



# 2 millions d'agents de santé communautaires en Afrique

Tirer pleinement profit du dividende démographique, mettre fin à l'épidémie de sida et assurer durablement la santé pour tous en Afrique



La santé et le bien-être des Africains sont fondamentaux pour le développement de l'Afrique. Pour assurer un meilleur avenir et une meilleure santé à ses ressortissants, l'Afrique s'est lancée dans un effort historique visant à jeter les bases d'une santé et d'un développement durables pour tous. L'Agenda 63 prévoit des mesures sur 50 ans pour stimuler une transformation socio-économique sur l'ensemble du continent. Un élément clé de cette transformation consiste à tirer pleinement profit du « dividende démographique » pour faire en sorte que le progrès économique améliore la croissance, le développement social et le partage des richesses. La « stratégie africaine pour la santé » et le « Cadre catalytique pour éliminer le Sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique à l'horizon 2030 » mis en place par l'Union africaine énoncent les objectifs principaux, les stratégies et les étapes à atteindre pour, au final, en arriver à une Afrique saine et prospère. L'utilisation optimale de la technologie, y compris les plates-formes de communications numériques dans la mesure du possible, jouera un rôle central dans la réalisation de ces objectifs.

Dans cette quête multiforme pour une santé et un développement durables, les communautés représentent un levier unique et puissant. Des communautés en bonne santé, fortes et prospères sont les moteurs locaux du développement national et régional. Sans des communautés leaders et partenaires, notre aspiration à la santé et au développement se résumera à de beaux discours.

Les agents de santé communautaires – issus des communautés qu'ils desservent, responsables envers celles-ci et recevant une formation plus courte que celle requise pour les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé – représentent le « chaînon manquant » essentiel entre les grandes aspirations sociétales et les communautés, qui constituent les unes et les autres des vecteurs de progrès nécessitant un soutien massif. Rares sont les outils de promotion de la santé et du développement qui sont à la hauteur de la capacité des agents de santé communautaires à impulser des progrès dans plusieurs domaines. De nombreux éléments de preuve démontrent que les agents de santé communautaires améliorent l'utilisation des services de soins, réduisent les inégalités en matière de santé, offrent une qualité élevée de services et améliorent les résultats globaux en matière de santé. Les programmes des agents de santé communautaires représentent également des emplois de qualité, renforcent les économies nationales et locales et augmentent la productivité en améliorant la santé et le bien-être. Investir dans le déploiement d'agents de santé communautaires permettra également à l'Afrique de transformer le danger potentiel que représente le doublement prévu de sa population jeune d'ici 2050 en un « dividende démographique » porteur de croissance économique et de hausse du niveau de vie. En effet, les investissements dans les agents de santé communautaires représentent une opportunité idéale pour s'attaquer à l'un des problèmes majeurs en Afrique: le taux de chômage extrêmement élevé chez les jeunes.

Ce rapport plaide pour une nouvelle initiative majeure : recruter, former et déployer rapidement 2 millions d'agents de santé communautaires en Afrique. S'appuyant sur un vaste éventail de preuves et une solide expérience régionale, le rapport montre comment les agents de santé communautaires sauvent des vies et améliorent la qualité de vie. Il montre également comment les investissements dans les agents de santé communautaires exploitent efficacement le dividende démographique, réduisent l'inégalité entre les sexes et accélèrent la croissance économique et le développement. En effet, les avantages des agents de santé communautaires s'étendent sur l'ensemble du programme de développement durable.

Bien qu'ambitieuse, cette nouvelle initiative est tout à fait réalisable. Certains des programmes de santé communautaire les plus performants au monde sont en Afrique. En outre, des modules de formation et des stratégies de déploiement existent déjà, et peuvent être immédiatement adaptés à différentes langues et pays. Contrairement aux programmes d'éducation prolongés, coûteux et à forte intensité de main-d'œuvre des professionnels de santé de grade supérieur, les agents de santé communautaires peuvent être formés et déployés dans des communautés ayant des besoins élevés et mal desservies, en un temps et à des coûts considérablement réduits.

## 2 millions d'emplois communautaires : réduire les déficits en matière d'effectifs dans le secteur de la santé

En 2013, il manquait 17,4 millions d'agents de santé dans le monde pour dispenser des services de soins de santé primaires essentiels, les pénuries les plus importantes concernant l'Afrique et l'Asie du Sud-Est[1]. Bien qu'il soit capital d'investir davantage dans les programmes de formation médicale existants, il est probable que ces programmes ne suffiront pas à eux seuls à combler le déficit de personnel de santé. Selon les projections de l'OMS, les besoins non satisfaits d'agents de santé qualifiés à l'échelle mondiale ne diminueront que

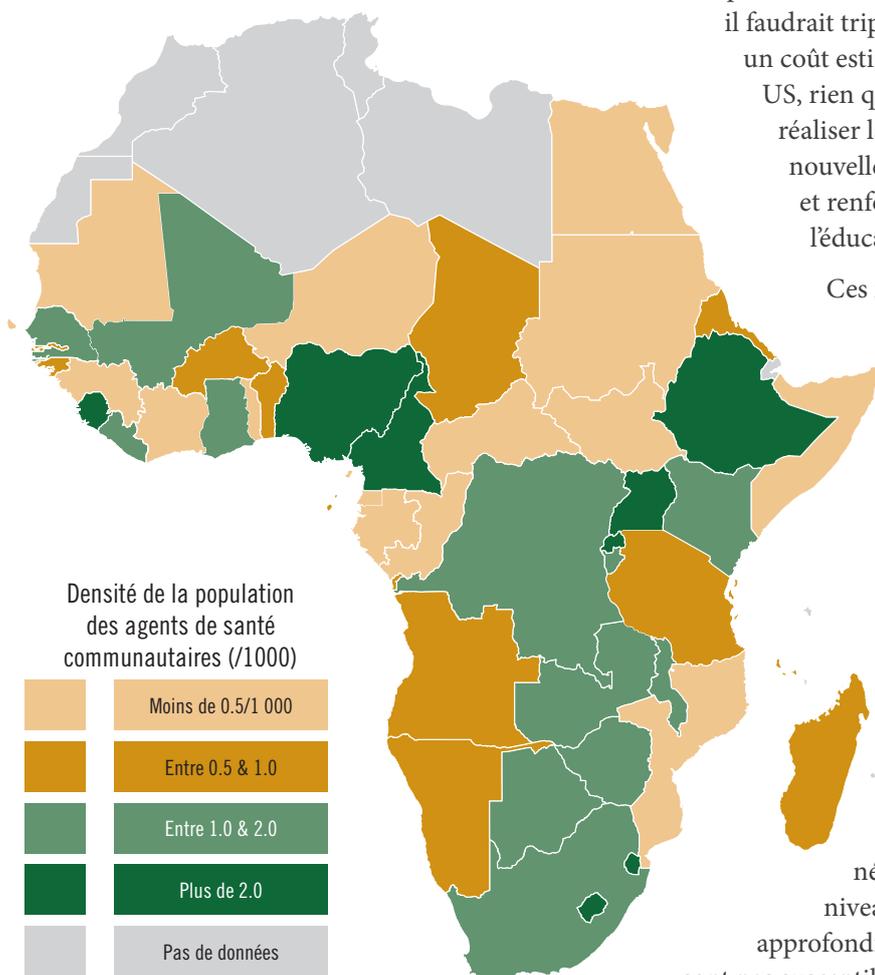
de 17 % entre 2013 et 2020, laissant ainsi les 14,5 millions de professionnels dans le monde aux antipodes du chiffre nécessaire pour atteindre l'ODD 3.[1] En Afrique, pour pallier le manque de médecins estimé à 1,1 million d'ici 2030, il faudrait tripler la capacité des écoles de médecine, pour un coût estimatif de 17 milliards à 23 milliards de dollars US, rien que pour les bâtiments. De toute évidence, pour réaliser la promesse de soins de santé primaires de nouvelles approches seront nécessaires pour poursuivre et renforcer en urgence les investissements dans l'éducation médicale traditionnelle.

Ces nouvelles approches devront également faire face à la disparité de la distribution des agents de santé en Afrique. Au Kenya, par exemple, 46 % des médecins sont situés à Nairobi ou dans ses environs, et qui n'abritent que 19 % de la population nationale (Fig. 2). En Angola et en Afrique du Sud, seulement 15 % et 17 % des professionnels de santé, respectivement, desservent les zones rurales où vivent à peu près la moitié de la population.

