenu faible et intermédiaire, sans apporter d'éléments factuels sur leur capacité.
Santé mentale	Les interventions des ASC peuvent réduire la dépression *(9)* et la stigmatisation liée à son traitement (une étude) *(6)*, améliorer les connaissances à son sujet et la recherche de traitement *(6)* et entraîner des changements bénéfiques des mesures de l'état de santé dans de nombreuses études, mais pas toutes (*51*). Les interventions des ASC auprès des enfants souffrant de maladies chroniques sont susceptibles d'entraîner de modestes améliorations des résultats psychosociaux des parents *(48)* et de leur qualité de vie *(48)*.	Les interventions des ASC peuvent réduire le fardeau des troubles mentaux, neurologiques et relevant de la toxicomanie, y compris la dépression et le stress post-traumatique chez les adultes (trois études) *(52)*, et améliorer les résultats de santé mentale des enfants (quatre études) *(52)*. Concernant l'administration des traitements de santé mentale, généralement pour une dépression ou un stress post-traumatique, les prestataires non spécialistes, habituellement des agents de santé communautaires, sont plus efficaces que les groupes habituels de soins ou de traitement différé (listes d'attente) *(53)*. Par rapport aux services de santé habituels, les agents de santé non spécialistes, qui dans cette revue *(36)* incluaient à la fois des professionnels (p. ex., médecins, personnel infirmier et travailleurs sociaux) et des ASC (22 des 38 études), présentent des avantages prometteurs en termes d'amélioration des résultats pour la dépression générale et périnatale, le stress post-traumatique et les troubles liés à l'alcool, ainsi que chez les patients atteints de démence et leurs aidants (données majoritairement peu fiables ou très peu fiables) *(36)*.
Asthme	Le soutien téléphonique par les pairs peut augmenter efficacement le nombre de jours sans asthme (*9*) ainsi que l'usage de couvre-matelas (données modérément fiables) *(1)*. Certaines interventions d'ASC auprès d'enfants asthmatiques ont non seulement diminué le nombre d'épisodes de respiration rapide, la limitation des activités et l'aggravation de l'asthme, mais aussi augmenté le nombre de jours sans symptômes. Toutefois, les résultats présentaient des incohérences avec un risque de biais souvent peu clair *(48)*. Les interventions de non-professionnels et de pairs auprès des adolescents asthmatiques pourraient conduire à de faibles améliorations de la qualité de vie liée à l'asthme (données peu fiables). Néanmoins, les données factuelles autour du contrôle de l'asthme, de son aggravation et de l'observance des traitements *(54)* étaient insuffisantes.	La capacité des ASC à traiter l'asthme dans les pays à revenu faible et intermédiaire n'était pas abordée dans la littérature des revues systématiques.
Autres maladies non transmissibles (maladies chroniques, hypertension)	Le soutien téléphonique par les pairs peut s'avérer efficace pour modifier l'alimentation des patients victimes d'un infarctus du myocarde *(8)*. Les interventions des ASC sont susceptibles d'améliorer la gestion des maladies chroniques chez les enfants – ce qui inclut de modestes améliorations en termes de baisse du recours aux soins d'urgence *(48)*, de diminution des symptômes *(48)* et de réduction du nombre de jours d'absence à l'école et au travail *(48)* – ainsi que chez les adultes *(2)*, ce qui inclut une amélioration de la pression artérielle chez les patients hypertendus *(10, 55)* et des comportements d'autogestion, notamment la présence aux rendez-vous et le respect des traitements anti-hypertenseurs prescrits *(55)*, ainsi que de l'utilisation des soins de santé (p. ex., moins de visites aux urgences et part accrue des patients disposant d'une infirmière ou d'un médecin) *(55)*.	Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la capacité des ASC à traiter d'autres maladies non transmissibles n'était pas abordée dans la littérature des revues systématiques.

(suite)

Domaines de prestation de services pour lesquels des données publiées attestent de l'efficacité des agents de santé communautaires *(suite)*

Domaine de santé	Contexte	
	Pays à revenu élevé	Pays à revenu faible et intermédiaire
Maladies infectieuses		
VIH	La délégation des tâches aux ASC est susceptible de renforcer le soutien émotionnel, d'améliorer la rétention en soins et d'assurer aux personnes vivant avec le VIH un meilleur accès aux soins (une étude qualitative) *(56-58)*.	En règle générale, les personnes vivant avec le VIH ont jugé acceptable la délégation des tâches de prestataires plus qualifiés et de soins en dispensaire à des ASC *(56, 57)*. Cette approche est susceptible d'améliorer la dignité et la qualité de vie *(59)* et d'augmenter la rétention en soins *(56, 59)* sans diminuer la qualité de la prise en charge *(60)* ni les résultats pour les patients (comme l'échec virologique et la mortalité) *(59, 61, 62)*. La délégation des tâches et la sensibilisation des communautés par les ASC sont efficaces pour assurer l'accès aux soins aux personnes vivant avec le VIH *(58)*.
Paludisme	La capacité des ASC à traiter le paludisme dans les pays à revenu élevé n'était pas abordée dans la littérature des revues systématiques.	Certaines données factuelles modérément fiables soulignent l'efficacité des ASC dans la prévention du paludisme *(15, 26)*. Les ASC peuvent non seulement procéder à des tests diagnostiques rapides à sensibilité et spécificité élevées, mais aussi se montrer très respectueux des consignes thérapeutiques *(29, 30, 63-65)*. Le nombre insuffisant d'études n'a cependant pas permis d'estimer l'effet sur la morbidité ou la mortalité *(63)*.
Tuberculose		Les interventions des ASC ont contribué à diminuer l'incidence de la tuberculose *(26)*. Les ASC augmentent probablement le nombre de guérisons de patients tuberculeux, bien qu'ils ne semblent pas influer sur le nombre de personnes suivant un traitement préventif *(27)*. Les initiatives communautaires se sont montrées très efficaces en termes de réduction de la stigmatisation, d'appui au traitement, d'orientation des patients suspects de tuberculose, et de diminution des abandons de traitement *(66-68)*. Au Pérou, le soutien psychosocial, l'orientation des personnes présentant les symptômes de la tuberculose et le dépistage des contacts du ménage dans le contexte de la tuberculose multirésistante se sont montrés efficaces *(69)*.
Autres infections	Les visites à domicile des ASC peuvent être efficaces pour augmenter les tests de l'hépatite B *(9)* ainsi que le recours aux tests du virus de l'hépatite B (données modérément fiables) *(7)*.	Les interventions des ASC ont contribué à la lutte contre les maladies tropicales négligées *(70)*. Elles peuvent également soutenir la lutte contre l'ulcère de Buruli en Afrique subsaharienne *(71)*.

Références : Annexe 2

1. Viswanathan M, Kraschnewski J, Nishikawa B, Morgan LC, Thieda P, Honeycutt A, *et al.*, Outcomes of community health worker interventions. Evidence Report/Technology Assessment n° 181, préparé pour l'Agency for Healthcare Research and Quality. Research Triangle Park, NC : RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center ; 2009 (https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/comhealthwork/comhwork.pdf, consulté le 29 juillet 2018).

2. Shommu NS, Ahmed S, Rumana N, Barron GRS, McBrien KA, Turin TC. What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: a systematic scoping review. International Journal for Equity in Health. 2016 ; 15(1):6. doi.org/10.1186/s12939-016-0298-8.

3. Mercer C, Byrth J ,Jordan Z. The experiences of Aboriginal health workers and non-Aboriginal health professionals working collaboratively in the delivery of health care to Aboriginal Australians: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2014 ; 12(3):274–418.

4. Rhodes SD, Foley KL, Zoneta CS, Bloom FR. Lay health advisor interventions among Hispanics/Latinos: a qualitative systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2007 ; 33(5):418–27.

