

Étude sur la place des acteurs communautaires dans la LCS/ les maladies et leurs motivations

Analyse situationnelle

Consultante :

Dr ADAM YATASSAYE

Experte en santé communautaire







Étude sur la place des acteurs communautaires dans la LCS/ les maladies et leurs motivations

Analyse situationnelle

Consultante : Dr ADAM YATTASSAYE *Experte en santé communautaire*



TABLE DES MATIÈRES

- I. Résumé exécutif
- 1. Contexte
- 2. Objectifs
- 3. Méthodologie

PREMIÈRE PARTIE : Introduction générale et approche méthodologique

- 1.1. Rappel des Termes de références
- 1.2. Approches méthodologiques
- 1.3. Limites et difficultés rencontrées

Deuxième Partie : Approches conceptuelles

- 2.1. Principes théoriques des soins de santé primaires
- 2.2. Eléments essentiels de l'engagement communautaire
 - 2.2.1 : La communauté
 - 2.2.2 : La riposte communautaire
 - 2.2.3 : Les agents de santé communautaire
 - 2.2.4 : Les acteurs communautaires impliqués dans la lutte contre le sida et les autres maladies

TROISIÈME PARTIE : Tableau de bord des pays

QUATRIÈME PARTIE : Résultats et commentaires généraux

- 1. Documents de politique et stratégies de santé communautaire
- 2. Mécanisme de coordination
- 3. Budget de santé communautaire
- 4. Contrats
- 5. Motivation financière
- 6. Niveau d'instruction et de formation
- 7. Plan de carrière
- 8. Participation au processus de planification

CINQUIÈME PARTIE : Recommandations



ABBREVIATIONS

AOC	Afrique de l'ouest et du centre
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
ASC	Agents de santé communautaires
RCA	République Centre Africaine
RDC	République Démocratique du Congo
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine
SIDA	Syndrome de l'immuno-déficience Acquis
USAID	Agence Américaine pour le développement international
ONUSIDA	Organisation Onusienne de lutte contre le Sida
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé



RESUME EXECUTIF

1. Contexte

La place des acteurs communautaires est de nos jours au cœur des préoccupations des politiques de santé publique. Il s'est établi un consensus sur la place prépondérante de ce maillon essentiel, les acteurs issus de la communauté, des organisations communautaires de base, des associations de jeunes, de femmes occupent une place importante principalement dans la promotion de la santé et aussi dans les stratégies de vulgarisation des nouvelles approches de lutte contre les maladies.

Il est aujourd'hui admis que les résultats probants dans la lutte contre le sida, le paludisme, la tuberculose et toutes les autres maladies émergentes et/ou ré-émergentes sont aussi l'œuvre d'un engagement communautaire fort et de plus en plus doté d'une expertise réelle dans le domaine de la communication et de l'innovation.

2. Objectif

L'objectif de cette analyse situationnelle est de déterminer la place des acteurs communautaires dans l'échiquier de la lutte contre la maladie, leur participation dans le processus de planification de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et programmes de santé, d'identifier les mécanismes et les formes de motivation et enfin de formuler des pistes de recommandations pour une meilleure valorisation de leur apport. Ce positionnement a été établi autour de huit variables et surtout envisagé dans le cadre global de la santé communautaire au sein des ministères de la santé.

3. Méthodologie

Cette analyse situationnelle a combiné diverses méthodes notamment une revue documentaire couvrant les dix (10) pays couverts par l'étude. Un questionnaire a été élaboré ainsi qu'un guide d'entretien. Les données complémentaires à la revue documentaire ont été collectées par le remplissage du questionnaire et des interviews avec les différents profils notamment les responsables des programmes de lutte contre la maladie, les autorités du ministre de la santé et aussi les acteurs concernés notamment les relais communautaires, les pairs éducateurs. Des focus – groupes ont aussi été organisés au Mali, Niger, Burkina Faso et aussi au Sénégal avec des pairs éducateurs de la lutte contre le Sida et la Tuberculose au niveau des pays.

Au total 8 sur les 10 pays (80%) ont répondu et/ou rempli au moins un questionnaire/ interview. Sur les 10 pays qui ont été inclus dans cette analyse situationnelle, une moyenne de 60% des répondants ont effectivement répondu avec des taux de réalisation des questionnaires allant de 20 à 100%.