### Réduire les déficits en matière d'effectifs dans le secteur de la santé : 2 millions d'agents de santé communautaires en Afrique

De nombreux services de santé, y compris ceux nécessitant une technologie sophistiquée, un haut niveau d'expertise médicale ou une connaissance approfondie de la physiologie ou de la biochimie, ne sont pas susceptibles d'être fournis par des agents de santé communautaires. Cependant, l'expérience et des études scientifiques

**Figure 1. La densité de la population des agents de santé communautaires varie considérablement en Afrique**



approfondies ont montré que de nombreux services de santé peuvent être efficacement fournis par des agents de santé communautaires dans des milieux communautaires. Mettre à contribution les agents de santé communautaires pour qu'ils servent de passerelle aux systèmes de santé durables, nécessite un partage rationnel et synergique des responsabilités cliniques entre diverses catégories d'agents de santé.

Sur la base d'un examen des données disponibles concernant le déficit de main-d'œuvre dans le domaine de la santé, on estime qu'il faudra près de 2 millions d'agents de santé communautaires d'ici 2020 pour aider à combler le déficit de ressources humaines et à accélérer les progrès dans le cadre de l'ODD 3 en matière de santé. Sur la base de l'expérience acquise dans le programme pionnier des agents de vulgarisation sanitaire d'Éthiopie, chacun de ces agents de santé communautaires est tenu de suivre une formation d'une année (y compris neuf mois d'apprentissage sur le terrain) et doit être rémunéré d'une manière équitable. Les agents de santé communautaires doivent être pleinement intégrés dans le système de santé (tant au niveau de la budgétisation et de la planification sanitaire à l'échelle nationale qu'au niveau granulaire de la prestation des services) ; leur statut devrait être formalisé et reflété dans les cadres politiques nationaux, et les associations d'agents de santé communautaires doivent être mises en place au niveau régional et national pour plaider en leur faveur. Des mécanismes devraient être mis en place pour assurer une supervision appropriée des agents de santé communautaires, et ces derniers devraient bénéficier de possibilités d'éducation continue et d'avancement professionnel.

### **Bâtir sur des bases solides : apprendre des investissements antérieurs dans les agents de santé communautaires en Afrique**

Comme le montre la figure 1, des programmes d'agents de santé communautaires existent actuellement dans les territoires de presque tous les États membres de l'Union africaine. Toutefois, la densité des programmes de santé communautaire ne reflète pas entièrement la qualité ou l'impact de ces programmes. Dans de nombreux pays, ces professionnels sont largement sous-payés, sous-utilisés et mal intégrés dans les systèmes de santé de la région. La plupart des agents de santé communautaires d'Afrique travaillent dans des projets verticaux axés sur un seul domaine de la santé et reçoivent une formation étroitement concentrée, alors que les systèmes de santé existants pourraient tirer meilleur parti d'agents communautaires largement compétents et capables de résoudre de multiples problèmes de santé.

Toutefois, un certain nombre de pays africains ont fait des investissements notables dans les agents de santé communautaires et ont parfaitement intégré ces derniers comme acteurs essentiels dans le système de santé. Ci-dessous une liste non exhaustive des expériences de pays:

- **Ethiopie** : le déploiement de 42 000 agents de vulgarisation sanitaire sert d'épine dorsale au Programme de vulgarisation sanitaire du pays.[2]
- **Rwanda** : les 45 000 agents de santé communautaires du Rwanda (Agents de Santé Binôme et Animatrice de Santé Maternelle), conjugués à l'introduction de la couverture de santé universelle par l'intermédiaire de l'assurance coopérative (Mutuelle de Santé), ont contribué à des réductions substantielles des taux de mortalité post infantile et maternelle.[3]
- **Kenya** : un cadre multi-niveaux croissant de 64 000 agents de santé communautaires (estimés) contribue à la prestation des soins de santé au Kenya sous la supervision et la gouvernance des comités de santé communautaires volontaires.[4]
- **Botswana** : pour atteindre une population largement dispersée, le Botswana compte environ 4 200 agents de santé communautaires qui travaillent en collaboration avec des infirmières, souvent déployés dans 800 équipes mobiles voyageant dans les régions les plus reculées du pays.[4]

- **Sénégal** : l'un des programmes de santé communautaire les plus importants du continent, avec 26 000 agents de santé communautaires opérant dans divers cadres complémentaires. Bon nombre d'entre eux travaillent dans des postes de santé qui sont entièrement gérés par les communautés (par le biais d'un comité de santé communautaire), soutenus principalement par des recettes provenant de la participation financière de la population et du soutien des partenaires, et supervisés par le médecin-chef de district.

---

## Les agents de vulgarisation sanitaire d'Éthiopie

En Éthiopie, la moitié des dépenses publiques de santé est utilisée au niveau des soins primaires. Le déploiement de 42 000 agents de vulgarisation sanitaire – l'épine dorsale du programme de vulgarisation sanitaire du pays – a contribué à réduire de 39 % la charge de morbidité globale du pays entre 2005 et 2015, et à augmenter l'espérance de vie de sa population (supérieure à la moyenne). L'investissement et les résultats de l'Éthiopie sont remarquables, car ils ont été initiés en 2003 lorsque le pays comptait le revenu le plus bas au monde. Accroissant ses investissements dans la santé, l'Éthiopie a dépensé en 2014, 19 % du total des dépenses gouvernementales en matière de santé, tirant profit et canalisant les investissements des partenaires internationaux pour soutenir et compléter son programme de vulgarisation sanitaire.

Les agents de vulgarisation sanitaire d'Éthiopie sont formés et intégrés dans le système de soins de santé primaires. La formation initiale s'étend sur une année complète, dont neuf mois d'apprentissage sur le terrain, et couvre 17 services essentiels de santé liés à la santé familiale, à la prévention et au contrôle des maladies, à l'hygiène et à l'assainissement de l'environnement ainsi qu'à l'éducation et aux communications en matière de santé. Les agents de vulgarisation sanitaires sont déployés par paires à quelques 16 000 postes de santé liés à 3 200 centres de santé, avec un système de supervision rigoureux et à plusieurs niveaux. En outre, des possibilités sont offertes pour une formation et une qualification médicales supplémentaires. Des équipes de supervision de quatre personnes prennent en charge 50 agents de vulgarisation dans 25 postes sanitaires satellites, qui forment ensemble une unité de soins de santé primaires. En même temps qu'il a créé un système pionnier pour la formation et le déploiement des agents de santé communautaires, l'Éthiopie a parallèlement élargi à l'échelle nationale, le nombre de médecins, d'infirmières, de sages-femmes et d'agents d'intervention d'urgence.

*Ethiopia Public Expenditure Review, the World Bank, 2016.*

---

Notamment, chacun de ces cinq pays ayant réalisé d'importants investissements dans les agents de santé communautaires a connu une baisse du fardeau de la santé de 2005 à 2015 qui était nettement supérieur à celui de l'ensemble de la région : 39 % en Éthiopie, 48 % au Rwanda, 38 % au Kenya, 46 % au Botswana, et 36 % au Sénégal.[5]

Bien que la majeure partie du million d'agents de santé communautaires qui travaillent actuellement à travers le continent nécessite une rééducation approfondie et une intégration plus complète dans les systèmes de santé, les programmes existants offrent une base solide pour lancer cette nouvelle initiative majeure. En effet, les succès extraordinaires obtenus dans le cadre des programmes pionniers d'agents de santé communautaires en Afrique ont convaincu d'autres pays de la région, comme le Ghana, de commencer à former leur propre personnel de santé communautaire.

Dans le but d'améliorer la santé et d'accélérer le développement, les agents de santé communautaires aident à traduire les aspirations en résultats concrets pour la santé des populations africaines.

