

Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC)

# **Matrice de fonctionnalité du programme pour l'optimisation des Programmes d'agents de santé communautaires – mise à jour**

## Auteurs collaborateurs:

**Community Health Impact Coalition (Coalition pour l'impact sur la santé de la communauté):** Madeleine Ballard, Matthew Bonds (PIVOT), Jodi-Ann Burey (Village Reach), Jennifer Foth (Living Goods), Kevin Fiori (Integrate), Isaac Holeman (Medic Mobile), Ari Johnson (Muso), Serah Malaba (Living Goods), Daniel Palazuelos (PIH), Mallika Raghavan (Last Mile Health), Ash Rogers (Lwala) et Ryan Schwarz (Possible)

**Initiatives Inc.:** Rebecca Furth et Joyce Lyons (CHW Central)

**UNICEF:** Hannah Sarah F. Dini et Jérôme Pfaffmann Zambruni

**USAID:** Troy Jacobs et Nazo Kureshy

Cette boîte à outils s'appuie sur le travail original («Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC): une boîte à outils destinée à améliorer les programmes et services des ASC») préparé par Initiatives Inc. et University Research Co., LLC (URC) pour examen par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Ses auteurs sont Lauren Crigler, Initiatives Inc., Kathleen Hill, University Research Co., LLC, Rebecca Furth, Initiatives Inc. et Donna Bjerregaard, Initiatives Inc. La MEAP ASC a été initialement développée dans le cadre du Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID, lequel a été rendu possible par le généreux soutien du peuple américain.

Concept: Sonder Design

Publié: décembre 2018

# Contexte et opportunités

Dans un contexte où la communauté mondiale vise à remplir ses engagements concernant les Objectifs de développement durable des Nations Unies et la réalisation de la couverture sanitaire universelle, des dizaines de pays se sont engagés à augmenter le rôle des agents de santé communautaires (ASC) comme ligne de front de leurs systèmes de santé. [1, 2]. Des recherches solides montrent que les ASC améliorent l'accès aux soins, réduisent les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile, améliorent les résultats cliniques pour les maladies chroniques et préviennent le déclenchement des épidémies [3].

Quand-même, il reste une opportunité importante d'améliorer l'approche du statu quo dans la mise en œuvre de programmes d'ASC à l'échelle nationale. Il y a de nombreuses preuves de grande qualité qui indiquent que les programmes des ASC à petite échelle peuvent réduire les taux de morbidité et de mortalité [4], mais trois études sur des ASC à plus grande échelle conduites au Burkina Faso, en Éthiopie et au Malawi en 2016 ont documenté un impact limité sur l'accès, la qualité et le taux de mortalité. [5-7]. L'impact de ces programmes et des programmes de dizaines d'autres pays qui réforment actuellement leurs propres programmes nationaux d'ASC pourrait être optimisé si les preuves les plus récentes et les meilleures pratiques mondiales étaient incorporées dans la conception et la mise en œuvre [8-11].

Afin de soutenir l'opérationnalisation de la conception et de la mise en œuvre d'un programme ASC de bonne qualité, l'USAID, l'UNICEF, la Community Health Impact Coalition et Initiatives Inc. ont mis à jour et ont adapté la Matrice de fonctionnalité du Programme d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC) [12]. Cet outil peut être utilisé pour identifier les lacunes en matière de conception et de mise en œuvre dans les programmes d'ASC à petite et à grande échelle et pour combler les lacunes dans les politiques et les pratiques.

# MEAP ASC

Le Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID (Projet HCI) a développé la Boîte à outils MEAP ASC en 2011 pour permettre aux organisations d'évaluer la fonctionnalité des programmes de santé communautaire et d'améliorer leurs performances.

Construite autour d'un noyau de 15 composants, la boîte à outils MEAP ASC initiale était articulée autour de deux ressources clés: une Matrice de fonctionnalité du programme pour évaluer l'efficacité de la conception d'un programme d'ASC et une Matrice des interventions des services pour déterminer la manière dont la prestation de services des ASC s'aligne sur les directives des programmes et nationales. [13] Un Guide du facilitateur a également été inclus pour faciliter l'utilisation de la boîte à outils par les praticiens.

Depuis 2011, les investissements dans la prestation de soins de santé dirigée par des ASC ont continué d'augmenter et l'ensemble de preuves relatives à l'efficacité des ASC a également augmenté considérablement. Par conséquent, on a initié cette mise à jour de la Matrice de fonctionnalité MEAP ASC pour incorporer les preuves actuelles concernant l'efficacité et l'utilité des programmes ASC [14-19], les plus récentes synthèses de l'expertise des praticiens [20-22] et pour améliorer la facilité d'utilisation de l'outil. Cette version mise à jour de la Matrice de fonctionnalité MEAP ASC est destinée à compléter la Directive 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 de 2018 et à s'intégrer aux outils existants spécifiques à chaque domaine pour optimiser les programmes d'ASC (par exemple, l'Outil de planification et d'établissement des coûts de la santé communautaire de l'UNICEF/du MSH (Sciences de gestion pour la santé)). [23, 24, 25] Comme pour l'outil MEAP d'origine, cette version mise à jour est destinée à renforcer les processus de conception, de planification, d'évaluation et d'amélioration programmatiques, pour les parties prenantes, allant des ONG locales aux décideurs et planificateurs nationaux et aux parties prenantes mondiales. (Figure 1).