INTRODUCTION GENERALE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

1.1. Rappel des termes de référence et des objectifs clés de l'évaluation

Les Organisations de la Société Civile (OSC) ont développé des expériences, des compétences et des capacités organisationnelles probantes depuis plusieurs années en AOC. Les acquis et progrès enregistrés sont liés à leurs capacités à faciliter l'accès à des services différenciés (y compris dans des contextes difficiles), à atteindre les populations marginalisées, à promouvoir les droits humains et la dignité de ces populations.

Les acteurs communautaires qui sont les pairs-éducateurs, des réseaux de personnes vivant avec le VIH ou concernées par l'infection comme les populations clés, des professionnels de la santé au sein des communautés, la société civile est plus que jamais nécessaire pour préserver les acquis et garantir une réponse adaptée dans la riposte. Les activités menées par acteurs s'articulent à travers la sensibilisation sur les mesures de prévention, notification des cas, recherche des personnes contacts, soutien au traitement, appui psychosocial, défenses des droits des personnes. Leur leadership et leur engagement doivent être maintenus pour réduire la survenue des nouvelles infections.

Le moment est venu où on constate une réduction de soutien financier des bailleurs concernant la prise en charge des ressources humaines dans la lutte, donc nous devront tourner les regards sur la recherche des nouvelles options de rétention et de motivation des acteurs communautaires.

C'est dans cette lancée que le groupe thématique « Expertises et services communautaires en santé » de l'Institut de la Société Civile pour le VIH et la Santé en Afrique de l'Ouest et du Centre a recruté un consultant pour une étude sur la place des acteurs communautaires dans la lutte contre le VIH et les maladies.

1.2. Approches méthodologiques

Une revue documentaire couvrant les dix pays impliqués dans l'étude a porté sur les politiques, stratégies, lignes directrices et approches existantes en matière d'implication des acteurs communautaires dans la lutte contre la maladie.

La collecte de l'information dans les pays s'est aussi faite à l'aide d'un questionnaire (voir annexe) adressé aux structures publiques principalement les programmes VIH, Tuberculose et Paludisme, les organisations de la société civile.

La collecte de l'information a été aussi faite par des interviews (voir guide d'interview en annexe) des responsables d'associations de personnes touchées par la maladie, de populations clés, d'organisations de jeunes, de femmes etc.

1.3. Limites et difficultés rencontrées

Les limites de cette analyse situationnelle sont celles relatives aux biais de questionnaires et d'interviews contenant des opinions d'informateurs clés. Du fait du contexte créé par la Pandémie de Covid-19, l'option choisie a été celle d'une collecte de données par voie électronique et d'interviews à distance.

Ceci a bien certainement limité le nombre de répondants et n'a pas non plus permis aux consultants d'échanger de vive voix avec les acteurs clés ni de visiter d'organisations « championnes » au niveau communautaire.



2.1. Principes théoriques des soins de santé primaire

La Déclaration d'Alma-Ata de 1978 a été révolutionnaire en ce sens qu'elle a relié l'approche de la santé fondée sur les droits à une stratégie viable pour y parvenir.

La déclaration issue des travaux de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires a identifié les soins de santé primaires comme étant la clé de la réduction des inégalités en matière de santé entre les pays et en leur sein, ce qui contribue à la réalisation de l'objectif ambitieux mais non encore atteint de « La santé pour tous » à l'horizon 2000. Les soins de santé primaires ont été définis dans ce document comme étant « des soins de santé essentiels », fondés sur des interventions scientifiquement éprouvées.