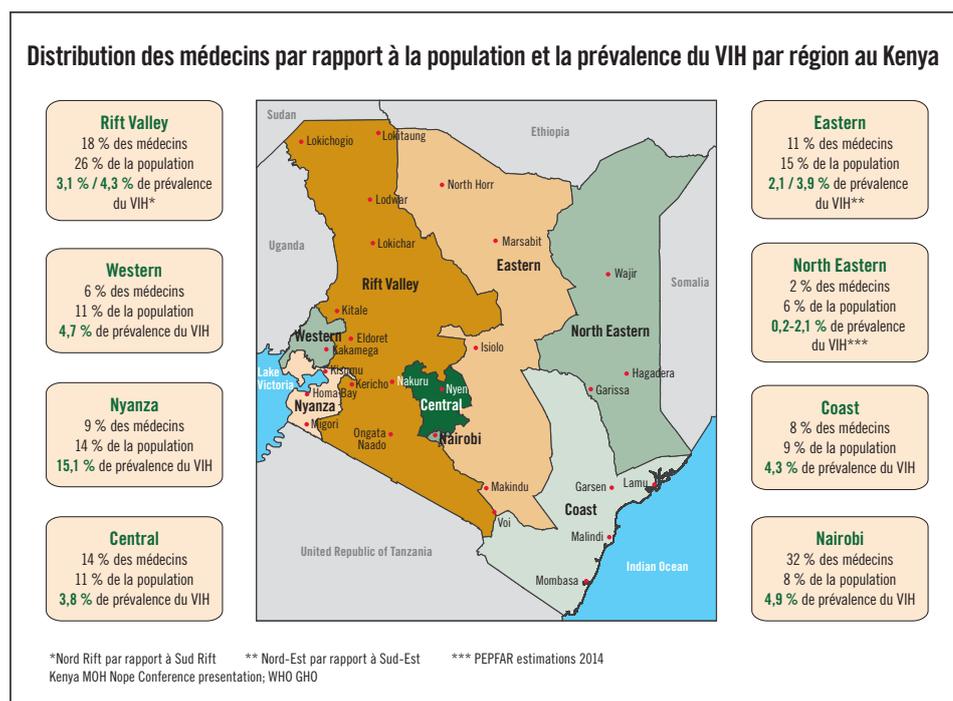
## Les agents de santé communautaires : améliorer la portée, l'impact et l'efficacité des services de santé

Un examen complet des éléments de preuve disponibles mené par les experts de la santé mondiale a conclu que les agents de santé communautaires « fournissent la ressource de main-d'œuvre de la santé la plus prometteuse au monde pour accélérer le progrès » en vue d'assurer la réalisation des objectifs de santé dans le monde.[6]

### Les agents de santé communautaires augmentent l'accès à la santé

Depuis longtemps, les faits démontrent que les agents de santé communautaires améliorent l'accès aux services de santé pour les patients difficiles à atteindre.[7] Selon l'Agence des États-Unis pour le développement international, les agents de santé communautaires empêchent un enfant de mourir dans le monde entier toutes les trois secondes.[8] Les mères prises en charge par les agents de santé communautaires sont près de six fois plus susceptibles d'allaiter exclusivement que les mères qui ne sont pas exposées aux agents de santé communautaires[9]. Par ailleurs, les agents de santé communautaires sont plus susceptibles que les systèmes de santé traditionnels d'identifier et de mettre en œuvre des interventions pour les enfants souffrant de malnutrition modérée ou sévère.[10] Les agents de santé communautaires améliorent la prise en charge de la vaccination.[11] Au Népal, les agents de santé communautaires sauvent

Figure 2



plus de 10 000 vies chaque année en renforçant l'utilisation des interventions recommandées pour la prise en charge de la pneumonie chez les enfants.[12] En stimulant la prise en charge des services, les interventions communautaires menées par les agents de santé communautaires peuvent réduire de 40 % à 60 % la mortalité due au paludisme.[13]

Contrairement aux établissements de santé traditionnels, souvent très éloignés de l'endroit où les personnes vivent ou travaillent, les agents de santé communautaires portent les services directement aux individus et aux communautés, à un moment et à un lieu appropriés. Les avantages de l'accès aux programmes de santé communautaire sont

particulièrement notables pour les communautés rurales. En Ethiopie, les améliorations les plus marquantes des indicateurs de santé depuis 2005 se sont produites chez les populations pauvres vivant dans les zones rurales, ce qui était l'objectif principal du programme de vulgarisation sanitaire.[14] Dans les endroits où la connectivité le permet et au fur et à mesure qu'elle se développe, les technologies de communication numérique fournies aux agents de santé communautaires peuvent aider à relier plus étroitement les zones rurales avec d'autres ressources de santé. Cependant, en Éthiopie et dans d'autres parties de l'Afrique, il est évident que les agents de santé communautaire qui comptent sur des documents papier peuvent également apporter des contributions transformatrices à la prestation des services de santé.

## Les agents de santé communautaires et l'atteinte de l'objectif 90–90–90

Atteindre l'objectif 90–90–90 est fondamental pour éradiquer le sida. Selon la modélisation par l'ONUSIDA, l'objectif 90–90–90 représentera 60 % des nouvelles infections par le VIH évitées jusqu'en 2030 selon l'approche accélérée recommandée.[15] À l'échelle mondiale, des progrès substantiels ont été réalisés pour que le traitement du VIH soit mis à l'échelle et de nombreux pays en Afrique sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif 90–90–90.

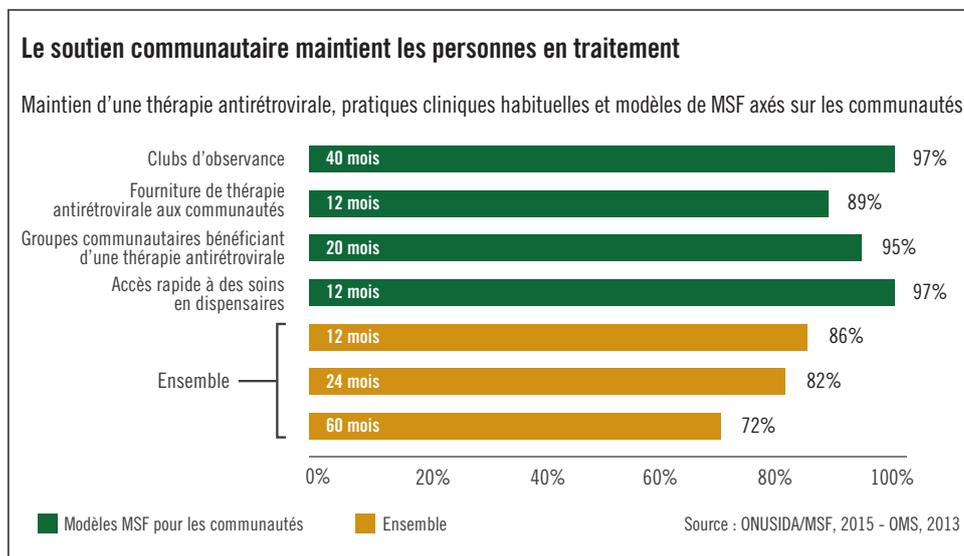
Cependant, un certain nombre de pays sont en reste. Les résultats du traitement en Afrique centrale, en Afrique occidentale et en Afrique du Nord sont beaucoup plus bas qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe. [16] Etant donné que l'approche « business as usual » ne permettra pas à la région d'atteindre l'objectif, de nouvelles approches sont nécessaires de toute urgence.

Des éléments probants attestent que l'Afrique parviendra à éradiquer le VIH/sida si de nouveaux investissements urgents sont effectués dans le recrutement, la formation et le déploiement d'agents de santé communautaires. Mobiliser les agents de santé communautaires pour aider à la prestation des services de dépistage du VIH offre un moyen efficace d'accroître l'utilisation effective du dépistage dans le cadre d'une « révolution des tests ».[17] Pour atteindre le deuxième 90 en augmentant le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral de 18 millions en juin 2016 à 30 millions d'ici décembre 2020, les agents de santé communautaires peuvent administrer des médicaments, surveiller les patients et suivre l'observance du traitement, réalisant des résultats supérieurs à ceux rapportés pour les établissements de santé.[18] [19] Des modèles variés (par exemple, les évaluations de l'observance par les pairs, les clubs d'observance par les pairs) ont atteint des taux de rétention extrêmement élevés et supérieurs à ceux obtenus dans les établissements de santé.[20] [21] [22] [23]

### Les agents de santé communautaires stimulent l'innovation dans la prestation des services de santé

En vivant dans les communautés qu'ils servent, les agents de santé communautaires apportent de la passion à leur travail et sont déterminés à obtenir des résultats. Face à des défis apparemment insurmontables, les agents de santé communautaires se sont révélés innovateurs. Par exemple, en réponse à la congestion des cliniques de traitement du VIH, les agents de santé communautaires ont été les pionniers de la distribution communautaire de médicaments

Figure 3



antirétroviraux, stimulant la prise en charge du traitement tout en obtenant des taux d'observance du traitement supérieurs à ceux rapportés par les établissements de santé traditionnels.[20] Des taux de rétention insuffisants dans le circuit de traitement du VIH ont entraîné la création de clubs d'observance dirigés par des pairs, des évaluations de l'observance basées sur les pairs et d'autres innovations qui se sont révélées très fructueuses (Fig. 3).[20] Ces innovations générées par la communauté dans le domaine du traitement du VIH – initialement considérées comme peu orthodoxes

mais finalement validées par des évaluations rigoureuses – sont maintenant largement adoptées comme politique nationale standard dans les durement touchés.[24]