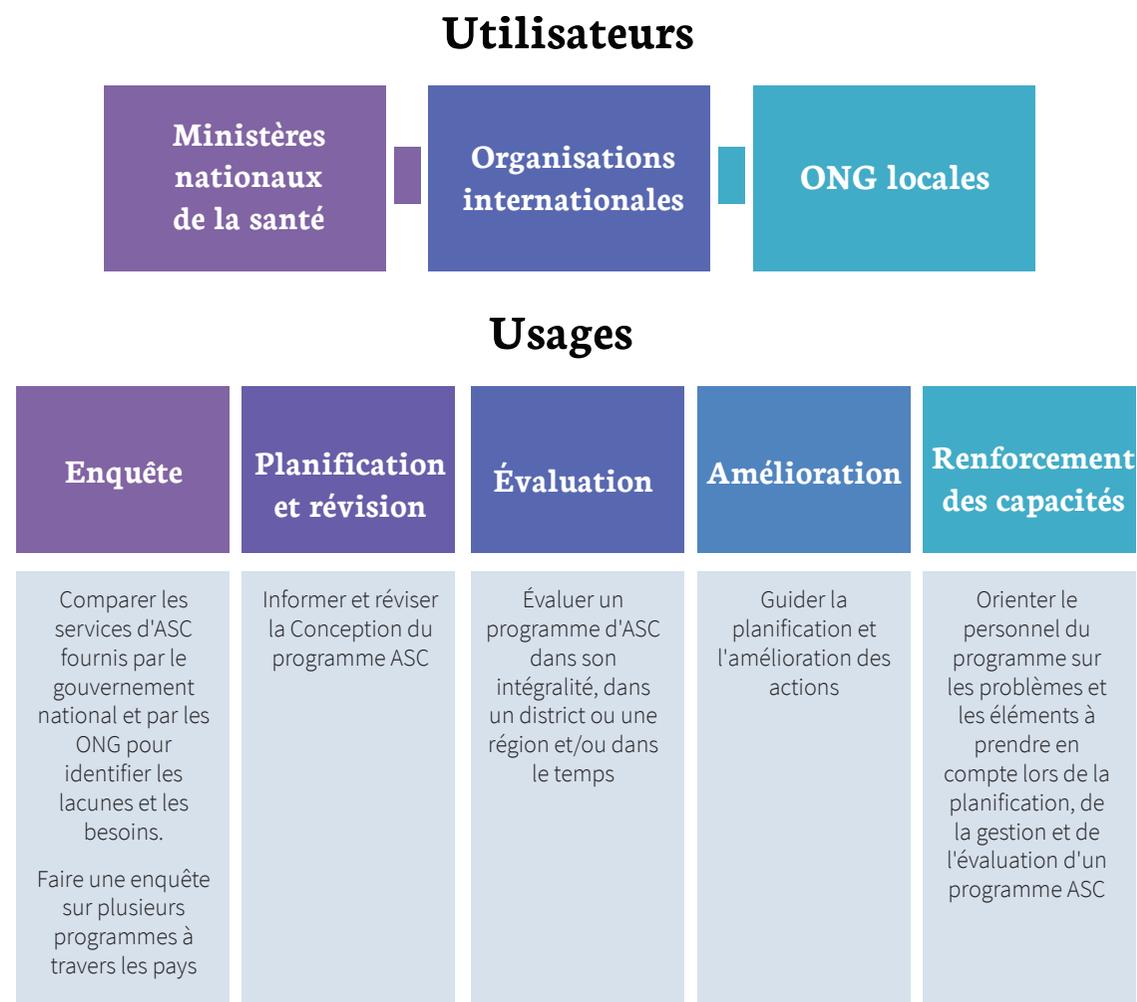


Figure 1: adaptation d'après la MEAP ASC, édition 2013 [13].

# Méthodes

En 2018, l'USAID, l'UNICEF, la Community Health Impact Coalition et Initiatives Inc. ont initié un processus de révision et de mise à jour de l'Outil MEAP ASC. Ce processus impliquait la mise à jour de la Matrice de fonctionnalité du programme MEAP ASC, mais n'incluait pas de révisions des Matrices des interventions MEAP ASC initiales, ni du Guide du facilitateur, qui sont disponibles à l'adresse <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/54/en/>.

Avant la mise à jour de la Matrice de fonctionnalité du programme, a été réalisée une recherche systématique d'autres outils destinés à aider les décideurs et/ou les praticiens dans la conception et la mise en œuvre de programmes et de politiques d'agents de santé communautaires; voir l'Annexe I pour la stratégie de recherche et les bases de données recherchées. Plus de 200 documents ont été lus de près afin d'y être inclus. Les outils pertinents identifiés ont été reliés dans les sections appropriées de la Matrice de fonctionnalité révisée. Pour améliorer la facilité d'utilisation de l'outil, les efforts de simplifier les composants du programme ont réduit les quinze composants antérieurs à dix (voir la page suivante). Pour mettre à jour les critères pour chaque composant, ont été consultées les plus récentes études concernant l'efficacité et l'utilité des programmes ASC (14-17) et les synthèses de l'expertise des praticiens [20] et les révisions ont été analysées par plusieurs parties prenantes en termes de précision et de facilité d'utilisation (y compris par les bailleurs de fonds, les responsables de la mise en œuvre des programmes qui avaient appliqué les versions précédentes de la boîte à outils et par les décideurs).