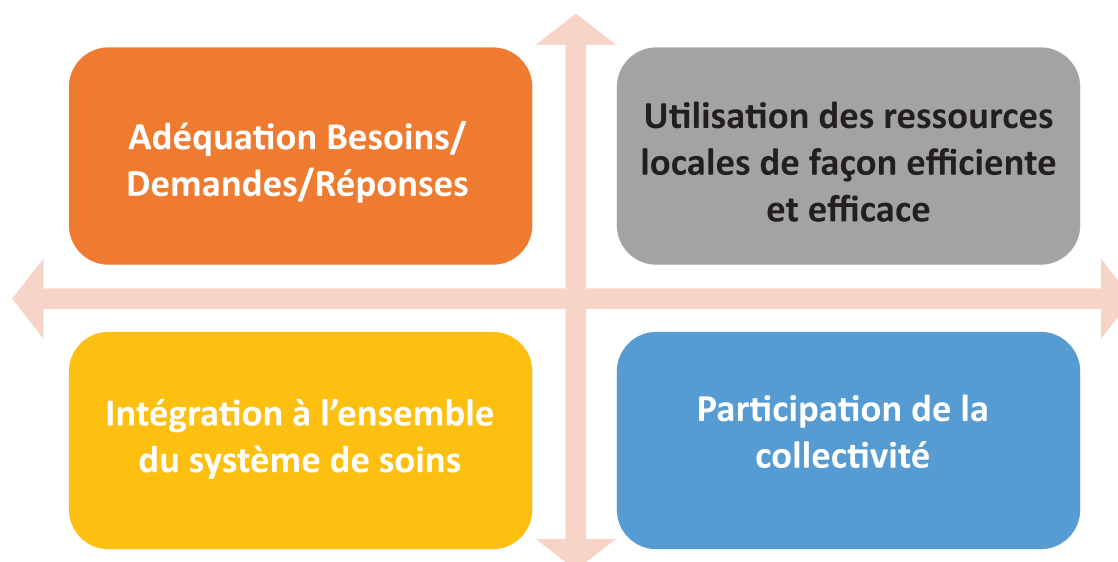
Ces services devaient être rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. Les soins de santé primaires devaient comprendre huit éléments : une éducation concernant les problèmes de santé; une nutrition adéquate; des soins de santé maternelle et infantile; des mesures d'assainissement de base; un approvisionnement suffisant en eau salubre; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales; le traitement des maladies et blessures courantes; et la fourniture de médicaments essentiels.

La Déclaration d'Alma-Ata appelle les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leur système national de santé. Elle insiste sur l'importance des soins de santé communautaires qui reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays. Ce modèle permettrait de « rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent » en leur permettant de se faire traiter par des agents de santé communautaires, des infirmières et des médecins dûment préparés.

Un tel modèle devrait également favoriser l'autosuffisance des individus au sein d'une communauté et leur participation à la planification et au fonctionnement des programmes de soins. Des systèmes d'aiguillage viendraient compléter la gamme de soins en offrant des services complets aux personnes qui en ont le plus besoin – les plus pauvres et les plus marginalisées.

Avec la décennie qui a suivi les années 1970, un environnement économique tumultueux a contribué à détourner l'attention des soins de santé primaires en faveur du modèle plus abordable des soins de santé sélectifs, axé sur des maladies et des conditions particulières. Néanmoins, malgré les résultats mitigés des soins de santé primaires dans les pays où ce modèle a été mis en œuvre, les progrès réalisés en matière de santé publique illustrent la flexibilité et l'applicabilité du modèle communautaire

Les principes essentiels d'une politique de soins de santé primaire sont au nombre de quatre (4) :



2.2. Eléments essentiels de l'engagement communautaire

2.2.1. Communauté

Le terme « communauté » est couramment employé mais n'a pas de définition unique ou figée. Généralement, une communauté se compose de personnes liées les unes aux autres de manières distinctes et variées. Ces personnes peuvent partager des caractéristiques ou des points faibles communs, liés notamment à la géographie, à leurs conditions de vie, à des problèmes de santé, à leur culture, à leur genre, à leur âge, à leur religion, ou à leur identité et leur orientation sexuelles. Les communautés sont diverses et mouvantes. Une même personne peut appartenir à plusieurs communautés.