### Les agents de santé communautaires fournissent des soins de qualité supérieure

Contrairement aux premières préoccupations selon lesquelles les services de santé fournis par les agents de santé communautaires seraient de mauvaise qualité, on reconnaît aujourd’hui que des agents de santé communautaires formés et bien supervisés, et faisant partie intégrante des systèmes de santé, offrent un excellent niveau de soins. Des études indiquent que la supervision des agents de santé communautaires contribue à la fois à la satisfaction de ces travailleurs, mais aussi à la qualité des services qu’ils fournissent. [25] Un examen systématique des données disponibles a révélé que les approches communautaires et les services à domicile pour la gestion du traitement antirétroviral génèrent des résultats cliniques au moins aussi bons que ceux produits par la gestion des soins en établissement, les patients bénéficiant d’un soutien communautaire produisant des résultats sanitaires supérieurs.[26]

### Les agents de santé communautaires accélèrent les progrès vers la couverture de santé universelle

En Ethiopie, au Rwanda et dans d’autres pays non africains, les agents de santé communautaires ont apporté une contribution substantielle à la couverture de santé universelle en assurant un accès significatif aux services pour les populations les plus difficiles à atteindre.[27] [14] [28] [29] La valeur de ces agents pour la couverture de santé universelle est particulièrement marquée dans des zones reculées, les travailleurs parcourant souvent des distances considérables pour offrir des services de santé aux résidents ruraux.[30]

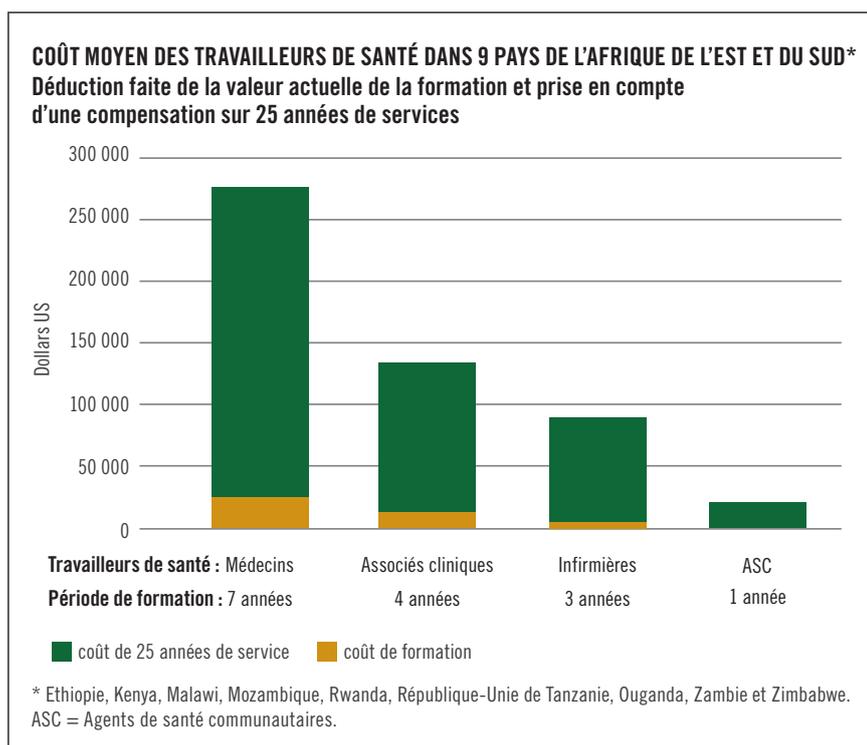
### Les agents de santé communautaires renforcent l’efficacité et la durabilité des systèmes de santé

Il ressort systématiquement des études que les services fournis par les agents de santé communautaires sont très rentables. Les services fournis par la communauté coûtent environ 26 dollars US par année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) pour les interventions de santé infantile, 6 dollars US par AVCI pour les services de santé maternelle, 3,35 dollars US

par AVCI pour les interventions d’hygiène et 370 dollars US par AVCI pour les conseils en matière de gestion de l’hypertension.[31]

Les agents de santé communautaires peuvent être déployés beaucoup plus rapidement et à moindre coût que les autres cadres médicalement formés. Cela est vrai même pour les programmes qui nécessitent une formation plus approfondie, comme l’année de formation technique et professionnelle dispensée aux agents de vulgarisation sanitaire d’Ethiopie. Les coûts moyens sur 25 ans pour la formation et la rémunération des agents de santé communautaires dans neuf pays africains (Ethiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe) représentent une petite fraction des coûts pour les médecins, les associés cliniques et les infirmières (Fig. 4).

Figure 4



## Les agents de santé communautaires et la prévention des crises : identifier et contenir les urgences sanitaires

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 illustre le rôle essentiel des agents de santé communautaires dans l'identification et la prise en charge des urgences sanitaires. En plus de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone, où la plupart des transmissions d'Ebola se sont produites, la maladie s'est également répandue au Sénégal, où elle a été rapidement contenue, en grande partie en raison des actions de la main-d'œuvre abondante de santé communautaire du pays. Les travailleurs communautaires qui se sont concentrés sur l'éradication de la poliomyélite ont joué un rôle de premier plan dans la mise en œuvre des mesures de prévention d'Ebola au Nigéria, et dans la prévention d'une épidémie potentiellement dévastatrice dans le pays le plus peuplé du continent.

L'expérience avec l'épidémie d'Ebola souligne l'importance de la détection précoce des urgences sanitaires émergentes et des actions rapides pour contenir leur propagation. En 2015 seulement, la crise d'Ebola a réduit le produit intérieur brut d'environ 2,2 milliards de dollars US dans les trois pays les plus touchés.[31] En plus des cas de maladie, d'invalidité et de décès causés par le virus d'Ebola lui-même, l'on a enregistré près de 10 600 autres cas de décès dans les trois pays jusqu'à la fin de 2015 en raison de l'utilisation réduite des services de santé.[32] Les enfants, qui représentaient 20 % de tous les cas d'Ebola, ont été les plus touchés par la crise, avec plus de 17 000 enfants devenus orphelins à la suite de l'épidémie.[32]

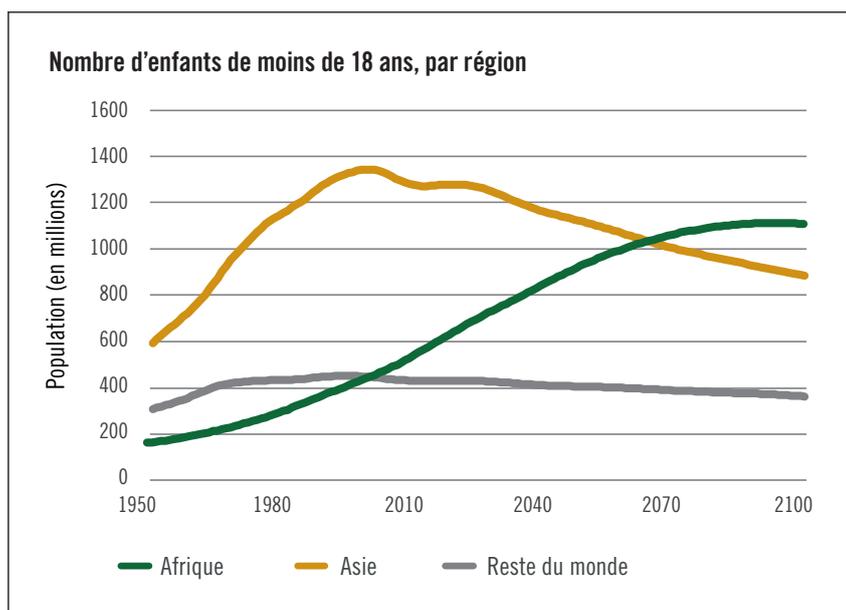
À la suite de l'épidémie d'Ebola, les acteurs africains ont activement examiné la meilleure façon de renforcer la vigilance et la résilience dans les systèmes de santé afin d'éviter une telle crise en cascade à l'avenir. Compte tenu de leur rôle central dans la détection et la réponse à Ebola, les agents de santé communautaires peuvent bien représenter la première ligne de défense contre les urgences sanitaires dans le futur.

## Les agents de santé communautaires et les questions économiques et sociales : exploiter le « dividende démographique »

Les investissements dans la formation des agents de santé communautaire créent des emplois de qualité, réduisant ainsi le chômage et renforçant les économies nationales et locales, en particulier dans les zones rurales. Le recrutement de 2 millions d'agents de santé communautaires payés en Afrique représenterait pleinement 14 % de tous les nouveaux emplois rémunérés par salaire créés à l'échelle régionale entre 2005 et 2010.[33] En outre, chaque nouvel emploi dans le domaine de la santé a un effet multiplicateur, chaque agent de santé qualifié étant soutenu par un ou deux travailleurs dans d'autres secteurs (par exemple, l'administration, les finances, les technologies de l'information, etc.)[34]

Investir maintenant pour créer ces emplois communautaires permettra à l'Afrique de résister à la vague démographique déferlante et à exploiter la croissance de la population pour stimuler le développement économique et social. Le nombre de jeunes en Afrique devrait presque doubler dans les années à venir, soit environ 1 milliard d'ici 2050 (Fig. 5)[35]. Au fur et à mesure que la génération actuelle d'enfants devient des adolescents et des adultes, une grave augmentation du chômage est prévisible en l'absence d'efforts majeurs de création d'emplois.