5. Hunt CW, Grant JS, Appel SJ. An integrative review of community health advisors in type 2 diabetes. Journal of Community Health. 2011 ; 36(5):883–93.

6. Hoeft TJ, Fortney JC, Patel V, Unützer J. Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. Journal of Rural Health. 2016 ; 0:1–15. doi.wiley.com/10.1111/jrh.12229.

7. Zhou K, Fitzpatrick T, Walsh N, Kim JY, Chou R, Lackey M, *et al.*, Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: a systematic review and meta-analyses. Lancet Infectious Diseases. 2016 ; 16(12):1409–22. doi:10.1016/S1473-3099(16)30208-0.

8. Dale J, Caramlau I, Lindenmeyer A, Williams SM. Peer support telephone call interventions for improving health. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008 ; 1:CD006903.

9. Abbott LS, Elliott LT. Eliminating health disparities through action on the social determinants of health: a systematic review of home visiting in the United States, 2005–2015. Public Health Nursing. 2017 ; 34(1):2–30.

10. Gibbons MC, Tyrus NC. Systematic review of U.S.-based randomized controlled trials using community health workers. Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action. 2007 ; 1(4):371–81.

11. Costa EF, Guerra PH, Santos TI, Florindo AA. Systematic review of physical activity promotion by community health workers. Preventive Medicine (Baltimore). 2015 ; 81:114–21. doi:10.1016/j.ypmed.2015.08.007.

12. McCollum R, Gomez W, Theobald S, Taegtmeyer M. How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review. BMC Public Health. 2016 ; 16:419.

13. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. Journal of Ambulatory Care Management. 2011 ; 34(4):326–38.

14. Ehiri JE, Gunn JKL, Center KE, Li Y, Rouhani M, Ezeanolue EE. Training and deployment of lay refugee/internally displaced persons to provide basic health services in camps: a systematic review. Global Health Action. 2014 ; 7:23902.

15. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2013 ; 13(1):847.

16. Horey D, Street AF, O'Connor M, Peters L, Lee SF. Training and supportive programs for palliative care volunteers in community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 ; 7(7):CD009500.

17. Christopher JB, Le May A, Lewin S, Ross DA. Thirty years after Alma-Ata: a systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. Human Resources for Health. 2011 ; 9:27.

18. Amouzou A, Morris S, Moulton LH, Mukanga D. Assessing the impact of integrated community case management (iCCM) programs on child mortality: review of early results and lessons learned in sub-Saharan Africa. Journal of Global Health. 2014 ; 4(2):20411.

19. Gogia S, Ramji S, Gupta P, Gera T, Shah D, Mathew JL, *et al.*, Community based newborn care: a systematic review and meta-analysis of evidence. Indian Pediatrics. 2011 ; 48(7):537–46.

20. Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. Lancet Infectious Diseases. 2003 ; 3(9):547–56.

21. Darmstadt GL, Lee ACC, Cousens S, Sibley LM, Bhutta ZA, Donnay F, *et al.*, 60 million non-facility births: who can deliver in community settings to reduce intrapartum-related deaths? International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2009 ; 107(Suppl. 1):S89–112.

22. Gogia S, Sachdev HPS. Home-based neonatal care by community health workers for preventing mortality in neonates in low- and middle-income countries: a systematic review. Journal of Perinatology. 2016 ; 36(Suppl. 1):S55–73. doi:10.1038/jp.2016.33.

23. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2010 ; 88(9):658–66.

24. Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 ; (3):CD007754.

25. Wilson A, Gallos ID, Plana N, Lissauer D, Khan KS, Zamora J, *et al.*, Effectiveness of strategies incorporating training and support of traditional birth attendants on perinatal and maternal mortality: meta-analysis. BMJ. 2011 ; 343:d7102.

26. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. 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. Global Health Workforce Alliance et Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf?ua=1, consulté le 26 juillet 2018).

27. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, *et al.*, Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 ; 3(3):CD004015.

28. Lee ACC, Chandran A, Herbert HK, Kozuki N, Markell P, Shah R, *et al.*, Treatment of infections in young infants in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of frontline health worker diagnosis and antibiotic access. PLoS Medicine. 2014 ; 11(10):e1001741.

29. Kamal-Yanni MM, Potet J, Saunders PM. Scaling-up malaria treatment: a review of the performance of different providers. Malaria Journal. 2012 ; 11(1):414.

30. Paintain LS, Willey B, Kedenge S, Sharkey A, Kim J, Buj V, *et al.*, Community health workers and stand-alone or integrated case management of malaria: a systematic literature review. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2014 ; 91(3):461–70.

31. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, *et al.*, Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2013 ; 381(9879):1736–46.

32. Sibley LM, Sipe TA. Transition to skilled birth attendance: is there a future role for trained traditional birth attendants? Journal of Health, Population and Nutrition. 2006 ; 24(4):472–8.

33. Sibley LM, Sipe TA, Barry D. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 ; 8(8):CD005460.

34. Jones CCG, Jomeen J, Hayter M. The impact of peer support in the context of perinatal mental illness: a meta-ethnography. Midwifery. 2014 ; 30(5):491–8.

35. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries : a systematic review and meta-analysis. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2013 ; 91:593–601.

36. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao G, Meera S, Pian J, *et al.*, Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological, and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 ; 11:CD009149.

37. Glenton C, Scheel IB, Lewin S, Swingler GH. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. Tropical Medicine and International Health. 2011 ; 16(9):1044–53.

38. Oyo-Ita A, Wiysonge CS, Oringanje C, Nwachukwu CE, Oduwole O, Meremikwu MM. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 ; 7:CD008145.

39. Glenton C, Khanna R, Morgan C, Nilsen ES. The effects, safety and acceptability of compact, pre-filled, autodisable injection devices when delivered by lay health workers. Tropical Medicine and International Health. 2013 ; 18(8):1002–16.

40. Maravilla JC, Betts KS, Abajobir AA, Couto E, Cruz C, Alati R. The role of community health workers in preventing adolescent repeat pregnancies and births. Journal of Adolescent Health. 2016 ; 59:378–90.

41. Dawson AJ, Buchan J, Duffield C, Homer CSE, Wijewardena K. Task shifting and sharing in maternal and reproductive health in low-income countries: a narrative synthesis of current evidence. Health Policy and Planning. 2014 ; 29(3):396–408.

42. Malarcher S, Meirik O, Lebetkin E, Shah I, Spieler J, Stanback J. Provision of DMPA by community health workers: what the evidence shows. Contraception. 2011 ; 83(6):495–503. doi:10.1016/j.contraception.2010.08.013.

43. Scott V, Gottschalk LB, Wright KQ, Twose C, Bohren MA, Schmitt ME, *et al.*, Community health workers' provision of family planning services in low- and middle-income countries: a systematic review of effectiveness. Studies in Family Planning. 2015 ; 46(3):241–61.

44. Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. Journal of Clinical Nursing. 2012 ; 21(13–14):1943–54.

45. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, Damio G, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up. Journal of Human Lactation. 2010 ; 26(3):314–26.

46. Small N, Blickem C, Blakeman T, Panagioti M, Chew-Graham C, Bower P. Telephone based self-management support by "lay health workers" and "peer support workers" to prevent and manage vascular diseases: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research. 2013 ; 13:533.

47. Palmas W, March D, Darakjy S, Findley SE, Teresi J, Carrasquillo O, *et al.*, Community health worker interventions to improve glycemic control in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Journal of General Internal Medicine. 2015 ; 1004–12.

48. Raphael JL, Rueda A, Lion KC, Giordano TP. The role of lay health workers in pediatric chronic disease: a systematic review. Academic Pediatrics. 2013 ; 13(5):408–20. doi:10.1016/j.acap.2013.04.015.