Dans le contexte de la maladie notamment VIH, Paludisme et Tuberculose, le terme « communautés » renvoie aux personnes touchées par le VIH, la tuberculose ou le paludisme. Il inclut les « populations-clés et vulnérables »

2.2.2. Riposte communautaire

Une « riposte communautaire » est la façon dont une communauté faite face aux défis et aux besoins auxquels elle est confrontée. La riposte communautaire est pluridimensionnelle. Elle peut associer des actions de prestation de services à assise communautaire à des actions de plaidoyer, de suivi, de recherche, de gouvernance et de reddition de comptes. Les actions menées par les communautés contribuent de manière essentielle à la riposte nationale au VIH, à la tuberculose et au paludisme en collaboration avec d'autres secteurs pour la mise en place de démarches fondées sur des données probantes, les bonnes pratiques et la mise en œuvre d'orientations normatives. Elles apportent aussi de la valeur ajoutée par rapport aux autres types d'actions. Par exemple, elles sont particulièrement efficaces pour : garantir l'égalité en matière de santé, en particulier pour les populations-clés et vulnérables ; s'attaquer aux déterminants sociaux (tels que les droits de l'homme et l'égalité entre les genres) ; mettre en œuvre des services sûrs, de grande qualité et axés sur les personnes ; et faire en sorte que les décideurs rendent des comptes. Souvent, les actions communautaires offrent un appui qui, sans elles, n'existerait pas.



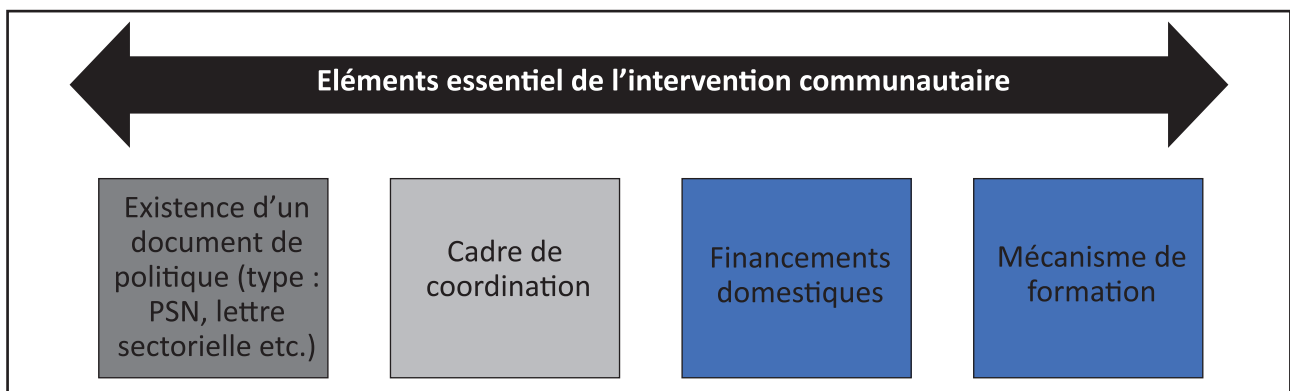
2.2.3. Agents de santé communautaire (ASC)

Selon l'organisation mondiale de la santé¹, l'agent de santé communautaire est un employé à temps complet ou à temps partiel dans son activité touchant à la santé, est rétribuée en espèces ou en nature par la collectivité locale ou par les services de santé. Les fonctions de l'ASC englobent à la fois les soins de santé et le développement communautaire

2.2.4. Acteurs communautaires (impliqués dans la LCS et les autres maladies)

Les acteurs communautaires impliqués dans la lutte contre le Sida et les autres maladies notamment le Paludisme et la Tuberculose sont aussi issus de la communauté et volontaires pour la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé. Ils sont aussi appelés relais communautaires, pairs éducateurs, conseillers etc. et se regroupent autour d'entités diverses et variées :

- Organisations œuvrant en faveur des principales populations affectées/principaux groupes vulnérables
- Organisations de soins à domicile
- Organisations œuvrant en faveur des personnes vivant avec et/ou affectées par les trois maladies - Organisations confessionnelles
- Organisations de femmes
- Organisations de jeunes
- Centres communautaires
- Organisations du secteur privé
- Différentes autres entités, dont les organisations de droits de l'homme, les associations/réseaux de PVVS, les organisations-cadres, les hospices, les organisations de formation et les Conseils locaux de lutte contre le sida



Ainsi dans le cadre de la présente étude nos variables d'analyse sont au nombre de huit (8) :