Figure 5



Heureusement, un autre scénario plus prometteur est faisable, surtout si les pays investissent maintenant dans le recrutement, la formation et le déploiement des agents de santé communautaires. En investissant de manière appropriée dans les jeunes, l'augmentation croissante des demandeurs d'emploi pourrait être une aubaine plutôt qu'une malédiction. Les programmes des agents de santé communautaires représentent le genre d'investissement dans les jeunes recommandés dans la *Feuille de route de l'Union africaine sur l'utilisation du dividende démographique par le biais des investissements dans la jeunesse*.<sup>[36]</sup> L'amélioration des programmes de santé communautaire offre aux jeunes talentueux non seulement un emploi de qualité, mais aussi une occasion

d'aider leurs communautés locales. En travaillant à renforcer le capital humain et à accroître l'offre d'emplois bien rémunérés – comme le propose l'initiative ici –, l'Afrique pourrait exploiter ce « dividende démographique » pour accélérer la croissance économique, assurer la stabilité sociale et accélérer la réalisation de la transformation socio-économique envisagée dans l'Agenda 63.<sup>[37]</sup>

La valeur des programmes d'agents de santé communautaires améliorés pour les jeunes peut être comparée à des programmes de transferts de liquidités qui se développent rapidement, ce que la Banque mondiale s'attèle à mettre en valeur dans toute la région. Les transferts de liquidités visent à réduire la vulnérabilité, à augmenter le niveau de scolarité et à renforcer le capital humain. De même, la rémunération accordée aux jeunes qui servent d'agents de santé communautaires atteindrait précisément le même résultat, tout en offrant l'avantage supplémentaire d'améliorer l'accès à la santé et les résultats dans les communautés mal desservies.

Alors que la création de 2 millions d'emplois communautaires fournira des stimulants économiques directs, les agents de santé communautaires apporteront également des contributions plus indirectes, mais tout aussi importantes à la croissance économique à long terme. Des populations plus saines sont plus productives. En améliorant les résultats en matière de santé et en augmentant la productivité dans les communautés mal desservies, les investissements dans les agents de santé communautaires peuvent générer des retombées économiques indirectes massives. Selon un panel international de haut niveau, la valeur économique totale de la productivité des agents de santé communautaires déployés à large échelle génère un retour sur investissement de près de 10:1 lorsque des pertes économiques évitées et les effets multiplicateurs des investissements dans la santé sont pris en compte.

---

## Les agents de santé communautaires et les migrations

Jamais auparavant, dans l'histoire de l'humanité, tant de personnes n'ont migré en même temps. En 2015, le nombre de migrants internationaux a atteint 244 millions[38], et beaucoup d'autres ont migré vers un autre lieu au sein de leurs frontières nationales. Les migrations de l'Afrique vers d'autres régions du monde ont augmenté, tandis que le solde migratoire de la région a doublé de 2000-2010 à 2010-2015.[38]

La liberté de mouvement est un droit de l'homme, et les migrations de la population entraînent souvent des avantages durables, notamment des échanges culturels renforcés, le regroupement familial et un meilleur accès aux moyens de subsistance. Cependant, les migrations imprévues ont souvent des coûts considérables, privant les pays d'origine du potentiel productif de ceux qui partent, perturbent les familles et les communautés et augmentent les charges des pays vers lesquels les gens migrent.

Bien que beaucoup de gens quittent leurs pays en raison de conflits civils ou d'autres catastrophes humanitaires, la plupart vont à la recherche d'un emploi ou de meilleures conditions de vie. La nouvelle initiative majeure ici – qui, dans un court laps de temps, créerait jusqu'à 1 sur 7 de tous les emplois générés dans la région en 2005-2010 – pourrait aider à résoudre les causes profondes de la migration en créant de nouveaux emplois de qualité.

En particulier, la création de 2 millions d'emplois communautaires pourrait aider à atténuer l'impact de la perte de personnel de santé qualifié dans d'autres pays. Selon les enquêtes, une forte proportion de médecins et d'infirmières en Afrique migrent vers les pays de l'OCDE – 16,5 % en Afrique du Sud, 17 % au Nigeria et 43 % au Zimbabwe.[39] En revanche, les professionnels de la santé communautaire qualifiés, qui reçoivent un salaire suffisant et qui sont appréciés par leur communauté, seront beaucoup moins susceptibles de se déplacer, car ils vivent dans les communautés qu'ils servent et sont souvent élus par leurs membres pour remplir ce rôle.

---

## Les agents de santé communautaires et l'égalité des sexes : autonomisation des femmes

Des investissements dans les agents de santé communautaires facilitent la réalisation d'une autre priorité dans le Programme de développement durable, à savoir parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles (ODD 5).

L'autonomisation économique est une phase critique vers l'égalité des sexes et la capacité des femmes à prendre le contrôle de leurs propres vies.[40] Pendant longtemps, les soins de santé ont été source d'emplois pour les femmes, opportunités qui sont le plus souvent indisponibles dans d'autres secteurs. En général, les femmes représentent 80 % du nombre d'infirmiers et de sages-femmes.[41]

De plus, les femmes constituent un atout pour les programmes d'agents de santé communautaires existants. En Inde, par exemple, 900 000 femmes vivant dans des communautés villageoises ont bénéficié d'une formation de travailleuses de base afin d'associer les communautés au système de santé. Le système national de référence des agents de vulgarisation sanitaire en Ethiopie est composé de plus de 40 000 femmes issues de communautés rurales. Au Pakistan, le salaire annuel moyen des femmes formées dans le cadre du Programme « Lady Health Workers » (343 dollars US) représente une importante source de revenus, pour les femmes et leurs familles.[42]

Même s'il est vrai que les femmes apportent des contributions importantes à la santé mondiale – à travers des soins de santé formels, informels et non rémunérés – la Banque mondiale a fait savoir que leur potentiel de main-d'œuvre restait sous-utilisé. Le recrutement, la formation et le déploiement de 2 millions de nouveaux agents de santé communautaires offriront de nouveaux débouchés économiques pour les femmes. En particulier, l'élévation du statut des agents de santé communautaires ainsi que la garantie d'un salaire décent – comme prévu dans cette nouvelle initiative – favoriseront les droits de l'homme, l'égalité entre les genres et les conditions du travail équitable.

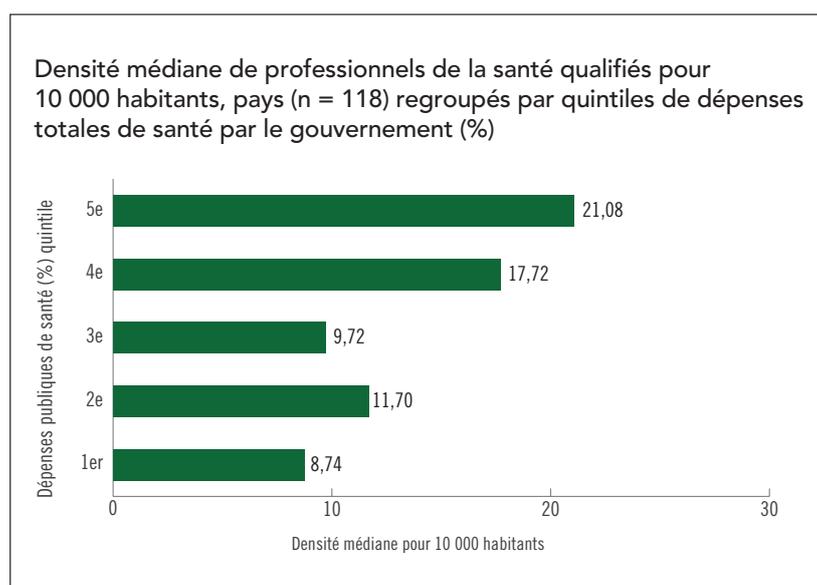
## Tirer profit des avantages des agents de santé communautaires : faire face aux obstacles à l'expansion

Bien que les agents de santé communautaires proposent une stratégie éprouvée visant à combler les lacunes du personnel de santé et à impulser les progrès accomplis dans le programme complet de santé et de développement, des réformes nécessaires au développement des agents de santé communautaires ne sont toujours pas appliquées ou reproduites à grande échelle dans la majorité des contextes. A quelques exceptions notables près, les agents de santé communautaires en Afrique sont sous-payés, sous-utilisés et souffrent d'une mauvaise intégration dans les systèmes de santé. De nombreux facteurs ont entravé la croissance rapide de vastes réformes.