49. Wells KJ., Luque JS, Miladinovic B, Vargas N, Asvat Y, Roetzheim RG, *et al.*, Do community health worker interventions improve rates of screening mammography in the United States? A systematic review. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention. 2011 ; 20(8):1580–98.

50. Wadler BM, Judge CM, Prout M, Allen JD, Geller AC. Improving breast cancer control via the use of community health workers in South Africa: a critical review. Journal of Oncology. 2011 ; 150423.

51. Wahlbeck K, Cresswell J, Peija S, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017 ; 52(5):505–14.

52. Mutamba BB, van Ginneken N, Smith Paintain L, Wandiembe S, Schellenberg D. Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. BMC Health Services Research. 2013 ; 13:412.

53. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. Annual Review of Clinical Psychology. 2017 ; (13):149–81.

54. Kew KM, Carr R, Crossingham I. Lay-led and peer support interventions for adolescents with asthma (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 ; 8:CD012331.

55. Brownstein JN, Chowdhury FM, Norris SL, Horsley T, Jack L, Zhang X, *et al.*, Effectiveness of community health workers in the care of people with hypertension. American Journal of Preventive Medicine. 2007 ; 32(5):435–47.

56. Hall BJ, Rachel KS, Mellanye B, Sze L, Qingyan T, Doherty M, *et al.*, Barriers and facilitators to interventions improving retention in HIV care: a qualitative evidence meta-synthesis. AIDS and Behavior. 2017 ; 21(6):1755–67.

57. Ma Q, Tso LS, Rich ZC, Hall BJ, Beanland R, Li H, *et al.*, Barriers and facilitators of interventions for improving antiretroviral therapy adherence: a systematic review of global qualitative evidence. Journal of the International AIDS Society. 2016 ; 19(1):1–13.

58. Tso LS, Best J, Beanland R, Doherty M, Lackey M, Ma Q, *et al.*, Facilitators and barriers in HIV linkage to care interventions: qualitative evidence review. AIDS. 2016 ; 30(10):1639–53.

59. Mwai G, Mburu G, Torpey K, Frost P, Ford N, Seeley J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. Journal of the International AIDS Society. 2013 ; 16:1–14.

60. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 ; 7:CD007331.

61. Mdege ND, Chindove S, Ali S. The effectiveness and cost implications of task-shifting in the delivery of antiretroviral therapy to HIV-infected patients: a systematic review. Health Policy and Planning. 2013 ; 28(3):223–36.

62. Wouters E, Van Damme W, van Rensburg D, Masquillier C, Meulemans H. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review. BMC Health Services Research. 2012 ; 12(1):194.

63. Ruizendaal E, Dierickx S, Peeters Grietens K, Schallig HDFH, Pagnoni F, Mens PF. Success or failure of critical steps in community case management of malaria with rapid diagnostic tests: a systematic review. Malaria Journal. 2014 ; 13:229.

64. Boyce MR, O'Meara WP. Use of malaria RDTs in various health contexts across sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Public Health. 2017 ; 17(1):470.

65. Kabaghe AN, Visser BJ, Spijker R, Phiri KS, Grobusch MP, van Vugt M. Health workers' compliance to rapid diagnostic tests (RDTs) to guide malaria treatment: a systematic review and meta-analysis. Malaria Journal. 2016 ; 15(1):163.

66. Demissie M, Getahun H, Lindtjorn B. Community tuberculosis care through "TB clubs" in rural north Ethiopia. Social Science and Medicine. 2003 ; 56:2009–18.

67. Zachariah R, Fitzgerald M, Massaquoi M, Pasulani O, Arnould L, Makombe S., *et al.*, Risk factors for high early mortality in patients on antiretroviral treatment in a rural district of Malawi. AIDS. 2006 ; 20:2355–60.

68. Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, Lombard CJ, Diwan VK. Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomised control trial. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2005 ; 9:673–9.

69. Shin S, Furin J, Bayona J, Mate K, Kim JY, Farmer P. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience. Social Science and Medicine. 2004 ; 59:1529–39.

70. Corley AG, Thornton CP, Glass NE. The role of nurses and community health workers in confronting neglected tropical diseases in sub-Saharan Africa: a systematic review. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2016 ; 10:1–24.

71. Vouking MZ, Tamo VC, Mbuagbaw L. The impact of community health workers (CHWs) on Buruli ulcer in sub-Saharan Africa: a systematic review. Pan Africa Medical Journal. 2013 ; 15:19.

Annexe 3

Lignes directrices existantes de l'OMS précisant les rôles et les services propres aux agents de santé communautaires

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection (Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH) (OMS VIH, 2016) ; et Optimizing health workers' roles for maternal and newborn health (Optimisation des rôles du personnel de santé pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale) (OMS RHR, 2012)

Les lignes directrices relatives au partage et à la délégation des tâches expliquent aux pays comment exploiter de la façon la plus efficace et la plus rationnelle possible une palette de compétences élargie pour fournir des services de santé essentiels aux personnes vivant avec le VIH/sida, ainsi qu'aux mères et aux nouveau-nés.
http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/ et http://www.optimizemnh.org/

Approche ENGAGE-TB : intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile (OMS TB, 2012)

Ce document fournit des orientations sur l'intégration des activités de lutte contre la tuberculose dans l'action des ASC et des bénévoles communautaires travaillant sur d'autres thèmes liés à la santé et au développement. Ces orientations reposent sur une collaboration étroite entre le secteur public et les organisations non gouvernementales, en s'appuyant également sur les indicateurs standardisés des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77750/1/9789242504507_fre.pdf?ua=1

L'Agent de santé communautaire : guide pratique, directives pour la formation, directives pour l'adaptation (OMS, 1987)

Ces lignes directrices publiées en 1987 passent en revue l'ensemble des responsabilités pouvant incomber aux agents de santé communautaires en matière de soins primaires dans les pays en développement. Toutefois, ce document ne reflète pas les données factuelles d'aujourd'hui. Il est également difficile de déterminer quelles données factuelles éclairent les recommandations y figurant en matière de formation et prestation des services. Son intérêt est donc principalement historique.
http://apps.who.int/iris/handle/10665/39419

Guides complémentaires en lien avec le périmètre de travail des ASC quant à leurs rôles dans certains domaines de programmes et de prestation de services

Lignes directrices relatives à la formation en nutrition des agents de santé communautaires

http://apps.who.int/iris/handle/10665/38796

L'OMS/le PAM/ Le comité permanent de la nutrition de l'ONU et l'UNICEF : Prise en charge communautaire de la malnutrition sévère aiguë

https://www.unicef.org/french/publications/index_39468.html

Malaria: a manual for community health workers (Paludisme : manuel à l'intention des agents de santé communautaires)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41875/1/9241544910_eng.pdf

Formation des agents de santé communautaires et des bénévoles communautaires

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186479/9789242509175_fre.pdf?sequence=1

Caring for newborns and children in the community (Prise en charge des nouveau-nés et des enfants dans la communauté) – OMS/UNICEF

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204273/2/9789241549295_FacilitatorNotes_eng.pdf?ua=1

Caring for the newborn at home (Prise en charge des nouveau-nés à domicile) – OMS/UNICEF

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-newborn-at-home/en/

Caring for the child's health: growth and development (Prise en charge de la santé des enfants : croissance et développement) – OMS/UNICEF

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/

Caring for the sick child in the community (Prise en charge de l'enfant malade dans la communauté) – OMS/UNICEF

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-sick-child/en/

Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF sur la prise en charge intégrée des cas de maladies dans la communauté

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/statement_child_services_access_whounicef_fr.pdf

Classification et traitement des cas de pneumonie chez l'enfant dans les établissements de santé selon l'OMS : version révisée