- Existence de documents de politique de santé communautaire
- Existence d'un cadre ou d'une entité de coordination
- Mise en place de contrats pour les acteurs communautaires
- Motivation financière
- Niveau d'instruction et de formation des acteurs communautaires
- Existence d'un plan de carrière
- Et enfin la participation des acteurs communautaires aux cadres de planification et de suivi - évaluation des programmes de santé

1- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39419/9242560979_fre.pdf;sequence=1

TROISIEME PARTIE :

TABLEAUX DE BORD DE TOUS LES PAYS

Pays	Existence d'un document de stratégie de santé communautaire	Existence d'une structure de coordination	Existence de manuels de pratiques type modules, curricula etc.	Prise en compte dans la politique budgétaire	Contrat	Motivation financière	Plan de carrière	Participation au processus de planification et d'évaluation
Burkina Faso	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Jaune
Cote d'ivoire	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Jaune
RDC	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Jaune
RCA	Vert	Vert	Vert	Rouge	Vert	Vert	Rouge	Jaune
Sénégal	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Jaune
Togo	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Jaune
Mali	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Jaune
Niger	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Jaune
Sierra Leone	Vert	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Vert	Rouge	Jaune

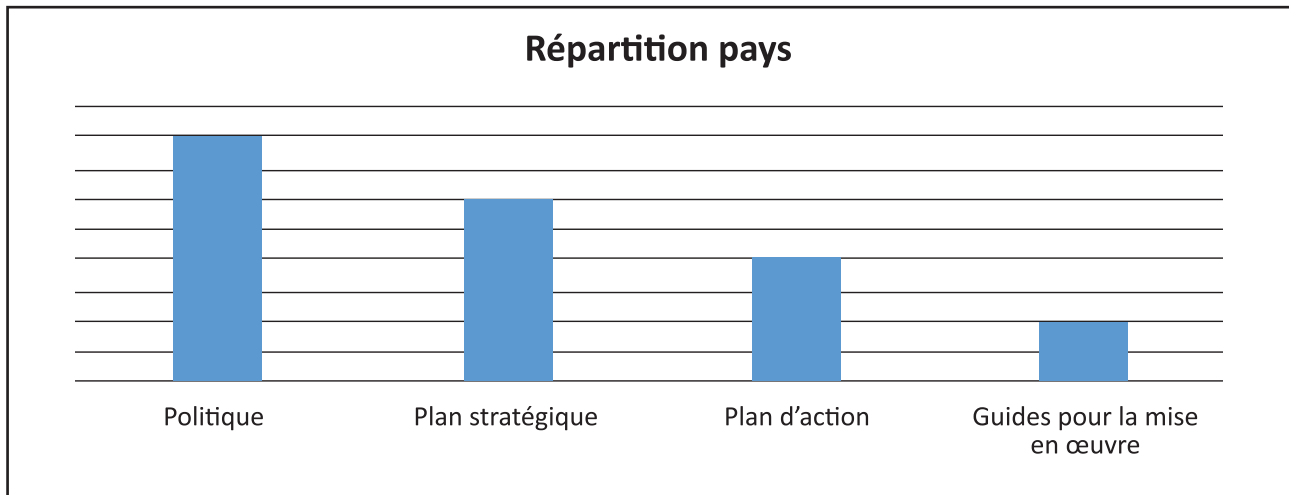
Vert	OUI/OK
Jaune	PARTIEL
Rouge	NON



TABLEAUX DE BORD DE TOUS LES PAYS

1. Documents de politique et stratégiques de santé communautaire

Parmi les pays concernés, la quasi – totalité dispose d’un document de politique de santé communautaire ou d’une lettre sectorielle arrimée au programme national de développement social et sanitaire. Il convient de noter que la politique de référence en République Centre Africaine est relative aux soins de santé primaire, mais un plan stratégique de la santé communautaire est en cours de développement. La santé communautaire demeure aujourd’hui une priorité des pays.



La première observation porte sur le renforcement récent de l’engagement en faveur de la santé communautaire avec l’importance des politiques (4 sur 9) et des plans stratégiques (3 sur 9) qui datent de 2016 et plus.

Habituellement, une orientation politique est associée à une approche à moyen et long terme : les politiques examinées ici ne couvrent pas de périodes spécifiques, mais les plans stratégiques sont eux déclinés sur 5 années. L’établissement des politiques est souvent fondé sur des données, et 80% des pays enquêtés (7 sur 9) ont développé le Niger et le Mali ont dressé une cartographie des partenaires.

Enfin, la plupart des pays déclarent avoir une structure de coordination au sein du Ministère de la Santé, et aussi un comité national pluridisciplinaire, ce qui indique un environnement politique visiblement renforcé sur les aspects de coordination et de pluridisciplinarité.

2. Mécanismes de coordination

Tous les pays indiquent bénéficier d’une structure de coordination de la santé communautaire au niveau central au sein du Ministère de la Santé.

Une telle structure emprunte différentes dénominations selon le pays, à savoir Direction au Burkina Faso, en République Démocratique du Congo, en Côte d’Ivoire, et; Service ou Section au Mali et au Niger; Hub, Cell, Cellule, Conseil ou Office, en RCA, au Sénégal, Steering - committee, Division ou Coordination en RCA, au Sierra Leone, ou au Togo.



3. Budget santé communautaire

Les pays ont indiqué l'existence d'une ligne budgétaire dédiée à la santé communautaire dans le budget national consacré au secteur de la santé. Seulement très peu d'informations sont fournies et disponibles sur le montant et la destination des allocations. Parmi les pays qui ont bénéficié d'une ligne budgétaire dédiée consécutivement en 2016 et en 2017, le montant est resté stable entre les deux années au Burkina Faso (3 378 160 000 FCFA), en RCA (8 500 000 FCFA) et au Togo (80 000 000 FCFA)². Dans seulement deux pays il a été possible de donner la proportion de cette ligne budgétaire par rapport au budget global de santé - 0,0033% en RCA et 1,56% au Burkina Faso. Seul le Togo informe qu'un plan visant à augmenter la part du budget de la santé communautaire a été développé par le gouvernement.

Malheureusement ces montants énoncés par les pays ne concernent que les agents de santé communautaire, aucun pays n'a prévu une part du budget pour les acteurs communautaires impliqués dans la lutte contre le Sida et les autres maladies.

4. Contrats

La précarité de l'emploi touche encore plus les agents de santé issus de la communauté. La plupart des pays couverts par l'étude ne propose un modèle de contrat à ces agents, le principe de base demeure le bénévolat il n'existe pas encore une volonté formelle des autorités d'établissement d'un « corps » voire un statut des agents communautaires.

Au Sénégal, l'expérience des médiateurs en santé a été largement évoquée. Pour rappel d'importants efforts ont été faits pour « sanctuariser » cette fonction au niveau des programmes en cours notamment le programme santé USAID et le projet Fonds mondial ; au Niger et au Mali les agents de santé communautaires ont été rattachés au système de santé. Globalement aucun pays ne fait mention du statut d'agents communautaires issus des organisations de la société civile dans les documents de politique.

5. Motivation financière

La motivation financière est basée sur la réalisation des activités. En effet l'organisation d'activités de prévention ciblée (causerie, discussion de groupe, projection de film) prévoit une motivation par l'acteur communautaire en charge de la réalisation de l'activité.

Ce montant varie selon les pays et les bailleurs mais globalement il ne dépasse pas 10. 000 F CFA et il est rapporté au cours des focus qu'une part de ce montant est prélevée et versée au niveau de la caisse de l'association dont est issue l'acteur communautaire. « Pour la réalisation des activités nous pouvons percevoir jusqu'à 10 000 F CFA mais nous ne prenons pas tout l'argent nous versons une partie à la caisse pour faire profiter les autres qui n'ont pas eu la chance d'animer » Participant à un focus.

6. Niveau d'étude et de formation

Globalement dans la plupart des pays aucun niveau d'étude n'est requis pour les acteurs communautaires intervenant dans la lutte contre la maladie. Seulement des compétences en lecture et en calcul sont demandées en RCA, en RDC, au Sierra Leone, au Niger, au Sénégal et au Togo. Il est nécessaire d'avoir achevé le cycle primaire au Mali pour les agents de santé communautaire et aussi au Bénin il est exigé un niveau d'éducation secondaire.

2- Rapport politiques et programmes de santé communautaire en AOC



Aujourd'hui il est fréquent de trouver au sein des acteurs communautaires intervenant dans le domaine de la santé des personnes titulaires de baccalauréat, de licence et aussi de maîtrise. *« J'ai un BAC + 3, j'ai démarré l'intervention au niveau du Lycée et depuis j'ai pris gout. Je connais beaucoup de personnes qui ont un bon niveau d'études et de formation qui sont relais. Je pense que c'est une excellente chose et surtout ça permet de décomplexer les acteurs communautaires »* Participante à un focus group

7. Plan de carrière

Il n'existe au aucun plan de carrière pour les acteurs communautaires. La participation à la lutte contre la maladie est perçue comme un service rendu à la communauté. *« Je m'investis pour protéger ma communauté contre les maladies »*. (Entretien avec un relais communautaire intervenant dans la lutte contre le paludisme). Seulement cette perception bénévole à tendance à évoluer on sent l'émergence d'une certaine « professionnalisation » de la lutte contre la maladie au niveau communautaire. Certains acteurs au vue des résultats produits notamment auprès de certaines cibles réclament plus de considération et aussi d'avantages. *« Notre combat est aujourd'hui pour une totale reconnaissance de l'action communautaire dans la santé, il faut que les autorités engagent de véritables réflexions pour nous donner toute notre place »* Président des acteurs communautaire du Sénégal

8. Participation au processus de planification et de suivi – évaluation des programmes

L'omniprésence des acteurs communautaires dans la mise en œuvre des activités santé contraste avec la faiblesse de leur présence dans les cadres de planification et de suivi – évaluation. *« Nous sommes plus pour ne pas dire que dans la mise en œuvre on nous convie rarement dans les cadres de planification des programmes »* entretien avec un responsable Organisation communautaire de base. Cette situation a comme corollaire certains écueils constatés dans la mise en place des activités sur le terrain certaines réalités étant occultées ce qui altère la mise en œuvre efficiente des programmes et des activités. *« Des programmes n'ont pas eu les résultats escomptés parce que seulement certains aspects n'étaient pas pris en compte dès la planification »* (entretien avec des relais). Il en est de même des mécanismes de suivi - évaluation qui intègrent très peu les acteurs communautaires.

Sur un autre plan, les acteurs communautaires se sont félicités des efforts du programme Fonds mondial dans le cadre du dialogue pays qui encourage la participation effective des acteurs communautaires à toutes les étapes du processus d'identification des priorités stratégiques et à la mise en œuvre des activités. Cette disposition est perçue par les acteurs comme une « best practice » à essaimer dans les tous les programmes de santé.



RECOMMANDATIONS

5.1. Recommandations aux institutions sous régionales type : ONUSIDA, OOAS

- A. Utiliser cette analyse situationnelle comme base pour soutenir une analyse d'ensemble de la situation des acteurs communautaires au niveau des pays
- B. Soutenir le plaidoyer au niveau des programmes de santé pour une meilleure valorisation des acteurs communautaires.
- C. Soutenir un mécanisme régional de surveillance communautaire (observatoire) pour monitorer les efforts des états dans la prise en compte des besoins prioritaires des acteurs communautaires (mise en place d'un indice valorisation des acteurs communautaires)
- D. Travailler sur une déclaration – type pour accorder une part du budget de la santé aux acteurs communautaires (l'image de la déclaration d'abudja)
- E. Appuyer les pays dans la recherche de financements « communautaires » pour mieux prendre en compte les besoins des acteurs communautaires

5.2. Recommandations aux états :

- A. Revoir les textes normatifs et garantir un statut réel aux acteurs communautaires impliqués dans la santé
- B. Accorder une part importante du budget de la santé aux acteurs communautaires impliqués dans la santé
- C. Etablir un système de reconnaissance et de valorisation des acteurs communautaires impliqués dans la santé
- D. Etablir un système de valorisation des acquis communautaires et établir des passerelles avec les institutions de formation (écoles de formation, universités)
- E. Organiser des états généraux des acteurs communautaires pour garantir un meilleur réseautage et établir une culture commune



INSTITUT DE LA SOCIÉTÉ CIVILE
POUR LE VIH ET LA SANTÉ

AOC