### Manque d'engagement politique

Dans les pays qui ont adopté des stratégies innovantes pour les agents de santé communautaires, ces efforts ainsi consentis ont bénéficié d'un appui significatif de la part des leaders politiques et des ministères de la Santé. Lorsque cet engagement politique ne s'est pas concrétisé et que des approches novatrices n'ont pas été introduites, des réformes des ressources humaines ont souvent peine à gagner du terrain. Comme le démontre la Fig. 6, le manque de ressources humaines est étroitement lié aux dépenses globales du pays en matière de santé, puisque les pays qui consacrent une plus grande partie de leurs ressources publiques dans le domaine de la santé sont susceptibles d'augmenter de manière significative la densité des professionnels de la santé.[43]

Figure 6



### Des financements insuffisants

Assurer le déploiement d'agents de santé communautaires exigeants et motivés exige le paiement de ces travailleurs et que leur charge de travail reste dans des limites raisonnables. Les efforts déployés à titre volontaire par les personnes vivant avec le VIH ont produit de nombreux modèles de soins auto-administrés qui se sont avérés efficaces, tels que les clubs d'observance et la distribution de médicaments au sein des communautés, toutefois le soutien de ces efforts sur le long terme nécessite des financements et un soutien institutionnel. Souvent les bénévoles non rémunérés quittent l'organisation parce qu'ils ont décroché un emploi plus rémunérateur, ce qui perturbe les systèmes de soins de santé et les relations fructueuses entre le soignant et le

patient, et dévalorise les investissements dans la formation et l'expérience acquise. Pour réaliser l'objectif 90-90-90, l'ONUSIDA estime que les fonds alloués aux services fournis à la collectivité devraient quadrupler au cours des cinq prochaines années.[15]

### Lacunes au chapitre des politiques et des règlements

Les agents de santé communautaires sont en mesure de jouer un rôle optimal uniquement s'ils ont bénéficié d'une formation adéquate, sont supervisés de manière appropriée et reçoivent un soutien institutionnel nécessaire, comme être pleinement intégrés dans des équipes complètes de soins médicaux et disposer d'un accès fiable aux médicaments contre le VIH et d'autres produits. En plus de permettre aux travailleurs communautaires de fournir des services pertinents et de grande qualité, la formation, la supervision et le soutien sont des facteurs favorables à la satisfaction professionnelle et à la fidélisation des agents de santé communautaires.

Toutefois, de nombreux cadres réglementaires nationaux ne permettent pas aux agents de santé communautaires d'effectuer des missions liées à la santé ; en effet, dans certains pays, seuls les médecins sont habilités à administrer le test du VIH, tout en empêchant les travailleurs communautaires et les infirmiers de fournir ce service vital et direct. Sur les 11 pays visés par le sondage en Afrique de l'Est et de l'Ouest, seule la République-Unie de Tanzanie a déclaré que la réglementation en vigueur à l'intention des infirmières et des sages-femmes autorise la délégation des tâches, qui transfère les responsabilités des services cliniques spécifiques d'un nombre limité de cadre d'agents de santé de niveau supérieur vers un plus grand nombre d'agents de santé communautaires ou des professionnels de la santé de niveau inférieur.[44]

### **L'absence de partenariats avec d'autres professionnels de la santé**

L'une des raisons pour laquelle des mesures supplémentaires n'ont pas encore été prises pour constituer un effectif de personnel de santé communautaire est l'absence de ponts entre les agents de santé communautaires et les autres catégories de professionnels du secteur de la santé. Afin de pouvoir constituer une main-d'œuvre solide en santé communautaire, des programmes nationaux de formation dans le but de sensibiliser les autres professionnels de santé et favoriser des partenariats doivent être mis sur pieds. Ces programmes doivent être focalisés sur les autres professionnels du secteur de la santé en mettant l'accent sur la compréhension du rôle des agents de santé communautaires et la manière dont ils peuvent contribuer efficacement à l'amélioration des résultats en matière de santé et à une plus grande satisfaction dans le travail pour tous les professionnels de la santé. En effet, il a été prouvé que l'intégration des agents de santé communautaires dans les équipes de soins de santé permet d'alléger la charge de travail des médecins, des infirmiers et des autres agents de santé afin qu'ils puissent se concentrer davantage sur les tâches cliniques nécessitant une formation et une expérience plus spécifiques. En établissant des partenariats entre divers groupes de professionnels de santé, les pays peuvent s'assurer que l'intégralité de la main-d'œuvre de santé participe à la transformation des systèmes nationaux de santé.

## **Possibilité d'extension : Éléments indispensables**

Le recrutement et le déploiement rapides de 2 millions d'agents de santé communautaires en Afrique sont un projet réalisable et urgent. Les outils et les stratégies validées existent déjà pour mobiliser et former rapidement les agents de santé communautaires sur le VIH et d'autres services sanitaires, y compris la reconversion de quelques 1 million d'agents de santé communautaires, selon les estimations, en Afrique qui participent déjà à la prestation des services de santé. L'OMS, L'ONUSIDA et d'autres partenaires sont disposés à apporter leur assistance technique pour améliorer les efforts nationaux.

Le passage d'une aspiration à la réalité au cours des deux prochaines années doit s'appuyer sur les 10 mesures clés suivantes :

### **1. Le développement d'un personnel de santé communautaire robuste : une priorité politique majeure**

Des Chefs d'État et de Gouvernements aux Chefs de communautés de base, la création d'un corps constitué de personnels de santé communautaire. Ce corps doit être placé sous la tutelle du ministère de la santé doit être adoptée partout en Afrique comme une priorité absolue. Les décideurs politiques, les ministères nationaux, les partenaires internationaux, la société civile et les communautés mal desservies (en particulier celles des zones rurales) devront reconnaître la main-d'œuvre de santé communautaire comme le chaînon manquant qui peut catalyser des gains rapides en matière de santé. A cet effet, l'UA et ses États membres et organismes pourraient jouer un rôle capital.

## **2. La réforme des cadres politiques en vue de favoriser et d'accélérer la mobilisation du personnel de santé communautaire**

Les cadres politiques devront expressément institutionnaliser la délégation des tâches et préciser les rôles et responsabilités des différents cadres de santé et montrer comment ces divers cadres doivent collaborer de manière intégrée. Outre l'intégration des agents de santé communautaires dans le système de santé général et en particulier dans les équipes de soins locales, les cadres politiques doivent également formaliser et rehausser le statut des agents de santé communautaires, favoriser la professionnalisation, et formation et le financement nécessaires.

## **3. L'élaboration d'un plan d'extension national assorti d'une échéance des agents de santé communautaires**

En raison des situations nationales très disparates, chaque pays devra élaborer son propre plan pour l'extension et le déploiement de nouveaux agents de santé communautaires recyclés. L'élaboration des plans nationaux chiffrés devrait se baser sur la collaboration multisectorielle, notamment la santé, la main-d'œuvre, les finances et la société civile. Les partenaires internationaux devraient accorder leur aide en priorité aux pays dans l'élaboration de ces plans nationaux, notamment les travaux d'analyse pour identifier les principales lacunes et les obstacles politiques à surmonter. Le chiffrage devrait prendre en compte le besoin d'une rémunération adéquate des agents de santé communautaires. Ces plans doivent être assortis d'échéances et d'étapes précises afin de guider et d'impulser les progrès à réaliser, et les mécanismes doivent être mis en place pour permettre aux parties prenantes d'évaluer les progrès réalisés dans le temps et d'adapter les plans en fonction des besoins. Les critères et les normes définis pour le déploiement des agents de santé communautaires doivent être spécifiés dans le plan national, priorité étant accordée aux zones rurales et aux milieux urbains mal desservis.

## **4. Autonomiser les communautés pour favoriser le recrutement des agents de santé communautaires**

Dans le monde et en Afrique, les modèles les plus concluants d'agents de santé communautaires autonomisent les communautés afin d'identifier les membres de confiance de la communauté qui satisfont aux critères d'éligibilité pour travailler comme agents de santé communautaires. Cette approche contribue à garantir que les agents de santé communautaires jouiront de la confiance des personnes qu'ils servent, ce qui les place en meilleure position pour atteindre les personnes qui n'ont pas accès aux services existants.