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181531/9789242507812_fre.pdf

Community case management during an influenza outbreak: a training package for community health workers (Prise en charge des cas dans la communauté pendant une épidémie de grippe : manuel de formation à l'intention des agents de santé communautaires)

http://www.who.int/influenza/resources/documents/community_case_management_flipbook/en/

Caring for newborns and children in the community: planning handbook for programme managers and planners (Prise en charge des nouveau-nés et des enfants dans la communauté : manuel de planification à l'intention des responsables de programmes et des planificateurs)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204457/1/9789241508599_eng.pdf

Community health workers: what do we know about them? (Agents de santé communautaires : que savons-nous d'eux ?)

http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf

Déclaration conjointe OMS/GHWA/UNICEF/IFRC/UNHCR : Renforcer les personnels de santé communautaires pour les situations d'urgence

http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/jointstatement_chwemergency_fr.pdf

Age-friendly primary health care centres toolkit (Boîte à outils à l'intention des centres de santé primaire respectueux des personnes âgées)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43860/1/9789241596480_eng.pdf

Baby-friendly hospital initiative (Initiative Hôpital ami des bébés)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf

Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings (Guide clinique pour la prise en charge du sevrage et le traitement de la dépendance aux drogues en milieux fermés)

http://www.wpro.who.int/publications/docs/ClinicalGuidelines_forweb.pdf

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice (La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH - Populations clés

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246217/9789290312222-fre.pdf

The use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection (Utilisation de médicaments antirétroviraux dans le traitement et la prévention de l'infection à VIH)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf

Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults (Lignes directrices sur le traitement des troubles de la peau et de la bouche associés au VIH chez l'enfant et l'adulte)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136863/1/9789241548915_eng.pdf

HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV (Le VIH et les adolescents : orientations relatives aux tests, au conseil et aux soins du VIH chez les adolescents vivant avec le VIH)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf

Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant (OMS/UNICEF)

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70056/WHO_FCH_CAH_09.02_fre.pdf

Infant and young child feeding (Alimentation du nourrisson et du jeune enfant)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf

Directive : prise en charge d'une infection bactérienne potentiellement grave chez le jeune nourrisson âgé de 0 à 59 jours lorsqu'un transfert vers une structure hospitalière est impossible

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205563/1/9789242509267_fre.pdf

Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings (Manuel opérationnel relatif à l'administration de la prévention, des soins et du traitement du VIH dans les centres de santé primaire dans les contextes à prévalence élevée pauvres en ressources)

http://www.who.int/hiv/pub/imai/om.pdf

Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84202/9789242504842_fre.pdf

Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/88186/1/WHO_RHR_13.10_fre.pdf

Treatment of tuberculosis guidelines: fourth edition (Lignes directrices relatives au traitement de la tuberculose : quatrième édition)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44165/1/9789241547833_eng.pdf

Lignes directrices : mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et l'enfant

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162815/9789242506327_fre.pdf

Guidelines for the management of conditions specifically related to stress (Lignes directrices relatives au traitement des troubles spécifiquement liés au stress)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf

WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health, 2015 (Recommandations de l'OMS relatives aux interventions de promotion de la santé maternelle et néonatale)

http://apps.who.int//iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf

Annexe 4

Liste des membres du Groupe directeur, du Groupe d'élaboration des directives et du Groupe d'examen externe

Tableau A4.1 : Membres du Groupe directeur

Nom et affiliation	Sexe
Siège de l'OMS	
COMETTO, Giorgio (RTO) – OMS - Personnels de santé	M
NEGUSSIE, Eyerusalem Kebede / FORD, Nathan – OMS - VIH	F, M
ABOUBAKER, Samira – OMS - Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	F
SYED, Lana – OMS - Programme mondial de lutte contre la tuberculose	F
OLADAPO, Olufemi Taiwo – OMS - Recherche en reproduction humaine	M
BARKLEY, Shannon – OMS - Prestation de services et sécurité	F
MORAN, Thomas – OMS - Poliomyélite, urgences sanitaires et collaboration entre les pays	M
PORIGNON, Denis Georges – OMS - Gouvernance et financement de la santé	M
ARAUJO DE CARVALHO, Islene – OMS - Vieillissement et qualité de vie	F
DUA, Tarun – OMS - Santé mentale et abus de substances psychoactives	F
Bureaux régionaux de l'OMS	
NYONI, Jennifer – OMS - Bureau régional de l'Afrique	F
ASSAI ARDAKANI, Mohammad – OMS - Bureau régional de la Méditerranée orientale	M
GEDIK, Fethiye Gulin – OMS - Bureau régional de la Méditerranée orientale	F
SENANAYAKE, Gunasena Sunil – OMS - Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	M
GARCIA GUTIERREZ, Jose Francisco – OMS - Bureau régional des Amériques	M
PARK, Kunhee / HAZARIKA, Indrajit – OMS - Bureau régional du Pacifique occidental	M, M
PERFILIEVA, Galina – OMS - Bureau régional de l'Europe	F
Autres organisations des Nations Unies	
PFAFFMANN, Jerome – (UNICEF) Section santé, santé de l'enfant	M

Tableau A4.2 : Membres du Groupe d'élaboration des directives

Domaine/Rôle	Nom de famille	Prénom	Sexe	Région	Pays	Institution
Méthodologiste et co-président	Akl	Elie	M	Méditerranée orientale	Liban	Université américaine de Beyrouth
Universitaire	Huicho	Luis	M	Amériques	Pérou	Cayetano Heredia University
	Dambisya	Yoswa	M	Afrique	Afrique du Sud	Université du Limpopo
	Guangpeng	Zhang	M	Pacifique occidental	Chine	Centre de recherche national sur le développement de la santé
Co-président	McPake	Barbara	F	Pacifique occidental	Australie	Université de Melbourne
	Bhutta	Zulfiqar	M	Méditerranée orientale	Pakistan	Université Aga Khan
	Dussault	Gilles	M	Europe	Portugal	Instituto Hygiene e Medicina Tropical, Lisbonne, Portugal
Co-président	Lehmann	Uta	F	Afrique	Afrique du Sud	Université du Cap-Occidental
Décideurs gouvernementaux	Ngwenya	Shirley	F	Afrique	Afrique du Sud	Université du Witwatersrand
	Chala	Tesfaye	M	Afrique	Éthiopie	Directeur adjoint PHC, ministère de la Santé
	Abdalla	Amel	F	Méditerranée orientale	Soudan	Directrice adjointe HRD, ministère de la Santé
	Kauffman	Arthur	M	Amériques	États-Unis d'Amérique	Université du Nouveau-Mexique
	White	Jean	F	Europe	Pays de Galles (Royaume-Uni)	Gouvernement du Pays de Galles, Groupe en charge de la santé et des services sociaux
	Gbanya	Miatta	F	Afrique	Libéria	Ministère de la Santé
	Mugeni	Catherine	F	Afrique	Rwanda	Ministère de la Santé
	Medina	Guadalupe	F	Amériques	Brésil	Universidade Federal de Bahia / ministère de la Santé
	Nargis	Makhduma	F	Asie du Sud-Est	Bangladesh	Ministère de la Santé
	Jelamschi	Nicolae	M	Europe	République de Moldova	Ministère de la Santé
	Latianara	Arieta	F	Pacifique occidental	Fidji	Ministère de la Santé
Associations professionnelles, syndicats, société civile	Mungherera	Margaret	F	Afrique	Ouganda	Association médicale mondiale
	Catton	Howard	M	Europe	Royaume-Uni	Conseil international des infirmières
	Walker	Polly	F	Europe	Royaume-Uni	Vision du Monde
	Shresta	Ram	M	Asie du Sud-Est	Népal	Université Tufts
	Vermuyten/ Aiyelabola	Sandra/ Babatunde	F, M	Europe	Belgique	Internationale des services publics
Agent de santé communautaire	Nakibuuka	Maxensia	F	Afrique	Ouganda	Ministère de la Santé
Agent de santé communautaire	Leonard Sharia	Mbiu	M	Afrique	Kenya	Ministère de la Santé
Observateur (financeur)	Kureshy	Nazo	F	Amériques	États-Unis d'Amérique	Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