# MEAP ASC 2018: Composants des programmes révisés

- 1. Rôle et recrutement:** comment la communauté, les ASC et le système de santé conçoivent et clarifient le rôle des ASC et la provenance de l'agent ASC identifié et sélectionné.
- 2. Formation:** comment une formation préalable est fournie à l'ASC pour qu'il/elle se prépare à son rôle et pour s'assurer qu'il/elle a les compétences nécessaires pour fournir des soins sûrs et de qualité; et comment une formation continue est fournie pour renforcer la formation initiale, pour enseigner de nouvelles compétences aux ASC et contribuer à l'assurance de la qualité.
- 3. Accréditation:** comment les connaissances et les compétences en matière de santé sont évaluées et certifiées avant la pratique et recertifiées à des intervalles réguliers pendant la pratique.
- 4. Matériel et fournitures:** comment le matériel et les fournitures nécessaires sont mis à disposition en cas de besoin pour fournir les services attendus.
- 5. Supervision:** comment est effectuée la supervision de manière à permettre le développement régulier des compétences, la résolution de problèmes, l'évaluation des performances et la vérification des données.
- 6. Mesures incitatives:** comment est fourni un paquet de mesures incitatives équilibré, reflétant les attentes professionnelles, y compris une compensation financière sous forme de salaire et des mesures incitatives non financières.
- 7. Implication de la communauté:** comment une communauté soutient la création et la maintenance des programmes ASC.
- 8. Possibilités d'avancement:** comment sont proposés les parcours de carrière des ASC.
- 9. Données:** comment les données au niveau de la communauté sont transmises au système de santé et de retour à la communauté et comment sont elles utilisées pour améliorer la qualité.
- 10. Liens avec le Système national de santé:** la mesure dans laquelle le Ministère de la Santé a mis en place des politiques qui intègrent et incluent les ASC dans la planification et la budgétisation du système de santé et fournit un soutien logistique pour soutenir les programmes ASC au niveau districtuel, régional et/ou national.

# Processus de la Matrice de fonctionnalité des programmes

Un processus de facilitation détaillé pour utiliser l'outil MEAP ASC dans l'évaluation des programmes ASC a été décrit précédemment [13]. Nous fournissons ici un résumé du processus et nous recommandons aux responsables de la mise en œuvre et aux décideurs politiques qui utilisent l'outil MEAP ASC de consulter le guide complet du facilitateur pour plus de détails (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/54/en/>).

**Facilitation:** Bien qu'il soit de nature participative, le processus devrait être dirigé par un facilitateur qualifié.

**Participants:** L'évaluation est généralement réalisée lors d'un atelier réunissant plusieurs parties prenantes qui connaissent la manière dont le programme est géré ou soutenu et les régions dans lesquelles il fonctionne. Les participants sont encouragés à inclure les responsables de terrain, les responsables de district, les décideurs des politiques de santé communautaire au niveau national, les ASC, les superviseurs ASC et les membres/patients de la communauté.

**Approche:** L'approche d'évaluation permet aux gouvernements des pays hôtes de cartographier et d'évaluer rapidement et efficacement les programmes à l'aide d'une échelle d'évaluation basée sur les meilleures pratiques. Idéalement, le processus encouragerait les discussions concernant la mise en œuvre réelle ou prévue des programmes communautaires (c'est-à-dire la fidélité).

**Limites:** La méthodologie repose sur des preuves secondaires et sur des rapports d'auto-évaluation; elle ne peut donc donner qu'une indication du potentiel du programme sur la base des meilleures preuves actuelles et de l'expertise des praticiens. Ce n'est pas une évaluation de résultat.

## Notation des composants des programmes

Chacun des 10 composants de la Matrice de fonctionnalité des programmes ASC est subdivisé en quatre niveaux de fonctionnalité, allant de non fonctionnel (niveau 1) à hautement fonctionnel, tel que défini par les meilleures pratiques suggérées (niveau 4).

Les parties prenantes doivent identifier où se situent leurs programmes dans cette fourchette.



# 1

## Rôle et recrutement

Comment la communauté, les ASC et le système de santé conçoivent et clarifient le rôle des ASC et la provenance de l'agent ASC identifié et sélectionné.

- Aucun rôle formel d'ASC n'est défini ou documenté (aucune politique mise en place).
- Les attitudes, les compétences (l'expertise) et la disponibilité jugées essentielles pour le poste ne sont pas clairement définies avant le recrutement.
- L'ASC ne provient pas de la communauté.
- La communauté ne joue aucun rôle dans le recrutement.

- L'ASC et la communauté ne sont pas toujours d'accord sur le rôle/les attentes.
- Les attitudes, les compétences et la disponibilité jugées essentielles pour le poste ne sont pas clairement définies avant le recrutement.
- L'ASC est recruté dans la communauté.
- La communauté participe à la présélection des candidats.

- L'ASC est recruté dans la communauté et la communauté est consultée lors de la sélection finale ou si, en raison de circonstances particulières, l'ASC doit être recruté en dehors de la communauté, la communauté est consultée lors de la sélection finale.
- Les attitudes, les compétences et la disponibilité jugées essentielles pour le poste sont clairement définies avant le recrutement et sont liées à des questions spécifiques de l'entretien (d'embauche).
- Le rôle des ASC est clairement défini et documenté. Accord général sur le rôle des ASC, de la communauté et du système de santé.
- ASC: le ratio emploi/population reflète les attentes en matière de rôle des ASC, la densité de la population, les contraintes géographiques et les exigences de déplacements.

- Le rôle des ASC est clairement défini et documenté. Accord sur le rôle des ASC, de la communauté et du système de santé.
- ASC: le ratio emploi/population reflète les attentes en matière de rôle d'ASC, la densité de la population, les contraintes géographiques et les exigences de déplacements.
- Méthodes de recrutement et critères de sélection conçus pour maximiser la participation des femmes au marché du travail et surmonter les inégalités entre les sexes.
- L'ASC est recruté dans la communauté avec la participation de la communauté ou si, en raison de circonstances particulières, l'ASC est recruté en dehors de la communauté, la communauté participe au et est d'accord avec processus de recrutement et est consultée lors de la sélection finale.
- Les attitudes, les compétences et la disponibilité jugées essentielles pour le poste sont clairement définies avant le recrutement et sont liées à des questions spécifiques de l'entretien d'embauche/des démonstrations de compétences spécifiques (par exemple, un test d'alphabétisation).
- Le rôle des ASC comprend la recherche proactive des patients de porte-à-porte, les soins à domicile et la formation des familles à l'identification des signes de danger.
- Former, puis sélectionner: recruter plus d'ASC que nécessaire au premier module de formation préalable et choisir le meilleur intervenant de chaque communauté pour continuer la formation et servir en fin de compte comme ASC de la communauté en question.

**1 Non fonctionnel**

**2 Partiellement fonctionnel**

**3 Fonctionnel**

**4 Hautement fonctionnel**

# 2 Formation

Comment une formation préalable est fournie à l'ASC pour qu'il/elle se prépare à son rôle et pour s'assurer qu'il/elle a les compétences nécessaires pour fournir des soins sûrs et de qualité; et comment une formation continue est fournie pour renforcer la formation initiale, pour enseigner de nouvelles compétences aux ASC et contribuer à l'assurance de la qualité.

- Pas ou peu de formation initiale.
- Une formation initiale minimale est fournie (par exemple, un atelier), qui n'est pas basée sur des directives globales.
- Pas de participation des services de santé communautaires ou gouvernementaux lors de la formation initiale.
- Aucune formation continue n'est fournie.
- Du coaching est fourni lors de visites occasionnelles et ad-hoc de superviseurs.

**1 Non fonctionnel**

- La formation initiale est fournie à tous les ASC dans les six mois suivant leur recrutement, mais la formation ne respecte pas les directives globales.
- Pas de participation des services de santé communautaires ou gouvernementaux lors de la formation initiale.
- Aucune formation continue n'est fournie.
- Une formation de recyclage est fournie, mais elle est irrégulière ou a lieu moins d'une fois tous les 12 mois.
- Les organisations/ONG partenaires organisent des ateliers ad-hoc sur des thèmes de santé verticaux spécifiques. Ceux-ci ne sont pas intégrés au plan national.

**2 Partiellement fonctionnel**

- Une formation initiale qui correspond aux directives globales est fournie à tous les ASC dans les six mois suivant leur recrutement.
- Peu de participation des services de santé communautaires ou gouvernementaux lors de la formation initiale.
- Une formation de recyclage est fournie à tous les ASC au moins une fois par an.
- Tous les ateliers sur des thèmes de santé verticaux sont intégrés au plan national de formation continue.

**3 Fonctionnel**

- Une formation initiale qui correspond aux directives globales est fournie à tous les ASC dans les six mois suivant leur recrutement.
- La formation des ASC inclut le temps de stages de pratique dans les établissements de santé publics et dans la communauté.
- Un développement continu des capacités (par exemple, tous les quinze jours ou tous les trimestres, par le biais du mentorat ou de la formation en cours d'emploi) est fourni pour renforcer la formation initiale, pour enseigner aux ASC de nouvelles compétences et pour assurer la qualité.

**4 Hautement Fonctionnel**

# 3 **Accréditation**

Comment les connaissances et les compétences en matière de santé sont évaluées et certifiées avant la pratique et recertifiées à des intervalles réguliers pendant la pratique.

- Les connaissances et les compétences en matière de santé ne sont pas testées avant la pratique.

**1 Non fonctionnel**

- Les ASC passent des tests préalables/ultérieurs, mais aucune norme minimale de réalisation n'a été définie.

**2 Partiellement fonctionnel**

- Les connaissances et les compétences en matière de santé sont testées et les ASC doivent satisfaire à une norme minimale avant de pouvoir pratiquer.
- Des dispositions permettant aux ASC de passer un nouveau test sont en place.

**3 Fonctionnel**

- Les connaissances et les compétences en matière de santé sont testées et les ASC doivent satisfaire à une norme minimale avant de pouvoir pratiquer.
- Des dispositions permettant aux ASC de passer un nouveau test sont en place en cas d'échec.
- Les ASC sont accrédités par un organisme national sur la base de certaines normes clairement documentées.

**4 Hautement fonctionnel**

# 4

## Matériel et fournitures

Comment le matériel et les fournitures nécessaires sont mis à disposition en cas de besoin pour fournir les services attendus.

- Pas ou peu de matériels, fournitures et outils de travail fournis.
- Il n'y a aucun processus régulier de passage de commande de fournitures; les ASC en commandent lorsqu'elles sont épuisées.

**1 Non fonctionnel**

- Le matériel, les fournitures et les outils de travail sont fournis, bien que les ruptures de stock de fournitures essentielles surviennent régulièrement et durent plus d'un mois.
- Les fournitures sont commandées régulièrement, cependant, les approvisionnements peuvent être irréguliers.

**2 Partiellement fonctionnel**

- Le matériel, les fournitures et les outils de travail sont fournis. Les ruptures de stock sont rares.
- Les fournitures sont commandées et disponibles pour le réapprovisionnement sur une base régulière.
- Les fournitures sont contrôlées ou mises à jour régulièrement pour vérifier les dates d'expiration, la qualité et les stocks.

**3 Fonctionnel**

- Toutes les fournitures nécessaires, y compris les outils de travail, sont disponibles sans périodes de rupture de stock significatives.
- Les fournitures sont commandées et disponibles pour le réapprovisionnement sur une base régulière et un stock régulateur est disponible. À tous les niveaux, un outil standard est utilisé pour la prévision des approvisionnements (par exemple, l'Outil de planification et d'établissement des coûts de la santé communautaire de l'UNICEF/du MSH) [23].
- Les fournitures sont contrôlées et mises à jour régulièrement pour vérifier les dates d'expiration, la qualité et les stocks.
- L'inventaire des ASC est surveillé à l'aide des systèmes manuels ou numériques.

**4 Hautement fonctionnel**

# 5

## Supervision

Comment est effectuée la supervision de manière à permettre le développement régulier des compétences, la résolution de problèmes, l'évaluation des performances et la vérification des données.

- Il n'y a pas de supervision ou d'évaluation régulière en dehors des visites occasionnelles des ASC par des infirmiers/infirmières ou des superviseurs lorsque cela est possible (une fois par an ou moins fréquemment).

- Les visites de supervision ou les réunions de groupe tenues à l'établissement de santé ont lieu 2 à 3 fois par an pour la collecte des données.
- On n'affecte pas de superviseurs aux ASC ou aux communautés, ou bien les ASC et les communautés ne les connaissent pas.
- Les superviseurs ne sont pas formés.
- Aucun soutien à la performance individuelle n'est offert (résolution de problèmes, coaching, par exemple).

- Un superviseur dédié effectue des visites de supervision au moins tous les 3 mois, qui comprennent l'examen des rapports et la fourniture d'un soutien à l'ASC pour résoudre les problèmes.
- Les superviseurs sont formés et disposent d'outils de supervision de base (listes de contrôle) pour les aider.
- Le superviseur fournit des statistiques récapitulatives sur les performances des ASC à ces derniers afin d'identifier les domaines dans lesquels la prestation des services doit être améliorée.
- Le superviseur n'a pas de rencontres régulières avec la communauté et ne fait pas de visites à domicile avec l'ASC, ni ne fournit de renforcement des compétences sur le lieu de travail.

- Un superviseur dédié effectue des visites de supervision mensuelles, qui comprennent l'examen des rapports et la fourniture de soutien à l'ASC en vue de la résolution de problèmes.
- Les superviseurs sont formés, ont les compétences techniques nécessaires pour faire des observations sur la prestation des services et disposent de listes de contrôle des outils de supervision de base pour les aider.
- Le superviseur fournit des statistiques récapitulatives sur les performances des ASC (par exemple, le nombre de visites à domicile, le nombre d'erreurs de protocole), afin d'identifier les domaines dans lesquels la prestation des services doit être améliorée.
- Le superviseur observe directement la pratique des ASC avec les patients et fournit un feedback ciblé après la rencontre des patients, pour indiquer les domaines qui nécessitent une amélioration continue.
- Le superviseur vérifie les données/évalue l'expérience des patients (en l'absence de l'ASC).
- Les directeurs de programme ont examiné de quelle autre manière les superviseurs pourraient servir les ASC et la communauté (par exemple, le réapprovisionnement en fournitures, l'orientation, soins de niveau supérieur etc.) et ont mis en place des services appropriés.

**1 Non fonctionnel**

**2 Partiellement fonctionnel**

**3 Fonctionnel**

**4 Hautement Fonctionnel**

# 6 Mesures incitatives

Comment est fourni un paquet de mesures incitatives équilibré, reflétant les attentes professionnelles, y compris une compensation financière sous forme de salaire et des mesures incitatives non financiers.

- Aucune incitation financière ou non financière n'est fournie.
- La reconnaissance de la communauté est considérée comme une récompense et l'ASC reçoit parfois de petits cadeaux symboliques.

**1 Non fonctionnel**

- Quelques incitations financières limitées sont fournies - telles que le transport pour la formation, des allocations inférieures au salaire minimum - mais il n'y a pas de salaire ou de bonus. Ou bien la majorité des paiements de salaire ne sont pas faits à temps.
- Des incitations non financières sont offertes.

**2 Partiellement Fonctionnel**

- Les ASC à temps plein sont rémunérés financièrement à un taux concurrentiel par rapport au marché concerné (au moins le salaire minimum, sinon plus compétitif). Les salaires sont payés à temps la plupart du temps.
- Les incitations sont équilibrées, avec à la fois des incitations financières et non financières, à la hauteur des attentes qu'on a du rôle des ASC (par exemple, le nombre et la durée des visites aux patients, la charge de travail et les services fournis).
- La possibilité de conséquences négatives inattendues a été examinée avant l'intégration des incitations à la performance pour des tâches spécifiques. Elles ont été mises en place uniquement dans les situations où la possibilité que les ASC concentrent moins leur attention sur des tâches sans incitations a été évitée.

**3 Fonctionnel**

- Les ASC à temps plein sont rémunérés financièrement à un taux concurrentiel par rapport au marché respectif (au moins le salaire minimum, sinon plus compétitif) et les salaires sont systématiquement payés à temps.
- Les incitations sont équilibrées, avec à la fois des incitations financières et non financières, et sont à la hauteur des attentes qu'on a du rôle des ASC (par exemple, le nombre et la durée des visites aux patients, la charge de travail et les services fournis).
- La possibilité de conséquences négatives inattendues a été examinée avant l'intégration des incitations à la performance pour des tâches spécifiques. Elles ont été mises en place uniquement dans les situations où la possibilité que les ASC concentrent moins leur attention sur des tâches sans incitations a été évitée.
- Les agents de santé bénéficient d'avantages sociaux (par exemple, logement, vacances etc.).

**4 Hautement Fonctionnel**

# 7 Implication de la communauté

Comment une communauté soutient la création et la maintenance des programmes ASC.

- La communauté ne joue aucun rôle en termes d'appui continu aux ASC.

**1 Non Fonctionnel**

- La communauté s'implique parfois (campagnes, éducation) avec l'ASC et certains membres de la communauté considèrent l'ASC comme une ressource.
- La communauté n'est représentée que par des «élites» et exclut des groupes démographiques clés (par exemple, femmes, minorités, jeunes, personnes handicapées etc.).

**2 Partiellement Fonctionnel**

- La communauté joue un rôle important dans l'appui de l'ASC (par exemple: discute du rôle ou des objectifs, fournit un feedback régulier).
- L'ASC est largement reconnu et apprécié pour les services rendus à la communauté.
- L'ASC fait recours aux structures communautaires existantes (par exemple, comités de santé, réunions communautaires).
- La communauté a peu ou pas d'interaction avec le superviseur des ASC.
- La communauté ne participe pas à la planification des programmes des ASC, ni à l'évaluation du système de santé.

**3 Fonctionnel**

- La communauté joue un rôle important dans l'appui de l'ASC (par exemple: discute du rôle ou des objectifs, fournit un feedback régulier) et aide à imposer l'ASC comme leader de la communauté.
- L'ASC est largement reconnu et apprécié pour les services rendus à la communauté.
- Les dirigeants de la communauté dialoguent en permanence avec les ASC sur les problèmes de santé, en utilisant les données recueillies par les ASC.
- L'ASC fait recours aux structures communautaires multisectorielles existantes (par exemple, comités de santé, réunions communautaires).
- La communauté interagit avec le superviseur lors des visites pour fournir du feedback et résoudre les problèmes.
- Un large échantillon de la communauté joue un rôle dans la planification du programme ASC et fournit du feedback au système de santé.

**4 Hautement Fonctionnel**

# 8

## Possibilités d'avancement

Comment sont proposés les parcours de carrière des ASC.

- Aucune possibilité d'avancement n'est offerte.

**1 Non fonctionnel**

- Des possibilités d'avancement sont parfois offertes aux ASC qui participent au programme depuis un certain temps.
- L'avancement n'est pas lié à la performance ou aux accomplissements.

**2 Partiellement Fonctionnel**

- Un avancement est parfois offert aux ASC qui participent au programme depuis un certain temps.
- Les ASC ont peu d'opportunités de formation pour apprendre de nouvelles compétences afin de renforcer leur rôle.
- L'avancement vise à récompenser une bonne performance ou un accomplissement, bien que l'évaluation ne soit pas toujours cohérente, claire ou transparente.

**3 Fonctionnel**

- Un avancement est proposé aux ASC qui ont de bonnes performances et qui expriment un intérêt pour l'avancement si l'opportunité existe.
- Des opportunités de formation sont offertes aux ASC pour apprendre de nouvelles compétences afin de renforcer leurs rôles et les ASC en sont conscients.
- L'avancement vise à récompenser les bonnes performances ou les accomplissements et est basé sur une évaluation juste; à l'inverse, des mécanismes sont en place pour libérer un ASC peu performant de ses tâches.

**4 Hautement Fonctionnel**

# 9 Données

Comment les données au niveau de la communauté sont transmises au système de santé et de retour à la communauté et comment sont elles utilisées pour améliorer la qualité.

- Aucun processus de documentation ou de gestion de l'information n'est en place.
- Des informations sont parfois collectées auprès des ASC (par exemple, tous les ans).

- Certains ASC documentent leurs visites dans des cahiers qu'ils apportent à l'établissement pour examen, mais il n'existe pas de format standard d'enregistrement.
- Les ASC ne discutent pas des données collectées avec les superviseurs.
- Les ASC/communautés ne reçoivent pas les données analysées et aucun effort n'est fait pour utiliser les données dans la résolution de problèmes de la communauté.

- Les ASC documentent leurs visites et fournissent des données dans un format standard.
- Les superviseurs surveillent la qualité des données, en discutent avec les ASC et fournissent de l'aide.
- Les données sont transmises aux systèmes de suivi et d'évaluation du secteur public.
- Les ASC/communautés travaillent avec le superviseur pour utiliser les données dans la résolution de problèmes au niveau de la communauté.

- Les ASC documentent leurs visites de manière cohérente dans un format standard.
- Les superviseurs surveillent la qualité des données, discutent des données avec les ASC et fournissent de l'aide en cas de besoin.
- Les données sont transmises aux systèmes de suivi et d'évaluation du secteur public.
- Les ASC/communautés travaillent avec le superviseur pour utiliser les données dans la résolution de problèmes au niveau de la communauté.
- Les superviseurs utilisent les données pour fournir du feedback sur les performances des ASC et informer sur les améliorations du programme.
- Les technologies numériques sont utilisées pour rendre les systèmes de données plus efficaces, utilisables ou évolutifs et/ou exploiter les données pour améliorer la qualité, la rapidité ou l'équité des services.

**1 Non fonctionnel**

**2 Partiellement Fonctionnel**

**3 Fonctionnel**

**4 Hautement Fonctionnel**

# 10 Liens avec le Système de santé

La mesure dans laquelle le Ministère de la Santé a mis en place des politiques qui intègrent et incluent les ASC dans la planification et la budgétisation du système de santé et fournit un soutien logistique pour soutenir les programmes ASC au niveau districtuel, régional et/ou national

- Les liens avec le système de santé sont faibles ou inexistants; le programme des ASC fonctionne indépendamment du système de santé.
- Aucun système de référence n'est mis en place.
- Frais d'utilisation.

## 1 Non fonctionnel

- Les ASC sont reconnus comme utiles dans les communautés, mais leur rôle n'est pas formalisé dans le secteur de la santé.
- Les ASC existants sont entièrement soutenus par un financement externe.
- L'ASC et la communauté savent où se trouve l'établissement de référence, mais ne disposent pas de processus de référence, de logistique ou de formulaires officiels.
- Frais d'utilisation minimales pour les produits seulement.

## 2 Partiellement Fonctionnel

- Les ASC sont reconnus comme faisant partie du système de santé officiel (des politiques qui définissent leurs rôles, leurs tâches et leur relation avec le système de santé sont mises en place).
- Le budget national de la santé contient des provisions appropriées pour les ASC (par exemple, salaires, matériel, supervision etc.).
- L'ASC et la communauté savent où se trouve l'établissement de référence et ont généralement les moyens de transporter les patients.
- Le patient est référé avec un formulaire et il est suivi de manière informelle par l'ASC (vérification auprès de la famille, visite de suivi), mais les informations ne sont pas transmises de retour à l'ASC depuis le site de référence.
- Les frais d'utilisation pour la fourniture de services ne sont pas facturés.

## 3 Fonctionnel

- Les ASC sont reconnus comme faisant partie du système de santé officiel (des politiques qui définissent leurs rôles, leurs tâches et leur relation avec le système de santé sont mises en place).
- Le budget national de la santé contient des provisions appropriées pour les ASC (par exemple, salaires, matériel, supervision etc.).
- Le système de santé accompagne les efforts des ASC avec des investissements destinés à augmenter la capacité, l'accessibilité et la qualité des établissements de soins de santé primaires et des fournisseurs de soins avec lesquels les ASC établissent des liens.
- Les ASC ont toujours des moyens de transport et disposent d'un plan logistique fonctionnel pour les urgences (transport, fonds).
- Le patient est référé avec un formulaire standard et les informations sont transmises de retour à l'ASC avec un formulaire de référence retourné.
- Les frais d'utilisation sur le lieu de soins ne sont pas facturés pour les services ou les produits de soins.
- Il existe un engagement multisectoriel (par exemple, le Ministère des Finances, le Ministère de la Fonction publique, le Ministère de l'Éducation, la société civile) dans la conception, la mise en œuvre et la gestion du programme ASC.

## 4 Hautement Fonctionnel

# Vue d'ensemble de la notation

	<b>1. Non Fonctionnel</b>	<b>2. Partiellement Fonctionnel</b>	<b>3. Fonctionnel</b>	<b>4. Hautement Fonctionnel</b>
<b>1. Rôle et recrutement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Formation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Accréditation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Matériel et fournitures</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Supervision</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Mesures incitatives</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Implication de la communauté</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Possibilités d'avancement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Données</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Liens avec le Système de Santé National</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ANNEXE

## Stratégie de recherche

Pubmed:

((("Community health agent" ou "Community Health Aides" ou "Community health promoter" ou "Community mobilizer" ou "Community drug distributor" ou "community health worker" ou "Village health worker"[Title/Abstract])) OU ("Rural Health Worker" ou "Lay Health Worker" ou "Lady health worker" ou "nutrition worker" ou "frontline health worker" ou "Barangay health worker" ou "basic health worker" ou "Auxiliary health worker" ou "health extension worker" ou "community health volunteer" ou "village health volunteer"[Title/Abstract])) OU (acompanier\* OU accompagnateur\* OU activista\* OU animatrice\* OU brigadista\* OU kader\* OU promotora\* OU monitora\* OU sevika\* OU fhw\* OU chw\* OU lhw\* OU vhw\* OU chv\* OU "shastho shebika" OU "shasto karmis" OU anganwadi\* OU "barefoot doctor" OU "agente comunitario de salud" OU "agente comunitario de saude"[Title/Abstract]))

Mots-clés pour d'autres bases de données:

(community health worker) OU (CHW) ET (tool) OU (toolkit) OU (manual) OU (technical) OU (guide) OU (strategy) OU (handbook)

## Bases de données/répertoires de littérature grise

1. CHW Central
2. CoreGroup
3. PubMed
4. USAID
5. World Health Organization
6. Rural Health Information Hub
7. Frontline Health Workers Coalition
8. One Million Community Health Workers Campaign
9. mPowering Frontline Health Workers
10. Community Case Management Central
11. Global Health Workforce Alliance (WHO)
12. Clinton Foundation

## Références

1. Daelmans, B., et al., Integrated Community Case Management of Childhood Illness: What have We Learned? The American journal of tropical medicine and hygiene, 2016. 94(3): p. 571-573.
2. UNICEF. A Decade of Tracking Progress for Maternal, Newborn and Child Survival, The 2015 Report. 2015 October 10, 2018]; Available from: <http://countdown2030.org/2015/2015-final-report>.
3. Scott, K., et al., What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. Hum Resour Health, 2018. 16(1): p. 39.
4. Lewin, S., 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).
5. Amouzou, A., et al., Effects of the integrated Community Case Management of Childhood Illness Strategy on Child Mortality in Ethiopia: A Cluster Randomized Trial. American Journal of Tropical Medicine & Hygiene, 2016. 94(3): p. 596-604.
6. Amouzou, A., et al., Independent Evaluation of the integrated Community Case Management of Childhood Illness Strategy in Malawi Using a National Evaluation Platform Design. American Journal of Tropical Medicine & Hygiene, 2016. 94(3): p. 574-83.
7. Munos, M., et al., Independent Evaluation of the Rapid Scale-Up Program to Reduce Under-Five Mortality in Burkina Faso. American Journal of Tropical Medicine & Hygiene, 2016. 94(3): p. 584-95.
8. Ballard, M. and R. Schwarz, Employing practitioner expertise in optimizing community healthcare systems. Healthc (Amst), 2018.
9. Bonds, M.H. and M.L. Rich, Integrated health system strengthening can generate rapid population impacts that can be replicated: lessons from Rwanda to Madagascar. BMJ Global Health, 2018. 3(5).
10. Luckow, P.W., et al., Implementation research on community health workers' provision of maternal and child health services in rural Liberia. Bull World Health Organ, 2017. 95(2): p. 113-120. community health worker programmes: an abridged WHO guideline. The Lancet Global Health, 2018. 6(12): p. e1397-e1404.

# ANNEXE

11. Johnson, A.D., et al., Proactive community case management and child survival in periurban Mali. *BMJ Global Health*, 2018. 3(2).
12. Crigler, L., et al. Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): A Toolkit for Improving CHW Programs and Services. USAID Healthcare Improvement Project 2011 October 10, 2018]; Available from: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/50.pdf>.
13. Crigler, L., et al. Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): A Toolkit for Improving CHW Programs and Services - Revised Version. USAID Healthcare Improvement Project 2013 October 10, 2018]; Available from: [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/CHWAIMToolkit\\_Revision\\_Sept13.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/CHWAIMToolkit_Revision_Sept13.pdf).
14. Ballard, M. and P. Montgomery, 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. Kok, M.C., 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): p. 1207-27.
16. Kangovi, S. and D.A. Asch. The Community Health Worker Boom. 2018 October 10, 2018]; *NEJM Catalyst*: [Available from: <https://catalyst.nejm.org/community-health-workers-boom/>].
17. Black, R.E., et al., Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. *J Glob Health*, 2017. 7(1): p. 010908.
18. Dahn, B., et al., Strengthening primary health care through community health workers: Investment case and financing recommendations. 2015, [Unpublished] 2015 Jul. p. [66] p.
19. Naimoli, J.F., et al., A Community Health Worker "logic model": towards a theory of enhanced performance in low- and middle-income countries. *Human resources for health*, 2014. 12: p. 56.
20. Ballard, M., et al. Practitioner Expertise to Optimize Community Health Systems: Harnessing Operational Insight. 2017 October 10, 2018]; Available from: <https://www.chwimpact.org/>. doi:10.13140/RG.2.2.35507.94247.
21. Palazuelos, D., et al., 5-SPICE: the application of an original framework for community health worker program design, quality improvement and research agenda setting. *Global Health Action*, 2013. 6: p. 19658.
22. Crigler, L., et al., Developing and strengthening community health worker programs at scale. A reference guide for program managers and policy makers. Draft, USAID Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), Editor. 2013.
23. MSH/UNICEF. Community Health Planning and Costing Tool. 2016 October 18, 2018]; Available from: <https://www.msh.org/resources/community-health-planning-and-costing-tool>.
24. "Cometto, G., et al., Health policy and system support to optimise community health worker programmes: an abridged WHO guideline. *The Lancet Global Health*, 2018. 6(12): p. e1397-e1404.
25. WHO (2018) WHO guideline on health policy and system support to optimize community-based health worker programmes. <http://www.who.int/hrh/community/en/>