En vue de mettre en œuvre cette approche, les responsables nationaux de la santé doivent utiliser les données existantes relatives aux soins de santé et la cartographie des sites de prestation des soins de santé pour identifier les zones rurales éloignées ainsi que les communautés urbaines mal desservies dans lesquelles l'accès aux et l'utilisation des services de santé est limitée. Dans chaque communauté identifiée, les comités de santé des communautés villageoises doivent être mis en place. Une stratégie d'éducation et de sensibilisation précoces permettra de s'assurer que les communautés deviennent des partenaires de plein droit dans l'optique de rassembler un personnel de santé communautaire exigeant.

## **5. L'utilisation et l'adaptation des outils existants pour la formation des agents de santé communautaires**

Il sera nécessaire de dispenser une formation d'un an aux agents de santé communautaires pour leur permettre de mener à bien les multiples tâches (contrairement à une programmation unique). La formation doit permettre d'inculquer

un ensemble de connaissances de base, qui couvre les objectifs concernant la santé de l'ODD 3. Le modèle Ethiopien, qui englobe trois mois de cours en classe intensif et neuf mois de travaux pratiques supervisés, s'est avéré très efficace pour donner aux agents de santé communautaires les moyens nécessaires pour faire face aux multiples troubles de santé. Les manuels et outils de formation sont prêts à être adaptés et utilisés en Afrique ; en effet, la Namibie a déjà copié l'approche Ethiopienne en formant son propre personnel de santé communautaire. Le développement des outils de formation en français, en portugais et en arabe pourrait être étendu à la coopération régionale ou sous-régionale avec d'autres entités telles que l'Association des enseignants en sciences de la santé en Afrique de l'Est. Les programmes de formation doivent également proposer des stages de perfectionnement et des possibilités de formation continue aux agents de santé communautaires afin de renforcer le système d'éducation, de développer de nouvelles compétences, et de leur permettre de relever les nouveaux défis tels que l'épidémie d'Ebola, la pandémie de grippe et d'autres maladies infectieuses.

## **6. L'indemnisation équitable des agents de santé communautaires**

Des examens ont systématiquement révélé que les environnements qui indemnisent leurs agents de santé communautaires réussissent à mieux intégrer ces travailleurs dans leurs systèmes de santé et à étendre la portée des systèmes de soins de santé.[45] [46] L'indemnisation améliore la satisfaction professionnelle et permet de rehausser le statut des agents de santé communautaires, ce qui représente une reconnaissance de leur rôle en tant que membres à part entière du système de santé. L'indemnisation équitable des agents de santé communautaires devrait être intégrée à titre de composante essentielle du budget national de santé.

## **7. Assurer un encadrement adéquat, l'accès aux technologies mobiles et un suivi des performances des agents de santé communautaires**

Il est nécessaire d'apporter aux agents de santé communautaires un soutien, ainsi que l'accès aux technologies digitales et un encadrement continu. L'encadrement adéquat permet aux agents de santé communautaires d'approfondir leurs connaissances et de jouer un rôle plus actif au sein des équipes de soins cliniques. Il protège également les agents de santé communautaires contre les charges de travail excessives, difficultés qu'ils rencontrent plus fréquemment. La supervision rationnelle veille également à ce que les agents de santé communautaires reçoivent les félicitations et les éloges qui leur sont dus, tout en favorisant la satisfaction professionnelle et la fidélisation des travailleurs et que les performances des travailleurs s'améliorent avec le temps. La supervision doit être associée à un ensemble de normes précises et spécifiques au contexte élaborées pour améliorer sans cesse l'exécution des programmes des agents de santé communautaires.

## **8. Formation d'autres professionnels de la santé dans le but d'affronter et de surmonter les contraintes au perfectionnement professionnel**

Il est essentiel d'entreprendre des activités de formation et de sensibilisation proactives pour réduire au minimum la résistance professionnelle et faciliter la transition de l'ensemble du système de santé vers les modèles de prestation des soins de santé qui intègrent la prestation des services communautaires. Les matériels de formation qui permettent de réduire la résistance professionnelle des agents de santé communautaires ont déjà été développés et déployés par le Centre Carter et sont prêts à être adaptés et utilisés dans la région.

## 9. S'assurer que les agents de santé communautaires disposent d'une structure organisationnelle

L'absence d'une structure organisationnelle des agents de santé communautaires dans bon nombre de pays fait également partie de tous les défis susmentionnés. La situation des agents de santé communautaires se démarque d'autres cadres de professionnels de la santé, à savoir les médecins, les infirmiers, les sages-femmes, les personnels de laboratoire, etc., qui ont des entités bien organisées pour soumettre leurs points de vue et défendre leurs intérêts. Les organismes aux niveaux mondial, régional et national qui représentent ou défendent les intérêts des agents de santé communautaires sont nécessaires pour poursuivre l'intégration de ces travailleurs dans les systèmes de santé.

## 10. Mobilisation de ressources financières suffisantes pour la mise en œuvre de chaque plan national

L'ONUSIDA estime que le recrutement, la formation, la rémunération et le soutien de 2 millions de travailleurs de la santé communautaire en Afrique coûteront entre US 4,3 milliards et US 6,1 milliards de dollars selon la configuration spécifique du programme de pays et la nécessité d'investissements complémentaires dans les infrastructures nécessaires telles que les postes de santé.

Le défi du financement de ces programmes nécessitera de faire appel aux principes de solidarité mondiale et de responsabilité partagée. En examinant les différentes possibilités pour mobiliser les ressources nécessaires, les décideurs et les acteurs nationaux devront avoir à l'esprit le formidable retour sur investissement de ces programmes et les nombreux objectifs de santé et de développement auxquels ces agents de santé communautaires vont contribuer.

Les modes de financement adoptés différeront d'un pays à l'autre. Si tous les pays africains devront allouer des ressources budgétaires nationales suffisantes aux agents de santé communautaires ainsi qu'à d'autres programmes de santé, les pays à faible revenu auront besoin d'un soutien extérieur important pour lancer et pérenniser des programmes d'agents de santé communautaires. Les pays à revenu intermédiaire ont davantage la possibilité d'allouer des financements nationaux à ces programmes, au moyen notamment de taxes et de gains d'efficacité spécifiques, même si les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure fortement touchés auront encore besoin d'une aide extérieure. Les pays à revenu intermédiaire, en particulier ceux de la tranche supérieure, ont la possibilité d'emprunter à des taux concessionnels pour financer leurs programmes portant sur les personnels de santé.

En plus des moyens traditionnellement utilisés pour financer des programmes de santé (p. ex. budgets nationaux, prélèvements fiscaux spécifiques, aide internationale), d'autres possibilités existent pour mobiliser les ressources nécessaires. Les formules de financement qui doivent être prises en compte englobent les éléments suivants :

- **Reprogrammation des financements** : étant donné que les efforts d'éradication de la poliomyélite tirent à leur fin et que des progrès constants sont réalisés dans la réduction de la charge associée aux maladies tropicales négligées, les dépenses actuellement allouées à ces activités doivent être redéployées afin de soutenir la mise en place et la poursuite des programmes des agents de santé communautaires.
- **Fonds fiduciaire d'urgence de l'Union européenne** : vu les opportunités des programmes des agents de santé communautaires à réduire les incitations à l'immigration et à permettre aux personnes de rester dans leur communauté, les pays doivent activement rechercher des moyens de mobiliser des fonds auprès du Fonds fiduciaire d'urgence de l'Union européenne, qui entend fournir jusqu'à 62 milliards d'euros pour s'attaquer aux causes profondes de l'immigration.

- **Mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie :** aussi bien pour les intervenants et sentinelles de première ligne et les nouvelles urgences sanitaires qui se manifestent, les agents de santé communautaires sont des candidats tout indiqués pour les financements du Mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie du Groupe de la Banque mondiale.
- **Obligation des agents de santé communautaires en Afrique :** L'ONUSIDA est prête à explorer avec la Banque africaine de développement et d'autres investisseurs sociaux l'option d'émission des obligations dans les marchés de capitaux, qui peut convertir les contributions des gouvernements à long terme en réserves de trésorerie immédiatement disponibles. Un certain nombre d'investisseurs institutionnels ont manifesté leur intérêt pour l'emprunt obligataire.
- **Fonds d'investissement pour la santé en Afrique :** l'ONUSIDA collabore avec le Centre pour la santé et le développement à l'échelle mondiale et la gestion d'actifs Sarona pour le lancement d'un fonds d'investissement privé pour la santé en Afrique, dans l'espoir de mobiliser 1 milliard de dollars US, dont 150 millions de dollars US seront dédiés à un financement par subvention pour le renforcement des systèmes de santé.
- **Innovations des donateurs :** certains donateurs sont disposés à annuler la dette à condition que les gouvernements s'engagent à investir une part significative des dettes effacées dans les mesures visant à renforcer les systèmes de santé. De plus, certains donateurs seront sans doute prêts à prendre en compte les résultats ou les conséquences spécifiques pour la santé.
- **Couverture de santé universelle :** les pays progressant vers le renforcement de l'assurance santé, il convient de noter qu'une couverture des services de santé fournis par les agents de santé communautaires peut garantir un financement qui devra réduire au minimum le fardeau pour les budgets de la santé et d'autres sources traditionnelles de financement des services de santé.