Tableau A4.3 : Membres du Groupe d'examen externe

Nom complet	Institution	Pays	Région de l'OMS	Sexe
Abimbola Olaniran	Liverpool School of Tropical Medicine	Royaume-Uni	Europe	M
Ari Johnson	Université de Californie, San Francisco, Institute for Global Health Sciences Muso	États-Unis d'Amérique	Amériques	M
Bhanu Pratap	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	Suisse	Europe	M
Camila Giugliani	Université fédérale de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brésil	Brésil	Amériques	F
Jennifer Breads	Jhpiego	États-Unis d'Amérique	Amériques	F
Karin Källander	Malaria Consortium	Royaume-Uni	Europe	F
Madeleine Ballard	Community Health Impact Coalition	Allemagne	Europe	F
Magali Romedenne	UNICEF	Sénégal	Afrique	F
Maisam Najafizada	Memorial University of Newfoundland Health Sciences Centre, Terre-Neuve-et-Labrador	Canada	Amériques	M
Maryse Kok	Royal Tropical Institute	Pays-Bas	Europe	F
Ochiawunma Ibe	ICF/Programme pour la survie de la mère et de l'enfant, États-Unis d'Amérique	Nigeria	Afrique / Amériques	F
Peter Ngatia	Amref Health Africa	Kenya	Afrique	M
Rajesh Panjabi	Last Mile Health	États-Unis d'Amérique	Amériques	M
Ruth Ngechu	Living Goods	Kenya	Afrique	F
Samson Kironde	University Research Co., LLC	Ouganda	Afrique	M
Sara Javanparast	Université Flinders	Australie	Pacifique occidental	F
Eric Sarriot	Save the Children	États-Unis d'Amérique	Amériques	M
Stephen Hodgins	Université d'Alberta	Canada	Amériques	M
Sunita Singh	London School of Hygiene and Tropical Medicine	Inde	Asie du Sud-Est	F

Tableau A4.4 : Gestion des conflits d'intérêts des membres du Groupe d'élaboration des directives

Nom	Désignation	Intérêts	Décision
Elie Akl	Université américaine de Beyrouth Beyrouth, Liban	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Babatunde Aiyelabola	Section Santé et social Internationale des services publics France	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Zulfiqar Bhutta	Université Aga Khan Karachi, Pakistan	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Howard Catton	Directeur, Consultant en matière de politiques relatives au personnel infirmier et à la santé Conseil international des infirmières Genève, Suisse	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Yoswa Dambisya	East, Central and Southern Africa Health Community Arusha, République-Unie de Tanzanie	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Gilles Dussault	Section Santé publique internationale et biostatistiques Instituto de Higiene e Medicina Tropical Lisbonne, Portugal	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Miatta Zenabu Gbanya	Responsable, Health Sector Pool Fund Ministère de la santé Libéria	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Amel Abdalla Gesmalla	Directeur adjoint HRD Ministère fédéral de la santé Khartoum, Soudan	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Luis Huicho	Cayetano Heredia University Lima, Pérou	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Zhang Guangpeng	Centre de recherche national chinois sur le développement de la santé Beijing, Chine	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Nicolae Jelamschi	Unité en charge de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi des projets relatifs au système de santé Ministère de la Santé de la République de Moldova Chisinau, Moldova	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Arieta Latianara	Santé publique Ministère de la Santé de Fidji Suva, Fidji	Emploi et conseil relatifs aux ASC dans le cadre de ses responsabilités au sein du Gouvernement de la République de Fidji	Aucune action requise
Uta Lehmann	Directeur, School of Public Health Université du Cap-Occidental Le Cap, Afrique du Sud	Appui à la recherche : élaboration d'un document technique régional sur les ASC pour le Bureau régional de l'Afrique de l'OMS	Aucune action requise
Arthur Kaufman	Université du Nouveau-Mexique Albuquerque, États-Unis d'Amérique	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Isabela Cardoso de Matos Pinto	Instituto de Saude Coletiva Brésil	Appui financier à la section de recherche, ministère de la Santé	Aucune action requise

(suite)

Tableau A4.4 : Gestion des conflits d'intérêts des membres du Groupe d'élaboration des directives *(suite)*

Nom	Désignation	Intérêts	Décision
Leonard Mbiu	Ministère de la Santé et de l'assainissement Kitui County, Kenya	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Barbara McPake	Directrice, Nossal Institute for Global Health School of Population and Global Health, Université de Melbourne Australie	A financé un appui à la recherche sur les ASC et les activités en rapport avec la politique et la recherche en matière de santé reproductive humaine, dans le cadre de nombreuses subventions et initiatives. Par la suite, à l'issue d'un processus de sélection concurrentiel, un consortium regroupant des universitaires de la même institution (Université de Melbourne) a été mis en place pour effectuer les revues systématiques.	Aucune action n'a été jugée nécessaire devant les intérêts déclarés par Mme le Professeur McPake. La sélection ultérieure d'un consortium de chercheurs de la même institution dans le but d'élaborer les revues systématiques a conduit à demander à Mme le Professeur McPake de ne pas communiquer directement avec l'équipe de revue systématique au sujet des lignes directrices relatives aux ASC.
Maria Guadalupe Medina	Chercheuse, Département de santé publique Institut de santé collective, Université fédérale de Bahia Salvador, Brésil	A bénéficié d'une aide financière pour une étude sur les agents de santé communautaires au Brésil	Aucune action requise
Catherine Mugeni	Directrice, Community Health Unit IHDPC/Maternal Child and Community Health Division, Rwanda Biomedical Centre Ministère de la santé Rwanda	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Maxensia Nakibuuka	Agent de santé communautaire Kampala, Ouganda	Employée pour la prestation de soins, le dialogue sur les politiques, la recherche et le plaidoyer relatifs aux ASC	Aucune action requise
Makhduma Nargis	Ancien coordonnateur en chef, Community Based Health Centre Dhaka, Bangladesh	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Shirley Ngwenya	Université du Witwatersrand Johannesburg	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Ram Shrestha	Senior Quality Improvement Advisor University Research Co., LLC Bethesda, États-Unis d'Amérique	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Chala Tesfaye	Ministère fédéral de la Santé Addis Abeba, Éthiopie	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Sandra Vermuyten	Internationale des services publics Rome, Italie	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Polly Walker	Community Health Worker Programming Advisor World Vision International Middlesex, Royaume-Uni	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Jean White	Health and Social Services Group Gouvernement du Pays de Galles, Pays de Galles Royaume-Uni	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise

Tableau A4.5 : Gestion des conflits d'intérêts des membres du Groupe d'examen externe

Nom	Désignation	Intérêts	Décision
Abimbola Olaniran	Liverpool School of Tropical Medicine Liverpool, Royaume-Uni	Conseil et appui à la recherche sur les politiques et travaux universitaires axés sur les ASC	Aucune action requise
Ari Johnson	Muso Université de Californie, San Francisco	Emploi et appui financier à la recherche : recherche, appui et prestation d'une assistance technique rémunérée en rapport avec la mise en œuvre d'un programme d'agents de santé communautaires	Aucune action requise
Bhanu Pratap	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge Genève, Suisse	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Camila Giugliani	Université fédérale de Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brésil	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Jennifer Breads	Jhpiego Baltimore, États-Unis d'Amérique	Consultante rémunérée pour la formation des ASC	Aucune action requise
Karin Källander	Malaria Consortium Londres, Royaume-Uni	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Madeleine Ballard	Community Health Impact Coalition Berlin, Allemagne	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Magali Romedenne	Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale Yoff Dakar, Sénégal	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Maisam Najafizada	Memorial University of Newfoundland Health Sciences Centre, Terre-Neuve-et-Labrador Canada	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Maryse Kok	KIT Royal Tropical Institute Pays-Bas	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Ochiawunma Ibe	ICF/Programme pour la survie de la mère et de l'enfant Bénéficiaire d'une subvention d'USAID Washington, D. C., États-Unis d'Amérique	Conseillère principale en santé communautaire dans le cadre d'un projet de santé maternelle, néonatale et infantile financé par USAID. Rémunérée par une organisation bénéficiaire de contrats et de subventions visant à renforcer les systèmes de santé communautaires en matière de soins primaires (rémunérée, poste actuel) Conseillère technique auprès d'USAID (2006-2017)	Aucune action requise
Peter Ngatia	Amref Health Africa Headquarters Nairobi, Kenya	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Rajesh Panjabi	Last Mile Health Boston, États-Unis d'Amérique	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Ruth Ngechu	Living Goods Nairobi, Kenya	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Samson Kironde	University Research Co., LLC, Ouganda	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Sara Javanparast	Flinders University, Health Sciences Building Sturt Rd, Bedford Park Adelaide, Australie	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Eric Sarriot	Department of Global Health Save the Children États-Unis d'Amérique	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Stephen Hodgins	Université d'Alberta Edmonton, Canada	Aucun intérêt déclaré	Aucune action requise
Sunita Singh	London School of Hygiene and Tropical Medicine Londres et Delhi	Consultante rémunérée sur une question pertinente pour les directives	Aucune action requise

Annexe 5

Résultats marquants de l'enquête sur les perceptions des parties prenantes

Perceptions des parties prenantes concernant l'appui des systèmes de santé aux programmes d'agents de santé communautaires : étude par sondage

Les ASC constituent une composante importante des personnels de santé dans de nombreux pays. Cette enquête semi-quantitative et transversale avait pour but d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité pour les parties prenantes des options politiques à l'étude dans les directives.

Un questionnaire en ligne autoadministré en anglais et en français a été diffusé par ces trois principaux canaux : la liste de contacts des ressources humaines pour la santé de l'OMS, la plateforme en ligne Health Information For All (HIFA), et la liste des participants à l'édition 2017 de l'Institutionalizing Community Health Conference organisée en Afrique du Sud. Parmi les personnes admissibles figuraient des acteurs intervenant directement ou indirectement dans la mise en œuvre de programmes d'agents de santé communautaires dans les pays.

Au total, 96 questionnaires ont été retournés. Le sondage reposait sur une échelle de Likert à neuf échelons pour évaluer les indicateurs de résultat, ainsi que le niveau d'acceptabilité et de faisabilité des interventions. L'échelle de mesure des résultats se présentait comme ceci : 1 = pas important ; 5 = important ; 9 = crucial. L'échelle d'acceptabilité se présentait comme ceci : 1 = tout à fait inacceptable ; 5 = incertitude quant à l'acceptabilité ; 9 = tout à fait acceptable. L'échelle de faisabilité se présentait comme ceci : 1 = tout à fait infaisable ; 5 = incertitude quant à la faisabilité ; 9 = tout à fait faisable.

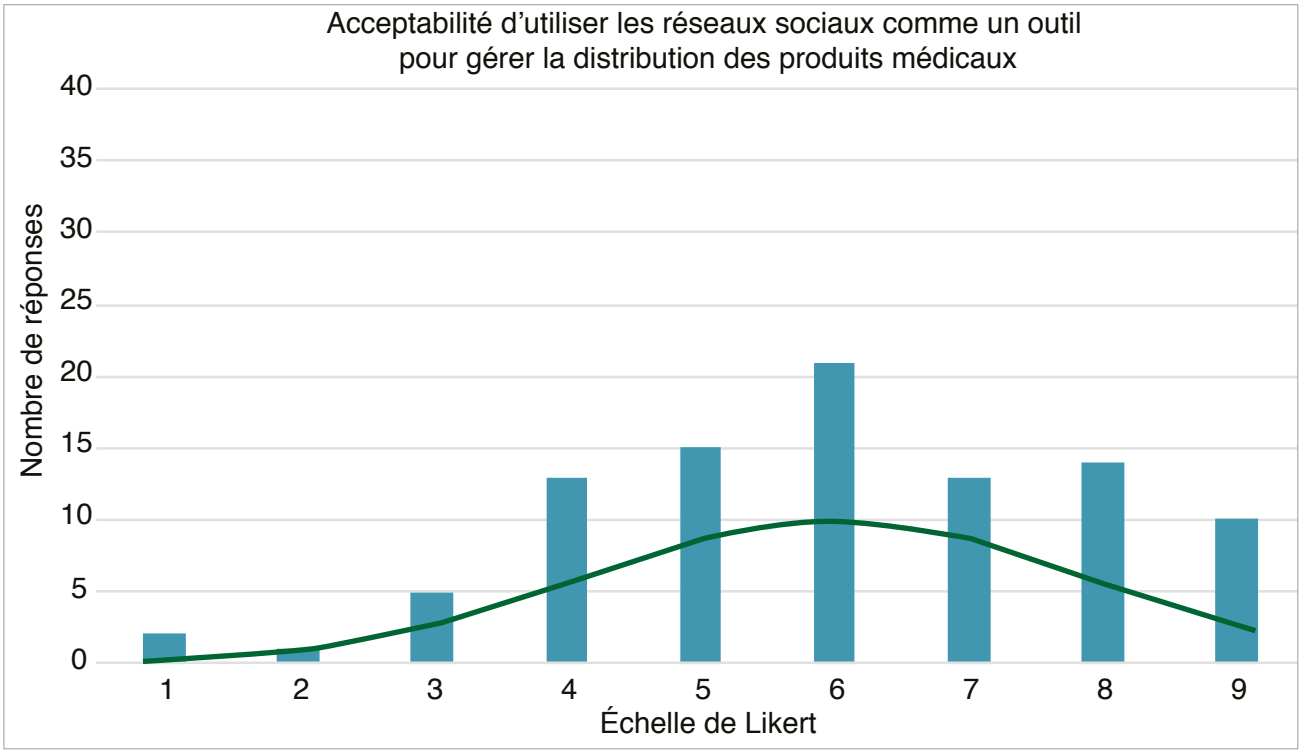
Après l'évaluation des données recueillies par le biais de cette échelle, la plupart des indicateurs de résultat liés aux options politiques portant sur les ASC étaient proches de la valeur « cruciale ». Les indicateurs les plus élevés étaient les suivants : qualité améliorée des services de santé dispensés par les ASC, couverture accrue des services de santé, et accès renforcé des patients aux soins. Les parties prenantes ont également jugé acceptable et faisable la mise en œuvre de la plupart des options politiques abordées dans les directives **(tableau A5.1)**. Très peu d'interventions, comme la sélection pour une formation initiale des ASC fondée sur l'âge et un niveau minimum d'éducation secondaire, ont été jugées incertaines en termes d'acceptabilité ou de faisabilité. Notons enfin qu'aucun indicateur de résultat n'a reçu le score « pas important », et qu'aucune intervention n'a été jugée « inacceptable » ou « infaisable ».

Tableau A5.1 : Acceptabilité et faisabilité des interventions des agents de santé communautaires

Score moyen attribué aux interventions des ASC sur l'échelle de Likert (1 = le plus faible, 9 = le plus élevé)	Acceptabilité (N = 95)	Faisabilité (N = 92)
1) Par rapport à d'autres méthodes ou à l'absence d'évaluation, ce questionnaire constitue-t-il une approche convenable pour déterminer l'acceptabilité de la mise en œuvre des interventions liées aux politiques en matière d'ASC pour les parties prenantes ?	6,3	6,2
2) Sélection des ASC pour une formation initiale sur la base de qualités essentielles et souhaitables	7,3	7,2
a) Recrutement des ASC limité à l'atteinte d'un niveau minimum d'éducation secondaire (de préférence à des niveaux d'étude inférieurs)	5,2	5,5
b) Sélection des candidats plus âgés (de préférence à une sélection aléatoire en termes d'âge)	4,5	5,2
c) Sélection des membres de la communauté cible (de préférence à des personnes extérieures)	6,9	7,0
3) Formation de courte durée des ASC (p. ex. de quelques jours à un mois, plutôt que de six mois à trois ans)	6,4	7,0
4) Existence d'un programme de formation standardisé	6,8	7,0
a) Programme consacré à des sujets biologiques/médicaux (déterminants, notions de base en matière de physiologie humaine, pharmacologie, diagnostic et traitement)	5,6	5,8
b) Programme consacré aux comportements domestiques préventifs en rapport avec les pathologies prioritaires	7,9	7,8
c) Programme consacré à la formation aux déterminants sociaux de la santé	7,6	7,6
d) Programme consacré aux compétences en conseil et en motivation (y compris compétences en communication)	8,0	7,8
e) Programme consacré aux différents aspects de la pratique (attitude, situations nécessitant d'orienter les patients, éventail des tâches, relations de pouvoir avec les clients, sécurité personnelle)	7,9	7,8
f) Programme consacré à l'intégration des ASC dans le système global (accès aux ressources)	7,7	7,5
5) Remise d'un certificat officiel aux ASC ayant suivi la formation initiale axée sur les compétences	7,6	7,6
6) Appui stratégique à la supervision des ASC	8,2	7,8
a) Coaching des ASC	8,0	7,5
b) Utilisation de listes de contrôle des tâches	7,9	7,8
c) Observation des ASC dans l'établissement	7,1	7,2
d) Observation des ASC dans la communauté et l'établissement	7,8	7,6
e) Supervision des ASC par d'autres ASC	6,1	6,3
f) Supervision des ASC par des personnels de santé de rang supérieur	7,7	7,5
g) Superviseur formé	7,9	7,8
h) Évaluation des ASC par la surveillance des prestations de services uniquement	5,2	6,3
i) Évaluation des ASC par la surveillance des prestations de services et selon les retours de la communauté	7,6	7,4
7) Récompense du travail des ASC	7,9	7,6
a) Incitations financières	7,2	6,7
b) Incitations non financières	7,2	7,1
c) Alignement du salaire des ASC à plein temps sur le salaire public minimum de la localité	6,7	6,2
8) Mise en place d'opportunités/d'un cadre d'évolution professionnelle pour les ASC au sein des systèmes de santé et d'éducation	7,3	6,4
9) Offre aux ASC d'un contrat formel dans le système de santé	7,0	6,7
10) Collecte et envoi par les ASC des données sur leurs activités de routine	8,0	7,7
11) Mise en œuvre de stratégies d'engagement communautaire pour soutenir les ASC en exercice (y compris comités de village et activités de planification d'actions de santé communautaire)	7,9	7,6
12) Mobilisation proactive de la communauté par les ASC (identification des problèmes sanitaires et sociaux prioritaires, mobilisation des ressources locales, incitation des communautés à participer à l'organisation et à la prestation des services de santé)	8,0	7,5
13) Proposition de stratégies pour assurer la bonne disponibilité des produits et fournitures consommables dans le contexte de programmes d'ASC en exercice	7,9	7,4
a) Inclusion des produits pertinents dans le plan national d'approvisionnement pharmaceutique ou un plan d'approvisionnement national équivalent	7,9	7,3
b) Outils de gestion des stocks et supports visuels simplifiés pour les ASC, adaptés à un faible niveau d'alphabétisation et dotés d'un minimum de points de données pour faciliter l'enregistrement des données et le réapprovisionnement	8,0	7,6
c) Utilisation d'applications mobiles pour la tenue des stocks et l'enregistrement d'autres données (principe de santé mobile)	7,4	7,0
d) Coordination, supervision et normalisation des procédures, listes de contrôle et incitations liées au réapprovisionnement	7,8	7,3
e) Produits spécialement conçus pour une utilisation par des ASC (présentation, solidité, forme et conditionnement)	7,3	7,0
f) Recours aux réseaux sociaux pour gérer la redistribution	6,0	6,0

Au-delà des scores d'évaluation moyens, il est important de noter que certaines interventions envisagées enregistraient des valeurs fortement dispersées, indiquant une variance importante de l'acceptabilité et de la faisabilité perçues par les répondants (figures A5.1 et A5.2).

Figure A5.1 : Acceptabilité et faisabilité du recours aux réseaux sociaux pour la redistribution des produits et des fournitures



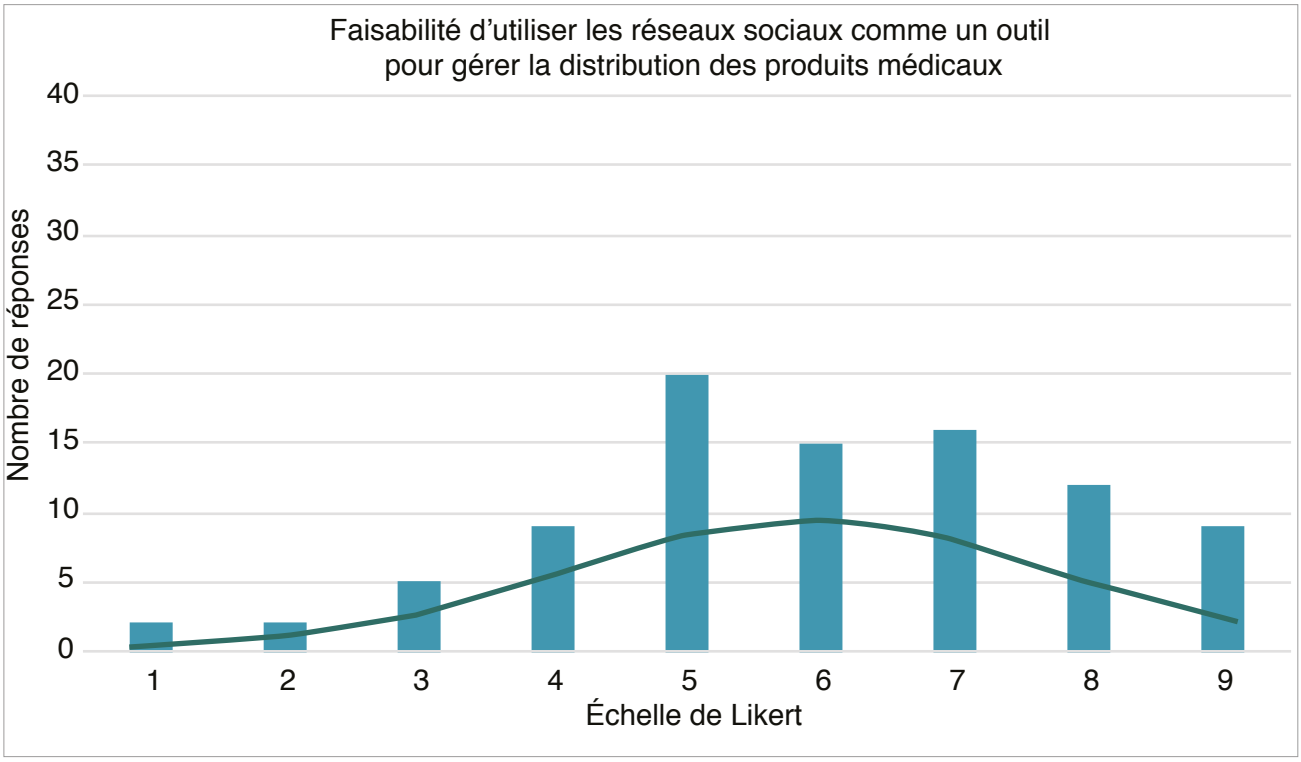
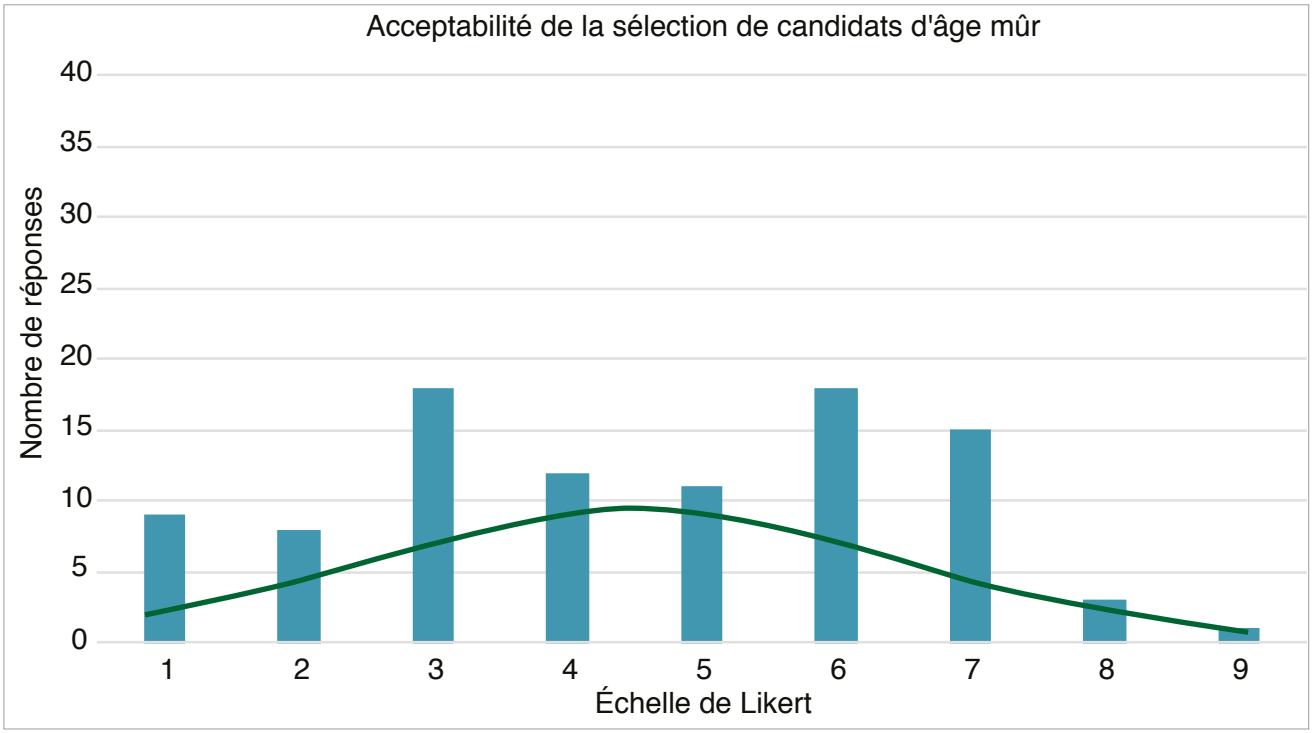
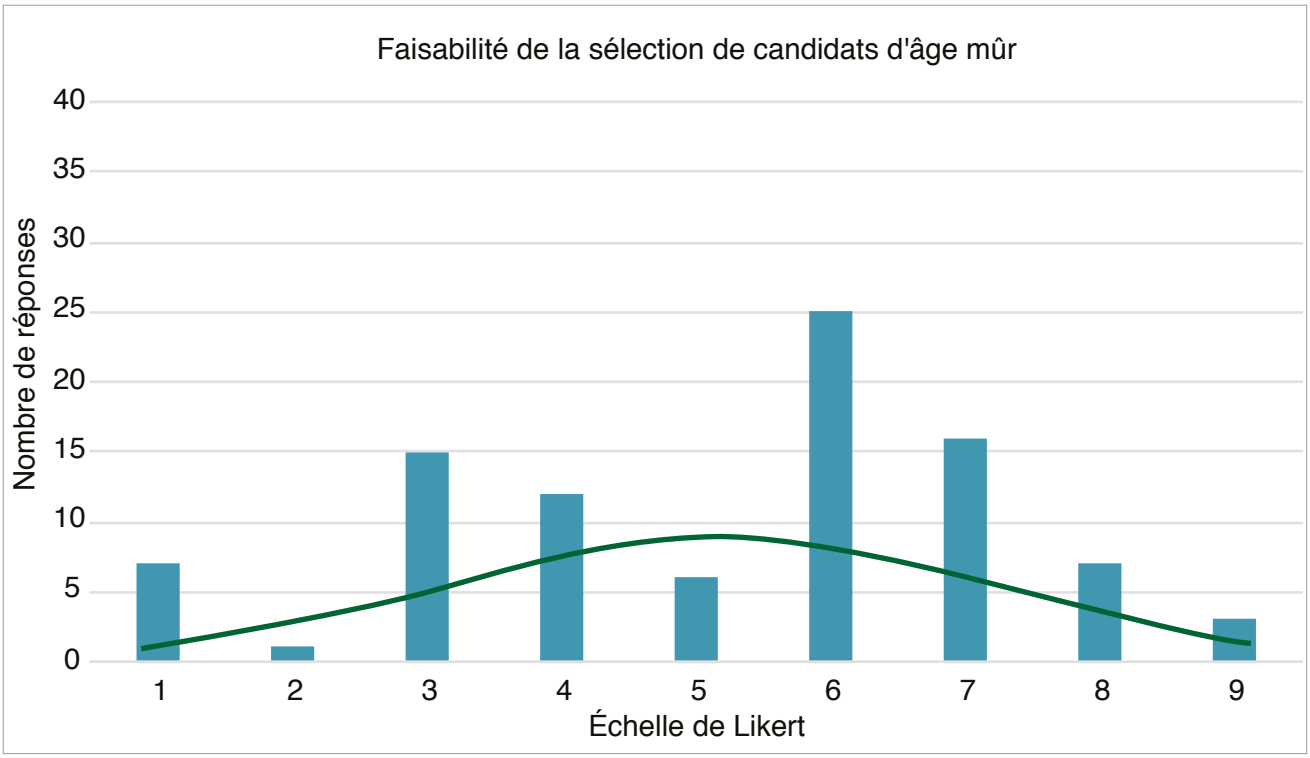


Figure A5.2 : Acceptabilité et faisabilité de la sélection de candidats d'âge mûr





La mise en œuvre des politiques, stratégies et plans nationaux de santé sera probablement plus efficace si leur négociation et leur élaboration impliquent l'ensemble des parties prenantes, en tenant compte de leurs perceptions et de leurs valeurs.

Cette enquête sur la perception des parties prenantes apporte un éclairage complémentaire au cadre décisionnel utilisé par le Groupe d'élaboration des directives pour formuler ses recommandations. Outre la synthèse des données scientifiques, réalisée par le biais des revues systématiques, les résultats de l'enquête renforcent la confiance quant à l'applicabilité de la plupart des recommandations dans la pratique.