Parmi d'autres éventuelles options de financement pour préserver et élargir l'accès aux programmes des agents de santé communautaires figurent les contributions volontaires (tel que l'accord conclu par les usagers de services de télécommunications mobiles de verser 1 % de leurs factures pour la prestation de services de santé communautaire), et la mise en commun du financement par les fonds du partenariat public-privé. De plus, puisque la Chine et l'Inde ne sont pas seulement des puissances économiques émergentes, mais également une terre d'accueil de quelques plus grands programmes des agents de santé communautaires au monde, ces pays doivent être sollicités pour fournir certains composants de l'extension des services, tels que la formation et le renforcement des capacités et des systèmes.

## Conclusion : Concrétisation

Les arguments en faveur d'investissements dans un personnel de santé communautaire exigeant sont évidents et incontestables. Avec des modèles et des outils à portée de main, la mise en œuvre de cette approche éprouvée à travers l'Afrique est manifestement réalisable et indispensable. Les agents de santé communautaires sont l'une des rares forces disponibles pour impulser les progrès à travers l'étendue des ODD.

Il est temps d'agir maintenant. En l'absence d'importants nouveaux investissements dans la prestation des services communautaires, de nombreux pays en Afrique resteront toujours en deçà des objectifs sanitaires qu'ils se sont fixés et n'arriveront pas à assurer le dividende démographique pour la croissance économique. En l'absence d'innovation visant à combler les lacunes du personnel de santé et à venir en aide à ceux qui sont laissés de côté dans une ère de croissance économique régionale, la vision d'une santé durable pour tous se révélera sans doute être une illusion.

Motivé par la passion des communautés les plus touchées, la riposte au VIH a inspiré le monde, faisant reculer une épidémie qui, il n'y a pas si longtemps, semblait être une caractéristique inextricable et permanente du paysage africain. Le moment est venu de tirer les leçons de la riposte au VIH en se frayant un chemin vers un mode de vie plus sain et un bien-être pour tous et à tous les âges.

# Références

1. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. 2016, World Health Organization: Geneva.
2. *Ethiopia public expenditure review*. 2016, World Bank: Washington DC.
3. Condo, J., et al., *Rwanda's evolving community health worker system: qualitative assessment of client and provider perspectives*. Human Resources for Health, 2014. 12: p. 71.
4. *Access to healthcare through community health workers in East and Southern Africa*. 2014, United Nations Children's Fund: New York.
5. *Global health estimates*. 2016, World Health Organization: Geneva.
6. Perry, H. and R. Zulliger, *How effective are community health workers?* 2012, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: Baltimore (USA).
7. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines*. 2008, World Health Organization, PEPFAR, UNAIDS: Geneva.
8. *Community health workers are key to Universal Health Coverage*. 2016 [cited 2017 2 April 2017]; Available from: <http://www.mcsprogram.org/community-health-workers-key-universal-health-coverage/>.
9. Hall, J., *Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials*. Midwifery, 2011. 27: p. 497-502.
10. *The Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam, and Bangladesh*. 1997, World Relief: Wheaton IL (USA).
11. Pegurri, E., J. Fox-Rushby, and W. Damian, *The effects and costs of expanding the coverage of immunisation services in developing countries: a systematic literature review*. Vaccine, 2005. 23: p. 1624-1635.
12. Dawson, P., et al., *From research to national expansion: 20 years' experience of community-based case management of childhood pneumonia in Nepal*. Bull World Health Organ, 2008. 86: p. 339-343.
13. Kidane, E. and R. Morrow, *Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial*. Lancet, 2008. 356: p. 550-555.
14. Wong, H., et al., *Ethiopia health extension program: An institutionalized community approach for Universal Health Coverage*. 2016, World Bank: Washington DC.
15. *Fast-Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030*. 2014, UNAIDS: Geneva.
16. *The Prevention Gap*. 2016, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Geneva.
17. Perez, G., et al. *What Does Community HIV Testing Really Cost in South Africa?* in *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. 2016. Boston, USA.
18. Barr, D., et al., *The leadership of communities in HIV service delivery*. AIDS, 2015. 29 (Supp. 2): p. S121-S127.

19. *The role of communities in ending AIDS by 2030 (UNAIDS/PCB (38)16.14)*, in *Thirty-Eighth Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board*. 2016, UNAIDS: Geneva.
20. *Community-Based Antiretroviral Therapy Delivery: Experiences from MSF*. 2015, UNAIDS: Geneva.
21. Sharp, J., et al. *Outcomes of Patients Enrolled in ART Adherence Clubs After Viral Suppression (# 1031)*. in *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. 2016. Boston, USA.
22. Cleary, S., et al., *Adherence clubs for long-term provision of anti-retroviral therapy: A cost-effectiveness and access analysis from Khayelitsha, South Africa (in press)*. *Trop Med Int Health*.
23. Simons, E., et al. *Reaching 90–90–90: the role of community antiretroviral therapy (ART) groups in Mozambique*. in *International AIDS Conference*. 2016. Durban, South Africa.
24. *Let Our Actions Count: South Africa's National Strategic Plan on HIV, TB and STIs 2017–2022*. 2017, South African National AIDS Council: Pretoria.
25. Austin-Evelyn, K, et al., *Community health worker perspectives on a new primary health care initiative in the Eastern Cape of South Africa*, *PLoS One*, 2017, 12, p. e0173863.
26. Lazarus, J., et al., *Health service delivery models for the provision of antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review*. *Trop Med Int Health*, 2014. 19: p. 1198-1215.
27. Macinko, J. and M. Harris, *Brazil's family health strategy -- Delivering community-based primary care in a Universal Health System*. *New Eng J Med*, 2015. 372: p. 2177-2181.
28. Nyandekwe, M., M. Nzayirambaho, and J. Kakoma, *Universal health coverage in Rwanda: dream or reality*. *PanAfrican Med Journal*, 2014. 17: p. 232.
29. *Community health workers to ensure appropriate use of health prevention and promotion services: Thailand*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
30. *Going the extra mile to deliver health care*. 2015, United Nations Children's Fund: New York.
31. *Community health framework; Distilling decades of Agency experience to drive 2030 Global Goals*. 2015, United States Agency for International Development: Washington DC.
32. *Cost of the Ebola epidemic*. 2016, United States Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta (USA).
33. Thomas, A., et al., *Africa's got work to do: Employment prospects in the new century*. 2013, International Monetary Fund: Washington DC.
34. *Working for health and growth: investing in the health workforce -- Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*. 2016, World Health Organization: Geneva.
35. *Generation 2030/Africa report*. 2014, United Nations Children's Fund: Johannesburg.

36. *AU Roadmap on harnessing the demographic dividend through investments in youth*. 2017, African Union: Addis Ababa.
37. Drummond, P., V. Thakoor, and S. Yu, *Africa rising: harnessing the demographic dividend*. 2014, International Monetary Fund: Washington DC.
38. *International Migration Report 2015*. 2016, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: New York.
39. Dumont, J. and G. Lafortune, *International migration of doctors and nurses to OECD countries: recent trends and policy implications*. 2016, World Health Organization: Geneva.
40. *Leave no one behind: A call to action for gender equality and women's economic empowerment*. 2016, UN Secretary General's High-Level Panel on Women's Economic Empowerment: New York.
41. *Global atlas of the health workforce*. 2016, World Health Organization: Geneva.
42. *Pakistan's Lady Health Workers: A national model for delivering primary healthcare and peer support*. Peers for Progress: Chapel Hill NC (USA).
43. *A universal truth: No health without a work force*. 2013, World Health Organization, Global Health Workforce Alliance: Geneva.
44. McCarthy, C., et al., *Nursing and midwifery regulatory reform in east, central, and southern Africa: a survey of key stakeholders*. *Hum Resour Health*, 2013. 11: p. 29.
45. Smith, S., et al., *Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi*. *Hum Resour Health*, 2014. 12: p. 24.
46. Kok, M. and S. Muula, *Motivation and job satisfaction of health surveillance assistants in Mwanza, Malawi: an exploratory study*. *Malawi Med J*, 2013. 25: p. 5-11.



Avec le soutien de:

