



Les communautés africaines au premier plan



**AMREF**

Une Meilleure Santé Pour L'Afrique

**Renforcer leurs capacités et leur participation  
pour combler le vide au sein des systèmes de santé**

**LA STRATEGIE D'AMREF 2007-2017**



 Principaux pays d'intervention

 Pays où l'AMREF a fourni une aide technique

 Localisation des programmes de formation

# Sommaire

<b>Avant-propos</b>	<b>ii</b>
<b>Remerciements</b>	<b>iv</b>
<b>Glossaire terminologique</b>	<b>V</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>Vi</b>
<b>Synthèse de gestion</b>	<b>Vii</b>
<b>Chapitre 1 :</b> Vision, mission et valeurs fondamentales	<b>10</b>
<b>Chapitre 2 :</b> L'AMREF : Parcours et avantages comparatifs	<b>12</b>
<b>Chapitre 3 :</b> Un vide dans le système de santé	<b>17</b>
Le contexte de santé	<b>17</b>
Les ressources humaines - Contexte	<b>19</b>
L'écart entre les communautés et le reste du système de santé	<b>21</b>
Comblant l'écart	<b>22</b>
<b>Chapitre 4 :</b> La stratégie	<b>24</b>
Énoncé d'objectif	<b>24</b>
Pilotes de programmes	<b>24</b>
Thèmes des programmes	<b>25</b>
Les partenariats avec les communautés pour une meilleure santé	<b>26</b>
Le renforcement des capacités en vue de fortifier les communautés et d'assurer la réactivité des systèmes de santé	<b>29</b>
La recherche sur les systèmes de santé à des fins politiques et pratiques	<b>31</b>
Les risques et la maîtrise des risques	<b>34</b>
<b>Chapitre 5 :</b> Mécanismes de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation	<b>35</b>
<b>Chapitre 6 :</b> Dispositions organisationnelles	<b>38</b>
<b>Chapitre 7 :</b> Conclusion	<b>42</b>

## Avant-propos

### Le développement de la santé, symbole du développement

Ces dix dernières années, l'état de la santé en Afrique a changé, et bien souvent pas en mieux. Sur l'ensemble du continent, les indicateurs de santé restent un défi urgent pour ceux d'entre nous qui travaillent sur le terrain. Malgré les dépenses importantes réalisées par les gouvernements et les bailleurs de fonds et spécialement destinées à financer la lutte contre certaines maladies, les statistiques sur la mortalité des nourrissons et la mortalité maternelle ne traduisent qu'une amélioration dérisoire, voire inexistante. Certains pays, dont le Kenya, affichent même des tendances négatives alarmantes. Cela ne veut pas dire que tous les efforts déployés soient maladroits – notamment, les Africains bénéficient désormais d'un meilleur accès aux traitements antirétroviraux gratuits – mais de toute évidence, nous devrions (c'est même un devoir) nous montrer plus efficaces, d'une manière générale, pour améliorer la santé des populations d'Afrique. Au-delà des avantages mêmes d'une bonne santé, réduire la charge de morbidité (mortalité comprise) permet de dégager des ressources, qui seront consacrées à des activités productives et à la création de richesses. Les ressources allouées à la santé ne constituent donc pas une dépense qui ne mène à rien, mais un investissement en vue de la création de richesses à tous les niveaux de la société. Pour l'Association pour la médecine et la recherche en Afrique (AMREF), cela signifie qu'il faut faire de la santé une question communautaire au sein du système de santé national.

C'est pourquoi l'AMREF lance aujourd'hui une stratégie nouvelle et hors du commun, qui nous le croyons, permettra d'introduire sur la scène sanitaire, au cours des dix prochaines années, divers acteurs importants mais jusqu'ici marginalisés : non seulement pour la prévention, le traitement et les soins liés aux maladies, mais aussi pour la promotion de la santé.

Il y a trois aspects innovants de cette stratégie qui m'intéresse en particulière. Le premier est la redéfinition du concept de « système de santé » par l'AMREF. Comme je l'ai déjà dit, tant que les peuples ne seront pas eux-mêmes acteurs de leur propre santé, nous continuerons d'essuyer le sol en dessous d'un robinet qui fuit. C'est pourquoi je me réjouis vivement de ce que l'AMREF est en train de redéfinir le système de santé pour y inclure les personnes et les communautés avec lesquelles nous travaillons.

Les communautés doivent faire partie du système de façon plus générale que dans la pratique actuelle. Ce concept n'est sans doute pas simple, mais nous pensons qu'il est absolument essentiel, si nous voulons voir évoluer les indicateurs de santé. Un exemple : jusque 80 pour cent des membres de certaines communautés consultent des guérisseurs traditionnels. Dès lors, les guérisseurs traditionnels représentent une source d'expertise inexploitée au sein des communautés où ils exercent pour permettre d'améliorer les systèmes d'orientation entre les communautés et les établissements du ministère de la Santé, et pour fournir des informations sur des médicaments abordables et sans risque. Pour prendre un autre exemple, le défi du VIH nous a appris que les membres des communautés sont souvent les mieux placés pour encourager leurs amis à solliciter un conseil et à se faire dépister, et pour prodiguer des soins et offrir leur soutien aux personnes séropositives et aux orphelins et autres enfants vulnérables. Bien entendu, nous devons faire preuve d'imagination et rechercher d'autres occasions de découvrir et d'utiliser les ressources que renferment les communautés.

Le deuxième aspect de la stratégie repose sur la création de liens plus étroits entre les ministères de la Santé et les communautés qu'ils servent. Si l'on me permet de filer la métaphore ménagère du sol inondé, pour réparer un robinet qui fuit, il faut parfois qu'un grand nombre de mains travaillent de concert ! Il faudra peut-être un membre de la famille, mécontent, pour déclencher le processus, un plombier, et un fournisseur de pièces, ou parfois seulement un enfant pour fermer le robinet correctement. La morale de l'histoire, c'est que nous devons savoir ce que les autres peuvent apporter et solliciter leurs compétences pour trouver une solution. Cette métaphore nous enseigne également que nos systèmes de santé peuvent être plus réactifs si nous travaillons

tous ensemble et si nous nous tenons informés de ce que chacun fait et de ce qui se passe au sein de nos communautés. Dans cette optique, la nouvelle stratégie de l'AMREF repose en grande partie sur la création de liens de communication plus efficaces, notamment par le renforcement des systèmes d'information pour la gestion sanitaire à l'échelle des communautés et par leur mise en relation avec les systèmes des MdS.

Si l'on me permet de pousser un peu plus loin l'analogie du robinet qui fuit, le troisième volet innovant de notre stratégie consiste à déterminer ce qui a causé la fuite. L'AMREF est en train d'amorcer un effort de recherche axé sur les raisons pour lesquelles, jusqu'à présent, les communautés n'ont pas participé davantage à leur propre santé, et sur les contraintes qui inhibent actuellement leur participation. Les chercheurs de l'AMREF chargés de chercher des solutions à une maladie déterminée travailleront, en parallèle, avec la communauté touchée pour étudier les raisons pour lesquelles la maladie en question pose un problème à la communauté et déterminer le rôle que peut jouer celle-ci dans la lutte contre cette maladie.

Ces deux dernières années, bon nombre de personnes, à la fois parmi les employés et les consultants de l'AMREF, ont contribué à concevoir cette nouvelle stratégie. Elle est le fruit d'un processus extrêmement participatif, guidé vers sa forme actuelle par l'équipe des hauts dirigeants de l'AMREF. Nous nous réjouissons à l'idée de mettre en œuvre la stratégie. Au nom du Comité de direction de l'AMREF, je souhaiterais féliciter l'équipe et leur souhaiter le succès au fil des interventions innovantes qu'ils concevront pour faire avancer la stratégie.

À la grande famille de l'AMREF en Afrique et ailleurs, je dis : cette stratégie est VOTRE BEBE ! Veillons à assurer à ce bébé une enfance équilibrée, une jeunesse énergique et enfin, un passage sain à l'âge adulte. L'Afrique est comme enlacée par cette collaboration que nous avons établie. Continuons de l'embrasser de cette étreinte affectueuse et saine.

Nous, membres du Comité de direction de l'AMREF, saisissons cette occasion pour inviter tous les partenaires qui s'efforcent d'améliorer la santé des populations d'Afrique à se joindre à nous pour développer des systèmes de santé efficaces et performants dans tous les pays qui accueillent pleinement nos équipes au sein de leurs communautés. Nous, Africains, sommes un PEUPLE COMMUNAUTAIRE. Et si cela n'arrive pas dans nos communautés, cela n'arrive pas ailleurs et n'arrivera pas. Alors, faisons en sorte que cela arrive dans nos pays en nous assurant que la promotion de la santé et des services de santé fonctionne effectivement selon un principe véritablement ascendant : des familles de nos communautés aux hôpitaux tertiaires, en passant par toutes les branches du système de santé.

Que Dieu garde ceux qui mettront en œuvre cette stratégie ; je prie pour qu'ils parviennent, par leur diligence, à donner aux peuples d'Afrique la bénédiction d'une meilleure santé. Que Dieu garde les partenaires de l'Afrique qui travaillent assidûment avec elle pour alléger la charge de morbidité qui l'accable et guider ainsi le peuple de ce grand continent vers une santé florissante.

Professeuse Miriam K Were, EBS, IOM

**Présidente, Comité de direction de l'AMREF**

## Remerciements

Cette stratégie est le résultat de plus de deux années de vifs débats au sein de l'AMREF et avec nos parties prenantes en Afrique et ailleurs. Ce projet a fait l'objet d'une telle participation qu'il est difficile de remercier chaque personne nominativement.

Néanmoins, un groupe de collègues a pris en compte les délibérations d'un grand nombre de personnes et en a fait une stratégie, qu'il a rédigée et remaniée. Je souhaiterais remercier Florence Muli-Musiime pour avoir dirigé cette équipe, et Daraus Bukonya, John Nduba, Peter Ngatia et Blanche Pitt pour en avoir été les membres enthousiastes. Je remercie également Linda ole-MoiYoi pour son infinie patience et les contributions qu'elle a apportées à mesure qu'elle révisait et améliorerait ce document ; et l'équipe de communication de l'AMREF, pour avoir réalisé la conception graphique et assuré l'impression de la stratégie achevée.

Bon nombre d'autres personnes ont contribué à la réflexion à l'origine de cette stratégie, dont elles ont revu et commenté les versions successives :

- tous les employés de l'AMREF qui ont assisté aux Réunions de programmes annuelles 2005 et 2006, et ont contribué au processus par leur sagesse et leur expérience
- nos collègues de l'équipe institutionnelle des hauts dirigeants de l'AMREF (EHD), notamment lors de la réunion EHD de mai 2006, au cours de laquelle nous nous sommes mis d'accord sur le cadre conceptuel de la stratégie et sur une grande partie de la réflexion aujourd'hui contenue dans celle-ci
- les membres des cinq équipes de hauts dirigeants de nos programmes nationaux, le personnel de nos programmes nationaux, et les membres des Comités et des Conseils consultatifs de nos programmes nationaux au Kenya, en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Ouganda
- nos collègues des 12 bureaux de l'AMREF en Europe et en Amérique du Nord
- les contributions apportées à la stratégie par les parties prenantes de l'AMREF, en Afrique et ailleurs, par
- les membres de l'équipe ACDI/Sida qui ont évalué l'AMREF en 2005/2006 et, avant tout, par
- les membres du Comité de direction de l'AMREF, qui ont grandement contribué aux versions successives de la stratégie et ont validé le document.

Michael Smalley  
**Directeur Général**

---

## Glossaire terminologique

**Communauté :** Le concept de « communauté » a évolué avec le temps. Auparavant, les communautés étaient considérées comme homogènes, géographiquement concentrées et stables au fil du temps. Aujourd'hui, elles ont tendance à être temporelles, culturellement variées, mobiles et unies par des besoins communs plutôt que par des intérêts communs. Elles se mélangent autour de regroupements tels que les campements, les écoles, les usines et les institutions confessionnelles. Les établissements urbains informels, qui se développent rapidement, sont l'exemple le plus clair de ce nouveau concept africain de communauté, qui commence à se faire jour. De plus en plus, les communautés s'organisent en organisations de la société civile (OSC) locale et en organisations communautaires (CBO), et acquièrent les compétences nécessaires pour se fixer des priorités, déterminer leurs besoins et trouver des solutions à leurs problèmes. L'émergence de ces regroupements permet d'assurer la continuité et l'engagement à long terme nécessaire à un développement durable.

**Autonomisation :** Dans le contexte de la stratégie de l'AMREF, autonomiser signifie développer la force, les compétences, la voix et l'assurance des travailleurs de la santé et des communautés au sein desquelles nous travaillons, en leur donnant la possibilité de contribuer au déroulement des programmes, de déterminer leurs propres forces, faiblesses et besoins, et de participer à des partenariats efficaces pour résoudre leurs problèmes et suivre les progrès réalisés.

**Équité :** Bien que le concept d'équité s'applique à de nombreux et vastes domaines, pour l'AMREF, il se rapporte à l'égal accès de tous à des soins de santé de qualité, et à l'absence de pratiques discriminatoires.

**Plaidoyer axé sur les preuves :** L'AMREF emploie les termes « plaidoyer axé sur les preuves » pour désigner un ensemble d'activités ciblées, destinées à influencer les politiques et les pratiques, et qui reposent sur des preuves fiables et documentées issues de recherches, et s'adressent à un public défini de décideurs.

**Système de santé :** L'AMREF considère la communauté comme le principe d'organisation du système de santé, et définit le système de santé d'une manière délibérément inclusive. À savoir, le système de santé d'un pays comprend :

- un secteur officiel, public et privé
- des institutions de formation aux soins de santé
- des secteurs informel et communautaire, dont font notamment partie les OSC et les CBO
- et avant tout, les communautés qu'ils servent.

*« L'extrémité périphérique du système de santé » désigne les districts et les communautés.*

**Pilote de programmes :** Le pilote de programmes est un paramètre interdisciplinaire, axé sur les processus, qui permet d'assurer que la stratégie et les interventions de l'AMREF sont holistiques, intégrées et centrées sur l'amélioration du système de santé dans son ensemble.

**L'écart :** Les communautés devraient être un lien inhérent à tout système de santé créé pour les servir. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, surtout lorsque ces communautés sont pauvres, vulnérables, marginalisées ou isolées. L'écart désigne la coupure entre les communautés (notamment le secteur informel du système de santé) et le reste du système de santé qui provoque des dysfonctionnements en matière de promotion, de prévention et de prestation des services de santé et contribue à aggraver l'état de santé des populations, en particulier des groupes de population pauvres, vulnérables et marginalisés.

## Abréviations et acronymes

<b>ACDI</b>	Agence canadienne de développement international
<b>AMREF</b>	Association pour la médecine et la recherche en Afrique
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>CBO</b>	Organisation communautaire
<b>DCT</b>	Diphthérie, coqueluche et tétanos
<b>DFID-WELL</b>	Service du développement international et Projet WELL
<b>DHS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>DOTS</b>	Traitement directement observé (contre la tuberculose)
<b>DRHS</b>	Développement des ressources humaines pour la santé
<b>EGSD</b>	Equipe de gestion sanitaire de district
<b>HMIS</b>	Système d'information pour la gestion de la santé
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>MdS</b>	Ministère de la Santé
<b>MST</b>	Maladie sexuellement transmissible
<b>OC</b>	Organisation confessionnelle
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OMD</b>	Objectifs du millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation non-gouvernementale
<b>OSC</b>	Organisation de la société civile
<b>PCIME</b>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
<b>PEPFAR</b>	Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>S&amp;E</b>	Suivi et évaluation
<b>Sida</b>	Agence suédoise d'aide au développement international
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immuno-déficience acquise
<b>SP</b>	Soins prénataux
<b>SSC</b>	Soins de santé communautaires
<b>TAR</b>	Thérapie antirétrovirale
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>VIH</b>	Virus de l'immuno-déficience humaine

## Synthèse de gestion

### Introduction

L'Association pour la médecine et la recherche en Afrique (AMREF) a été fondée en 1957 en tant qu'organisation internationale d'aide au développement de la santé en Afrique par trois spécialistes de la chirurgie réparatrice, qui exerçaient au Kenya et se préoccupaient de constater que les Africains des milieux ruraux n'avaient pas accès aux soins chirurgicaux dont ils avaient besoin. Les chirurgiens ont donc décidé que si les patients ne pouvaient pas venir à eux, ils iraient aux patients – et c'est ainsi que sont nés les « Flying Doctors ». Aujourd'hui, dans le prolongement de cette tradition de solutions innovantes, l'AMREF mène des interventions pionnières qui apportent des améliorations sanitaires significatives, au Kenya et ailleurs.

S'il est vrai que les efforts déployés en première ligne par l'AMREF en matière de prestation de services ont sauvé de nombreuses vies, nous avons appris au fil des années que les programmes de traitements verticaux des maladies ne suffisaient pas en eux-mêmes à améliorer l'état de santé global de ceux que nous aidons. Par conséquent, entre 2000 et 2005, dernière période stratégique de l'AMREF, baptisée « Une meilleure santé pour les populations d'Afrique », nous nous sommes détachés de la prestation de services pure, pour nous tourner vers le renforcement des capacités, les recherches opérationnelles et le plaidoyer.

Cette année, cinquantième anniversaire de l'AMREF, nous améliorons davantage notre stratégie en y ajoutant une notion d'autonomisation communautaire forte, afin qu'au cours des dix prochaines années, nous puissions tirer meilleur parti de nos programmes actuels. Cette évolution s'explique par le fait que l'AMREF a pris pleinement conscience de l'écart qui existe entre les communautés vulnérables et le reste du système de santé. Ces communautés sont souvent, mais pas toujours, géographiquement isolées ; dans la pratique, pourtant, elles sont très éloignées des décideurs et des dirigeants du système de santé. Dès lors, elles ont peu l'occasion de contribuer aux décisions politiques en s'exprimant sur leurs propres besoins sanitaires ou sur les différentes manières dont elles reçoivent les services de santé.

Cet écart existe toujours, malgré les dépenses accrues des gouvernements et des bailleurs de fonds et les succès remportés en matière de prévention et de traitement des maladies courantes. En outre, la mauvaise affectation des financements dans le secteur de la santé a accéléré la dégradation des infrastructures de santé périphériques, compromettant davantage la promotion de la santé et la qualité et l'efficacité des services préventifs de base à l'échelle des communautés, des centres de santé et des districts.

### L'écart entre les communautés et le reste du système de santé

Bien que les systèmes de santé africains visent à toucher toutes les communautés, ces systèmes ploient sous le poids de maladies apparemment incurables, de ressources humaines insuffisantes, d'échecs en matière de développement organisationnel, de problèmes de financement et, fait plus important encore dans le cadre de la stratégie 2007-2017 de l'AMREF, d'une participation/d'un engagement insuffisants des communautés, depuis la conception jusqu'à l'évaluation des services, en passant par leur mise en place. L'écart entre les communautés et le reste du système de santé se traduit entre autres par :

- des barrières de communication qui entravent le partage des informations, et une réticence à assurer que les communautés ont leur mot à dire dans les processus de décision
- une coupure entre le secteur de la santé informel (ex : travailleurs de la santé communautaires et prestataires de soins traditionnels) et les représentants du secteur officiel
- des occasions ratées de promouvoir davantage la santé et de multiplier les efforts déployés en matière de soins préventifs au sein des communautés
- les problèmes qui en résultent en matière d'accès à des services de qualité, et de recours à ces services
- une collecte de données et des recherches insuffisantes sur les besoins, les forces et les faiblesses des communautés en matière de santé, en vue de l'élaboration de politiques adaptées
- des systèmes d'orientation des patients et un accès aux services spécialisés compromis ou inefficaces

# La Stratégie de l'AMREF pour 2007-2017

Pour contribuer à combler cet écart, la stratégie de l'AMREF, guidée par nos énoncés de mission et de vision et nos valeurs fondamentales, est conçue pour créer une culture de promotion de la santé, de prévention et de soins à grande échelle sur la scène sanitaire africaine. Nous travaillerons en étroite collaboration avec nos partenaires à toutes les étapes, en particulier avec les communautés pauvres et marginalisées, pour les amener à tisser un lien indispensable et dynamique avec leur système de santé, et leur permettre ainsi d'exploiter pleinement leur potentiel sanitaire, comme elles en ont le droit. En même temps, l'AMREF orientera ses efforts en matière de renforcement des capacités et de recherche vers la conception et la mise à l'épreuve de modèles permettant de rendre les systèmes de santé plus sensibles aux besoins des communautés. Les connaissances, produit essentiel, seront utilisées pour influencer les politiques et les pratiques.

## But de la stratégie

Faire progresser la santé en Afrique en catalysant un mouvement axé sur les preuves et visant à réduire l'écart entre les communautés et le reste du système de santé.

## Pilotes de programmes

L'AMREF est bien consciente qu'elle sera soumise à de fortes pressions, en faveur d'un retour à un programme d'intervention purement axé sur les maladies. Pour contrer ces pressions et nous assurer que l'AMREF agit bien de manière holistique et intégrée, nous utiliserons une série de pilotes de programmes interdisciplinaires et axés sur les processus, qui reflèteront nos valeurs fondamentales et auxquels toutes nos interventions devront s'adapter. Les pilotes de programmes permettront notamment d'assurer que nos interventions bénéficient aux populations pauvres, qu'elles sont adaptées aux cultures et que la perspective homme-femme est intégrée à toutes nos activités.

## Thèmes des programmes

Pour cette période stratégique, l'AMREF a choisi de se centrer sur trois thèmes de programmes en rapport étroit les uns avec les autres.

### 1. Les partenariats avec les communautés pour une meilleure santé

Pour que les systèmes de santé pourvoient mieux aux besoins des populations pauvres, ils doivent accorder à la population une place centrale, assurer une utilisation plus générale des connaissances indigènes et promouvoir un leadership éclairé. Pour faire en sorte que les systèmes de santé soient sensibles aux besoins et aux priorités sanitaires des communautés, et alléger le fardeau disproportionné des maladies et des menaces sanitaires qui accablent les populations pauvres, il faudra créer un cadre de participation communautaire et d'interventions sanitaires reposant sur les connaissances et sur des choix politiques pragmatiques.

### 2. Le renforcement des capacités en vue de fortifier les communautés et d'assurer la réactivité des systèmes de santé

Pour faire en sorte que le secteur officiel des systèmes de santé soit plus en mesure de répondre aux besoins sanitaires des communautés, l'AMREF travaillera dans plusieurs domaines prioritaires : les systèmes d'information pour la gestion de la santé (HMIS) à la fois dans les secteurs de santé informel et officiel (HMIS) ; l'amélioration des compétences des travailleurs de la santé, notamment celles des travailleurs de la santé communautaires ; et le développement organisationnel au sein des organisations de la société civile qui oeuvrent dans le domaine de la santé.

### 3. La recherche sur les systèmes de santé à des fins politiques et pratiques

L'AMREF développera ses capacités en matière de recherche et d'analyse politique, pour produire des preuves crédibles, liées aux politiques et aux pratiques et qui contribueront à combler l'écart entre les communautés et le reste du système de santé. Ce domaine permettra également de réunir les données requises pour les thèmes 1 et 2, et vice-versa. Les connaissances, produit fondamental, seront le fondement de partenariats stratégiques qui nous permettront de recommander les changements à apporter aux politiques et aux pratiques sanitaires africaines. Dans la présente stratégie, l'AMREF présente son programme de recherche.

#### Analyse et maîtrise des risques

Nous avons envisagé les risques auxquels l'AMREF est susceptible d'être exposée au cours de la mise en œuvre de cette stratégie, et avons mis au point une série de mesures pour maîtriser ces risques. Le plan de mise en œuvre contient davantage de détails à ce sujet ; nous présenterons dans ce document six risques majeurs définis par l'AMREF, et les mesures qui seront prises pour les maîtriser.

#### Mécanismes de mise en œuvre, Suivi et évaluation (S&E)

Nos interventions seront mises en œuvre par le biais d'une variété de mécanismes, notamment la résolution communautaire des problèmes, les dispositions institutionnelles innovantes, la formation et l'aide technique. L'AMREF continuera d'assurer la prestation de services, mais en tant que mécanisme de mise en œuvre dans le cadre de nos trois thèmes de programmes, et non uniquement comme élément d'un ensemble de programmes verticaux, axés sur les maladies. La prestation de services sera également l'occasion de tirer des enseignements, puisqu'elle permettra d'apporter des preuves, qui serviront à l'adoption de politiques et de pratiques plus adaptées.

Au fil des dix prochaines années, l'AMREF assurera le suivi constant de ses interventions et l'évaluation continue de ses progrès. Nous avons rédigé un document d'accompagnement, en plus de la présente stratégie, pour présenter notre plan de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation dans son intégralité.

#### Dispositions organisationnelles

Le Comité de direction de l'AMREF s'assure que l'AMREF est gérée conformément à la stratégie et aux politiques qu'il approuve. Celles-ci couvrent sa mission, la gestion de ses finances et de ses ressources humaines, et prennent en compte le cadre global dans lequel l'AMREF opère.

L'AMREF transmet un flux d'information à ses bureaux nationaux et à ses partenaires, pour soutenir la collecte de fonds. Son site Internet, complet et convivial, qui reçoit actuellement plus de 1 million de visite chaque mois, permet d'assurer la transmission de l'information.

Assurer la qualité des interventions de l'AMREF là où l'Association opère déjà et trouver des méthodes rentables pour étendre l'empreinte de l'AMREF en Afrique fait partie de la nouvelle stratégie. À l'avenir, l'AMREF explorera trois mécanismes : le développement d'alliances stratégiques ; l'extension des programmes de formation de l'AMREF dans de nouveaux pays, avec l'aide de partenaires disposés à fournir les infrastructures et le personnel nécessaires ; et la création de plates-formes régionales dans la Corne de l'Afrique, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest.

En conclusion, l'AMREF, en collaboration avec ses partenaires, entend veiller à ce que la disparition de l'écart entre les communautés vulnérables et les systèmes de santé reste l'objectif central du plan de développement pour l'amélioration de la santé en Afrique

### Vision, mission et valeurs fondamentales

#### **Vision**

Une meilleure santé pour l'Afrique

#### **Mission**

L'AMREF s'est engagée à améliorer la santé et les soins de santé en Afrique. Notre but est d'assurer que chaque Africain puisse jouir de son droit de vivre en bonne santé, en contribuant à la création de réseaux dynamiques de communautés informées et autonomes et de prestataires de santé, travaillant de concert au sein de systèmes de santé solides.

## Valeurs et convictions fondamentales

### La santé, un droit humain

L'AMREF est convaincue que la santé est un droit humain fondamental et dirige ses programmes selon une approche axée sur les droits.

### Les populations pauvres en priorité

L'AMREF définit des priorités et alloue ses ressources dans une optique pro-pauvres, en donnant la priorité aux personnes et aux communautés qu'elle croit être les plus vulnérables.

### Autonomisation des communautés

L'AMREF est convaincue que les communautés sont pleines de ressources et que l'autonomisation des communautés est une condition préalable à l'amélioration de la santé des individus et des communautés. Nous travaillons avec les communautés et par leur intermédiaire, en plaçant les intérêts et les opinions des communautés au premier plan.

### Partenariats stratégiques

L'AMREF croit en l'efficacité des partenariats stratégiques en tant que moyens de mener des interventions réussies et viables. L'AMREF établit et entretient des partenariats avec d'autres organisations, qui partagent son état d'esprit, ses valeurs fondamentales et son objectif stratégique.

### Égalité des sexes

L'AMREF s'est engagée à intégrer une perspective homme-femme à toutes ses interventions. À mesure que l'AMREF s'efforce d'abolir les inégalités entre les sexes, nous fournissons un effort conscient en vue de mettre fin aux pratiques injustes et de favoriser le bien-être des deux sexes.

### Non-discrimination

Conformément aux conventions internationales, l'AMREF ne tolère aucune discrimination sexuelle, religieuse, raciale ou culturelle, ni en interne, ni dans le cadre de ses programmes et de ses interventions.

### Normes professionnelles

L'AMREF se fixe des normes professionnelles, éthiques et médicales exigeantes et nous veillons rigoureusement à leur respect au sein de nos projets, entre nous et chez nos partenaires.

### Transparence et responsabilité

L'AMREF croit en une communication franche, en une ouverture absolue, et en l'utilisation transparente de l'influence, du pouvoir et des ressources. L'AMREF pratique une politique de tolérance zéro en matière de corruption, à la fois au sein de l'Association et dans le cadre de ses transactions avec des organisations tierces.

### Viabilité

Grâce au plaidoyer et à l'autonomisation, l'AMREF cherche à permettre aux communautés et au reste du système de santé de continuer d'assurer eux-mêmes le déroulement d'interventions conçues et mises en place de concert.

Politiques et pratiques fondées sur les preuves

Dans le cadre de son travail au sein des communautés africaines, l'AMREF produit et consigne les preuves qui lui permettront d'influencer les politiques et les pratiques des bailleurs de fonds et des gouvernements, pour faire en sorte qu'elles offrent des avantages durables aux groupes de population et aux communautés les plus vulnérables.

### Innovation

L'AMREF honore son engagement en faveur de l'innovation dans le cadre de son travail et du travail de ses partenaires. Nous créons et encourageons constamment la création de nouvelles méthodes et d'outils efficaces, destinés à améliorer la santé des communautés.

### Protection de l'environnement

L'AMREF s'est engagée à concevoir et à appliquer des politiques judicieuses et solides en matière de protection de l'environnement dans le cadre de toutes ses activités

# Parcours et avantages comparatifs

## Le parcours de l'AMREF

L'Association pour la médecine et la recherche en Afrique (AMREF) a été fondée en 1957 par trois spécialistes de la chirurgie réparatrice qui exerçaient au Kenya et se souciaient de constater que les Africains des milieux ruraux n'avaient pas accès aux soins chirurgicaux dont ils avaient besoin. Les chirurgiens ont donc décidé que si les patients ne pouvaient pas venir à eux, ils iraient aux patients – et c'est ainsi que sont nés les « Flying Doctors ». Aujourd'hui, dans le prolongement de cette tradition de solutions innovantes, l'AMREF mène des interventions pionnières qui catalysent d'importantes améliorations en matière de soins de santé, au Kenya et ailleurs. Le programme principal de l'Association s'est élargi pour couvrir l'Éthiopie, l'Afrique du Sud, le Sud Soudan, la Somalie, la Tanzanie et l'Ouganda. En outre, l'AMREF est partenaire de programmes dans plusieurs autres pays d'Afrique subsaharienne.

Au cours des 50 dernières années, l'Association a travaillé sans cesse auprès des populations extrêmement pauvres (quintile économique le plus faible), des populations urbaines et rurales marginalisées, des nomades, des populations des camps de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, et des populations en situation d'insécurité chronique. Nous ciblons particulièrement les communautés désavantagées qui souffrent d'un accès insuffisant à des soins de santé adaptés et ont peu l'occasion de communiquer avec les responsables et les décideurs pour définir leurs priorités en matière de santé. Nous ciblons également les groupes de population qui sont particulièrement vulnérables aux maladies de la pauvreté (les femmes, les enfants et les adolescents) et travaillons avec les hôpitaux, les communautés, les cliniques et les laboratoires des districts les plus reculés.

## Travailler en partenariat

**Avec les communautés locales :** Grâce à une approche axée sur les communautés, l'AMREF apprend comment celles-ci perçoivent leur propre santé, leurs besoins et leurs forces en matière de soins de santé, et découvre la qualité du lien qu'elles entretiennent avec le secteur officiel de la santé pour obtenir des services. Ensemble, nous concevons et testons divers modèles destinés à traiter différentes questions sanitaires ciblées, notamment, les choix de prévention et de traitement qui existent pour une maladie particulière, ou l'amélioration de l'accès à un centre de santé ou à un hôpital. L'AMREF consacre également des efforts considérables au renforcement des capacités des organisations de la société civile locale, pour leur permettre de fixer des priorités en matière de santé, de mener et de gérer leurs propres interventions et de travailler avec le reste du système de santé.

**Avec les gouvernements, les ONG, les OC et les CBO :** L'AMREF travaille de manière constructive avec les ministères de la Santé, les ministères de l'Éducation, les ONG, les OC et les CBO des pays d'Afrique subsaharienne, en vue de susciter des changements positifs en matière de politique sanitaire et de prestation de soins de santé.

**Avec la communauté du développement :** L'AMREF a tissé des liens professionnels solides au sein de la communauté internationale du développement, avec les universités (en Afrique et à l'étranger) ainsi qu'avec les agences des Nations Unies. Au cours des 20 dernières années, l'AMREF et les partenaires susmentionnés ont continué de tester et de mettre en œuvre de nouvelles méthodes destinées à améliorer la santé au sein et dans l'intérêt des communautés, et à faire en sorte que les professionnels de la santé soient plus en mesure de travailler aux côtés des communautés.

**Avec le secteur privé :** L'AMREF collabore avec le secteur privé en tant que source de financement mais aussi, de plus en plus, par le biais de partenariats public-privé, pour exploiter l'expertise de l'AMREF et de ses partenaires commerciaux à la recherche de solutions qui soient adaptées aux besoins et aux problèmes des communautés, et permettent d'assurer à celles-ci un meilleur accès à des services efficaces.

### **Tirer parti de nos succès : vers une nouvelle stratégie**

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, devant une charge de morbidité de plus en plus accablante, caractérisée par l'émergence du paludisme et du VIH/SIDA, deux maladies pharmacorésistantes, l'AMREF a donné la priorité aux initiatives visant à maîtriser diverses maladies déterminées. La stratégie de l'AMREF pour 2000-2005, baptisée « Une meilleure santé pour les populations d'Afrique », a recentré le rôle de l'AMREF, l'éloignant de la prestation de service pure pour le rediriger vers le renforcement des capacités, la recherche opérationnelle et le plaidoyer, axés sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles, l'eau et l'assainissement de base, la santé des familles, les services cliniques de proximité et la conception de supports de formation et d'apprentissage.

***Pour sa 50e année, l'AMREF améliore sa stratégie de façon à tirer meilleur parti de ses programmes actuels, en s'attachant davantage à :***

- l'autonomisation des communautés – autonomisation qui permettra aux communautés de participer à la planification sanitaire, à l'élaboration des politiques en matière de santé et à la prestation des services de santé
- la périphérie du système de santé, pour faire en sorte qu'elle soit plus sensible aux besoins des communautés

En tirant parti de la réussite de nos programmes passés et actuels, et en renforçant nos méthodes axées sur les communautés, et nos efforts de renforcement des capacités et de recherche, nos partenaires et nous-mêmes nous réjouissons à la perspective de contribuer à l'amélioration significative et durable des systèmes de santé et des soins de santé en Afrique.

## **Avantages comparatifs**

### **Une organisation internationale pour le développement de la santé en Afrique**

L'AMREF est unique en ce qu'elle est la plus grande organisation internationale pour le développement de la santé en Afrique. L'unicité de l'AMREF peut être attribuée à sa structure internationale, créée autour d'une base africaine solide. L'Association, dont le siège se trouve à Nairobi, au Kenya, est en mesure d'apporter une expertise technique adaptée au contexte africain, par l'intermédiaire de ses bureaux nationaux, situés en Afrique, en se focalisant sur le développement et la mise en œuvre du programme technique de l'AMREF.

L'AMREF a plus de 800 employés en Afrique, qui forment une équipe diverse et pleine de ressources, dotée des compétences, de la connaissance et de l'expérience nécessaires pour relever les défis que pose l'amélioration de la santé en Afrique.

### **Un solide réseau de partenaires dans le Nord – Le Forum international**

L'AMREF bénéficie considérablement des liens internationaux solides qu'elle entretient par l'intermédiaire de ses 12 filiales en Europe et en Amérique du Nord, qui soutiennent la collecte de fonds, développent la notoriété de l'AMREF et de ses programmes, et portent la voix africaine de l'AMREF auprès des responsables et des décideurs des pays du Nord. Les bureaux de l'AMREF dans les pays du Nord font partie du « one AMREF » et contribuent pleinement à la mise en œuvre et aux résultats de la stratégie de l'AMREF.

## Des activités innovantes et efficaces dans le domaine de la santé

L'AMREF conçoit, teste, évalue et promeut l'adoption de modèles adaptés, pertinents et abordables en matière de meilleures pratiques ; se focalise sur le renforcement des capacités et le développement des formations à tous les niveaux ; et influence les décideurs de sorte qu'ils apportent des changements aux politiques et aux pratiques, en se fondant sur les meilleures pratiques axées sur les preuves. Parmi les programmes mis en oeuvre avec succès par l'AMREF en partenariat avec les gouvernements et ciblés en vue d'une expansion :

- Le Projet Formation à l'hygiène personnelle et à la santé (PHASE) a été lancé dans les écoles primaires du Kenya et en 2000, le gouvernement kenyan en a approuvé le déploiement à l'échelle nationale. Ce programme est également en cours de reproduction en Ouganda, en Zambie et en Afrique du Sud.
- Le ministère tanzanien de la Santé a adopté le programme de formation en Prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfance (PCcIDE), proposé par l'AMREF au moment où le gouvernement commençait à rendre opérationnelle la PCIDE en tant que stratégie nationale prédominante en matière de soins de santé infantile.
- La branche ougandaise du Programme de l'AMREF pour la « gestion à domicile » de la fièvre a incité les responsables nationaux à envisager les distributeurs de médicaments communautaires en tant que partenaires essentiels dans la prévention de la morbidité liée au paludisme, et la nécessité de reconnaître officiellement ces distributeurs et de les motiver à s'impliquer davantage.
- Le Programme complet de formation au métier d'infirmier, mis en place en Ouganda, a été adopté en guise de politique et de programme nationaux pour la formation des infirmiers en Ouganda.
- Le Projet « Jijenge », en Tanzanie, qui pilotait la participation des hommes dans le domaine de la santé reproductive selon une approche axée sur les droits, sert actuellement de modèle à l'UNFPA en Tanzanie.
- Le Projet « Angaza », en Tanzanie, a établi un modèle pour l'expansion rapide du conseil et du dépistage VIH ; le gouvernement a désormais adopté le modèle « Angaza » en vue du déploiement national du conseil et du dépistage VIH.
- Le Projet « Umkhanyakude » met en relation les guérisseurs traditionnels avec les professionnels du secteur officiel de la santé sud-africain pour une meilleure gestion du VIH/SIDA, de la tuberculose ainsi que d'autres maladies infectieuses.
- Un projet d'e-learning a été mis en oeuvre au Kenya pour permettre à 22 000 infirmiers de suivre une nouvelle formation.

**Le programme régional de laboratoires mis en place par l'AMREF joue un rôle de taille dans l'élaboration des politiques nationales appliquées en Tanzanie, au Kenya et en Ouganda en matière de services diagnostiques. Il a permis de normaliser les procédures de laboratoire avec l'aide des ministères de la Santé des pays d'Afrique de l'Est, grâce au Programme régional d'évaluation externe de la qualité.**

Par le biais de telles activités, menées en continu, dans le domaine du renforcement des capacités et de la recherche, l'AMREF s'attache de plus en plus à renforcer les systèmes de santé, de façon à s'assurer qu'ils répondent mieux aux besoins des communautés pauvres et vulnérables. Au cours des dix prochaines années, les programmes de l'AMREF seront centrés sur les domaines qui offrent les meilleures possibilités de renforcer les capacités et la participation des ménages, des communautés, des institutions de la société civile et du système de santé.

## Une organisation de développement sanitaire crédible

En tant que partenaire reconnu sur la scène sanitaire, l'AMREF est bien placée pour assumer le rôle de facilitateur et de médiateur dans le but de relier les communautés à leurs systèmes de santé. D'autres considèrent ce rôle émergent comme un élément

---

essentiel de la lutte contre la pauvreté et le sous-développement. Un certain nombre de facteurs contribuent à la réputation dynamique de l'AMREF, dans toute l'Afrique et à l'international, notamment :

- une réputation d'organisme apolitique qui permet à l'AMREF d'agir plus librement que les gouvernements ; l'AMREF a également la réputation d'être un facilitateur important pour la promotion d'initiatives sanitaires en Afrique
- un siège, situé en Afrique, et capable d'apporter une expertise administrative, technique et managériale pour soutenir le travail de l'Association sur tout le continent
- des bureaux nationaux qui se focalisent sur le développement et la mise en œuvre du programme technique de l'AMREF
- un lien de confiance, établi sur 50 ans avec les gouvernements et les communautés en tant qu'organisation capable de fournir des opinions d'experts et des conseils fondés sur une expérience pratique sur le terrain
- un réseau d'organisations collaboratrices –partenaires de la société civile à l'échelle communautaire, ministères de la Santé, ministères de l'Education, ONG, établissements de formation et organisations internationales travaillant au développement du secteur de la santé en Afrique ; et des partenariats avec des institutions de renommée mondiale, notamment la London School of Hygiene and Tropical Medicine, le consortium DFID WELL, l'université Johns Hopkins, les agences des Nations Unies, plusieurs bailleurs de fonds importants, ainsi que divers instituts médicaux africains, situés aux quatre coins du continent
- une reconnaissance et une crédibilité locales et internationales qui ont valu à l'AMREF de remporter deux prix internationaux majeurs au cours des dix dernières années : le prix humanitaire de la Fondation Hilton, en 2000 et le Prix de la Fondation Bill & Melinda Gates pour la santé dans le monde, en 2005

Stratégiquement, l'AMREF mène toujours ses activités en étroite collaboration avec les gouvernements, tout en assurant son indépendance. Cela a permis de renforcer les capacités de l'AMREF à convoquer d'autres entités ; nous avons ainsi pu réunir les ONG, les gouvernements et d'autres acteurs divers du développement avec un minimum de formalités. Un exemple particulièrement parlant : l'AMREF a facilité l'harmonisation des méthodes régionales employées en Afrique de l'Est dans le domaine du sida et des MST, ce qui a abouti à la participation des ministères de la Santé et de leurs hauts responsables techniques.

La crédibilité de l'AMREF en tant qu'organisation pour le développement de la santé en Afrique orientale et australe est inégalée, et il devient de plus en plus probable que l'Association puisse, à l'avenir, avoir davantage d'impact dans d'autres régions du continent. Enfin, l'AMREF, qui sollicite le soutien des bailleurs de fonds occidentaux en faveur du renforcement des ONG africaines, pour permettre à celles-ci de pouvoir fournir une aide technique à leurs propres systèmes de santé, occupe une place de leader dans ce domaine.

### **Le programme de formation - Diplôme de santé communautaire (DSC) de l'AMREF**

**L'AMREF a mis en place, sur l'ensemble du continent africain, un programme de formation qui permet aux professionnels de la santé établis d'acquérir les compétences et outils appropriés pour pouvoir travailler de manière plus efficace avec les communautés et leurs secteurs informels de la santé. La formation de préparation au DSC, lancée au début des années 1990, a attiré plus de 480 étudiants originaires de 27 pays d'Afrique subsaharienne.**

**Ce cursus a été agréé en tant que programme de formation conjoint de l'AMREF et de l'université de Moi, l'une des plus grandes universités de formation à la santé du Kenya. En gardant contact avec les diplômés, nous avons tissé des liens avec un noyau de professionnels susceptibles de nous aider à développer notre stratégie.**

## Un engagement en faveur du renforcement de nos capacités et du maintien de notre intégrité institutionnelle

L'AMREF s'est engagée à tirer des enseignements de son travail pour renforcer ses programmes. Nous nous posons des questions essentielles sur la valeur ajoutée de toutes nos activités ; nous sommes critiques à l'égard de notre propre travail et n'exigeons que le meilleur. Nous savons tirer des leçons de nos interventions réussies et de celles qui marchent moins bien. L'AMREF accueille favorablement les critiques constructives de ses partenaires, de ses pairs, de ses concurrents, et les écoute.

Nous accordons une grande importance au contrôle qualité dans tous nos programmes et nos systèmes de gestion. Nous menons nos propres évaluations de projet en interne, à la fois à mi-parcours et à la fin du programme. Des évaluations externes de l'organisation dans son ensemble ont été menées en 2000/01 et en 2005/06 par l'ACDI et la Sida, deux des principaux bailleurs de l'AMREF. Ces évaluations ont considérablement enrichi le processus de planification de l'AMREF, qui prend en compte les échecs et les succès passés. Ces quatre dernières années, l'AMREF s'est également consacrée à un programme de renforcement organisationnel, qui a permis d'améliorer sa direction technique et la qualité de ses programmes.

A l'AMREF, nous considérons la responsabilité et la transparence, particulièrement dans le domaine des contrôles financiers, de l'approvisionnement et de la gestion de projet, comme essentielles au maintien de notre intégrité et de notre crédibilité. Le service d'audit interne axé sur les risques permet de garantir notre responsabilité dans le cadre de toutes nos transactions financières et contribue à l'efficacité et à la performance de nos interventions. Conformément à nos obligations légales, une société d'audit internationale réalise un audit externe chaque année. Des audits de projets indépendants peuvent également être réalisés à la demande des bailleurs. En tant qu'organisation promotrice « d'ouverture », l'AMREF estime que tous ces audits sont du domaine public et en communique volontiers les résultats. Enfin, la fonction de superviseur, remplie par le comité des audits et des finances du Comité de direction, est une mesure supplémentaire de responsabilité fiscale.

---

# Un vide dans le système de santé

## Introduction

Les dix dernières années ont été marquées par une hausse considérable des subventions accordées aux programmes de santé dans les pays en voie de développement.

En 1999, les dons accordés par les pays du G8 atteignaient, au total, 865 millions de dollars (notamment consacrés au traitement du VIH/SIDA), une somme plus de 10 fois supérieure à celle accordée trois ans auparavant. En 2003, le programme PEPFAR mis en place par le gouvernement américain consacrait 15 milliards de dollars au VIH/SIDA. Les dons consentis par l'OCDE dans le domaine de la santé se sont eux aussi considérablement accrus. En 2002, le Fonds mondial a été créé, qui se consacre à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et a versé trois milliards de dollars depuis sa création. En outre, plusieurs pays pauvres d'Afrique subsaharienne (notamment la Tanzanie, la Zambie et la République centrafricaine) ont augmenté leurs dépenses de santé, qui représentent aujourd'hui environ 10 pour cent de leurs budgets. Au Kenya, les dépenses de santé ont même été doublées, pour passer de 6,50 à 14 dollars par habitant au cours des cinq dernières années.<sup>1</sup>

Les fondations privées ont elles aussi multiplié leurs donations ; notamment, entre 1995 et 2005, la Fondation Bill et Melinda Gates a versé environ 6 milliards de dollars, dont deux milliards consacrés au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme.<sup>2</sup> Entre 1995 et 2005, les dons des associations caritatives américaines en faveur de la santé et de la recherche atteignaient 22,4 milliards de dollars pour la recherche et les programmes sanitaires menés sur le territoire national et à l'étranger. En 2006, la Banque mondiale a consacré 87 millions de dollars à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et 250 millions de dollars à la santé des mères et des enfants.<sup>3</sup>

En dépit de dépenses accrues en faveur de la lutte contre les maladies importantes, la crise sanitaire africaine progresse implacablement, source de nombreux défis et dilemmes pour les décideurs et les responsables des systèmes de santé. On dit que 80 pour cent de la santé se crée à la maison et au sein des communautés, et que 20 pour cent se réparent dans les cliniques et les hôpitaux ; il est devenu évident, récemment, que les bailleurs de fonds et les systèmes de santé se sont trop focalisés sur les 20 pour cent et pas assez sur la promotion de la santé.

Bien que quelques succès aient été remportés dans la prévention et le traitement de certaines maladies importantes, tout ne va pas pour le mieux au sein du système de santé dans son ensemble. L'intérêt porté aux subventions ciblées sur des maladies déterminées a faussé la planification de la santé et involontairement isolé les communautés, les empêchant de participer à la prise de décisions et de se voir allouer des ressources. Les découvertes en matière de traitement contre le VIH/SIDA sont intervenues parallèlement à une recrudescence de la mortalité maternelle et à un raccourcissement de l'espérance de vie. La mortalité maternelle est à bien des égards un indicateur indirect de l'efficacité des systèmes de santé dans leur ensemble ; quant à l'espérance de vie, elle atteste de la santé des enfants, et ce indépendamment de l'impact du VIH/SIDA.

Il est clair que nous devons revoir nos manières de percevoir les systèmes de santé et recourir à des stratégies correctives.

## Le contexte de santé

Les preuves de la crise sanitaire abondent et sont reflétées par l'évolution négative de plusieurs indicateurs sanitaires clés et par le manque d'attention portée aux menaces persistantes. Notamment, ces dix dernières années, dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne :

- les taux de mortalités infantile et maternelle ont augmenté ou se sont stabilisés à des niveaux inacceptables
- les inégalités se sont aggravées

1. L. Garrett, *The Challenge of Global Health*, Foreign Affairs, Jan.-Fév. 2007. Ce document contient de précieuses informations sur les résultats mitigés qu'a donné l'augmentation des investissements consacrés aux programmes verticaux. 2. Fondation Bill et Melinda Gates, Programme pour la santé dans le monde, Seattle, WA, [www.gatesfoundation.org](http://www.gatesfoundation.org) 3. L. Garrett, 2007.

- l'espérance de vie s'est raccourcie (1/2 – 2/3 de l'espérance de vie des populations aisées)
- les personnes infectées ou touchées par le VIH/SIDA souffrent encore d'une insuffisance de services, et notamment les orphelins et les personnes qui ne pourront jamais se procurer d'ARV
- les maladies chroniques, telles que le diabète et l'hypertension artérielle, les maladies mentales et les blessures qui résultent de violences domestiques ou de sévices infligés aux enfants suscitent un intérêt insuffisant<sup>4</sup>

Il a été démontré que les coûts économiques directs et indirects des maladies et de la mauvaise santé en Afrique étaient stupéfiants et qu'ils augmentaient en raison du VIH/SIDA.<sup>5</sup> L'Afrique compte 14 pour cent de la population mondiale, mais 69 pour cent des infections au VIH dans le monde. Le sida a un effet débilisant car il implique un état de maladie et un traitement prolongés. Il conduit à l'épuisement de l'épargne et des actifs des ménages, et aggrave la situation de pauvreté déjà insoutenable dans laquelle se trouvent les communautés africaines.

La tuberculose, dont les souches sont souvent pharmacorésistantes, s'est développée en parallèle avec le VIH/SIDA, atteignant des proportions épidémiques sur le continent, avec une prévalence estimée par l'OMS à 518 pour 100 000, et un taux de mortalité de 81 pour 100 000. Environ 10 pour cent des décès dus à la tuberculose surviennent chez les enfants de moins de cinq ans. Le traitement ne suffit pas ;

**Sur les 39,6 millions de personnes qui vivaient avec le VIH dans le monde, en 2005, 24,5 millions se trouvaient en Afrique subsaharienne. Soixante pour cent des nouvelles infections surviennent chez les femmes et les jeunes. Conséquence du taux élevé de mortalité liée au sida en Afrique, le continent compte 12 millions d'orphelins du sida, selon les estimations, sur 15 millions au total, dans le monde (ONUSIDA/OMS, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, mai 2006).**

Le VIH et la tuberculose exigent non seulement des soins médicaux, mais aussi un suivi attentif pour assurer l'observance et détecter les échecs des traitements.

La stigmatisation reste endémique dans de nombreux pays et il en sera ainsi jusqu'à ce que les communautés soient éduquées et sensibilisées.

On estime qu'environ 80 pour cent des crises de paludisme dans le monde surviennent en Afrique subsaharienne, néanmoins seules 8 à 25 pour cent des personnes présentant des symptômes cliniques de paludisme se rendent dans un centre de santé pour demander des soins, et la plupart des décès ont lieu au domicile du malade. Le paludisme est la première cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans (20 pour cent) en Afrique et représente environ 10 pour cent de la charge de morbidité globale du continent, 40 pour cent des dépenses de santé publique et 25 pour cent du revenu dont disposent les ménages. À mesure que la pharmacorésistance se développera et que les schémas de transmission évolueront avec les changements climatiques et environnementaux, le paludisme continuera de poser des difficultés majeures au sein des systèmes de santé.<sup>6</sup>

Les taux de mortalité maternelle sont élevés en Afrique et augmentent, comme nous l'avons dit, dans certains pays (ils sont généralement de 500 à 1 000 grossesses pour 100 000). Le paludisme serait à l'origine de près de 20 pour cent des décès chez les femmes enceintes. Ce taux de mortalité maternelle inacceptable est dû à la qualité inférieure des soins prénataux, à l'accès insuffisant aux soins obstétricaux d'urgence et au traitement des infections, et au risque élevé de MST.<sup>7</sup>

Bien qu'il n'existe aucune statistique exhaustive sur l'avortement, on estime qu'environ 1,5 million d'avortements sont pratiqués chaque année en Afrique. Les pays d'Afrique présentent les taux de grossesses adolescentes les plus élevés du monde. Environ 40 pour cent des jeunes filles auraient déjà donné naissance à un enfant à l'âge de 18 ans, et bon nombre de ces grossesses n'auraient pas été désirées ; un constat qui souligne le besoin constant d'éduquer les filles sur les choix qui s'offrent à elles en matière de planification familiale et de les informer de la disponibilité des différentes méthodes. Chez les filles très jeunes, les

4. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2005, *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* ; Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2005* ; Enquêtes démographiques et de santé sur l'Afrique subsaharienne Voir [http://www.measuredhs.com/pubs/browse\\_region.cfm](http://www.measuredhs.com/pubs/browse_region.cfm) 5. OMS/UNICEF, *Rapport sur le paludisme en Afrique*, 2003. 6. Ibid 7. Ibid

grossesses sont en effet associées à un taux de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles accru, et une entrée précoce dans la vie reproductive augmente le risque d'anémie, de malnutrition, et de maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH, en plus du risque de dystocie.

Le taux de natalité, de 38 naissances pour 1 000 habitants, est de loin supérieur au taux de mortalité, soit 14 décès pour 1 000. En conséquence, la population du continent devrait croître pour passer de plus de 900 millions d'habitants au moment où sont écrites ces lignes (dont plus de 700 millions vivent en Afrique subsaharienne) à 1,8 milliard, d'ici à l'an 2050. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 33 pour cent de la population, tandis que 43 pour cent sont des enfants de moins de 15 ans. Or, l'augmentation des dépenses de santé n'a malheureusement pas pu suivre la croissance démographique.

**Au Kenya, les systèmes médicaux et de santé publique sont gravement compromis. Au cours des dix dernières années, le pays a vu immigrer 1 670 médecins et 3 900 infirmiers, et des milliers d'autres infirmiers sont partis à la retraite. Le moral est bas en Afrique subsaharienne, où les médecins et les infirmiers manquent d'infrastructures, de matériels et de médicaments pour sauver des vies. (L. Garrett, p. 28)**

Les faibles taux d'alphabétisation qui prévalent chez les femmes, les disparités considérables entre filles et garçons en matière de possibilités d'éducation et les conséquences de la pauvreté sur l'éducation chez tous les enfants continueront d'aggraver la situation de santé. Les rôles et les responsabilités qui incombent traditionnellement à chaque sexe creusent les inégalités entre hommes et femmes et rendent ces dernières plus vulnérables à la mauvaise santé ; aujourd'hui encore, les hommes ne s'occupent souvent pas des questions de santé familiales, bien qu'ils occupent le rôle de décideurs au sein de la famille.

En résumé, s'il est vrai que les soins curatifs doivent être efficaces et performants, il importe néanmoins de s'intéresser davantage à la prévention de la mauvaise santé et à l'optimisation des systèmes de santé. À ce jour, un grand nombre des programmes qui ont pu être mis en œuvre grâce à l'augmentation des dépenses de santé étaient verticaux, axés sur des maladies déterminées, et pas assez centrés sur une approche holistique de la gestion sanitaire.

Les programmes verticaux donnent peu l'occasion aux communautés africaines d'exprimer leurs préoccupations, de contribuer aux interventions et aux projets menés en leur sein, ni de faire examiner leurs propres méthodes de gestion des maladies et, le cas échéant, de les faire intégrer aux programmes. Si les bénéficiaires des subventions accordées par les bailleurs sont souvent conscients des contraintes en termes d'infrastructures, de cultures et de ressources humaines qui prévalent dans les communautés au sein desquelles ils opèrent et dont ils sont responsables, les programmes verticaux axés sur des maladies déterminées ne leur laissent pas forcément la liberté nécessaire pour s'intéresser aux problèmes d'accès et d'inégalité.

## Les ressources humaines – Contexte<sup>9</sup>

La crise qui touche, en parallèle, le personnel de santé africain est un des principaux facteurs contribuant à l'affaiblissement des systèmes de santé. Les salaires modiques, les conditions de travail déplorables, les possibilités de développement professionnel limitées, le soutien limité des supérieurs, le mauvais moral du personnel, la mauvaise gouvernance, la gestion insuffisante, les violences politiques qui sévissent dans plusieurs pays, et le VIH/SIDA sont à l'origine de la dégradation rapide des ressources humaines dans les services de santé. On estime que le VIH/SIDA est à l'origine de 19 à 53 pour cent des décès de fonctionnaires, en Afrique subsaharienne.<sup>10</sup>

Parce que l'aide et les prêts représentent une part importante du budget consacré à la santé par un grand nombre de gouvernements, les organisations internationales et les bailleurs de fonds ont une influence majeure sur les décisions prises en matière de politiques. Ni les gouvernements ni les bailleurs n'ont adopté de politiques explicites dans le domaine des ressources humaines, et le « marché mondial » croissant des professionnels de la santé contribue à créer de graves déséquilibres en termes

8. UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, 2006. 9. Pour plus d'informations générales, voir M. Clemens, *Do visas kill?* Center for Global Development, 2006. 10. L. Twafik et S. K not , *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa*. The Issue of Human Resources. Projet SARA, Academy for Educational Development, Washington, D.C., 2001

de répartition du personnel. En Afrique, comme dans la plupart des pays, les professionnels de la santé sont concentrés dans les centres urbains ; d'autres ont tout bonnement quitté leur pays ou leur continent. On estime que chaque année, l'Afrique perd environ 20 000 travailleurs de la santé qualifiés, qui émigrent à l'étranger.<sup>11</sup> Mais l'incapacité des professionnels de la santé à trouver de l'emploi sur le marché officiel (immigration interne) est un problème tout aussi important, si ce n'est plus. Divers « facteurs de pression », conjugués aux « facteurs d'attraction » (demande en ressources humaines dans des régions plus riches), provoquent l'immigration à grande échelle du personnel médical le plus qualifié des régions pauvres aux régions plus riches d'Afrique, et du Sud de l'Afrique aux pays de l'OCDE, au Nord. La mobilité professionnelle et les pertes internes sont devenues telles qu'il est désormais impossible d'inverser<sup>12</sup> ni de pallier la crise qui touche l'infrastructure humaine sans lutter contre les forces qui agissent sur le personnel de santé.

Autre facette du problème des ressources humaines : l'érosion plus silencieuse mais continue des établissements de formation aux métiers de la santé dans de nombreux pays d'Afrique. Dans certains pays, les établissements de formation ont fait les frais de l'instabilité politique et des difficultés économiques.

Initialement conçus pour suivre le modèle médical occidental de formation des professionnels de la santé, ces établissements ne disposent pas des ressources nécessaires pour mettre à jour et redéfinir leurs formations en adaptant les programmes et les méthodes d'enseignement, de sorte qu'ils correspondent davantage aux besoins sanitaires de l'Afrique. Le manque de capacités publiques/communautaires dans le domaine de la santé est souvent qualifié de grave problème par les diplômés de ces établissements, et par conséquent, les systèmes de santé dans lesquels ils exercent pâtissent d'un manque de leadership en matière de santé publique. Les établissements de formation ne sont pas en mesure de corriger le déséquilibre en faveur de la médecine clinique (et de plus en plus commerciale) pour satisfaire les besoins immenses de l'Afrique en services de santé préventifs. En outre, les établissements de formation médicale et leurs diplômés ont été déconnectés des réformes politiques de cette dernière décennie.

Selon la Banque mondiale, la décentralisation, la définition de priorités et la privatisation ont eu, au mieux, des résultats mitigés dans le domaine de la santé. Ces politiques n'ont pas su relancer le secteur de la santé publique, et les cliniques commerciales privées et déréglementées se sont multipliées, de même que les activités des ONG/OC à but non-lucratif. Les travailleurs de la santé qualifiés du secteur officiel de la santé publique (emplois régularisés) sont très probablement en train d'être rapidement surpassés en nombre par les travailleurs non-qualifiés et non déclarés du « secteur informel de la santé », à mesure que ces systèmes traditionnels et privés se développent pour satisfaire le besoin en services. Cette situation a abouti à une augmentation des frais de santé, ainsi qu'à de plus profondes inégalités.

## L'écart entre les communautés et le reste du système de santé

Compte tenu de l'augmentation considérable des dépenses de santé effectuées ces dernières années par les bailleurs de fonds et les gouvernements africains, une question se pose inévitablement : pourquoi les résultats ne sont-ils pas meilleurs ? Si les statistiques suscitées sont sans doute imputables, en partie, au VIH/SIDA, l'AMREF est néanmoins convaincue que des programmes viables doivent être mis en place au sein de systèmes de santé efficaces et performants, centrés non seulement sur le traitement des maladies, mais aussi sur les services de santé préventifs.

Pour ne citer qu'un seul exemple, l'insuffisance des systèmes d'assainissement mis en place au sein des communautés et le manque d'une alimentation adaptée sont directement responsables des infections courantes liées à la pauvreté et des maladies nutritionnelles à l'origine de plus de la moitié des décès chez les enfants de moins de cinq ans. En outre, le manque d'accès à des services de qualité aggrave les problèmes liés à l'usage des soins de santé. Au Kwazulu-Natal, en effet, 80 pour cent des patients atteints de VIH consultent d'abord des guérisseurs traditionnels au lieu de se rendre dans un centre de santé.<sup>13</sup>

11. K. Blanchet et al., *One Million More, Mobilising the African Diaspora Health Care Professionals for*

*Capacity Building in Africa*, Fondation Save the Children, 2006. 12. OMS, *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Rapport sur la santé dans le monde 2005 ; Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde*, 2005. 13. « Umkhanyakude », projet de l'AMREF pour les praticiens de la médecine traditionnelle en Afrique du Sud.

La crise qui touche les systèmes de santé africains se manifeste de nombreuses manières. Elle se traduit par des problèmes de politiques, de réglementation et de gouvernance ; par des difficultés en termes d'infrastructures, notamment de routes et de télécommunications ; et par une incapacité à assurer le lien entre les communautés et le reste du système de santé.

De tout temps, les communautés ont été perçues comme étroitement liées aux systèmes de santé, mais pas nécessairement comme un élément de ce système. En outre, l'importance récemment accordée au traitement des maladies a mené les gouvernements et les bailleurs de fonds à porter un intérêt insuffisant aux besoins et à l'opinion des communautés.

L'écart entre les communautés et le reste du système de santé se traduit entre autres par :

- des barrières de communication qui entravent le partage des informations, et une réticence à assurer que les communautés ont leur mot à dire dans les processus de décision
- une coupure entre le secteur de la santé informel (ex : travailleurs de la santé communautaires et prestataires de soins traditionnels) et les représentants du secteur officiel
- des occasions ratées de promouvoir davantage la santé et de multiplier les efforts déployés en matière de soins préventifs au sein des communautés
- les problèmes qui en résultent en matière d'accès à des services de qualité, et de recours à ces services
- une collecte de données et des recherches insuffisantes sur les besoins, les forces et les faiblesses des communautés en matière de santé, en vue de l'élaboration de politiques adaptées
- des systèmes d'orientation des patients et un accès aux services spécialisés compromis ou inefficaces

En outre, parce que les systèmes de santé actuels sont structurés, financés et gérés en grande partie comme des systèmes de traitement des maladies, l'affectation, le suivi et le compte-rendu d'utilisation des ressources, et l'état d'esprit qui en résulte au sein de la profession médicale sont davantage dictés par les besoins de traitement que par la prévention et la promotion de la santé. De même, la collecte de données liées aux questions de santé est confinée aux établissements de santé, et exclut toute information sur ce qui se passe au sein des communautés. Notamment, les données sur la santé ne concernent pas les changements de comportements ou de styles de vie, et ne peuvent donc pas renseigner sur ces déterminants sanitaires essentiels à des fins de planification.

En outre, le manque de capacités en gestion et en technologies de l'information dans le domaine de la santé est un obstacle majeur aux programmes de services sanitaires axés sur les preuves, à la veille sanitaire et à la prestation de services. Par ailleurs, diverses informations essentielles sont recueillies et conservées dans d'autres secteurs, mais l'harmonisation intersectorielle des systèmes manque. Sans système élémentaire de collecte et de traitement des données sur la santé, et notamment si les informations sur la santé ne font pas l'objet d'une utilisation plus systématique dans le cadre des programmes de santé, il est peu probable que des améliorations puissent être apportées à la qualité et à l'efficacité des services de santé offerts aux communautés.

Par ailleurs, la mauvaise affectation des financements dans le secteur de la santé a également accéléré la dégradation des infrastructures de santé périphériques, lorsqu'elles existaient, compromettant davantage la protection, la qualité et l'efficacité des services de base aux structures référentes des communautés, des centres de santé et des districts.

Cette situation est aggravée par la gestion médiocre et insuffisante des transports, par une mauvaise répartition du personnel, une supervision et un soutien insuffisants des services de santé périphériques par la hiérarchie, un manque de possibilités pertinentes d'éducation continue pour les travailleurs de la santé à ces niveaux, un accès insuffisant aux médicaments essentiels, et enfin, par le délabrement du matériel médical, couplé à son mauvais entretien.

Face à l'augmentation des charges de morbidité et à l'épuisement des ressources humaines, les structures communautaires ont souvent choisi d'agir par elles-mêmes. Les organisations communautaires, les prestataires de santé traditionnels et les travailleurs de la santé communautaires, entre autres, ont reconnu la nécessité d'assumer des responsabilités supplémentaires en matière de prestation de santé.<sup>14</sup> Le secteur privé se développe également au sein des communautés, mais il reste en grande partie déréglementé et les CBO ne sont souvent pas ouvertes et transparentes dans leurs pratiques de gestion, y compris dans la justification de l'utilisation de leurs fonds.

Bien que l'approche sanitaire axée sur les communautés (SAC) soit guidée par les populations, et qu'elle puisse permettre d'autonomiser les communautés et d'aboutir à plus d'égalité, les gouvernements l'ont en grande partie rejetée au profit de plans d'action nationaux et de programmes verticaux de lutte contre les maladies. La SAC a également été perçue, à tort, comme une solution « low-cost ». Ces dernières années, les communautés n'ont compté que sur elles-mêmes pour obtenir des ressources, tandis que les gouvernements concentraient leurs ressources en diminution sur les services curatifs secondaires et tertiaires, marginalisant ainsi l'approche SAC. La SAC doit donc être revisitée et soumise à une analyse, pour déterminer les meilleures options de financement.

Parce que les systèmes de santé nationaux ont été et continuent d'être le principal moyen d'assurer l'accès aux soins de santé, se focaliser sur les forces et les besoins des communautés constituerait un changement de paradigme, des soins de santé gouvernementaux vers les soins de santé guidés par les communautés.

Pour que ce changement devienne réalité, ces problèmes doivent être plus clairement reconnus et compris par les dirigeants africains comme par la communauté internationale. Il pourrait également y avoir, en Afrique, diverses innovations susceptibles de contribuer à combler l'écart entre les communautés et le reste du système de santé, et que ni les gouvernements ni la communauté internationale n'ont reconnues. Ces innovations devraient être découvertes et soumises à une analyse allant au-delà des cadres établis jusqu'ici.

À terme, la recherche dans le domaine de la santé et des ressources humaines pour la santé, ainsi qu'un plaidoyer de haut niveau seront nécessaires pour élever la question de l'isolation des communautés à un niveau tel qu'elle fera l'objet d'un engagement politique volontaire pour la création de solutions efficaces.

## Comblant l'écart : Catalyser un mouvement communautaire en faveur d'une meilleure santé en Afrique

Dans le cadre de sa stratégie pour 2007-2017, l'AMREF envisage différemment la prestation de services, les partenariats, le renforcement des capacités et la recherche. Comme l'indiquent les statistiques précédemment citées au sein de ce chapitre, les programmes verticaux de prestation de services, particulièrement au cours des dix dernières années, n'ont pas été assez efficaces et doivent être recentrés. Les services dispensés par l'AMREF ne seront donc pas envisagés comme une fin en soi, mais comme un mécanisme permettant à l'Association de tester différents modèles de prestation de services et de renforcer la participation des communautés au

**« Umkhanyakude », le projet de l'AMREF pour les praticiens de la médecine traditionnelle en Afrique du Sud met en relation le MdS et les guérisseurs traditionnels, dans l'intérêt des deux et des communautés qu'ils servent. Parmi les nombreuses connaissances acquises par les guérisseurs traditionnels dans le cadre du projet, ceux-ci ont notamment appris comment éviter de transmettre le VIH, de contracter la tuberculose en soignant leurs patients, et comment tenir des registres de santé. Quant au MdS, il reconnaît désormais les compétences des guérisseurs et travaille avec eux pour suivre et orienter les patients, notamment ceux qui suivent des thérapies ARV ou DOTS.**

14. A. Haines et al., Achieving Child Survival Goals: Potential Contribution of Community Health Workers. The Lancet, publié sur Internet, 6 mars 2007 ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com))

sein du système de santé. Nous cherchons également à concevoir et à prôner un concept de système mixte public-privé qui fonctionnerait, même au sein d'un environnement dominé par l'incertitude et la précarité politique et économique. Ce concept doit aller au-delà du vocabulaire du passé – « réforme du secteur de la santé », « planification des ressources humaines » ou « santé pour tous ».

Pour élaborer ce concept, les professionnels de la santé africains (médecins, infirmiers, dentistes, pharmaciens) et les communautés qui constituent leur clientèle doivent s'engager, de même que la prochaine génération de jeunes dont les carrières potentielles dans le secteur de la santé seront également concernées. Ce concept futur doit faire intervenir de multiples acteurs, qui travailleront de concert, et notamment le gouvernement, la société civile (les ONG, les OC, les CBO, etc.), ainsi que les prestataires de santé traditionnels et le secteur privé. Une nouvelle méthode et un nouveau degré de participation communautaire sont nécessaires pour que les communautés ne servent pas uniquement de source d'information et de base à la collecte de données, mais qu'elles soient pleinement intégrées à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. Des réformes radicales et de nouvelles innovations, notamment le déploiement des meilleures pratiques, sont nécessaires. Dans le cadre de ces innovations, de tout nouveaux noyaux de travailleurs de la santé communautaires, brièvement formés et modestement rémunérés, pourraient notamment être créés.

Catalyser la progression des communautés africaines vers une meilleure santé en améliorant les partenariats avec la société civile et en renforçant les capacités des communautés, de façon à augmenter la demande en services efficaces et de qualité, permettrait de fortifier le système de santé, et d'assurer une meilleure participation et une plus grande responsabilité. L'AMREF contribuera à ce processus en veillant à ce que les différents acteurs du système de santé soient plus aptes à comprendre, à contrôler et à traiter les différences d'état de santé qui existent à l'échelon des communautés. L'Association saura tirer parti de ses 50 années d'expérience pour contribuer au renforcement des systèmes de santé – et permettre de combler l'écart qui existe entre les communautés et le reste de ces systèmes. Les possibilités qui s'offrent aux programmes de l'AMREF reposent sur la production et l'utilisation de l'information, le renforcement des capacités et le plaidoyer en faveur de la promotion des meilleures pratiques susceptibles de combler l'écart. Les interventions de l'AMREF au cours des dix années à venir commenceront à tracer un chemin en vue d'un équilibre des investissements sociaux à long terme en faveur du renforcement des ressources humaines et des institutions, pour une meilleure santé ; et seront centrées sur le développement d'un leadership qui manque cruellement à l'Afrique.

En même temps, l'AMREF reconnaît que la construction d'une infrastructure humaine et institutionnelle pour la bonne santé des populations n'est pas une « solution rapide », mais un défi à long terme. Pour atteindre, d'ici à l'an 2015, les Objectifs du millénaire pour le développement fixés par les Nations Unies, il faudra des investissements sociaux soutenus dans le domaine des ressources humaines. Des mesures doivent être prises par les gouvernements, les institutions éducatives et les organisations internationales, y compris les fondations privées et les ONG nationales, régionales et internationales. Il est essentiel que l'Afrique dirige elle-même ce processus et se l'approprie, mais une responsabilité internationale est également nécessaire pour se frayer un chemin dans un monde de plus en plus mondialisé. Localiser les OMD serait également un pas dans la bonne direction. Les financements à long terme, par opposition aux subventions de programmes à court terme, seront d'une importance vitale pour faciliter cette quête de solutions.

# La stratégie

## Introduction

La stratégie de l'AMREF pour 2007-2017 est conçue pour mettre à profit la stratégie mise en œuvre par l'Association au cours des cinq dernières années, tout en se focalisant davantage sur l'autonomisation et l'engagement des communautés au sein du système de santé. Notre objectif est d'insuffler une culture revitalisée sur la scène sanitaire africaine, de sorte que les communautés deviennent un partenaire à part entière au sein d'un système de santé dynamique, et où les populations pauvres et marginalisées pourront avant tout exploiter pleinement leur potentiel sanitaire, comme elles en ont le droit. Si les communautés deviennent le principe d'organisation principal du système de santé, les options offertes aux personnes/communautés en matière de soins de santé, et leur recours à ces soins, devraient moins dépendre de circonstances telles que leur situation socio-économique, leur sexe ou la distance géographique.

Grâce à cette stratégie, l'AMREF facilitera activement l'engagement des communautés dans leur propre système de santé, de la planification à la mise en œuvre et à l'évaluation des activités de prévention et de la prestation de services. L'AMREF renforcera également la capacité des systèmes de santé à comprendre, à contrôler et à traiter les différences d'état de santé qui existent à l'échelon des communautés et, avec l'aide de ses partenaires, concevra, testera et développera diverses interventions visant à instaurer plus d'égalité en assurant aux populations un meilleur accès et une utilisation plus efficace des services de santé.

Nous reconnaissons que de nombreuses politiques et pratiques contribuent à créer l'écart qui sépare les communautés africaines du reste du système de santé, et que l'AMREF n'a pas la capacité ni les ressources nécessaires pour lutter contre toutes ces politiques et ces pratiques. Nous reconnaissons également que la pauvreté et les inégalités entre les sexes, en particulier le fait que les hommes ne contribuent pas à la santé de leurs familles, creusent cet écart. Nous nous concentrerons donc sur les avantages comparatifs de l'AMREF pour faire des choix adaptés en matière de programmes. Nous compléterons, soutiendrons et renforcerons les efforts déployés par les communautés, les gouvernements et la société civile en vue de fortifier les systèmes de santé.

Au fil de ses 50 années d'existence, l'AMREF s'est forgé une réputation de prestataire de services de santé de qualité. Au cours de cette période stratégique, l'AMREF continuera d'assurer la prestation de services (de plus en plus par le biais de partenaires locaux), mais pas comme une fin en soi. Les connaissances seront au cœur même de notre stratégie. L'AMREF tirera des enseignements et fera usage de ce savoir et de son expérience pratique sur le terrain pour tester de nouveaux modèles et partager sa connaissance de ce qui fonctionne et pourquoi, de façon à avoir davantage d'influence sur les politiques et les pratiques en vigueur d'un bout à l'autre du continent.

## Énoncé d'objectif

Faire progresser la santé en Afrique en catalysant un mouvement fondé sur les preuves et visant à réduire l'écart entre les communautés et le reste du système de santé.

## Pilotes de programmes

Tisser un lien entre les communautés et le reste du système de santé exige des méthodes holistiques, intégrées et interdisciplinaires, guidées par les besoins de la communauté. Or, l'AMREF est tout à fait consciente qu'une bonne partie de ses fonds continueront à lui parvenir par le biais de programmes axés sur des maladies déterminées, et que les pressions internes et externes en faveur d'un retour aux interventions purement axées sur les maladies seront fortes. Pour contrer ces pressions et assurer que l'AMREF agit bel et bien de manière holistique, nous emploierons une série de pilotes de programmes interdisciplinaires et axés sur les

processus, qui reflèteront nos valeurs fondamentales. Les pilotes de programmes fonctionneront à deux niveaux : 1) les pilotes interdisciplinaires et généraux, pour tous les thèmes de programmes ; et 2) les pilotes spécifiques, répertoriés sous chaque thème de programme ci-dessous. Chaque intervention, et particulièrement les interventions financées dans le cadre de programmes verticaux, devra se conformer à ces pilotes de programmes. De cette façon, l'AMREF s'assurera de rester centrée sur son objectif stratégique.

**Pilotes de programmes généraux :** En mettant en œuvre les thèmes de programmes de cette stratégie, l'AMREF et ses partenaires veilleront à ce que :

- les interventions et les projets sanitaires mis en place soient pro-pauvres (qu'ils déterminent les populations les plus nécessiteuses) et contrôlables par les populations auxquelles ils bénéficient
- la culture, y compris les coutumes, les croyances et les comportements, soit prise en compte dans le cadre de nos interventions, particulièrement celles qui ont une influence sur la santé des communautés et sont susceptibles d'agir sur les disparités en matière d'accès à la santé
- la perspective hommes-femmes soit systématiquement intégrée à toutes les activités
- des informations pertinentes soient communiquées au sein du système, de sorte que les disparités et les changements d'état de santé puissent être contrôlés et que des mesures appropriées puissent être prises
- les systèmes de santé puissent réagir et évoluer
- toutes les parties prenantes soient fortifiées et contribuent au système de santé

## Thèmes de programmes

Guidée par la crise sanitaire qui touche l'Afrique, les avantages comparatifs de l'AMREF et ses cinquante ans d'expérience, passés à travailler avec les communautés et les systèmes de santé de la région, la stratégie de l'AMREF sera mise en œuvre par le biais de trois thèmes de programmes interdépendants. Ces thèmes répondent aux problèmes spécifiques et fondamentaux qui créent et maintiennent l'écart :

1. Les partenariats avec les communautés pour une meilleure santé
2. Le renforcement des capacités pour fortifier les communautés et assurer la réactivité du système de santé
3. La recherche sur les systèmes de santé à des fins politiques et pratiques

## 1. Les partenariats avec les communautés pour une meilleure santé

Ce thème de programmes repose sur la santé en tant que droit humain. Pour que les systèmes de santé puissent mieux pourvoir aux besoins des populations pauvres, ils doivent accorder une place centrale aux personnes et aux communautés, développer l'accès à la connaissance indigène, promouvoir un leadership éclairé et nouer des partenariats avec diverses organisations de même philosophie.

Les programmes axés sur les maladies ont largement isolé la plupart des communautés les plus pauvres et désavantagées d'Afrique, qui ne participent ni à la prestation de leurs propres soins de santé ni à l'élaboration des politiques qui influent sur leur santé. De même, étant donné la faible participation des communautés africaines à la gouvernance des affaires qui concernent leur santé, les communautés n'ont pas vraiment voix au chapitre quant au déploiement et à l'utilisation des ressources nationales.

**Objectif stratégique :** Créer des mouvements et des organisations communautaires pour assurer que les communautés deviennent part intégrante d'un système de santé réactif, et exploiter les ressources des communautés pour améliorer la prestation des services de santé.

**Pilotes de programmes spécifiques :** Toutes les interventions menées dans le cadre de ce thème permettront d'acquérir des connaissances en rapport avec au moins un des points suivants :

- la création de cadres organisationnels plus forts (partenariats, réseaux, forums de plaidoyer, partenariats public-privé-communauté...), porteurs de changement
- la participation des communautés et leur sentiment d'appropriation
- l'implication croissante des hommes pour assurer la protection de leur droit de vivre en bonne santé, et favoriser l'amélioration de l'état de santé des femmes, des enfants et des adolescents

**Points d'entrée :** La marginalisation, la vulnérabilité et les risques sanitaires sous-tendent ce thème de programme. Les enfants, les jeunes, les femmes en âge de procréer, et la main-d'œuvre des régions rurales et urbaines pauvres et des zones d'urgence sont les plus marginalisés et les plus vulnérables aux problèmes de santé, et doivent être reconnus en tant qu'acteurs du système. Ce thème de programmes, qui vise avant tout à promouvoir la santé et la prévention pour susciter un changement de comportement et favoriser les conditions nécessaires au développement de la bonne santé, sera ciblé sur les groupes de population suivants :

**Les enfants de moins de cinq ans :** Parmi les déterminants de la santé chez les enfants de moins de cinq ans, l'AMREF envisagera l'accès aux soins de santé et les processus qui influent sur :

- la prévention et la gestion intégrée des maladies courantes de l'enfance au sein du foyer et au niveau des soins de santé primaire : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques aiguës, les maladies immunisables et la nutrition infantile
- la prévention, le diagnostic et le traitement précoce du paludisme chez les enfants, et notamment l'égalité d'accès aux moustiquaires à imprégnation longue durée (LLIN) et au diagnostic du paludisme
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- l'amélioration des soins et des traitements contre le sida et la tuberculose chez les enfants, et notamment du diagnostic du VIH et de la tuberculose et des compositions médicamenteuses pédiatriques
- la promotion de l'hygiène personnelle et alimentaire, de l'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement de base au sein des foyers, comme moyen de prévenir les maladies de l'enfance

**Les préadolescents, les adolescents et les jeunes (5 à 24 ans):** Pour traiter les déterminants de la santé chez les préadolescents, les adolescents et les jeunes, l'AMREF envisagera :

- de donner la parole aux préadolescents, aux adolescents et aux jeunes dans le cadre du développement de soins de santé adéquats, prodigués de manière conviviale.
- la prévention, les soins et le traitement du VIH et du sida par le biais de la promotion de la santé, de dépistages et de conseils VIH adaptés aux jeunes, de la thérapie antirétrovirale et de la gestion des infections opportunistes, dont la tuberculose
- la promotion de la santé sexuelle et reproductive, et notamment les compétences psychosociales pour la vie, la prévention de la toxicomanie et l'éducation à la sexualité et à la vie de famille
- la protection contre la violence sexiste
- la promotion de l'hygiène personnelle et alimentaire, de l'accès à l'eau et aux systèmes d'assainissement de base au sein des foyers et des institutions, telles que les écoles
- la promotion des enfants et des jeunes en tant qu'agents du changement

**Les femmes en âge de procréer :** Dans le cadre de son intervention de santé communautaire axée sur l'amélioration de la santé maternelle, l'AMREF s'intéressera à :

- la protection des droits reproductifs, et notamment à la promotion des choix éclairés et à la protection contre la violence sexiste
- la prévention, aux soins et au traitement du VIH et du sida par le biais de la promotion de la santé, de dépistages et de conseils VIH, de la thérapie antirétrovirale et de la gestion des infections opportunistes, dont la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles
- la promotion de l'accès aux services de santé reproductive et du recours à ces services pour une maternité sans risque, et notamment à la planification familiale, aux soins obstétricaux sans risque, et à la gestion des complications de la grossesse
- la prévention et à la gestion du paludisme pendant la grossesse
- la promotion de la nutrition maternelle
- la promotion de l'hygiène personnelle et alimentaire et de l'assainissement de base, et au développement de l'accès à l'eau salubre en tant que déterminants de la santé maternelle

**Les travailleurs :** Dans le cadre de son intervention de santé communautaire axée sur les travailleurs, l'AMREF envisagera :

- de soutenir les liens entre les programmes sur le lieu de travail et les communautés
- la prévention, les soins et le traitement du VIH et du sida par le biais de la promotion de la santé, de dépistages et de conseils VIH, de la thérapie antirétrovirale et de la gestion des infections opportunistes, dont la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles
- la prévention, les soins et le traitement du paludisme sur le lieu de travail par le biais de la promotion de la santé
- la promotion des mesures de sécurité et de l'hygiène personnelles et sur le lieu de travail, pour prévenir les infections et les blessures

**Résultats escomptés :**

#### **Partenariats communauté – système de santé**

- la création d'une coalition croissante d'organisations influentes de même philosophie, reposant sur des partenariats communautaires, des réseaux, des forums de plaidoyer ainsi que des partenariats public-privé-communauté, porteurs de changement
- l'élaboration de politiques nationales qui reconnaissent les structures et les institutions communautaires comme

indispensables à l'amélioration de la santé des communautés

- des systèmes de santé qui intègrent effectivement les structures et les institutions communautaires aux processus d'amélioration de la santé
- des systèmes de santé qui répondent aux problèmes et aux besoins sanitaires de leurs communautés

#### **Exploitation des ressources communautaires existantes**

- des communautés capables de déterminer leurs propres forces, faiblesses, besoins sanitaires et les menaces à leur santé
- la participation des communautés à la planification sanitaire et aux services de santé, et leur sentiment « d'appropriation » quant à ceux-ci
- des communautés qui exigent et utilisent des services de santé de qualité

## 2. Le renforcement des capacités pour fortifier les communautés et assurer la réactivité du système de santé

Le renforcement des capacités désigne le processus dans le cadre duquel les personnes, les groupes, les communautés et les organisations développent leur capacité à remplir diverses fonctions fondamentales. À la fois dans les secteurs officiel et informel du système de santé, l'AMREF s'intéressera aux domaines de priorité suivants :

- l'amélioration des systèmes d'information pour la gestion de la santé (HMIS) à l'échelle des communautés, ainsi que leurs liens avec les systèmes actuels des MdS
- le développement des ressources humaines, et notamment l'amélioration des compétences des travailleurs de la santé, en particulier les travailleurs de la santé communautaires et les autres membres des communautés
- le développement des organisations liées à la santé, notamment par l'élaboration de cadres institutionnels et juridiques

**Objectif stratégique :** Renforcer les capacités organisationnelles et techniques des systèmes de santé et des CBO pour améliorer la qualité des soins et répondre aux besoins sanitaires des communautés.

**Pilotes de programmes spécifiques :** A terme, tous les pilotes de programmes auront un impact sur le thème du renforcement des capacités, mais la production de connaissances dans les domaines suivants est considérée comme particulièrement cruciale :

- les compétences essentielles, nécessaires à la gestion et à la prestation de services de santé de qualité, qui répondent aux besoins des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents
- les systèmes et les outils qui facilitent la prestation de services de santé équitables et efficaces
- la capacité organisationnelle nécessaire pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services, et faciliter les partenariats avec les communautés en vue de la prestation de services de santé équitables et efficaces

### Points d'entrée :

- les MdS
- les communautés/les OSC et les acteurs de la santé qui influent sur la prestation de santé au sein des communautés, et notamment
- les planificateurs, les décideurs,
- les exécuteurs et les prestataires,
- les formateurs/superviseurs
- les institutions et autres établissements de formation

### Résultats escomptés :

#### HMIS

- la conception et le test de HMIS au sein des communautés et de leurs liens avec d'autres systèmes de planification de la santé
- des systèmes de santé communautaires qui recueillent et utilisent plus efficacement les informations/preuves à leur disposition
- l'adoption et l'utilisation par les ministères de la Santé de systèmes de planification de la santé, d'affectation des ressources et de suivi pro-pauvres et axés sur les communautés

### **Amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins**

- le renforcement de la capacité des responsables et des prestataires de services à développer l'efficacité et la qualité des services à la périphérie du système de santé
- l'amélioration des compétences en matière de diagnostic, de traitement et de soins spécialisés à la périphérie des systèmes de santé
- l'acquisition de connaissances qui encourageront l'adoption de politiques et de pratiques visant à favoriser l'amélioration de la qualité des soins prodigués par toutes les catégories de prestataires de santé
- le renforcement des structures et des systèmes communautaires de soins et de soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables
- un recours accru et plus formalisé aux travailleurs de la santé communautaires et aux prestataires de services traditionnels qualifiés

### **Déploiement des ressources humaines**

- le développement des examens de laboratoire périphériques
- la conception et le test de nouvelles méthodes pour le développement et le déploiement rationnels des ressources humaines et des technologies de la santé
- l'amélioration des compétences techniques et managériales appliquées aux besoins de santé des communautés
- le renforcement de la gouvernance sanitaire au sein des OSC, des CBO, des EGSD et des OC

### 3. La recherche sur les systèmes de santé à des fins politiques et pratiques

La nécessité de développer la recherche pour influencer les politiques et les pratiques est de plus en plus évidente, à mesure que les systèmes de santé luttent pour répondre adéquatement aux défis de santé publique. Bon nombre des meilleures pratiques sont observées au sein des communautés, mais peu de ressources sont consacrées au développement des mécanismes nécessaires pour les reproduire et les généraliser.

Pour faire en sorte que les systèmes de santé soient sensibles aux besoins et aux priorités sanitaires des communautés, et alléger le poids disproportionné des maladies et des menaces sanitaires émergentes qui accablent les populations pauvres, il faut créer un cadre pour les interventions sanitaires menées au sein des communautés, qui reposerait sur de nouvelles connaissances et sur des choix politiques pragmatiques. Soutenir la recherche sur les systèmes de santé et l'analyse des politiques permet d'exploiter efficacement les informations sur la santé des communautés et de renforcer les compétences communautaires et professionnelles pour contrer les coupures et les échecs des systèmes de santé.

**Objectif stratégique :** Produire et communiquer les preuves nécessaires à l'adoption de politiques et de pratiques efficaces, qui auront des répercussions positives sur l'interface entre les communautés et le reste des systèmes de santé, et plaider en faveur de l'adoption et du déploiement des meilleures pratiques.

**Pilotes de programmes spécifiques :** Ce thème de programmes permettra d'acquérir des connaissances au sujet des diverses questions soulevées dans le cadre des deux autres domaines thématiques et en rapport avec au moins un des points suivants :

- les améliorations des systèmes de santé susceptibles de contribuer à combler l'écart
- la planification de la santé et les programmes sanitaires adaptés à la culture
- les systèmes de santé qui fonctionnent selon une approche sanitaire intégrée, en mettant l'accent sur la santé publique, et se distancient des programmes verticaux purement axés sur les maladies
- les processus qui encouragent la planification et le financement pro-pauvres de la santé

**Programme de recherche :** Au cours de cette période stratégique, l'AMREF ainsi qu'un grand nombre de ses partenaires auront recours à la recherche opérationnelle et évaluative et à l'analyse des politiques pour produire des preuves crédibles susceptibles de combler l'écart entre les communautés et le reste des systèmes de santé.

Pour ce faire, l'AMREF axera ses recherches sur :

- l'importance de la participation des communautés à la prestation de services de santé efficaces et performants – de la promotion de la santé à la prévention, en passant par les soins
- le rôle, l'engagement et l'intégration des travailleurs de la santé communautaires et de la société civile au sein du système de santé
- les interventions qui contribuent à fidéliser davantage les travailleurs de la santé et à développer leurs compétences
- les programmes de santé innovants et intégrés, mis en place au sein des communautés
- les méthodes de transformation organisationnelle en faveur d'une meilleure santé

À mesure que ces recherches se poursuivront, l'AMREF travaillera aux côtés des gouvernements nationaux et de ses partenaires de développement à tous les niveaux pour revoir/développer, suivre et utiliser les indicateurs de santé communautaires dans le cadre de la planification des systèmes de santé. En parallèle, nous définirons un ensemble de meilleures pratiques communautaires observées en Afrique, et susceptibles d'être déployées.

Dans le cadre de ce vaste programme de recherche, nous avons défini les questions de recherche suivantes, qui seront soumises à des révisions constantes. L'AMREF est consciente du fait que le continent africain connaît, et connaîtra, l'émergence de nouveaux défis en matière de santé, et nous élaborerons notre programme de recherche de façon à nous tenir prêts à évaluer ces défis dans le cadre de la stratégie.

## Questions de recherche :

1. Quels indicateurs quantitatifs et qualitatifs de l'écart peuvent être créés pour orienter les choix en matière de politiques et de programmes ?
2. Quelles preuves permettent d'affirmer qu'une collaboration avec les organisations et les réseaux communautaires, pour développer la participation de la société civile au sein des systèmes de santé, contribueront à combler l'écart, et quelles seront les répercussions en matière de politiques et de pratiques ?
3. De quelles informations les populations ont-elles besoin pour gérer leur propre santé de manière proactive ?
4. Quelles sont les inégalités (sociales, économiques, culturelles) et les barrières liées aux sexes qui empêchent l'accès à des services de santé de qualité, et quelles sont les solutions communautaires ?
5. Quels sont les obstacles à l'intégration des travailleurs de la santé communautaires au système de santé et comment ces obstacles peuvent-ils être surmontés ?
6. Quel est le ratio optimal (nombre sur population) de travailleurs de la santé communautaires en Afrique subsaharienne ?
7. Dans quels domaines le rôle et le rendement des travailleurs de la santé communautaires sont-ils susceptibles d'être améliorés (ex : égalité, recrutement, fidélisation) ?
8. Quelles sont les meilleures pratiques concernant les systèmes communautaires d'orientation des patients et leurs liens avec le secteur officiel ?
9. Comment peut-on mettre à jour les compétences des professionnels de la santé du secteur officiel, et améliorer leur rendement et la satisfaction professionnelle qu'ils éprouvent à prodiguer des soins de santé de qualité à la périphérie du système de santé ?
10. Quels sont les principaux composants des systèmes communautaires d'information pour la santé et comment peuvent-ils être liés aux HMIS nationaux et à ceux des districts ?
11. Quels éléments des systèmes actuels de surveillance des maladies devraient être déployés au-delà des établissements de santé et appliqués au sein des communautés ?
12. Comment peut-on instaurer, au sein du système de santé, une méthode plus intégrée de gestion de la charge de morbidité dans les communautés ?

13. Quel est l'impact du secteur privé informel et déréglementé sur la santé des communautés pauvres, et quels enseignements doit-on en tirer en matière de politiques et de pratiques sanitaires ?
14. Comment les technologies de l'information et de la communication (TIC) ou d'autres technologies appropriées peuvent-elles contribuer à améliorer les résultats de santé dans les communautés vulnérables ?
15. Quels sont les principaux composants d'un modèle efficace de financement de la santé axé sur les communautés et capable de contribuer à combler l'écart ?
16. Quel est l'état de la santé communautaire en Afrique (ex : contrôler les dépenses, la qualité des soins, vérifier si les programmes sont suffisamment accessibles, si les services sont dûment utilisés, et si les communautés et la société civile participent à la prestation de santé) ?

### Résultats escomptés :

Les réponses aux questions de recherche ci-dessus permettront de mieux comprendre les causes de l'écart entre les communautés et le reste du système de santé. L'AMREF devrait également pouvoir déterminer et consigner les preuves de l'impact positif qu'ont eu certaines politiques et pratiques sur l'écart.

La communication des preuves nécessaires à impulser le changement sera le résultat final de ce thème de recherche. Afin de pallier les lacunes en matière de politiques et développer les meilleures pratiques, l'AMREF, en collaboration avec les ministères concernés, les organisations de développement, l'OCDE ainsi que d'autres partenaires stratégiques, se servira des preuves obtenues dans le cadre de ses recherches pour :

- définir les problèmes critiques
- coordonner les interventions visant à susciter des changements positifs en matière de santé communautaire

## Analyse et maîtrise des risques

Nous avons envisagé les risques auxquels l'AMREF sera probablement exposée pendant la mise en œuvre de la stratégie, et avons prévu une série de mesures pour gérer ces risques. Le plan de mise en œuvre contiendra davantage de détails à ce sujet ; nous présenterons ici les six risques principaux définis par l'AMREF.

Risque	Mesure de gestion
Incapacité de l'AMREF à financer la nouvelle stratégie – à la fois le développement institutionnel et les programmes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recruter un collecteur de fonds expérimenté pour concevoir une stratégie et un plan ciblé de collecte de fonds</li> <li>Développer la capacité de l'AMREF à rédiger des propositions de grande qualité</li> <li>Dialoguer avec les principaux bailleurs au sujet des problèmes de santé auxquels l'Afrique est confrontée et de la pertinence de la stratégie de l'AMREF</li> <li>Renforcer les interactions entre l'AMREF et les bureaux nationaux pour assurer que la stratégie, la conception des propositions et la collecte de fonds fonctionnent selon une approche unifiée</li> <li>Assurer et maintenir la rentabilité de l'AMREF dans son ensemble</li> </ul>
Peut-on susciter un changement au sein des systèmes de santé tout en opérant par l'intermédiaire de partenaires?	<ul style="list-style-type: none"> <li>La sélection des partenaires sera cruciale : elle nécessitera la définition de critères clairs, et notamment d'indicateurs de réussite particulièrement clairs</li> <li>Faire participer les partenaires à la conception et à la planification</li> <li>L'AMREF s'occupera des processus, de la supervision, de la coordination, de la facilitation et de l'assurance qualité</li> </ul>
Pour que la stratégie fonctionne, tout le personnel de l'AMREF doit y adhérer et travailler de concert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mise en œuvre de la stratégie doit constamment faire partie du plan d'action de l'équipe des hauts dirigeants</li> <li>Communication et partage de l'information efficaces</li> <li>Revoir toutes les descriptions de poste, les rôles et les responsabilités au sein de l'AMREF et adapter le système d'évaluation pour assurer une cohérence avec la stratégie</li> </ul>
L'incapacité à gérer les informations et le savoir de l'AMREF compromettra la stratégie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer la gestion de l'information aux plans de projets, en consacrant notamment le temps et les fonds qu'il faut pour réaliser les tâches nécessaires</li> <li>Renforcer les capacités du personnel en matière de collecte et de gestion de l'information</li> </ul>
L'incapacité à influencer les gouvernements et les bailleurs de fonds sera un obstacle à la réussite de la stratégie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'AMREF profitera de sa participation actuelle aux révisions annuelles et aux processus de planification des gouvernements pour débattre des nouvelles preuves</li> <li>L'AMREF s'assurera d'être représentée par les bonnes personnes et que ses hauts responsables se chargent de transmettre les messages difficiles</li> <li>Utilisation de preuves fiables et bien documentées, et communication efficace</li> <li>Renforcement poursuivi des relations avec les MdS et autres partenaires</li> </ul>

Les changements apportés aux politiques/plans d'action des gouvernements et des bailleurs de fonds risquent de compromettre la pertinence de la stratégie.

- Nécessité d'évaluer l'environnement externe en continu et de changer de tactique si nécessaire – cette stratégie n'est pas figée
- Chercher à influencer les gouvernements et les bailleurs sur le caractère prioritaire du renforcement des systèmes de santé

# Mécanismes de mise en œuvre, Suivi et évaluation

Afin d'appliquer la stratégie de l'AMREF pour 2007–2017, nous réviserons nos structures et notre système actuels de mise en œuvre et nous les modifierons et les intégrerons le cas échéant.

## Mécanismes de mise en œuvre

Les mécanismes de mise en œuvre qu'emploiera l'AMREF s'appliqueront aux trois thèmes de programmes de cette stratégie et sont décrits ci-dessous :

### Résolution communautaire des problèmes

La participation des communautés est un processus qui consiste à impliquer les communautés dans la définition des priorités sanitaires, et la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions et des activités. Ce processus lui-même permet d'autonomiser les participants et de renforcer leurs compétences et leur assurance. Ce mécanisme permet également de mobiliser, à l'échelle locale, les ressources humaines et matériels nécessaires aux efforts de développement sanitaire. Dans le cadre de ce processus, un dialogue véritablement démocratique s'ouvre avec les communautés, au sein duquel la participation des communautés est non seulement un droit mais aussi l'élément d'un développement social plus général et de la réalisation du potentiel humain. Travailler en collaboration avec le secteur informel et les communautés dans le cadre d'un vrai partenariat constituera un nouveau défi à relever pour de nombreux travailleurs de la santé du secteur officiel, de nombreux bailleurs, ainsi que bon nombre d'institutions académiques. Il s'agira également d'un nouveau défi à relever pour les communautés.

### Dispositions institutionnelles innovantes

L'AMREF reconnaît que la collaboration avec la société civile au niveau des programmes a un certain nombre d'avantages. Les OSC locales et celles des districts travaillent à l'échelle locale, près des communautés, et sont donc bien placées pour donner un aperçu de la situation sur le terrain. Elles sont une véritable mine d'expérience, susceptible d'apporter de nombreux enseignements et sont mieux placées que les acteurs du secteur officiel pour travailler directement avec les communautés, et leur offrir des services. Elles peuvent aider à déterminer les besoins des communautés, et à les faire entendre, et sont une ressource importante pour la promotion de la santé. Collaborer avec elles permet de faciliter la planification communautaire, de définir conjointement les ressources et de les utiliser plus efficacement, et d'assurer des interventions plus ciblées, plus efficaces et plus réactives.

Les OSC sont également d'importants partenaires dans le domaine du plaidoyer local. En outre, aux plans national et international, les partenariats avec les CSO offrent d'excellentes occasions de former des alliances, dont les membres s'exprimeront à l'unisson, moyen plus efficace d'influencer les plans d'action. L'AMREF s'efforcera, à l'échelle locale et nationale et sur le continent africain, de susciter une prise de conscience quant à l'importance de la société civile dans la promotion d'une meilleure santé pour tous. Collaborer avec des OSC dans le cadre de consortiums avec diverses ONG spécialisées permet d'exploiter toute une gamme de compétences et d'expériences complémentaires.

### Réseautage

Le réseautage est un des principaux volets de cette stratégie et sera favorisé à tous les niveaux. L'accent sera mis sur le renforcement de la coopération entre les ministères de la Santé, les ONG, la société civile, les établissements de formation africains, et l'AMREF. Nous nous efforcerons d'envisager, de manière sélective, divers arrangements, collaboratifs et avantageux pour toutes les parties, avec les institutions du Nord, et les arrangements collaboratifs actuels seront révisés pour renforcer leur dimension égalitaire.

### **Prestation de services**

L'AMREF n'assurera pas la prestation de services comme une fin en soi, mais comme un mécanisme permettant de tester les modèles de prestation de services qui offrent davantage d'efficacité, de performance, de qualité et de redevabilité à l'échelle des communautés. La prestation de services permettra également de renforcer la participation des communautés au sein des systèmes de santé, de tester les mécanismes d'assurance qualité et de développer les capacités des prestataires de services au sein des équipes de santé des districts, du secteur de santé informel et des communautés. La prestation de services sans possibilité d'apprentissage ne fera pas partie de cette stratégie.

### **Assistance technique**

L'AMREF renforcera les capacités managériales et techniques des OSC de développement sanitaire pour leur permettre d'assumer plus efficacement leurs rôles et leurs responsabilités et de transmettre des compétences aux communautés. Pour ce faire, il faudra renforcer la capacité des OSC à s'établir et à se gérer elles-mêmes, à créer des programmes efficaces, à accéder à des ressources durables et à adopter les meilleures pratiques. L'AMREF aidera également les OSC à mener des estimations des besoins et des enquêtes de base, à assurer la conception, la mise en œuvre et le S&E de leurs interventions, et à entretenir des systèmes HMIS reliés au secteur officiel de la santé. Le cas échéant, l'AMREF les représentera et les aidera à plaider plus efficacement en faveur du changement. Apporter une aide technique aux OSC nous permettra également de créer un groupe d'organisations de même philosophie, qui partagent l'engagement de l'AMREF en faveur du renforcement des systèmes de santé.

L'AMREF travaillera aux côtés des gouvernements, des OSC et des communautés pour renforcer leur capacité à faire la transition entre les programmes centrés sur les traitements curatifs et les soins préventifs, l'éducation sanitaire et la promotion de la bonne santé. L'AMREF accordera une importance particulière aux activités qui relient les communautés aux services de santé des districts. Nous continuerons à promouvoir la prestation d'une aide technique en provenance même de l'Afrique dans le domaine de la santé communautaire, et à déployer les modèles qui réduisent l'écart entre les communautés et le reste du système de santé.

### **Formation**

La formation est l'une des forces de l'AMREF et sera un élément clé de cette stratégie. L'AMREF aura recours aux formations comme outils de diffusion de l'information sur la santé et de partage des connaissances et des compétences. Les formations continues et les formations à distance seront une composante fondamentale, et de nouvelles méthodes de formation, reposant notamment sur l'usage des technologies de l'information, seront explorées. Au cours de cette période stratégique, il est prévu que les programmes de formation de l'AMREF soient étendus à d'autres sites et à d'autres pays par le biais de l'e-learning et de partenariats stratégiques. Nous envisagerons également la possibilité d'instaurer l'e-learning dans les cursus actuels de l'AMREF, tels que la formation préparant au Diplôme de santé communautaire.

### **Gestion de la recherche et des connaissances**

L'AMREF continuera de faciliter la conception de modèles innovants, destinés à assurer la participation des communautés à l'amélioration de leur santé, ainsi que la documentation et la diffusion des enseignements tirés d'études de cas réussies. L'AMREF travaillera aux côtés des OSC pour leur permettre de contribuer à la définition du programme de recherche, et de libérer le potentiel sous-employé que renferment les communautés en termes de ressources humaines, pour mener des recherches elles-mêmes. L'AMREF, en collaboration avec d'autres, exploitera les preuves d'un besoin de changement, et encouragera et soutiendra le déploiement de modèles efficaces, en particulier ceux dont il a été démontré qu'ils renforçaient l'efficacité des services communautaires et ceux qui favoriseront la réduction de l'écart.

Des activités de recherche opérationnelle seront intégrées à tous les programmes pour assurer la collecte constante d'informations

essentielles et pour renforcer le S&E. L'AMREF poursuivra sa collaboration avec d'autres institutions pour assurer la production continue de travaux de recherche de grande qualité dans divers domaines en rapport avec la stratégie. Cette stratégie accorde une place importante à la recherche sur les systèmes de santé et les politiques. La documentation, la publication et la diffusion des conclusions et des enseignements tirés seront améliorées. L'accent sera également mis sur le partage de l'apprentissage par l'expérience, sur l'échange d'idées et la promotion du dialogue dans la région.

### **Plaidoyer fondé sur les preuves**

Cette stratégie intègrera nos expériences et nos recherches, à l'échelle des projets, et exploitera la base de preuves obtenue pour influencer les politiques et les pratiques ayant trait aux problèmes qui créent l'écart entre les communautés et le reste du système de santé. Nos efforts pour influencer les responsables et les décideurs feront intervenir l'ensemble de l'AMREF ; par l'intermédiaire de ses bureaux nationaux en Europe et en Amérique du Nord, l'AMREF a en effet l'occasion unique de porter les preuves sur l'Afrique et la voix du continent jusque devant les responsables et les décideurs des pays du Nord.

Nos initiatives de plaidoyer fondé sur les preuves reposeront sur des informations soumises à un examen rigoureux, et sur un plan de communication coordonné, pour permettre de créer un environnement propice à la promotion des changements recherchés en matière de politiques et/ou de pratiques.

Concevoir et mettre en œuvre une campagne efficace de plaidoyer fondé sur les preuves prend du temps ; en conséquence, l'AMREF ne gèrera qu'un nombre limité de campagnes à la fois.

### **Distribution de subventions**

Les subventions accordées par l'AMREF vont de pair avec son engagement à renforcer les compétences des CBO et des ONG bénéficiaires en matière de gouvernance et de gestion. L'AMREF a mis en place divers systèmes destinés à assurer la distribution de subventions dans les domaines qui relèvent de la stratégie globale de l'AMREF. Ce volet de la stratégie dépendra de la disponibilité des ressources.

### **Suivi et évaluation (S&E)**

Pour assurer que les cibles et les objectifs de la stratégie sont contrôlés et évalués tout au long des dix années à venir, un plan de S&E complet sera conçu et modifié si nécessaire au fil du temps. Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs actuels seront adaptés le cas échéant, et d'autres seront conçus et définis pour assurer à la fois la mise en œuvre réussie de la stratégie dans son ensemble et l'obtention de résultats spécifiques, qui contribueront à l'atteinte de la cible stratégique. Des objectifs intermédiaires seront fixés chaque année, ainsi que des cibles de fin de projet.

L'AMREF se dotera d'un centre de regroupement des informations sur le S&E et, en collaboration avec ses partenaires, définira les responsabilités de chacun en termes de suivi et de notification, pour chaque indicateur. Des enquêtes de base seront menées si nécessaire, et les sources d'information, les méthodes et les calendriers de collecte seront définis à la fois pour les indicateurs de résultats et les indicateurs d'impact. Les limites en matière de collecte et d'analyse des données seront déterminées dès le début et repoussées autant que possible.

# Dispositions organisationnelles

Au cours des quatre dernières années, l'AMREF a réalisé des progrès considérables dans la revitalisation de ses programmes, grâce à diverses activités de renforcement organisationnel, conçues pour répondre au désir de l'AMREF de mener des initiatives de pointe en matière de développement sanitaire. Par le biais de ce processus, l'AMREF a acquis :

- une meilleure direction technique
- un recentrage précis des programmes existants, fondé sur de simples estimations de nos avantages comparatifs
- une méthode cohérente de gestion des programmes et projets
- un intérêt accru pour l'apport d'un soutien aux petits programmes nationaux mis en place en Ethiopie et en Afrique du Sud (et a décidé de se retirer temporairement du Mozambique)
- une plus grande efficacité dans la conception des propositions
- une plus grande capacité à parler de l'AMREF à des publics externes
- une meilleure gestion des RH (notamment par le biais d'une politique interne sur le personnel et le VIH)

Ce renforcement organisationnel a contribué à doubler le soutien financier accordé au portefeuille de programmes et de projets de l'AMREF au cours des quatre dernières années.

### La gouvernance

Le Comité veille à ce que l'AMREF soit gérée conformément à la stratégie et aux politiques qu'il a approuvées. Celles-ci couvrent sa mission, la gestion de ses finances et de ses ressources humaines, et prennent en compte le cadre global dans lequel l'AMREF opère.

Le Comité joue également un autre rôle, secondaire mais important : il aide la direction à faire en sorte que l'AMREF remplisse son rôle de prestataire de services, d'organisme de plaidoyer fondé sur les connaissances, et de canal de financements publics et privés.

### Le Forum international

L'AMREF et les bureaux nationaux qui composent le Forum international ont récemment pris la décision importante de faire partie d'une seule et même AMREF. Cette décision aura des répercussions sur les programmes et les activités conjointes au cours de cette période stratégique de dix ans. L'alliance entre l'AMREF et les bureaux nationaux a été essentielle au développement de l'AMREF au cours des 50 dernières années. Pour la prochaine période stratégique, quatre rôles partagés ont été définis :

- développer la notoriété de l'AMREF et faire connaître davantage le plan d'action de l'Afrique en matière de santé
- s'efforcer, en collaboration avec les bailleurs actuels et futurs, d'augmenter la base de financement de l'AMREF et le montant des fonds conditionnels et inconditionnels versés à l'AMREF
- concevoir et utiliser conjointement des systèmes d'information partagés en vue de la planification et du financement des programmes, et de la production de comptes-rendus de programmes
- porter la voix de la santé africaine jusque dans les capitales des pays du Nord, par le biais du lobbying et d'un plaidoyer fondé sur les preuves, tous deux planifiés de concert

Le Forum international est représenté, au sein du Comité de l'AMREF, par son président.

## La planification des programmes

L'AMREF opère par le biais des équipes de hauts dirigeants, à la fois au niveau institutionnel et dans chaque programme national. Ces équipes créent un flux de questions et de décisions de gestion au sein de l'organisation. Chaque année, l'AMREF organise des Réunions de programmes annuelles qui réunissent les hauts responsables et les cadres moyens exerçant au sein des programmes nationaux et au plan institutionnel. Le lien entre la direction des programmes et le Comité de direction se fait par l'intermédiaire du comité des programmes de santé du Comité de direction.

## La gestion des programmes

L'AMREF a mis en place un nouveau système de gestion des programmes et des projets qui encourage le personnel à assumer la responsabilité de tâches spécifiques de manière standardisée dans l'ensemble de l'organisation. Cela inclut :

- la conception, le financement, la mise en œuvre et le suivi de projets qui soutiennent la mission et la stratégie de l'AMREF
- l'établissement de limites en matière de prise de décisions
- une acquisition et une diffusion plus efficaces des connaissances

Ce système donne une base à la direction de l'AMREF, puisqu'il offre des liens avec :

- la gestion des performances
- le développement des capacités de l'organisation
- la gestion des connaissances de l'organisation (y compris les systèmes mis en place pour acquérir et manipuler ces connaissances)

L'AMREF est également en train de revoir et de rationaliser son cadre et son plan de suivi et d'évaluation institutionnels en fonction de la stratégie, en évolution.

## L'évaluation des progrès réalisés

L'environnement externe, en Afrique et dans chaque programme national, sera contrôlé du début à la fin de la stratégie pour assurer que le présent document et le programme de l'AMREF restent adaptés aux besoins de l'Afrique et de ses populations.

## Les systèmes financiers

L'AMREF a mis en place un système complet de gestion financière, permettant de vérifier les recettes et les dépenses de l'organisation dans son ensemble, et relié à l'approvisionnement et aux inventaires des réserves et des immobilisations. Un Manuel de finance a été publié pour faciliter la gestion des actifs financiers de l'AMREF. Le groupe d'audit interne de l'AMREF (placé sous la direction du comité d'audit et de finance du Comité de direction) emploie une méthode d'audit centrée sur les risques. Les finances de l'AMREF font l'objet d'un audit annuel, mené par une société d'audit reconnue à l'international. Ses comptes annuels sont publiés.

## Les systèmes de ressources humaines

L'AMREF dispose d'un service de RH institutionnel, rattaché aux ressources humaines de tous les programmes nationaux. La gestion des RH est régie par le manuel des RH approuvé par le Comité, et assistée par le comité des RH du Comité de direction.

## Les technologies de l'information

L'AMREF dispose d'un service de TI spécialement créé, qui permet l'utilisation du courrier électronique et de l'Internet dans l'ensemble de l'organisation. En outre, l'équipe des TI dirige la création de banques de données à la fois au niveau de l'organisation et des programmes, et participe à la conception et à l'utilisation de nouveaux outils et de nouvelles méthodes TIC visant à l'amélioration de la santé.

## Les stratégies pour les programmes nationaux de l'AMREF

Cette stratégie institutionnelle donne un cadre au développement de stratégies pour nos programmes nationaux. Chaque stratégie de programme national accorde une importance particulière au contexte national, tout en respectant les limites de programme exposées dans la stratégie institutionnelle. Dans chaque pays, un conseil consultatif (un comité consultatif en Afrique du Sud) aide à fixer des priorités, à déterminer les possibilités et à assurer le suivi des programmes.

## La communication et l'AMREF en tant que marque

L'AMREF transmet un flux d'informations aux bureaux nationaux et à ses partenaires pour soutenir la collecte de fonds. Son site Internet complet et convivial, qui reçoit actuellement plus d'un million de visites par mois, permet d'assurer la circulation de cette information. Le comité de communication et de collecte de fonds du Comité de direction soutient également les efforts de communication de l'AMREF.

L'AMREF a réévalué sa marque et développé une position commune. Une charte graphique est désormais disponible, et l'organisation est aujourd'hui tout à fait en mesure de s'exprimer d'une seule voix au sujet de l'AMREF. Nous sommes convenus que l'AMREF est une organisation internationale pour le développement de la santé en Afrique et que toutes les branches de l'AMREF, à la fois nos programmes nationaux en Afrique et nos bureaux nationaux en Europe et en Amérique du Nord, font partie d'une seule et même organisation. Au cours des dix prochaines années, l'AMREF s'efforcera de rester claire sur sa marque et d'utiliser le pouvoir de celle-ci pour promouvoir le travail de l'organisation.

## Le financement

Au cours des cinq dernières années, les dépenses totales de l'AMREF ont augmenté pour passer de 19,4 millions à 58 millions de dollars. Cette croissance a été engendrée par une augmentation considérable de nos recettes de projets. En d'autres termes, l'AMREF reçoit des subventions plus nombreuses et plus importantes. Ce changement est le résultat d'une politique délibérément adoptée en vue d'obtenir des subventions plus importantes, à la durée de vie plus longue, de sorte que la rédaction de rapports sur les subventions devienne plus rapide et rentable. Nous poursuivons cette politique.

Les subventions inconditionnelles permettent de favoriser le développement institutionnel de l'AMREF, de financer, en grande partie, notre direction technique interne, nos capacités de recherche et les efforts que nous déployons pour toucher des publics externes. La somme de 40,3 millions de dollars en fonds inconditionnels sera nécessaire pour développer et entretenir les compétences institutionnelles fondamentales, indispensables à la pleine mise en œuvre de cette stratégie sur dix ans. Étant donné que la base de financement inconditionnel de l'AMREF a toujours été fragile, nous avons conçu un plan de financement inconditionnel sur dix ans. Afin d'augmenter le montant et la stabilité des dons inconditionnels, nous explorerons les cinq options suivantes :

- développer le portefeuille de programmes et augmenter ainsi le montant total des frais généraux recouverts
- rechercher de nouveaux bailleurs disposés à accorder des fonds inconditionnels à l'organisation ; ces bailleurs seront sans doute des agences gouvernementales, des particuliers jouissant d'une fortune personnelle, des fondations ou des entreprises
- rechercher de nouvelles façons de récolter des fonds ; par exemple, l'AMREF teste actuellement les dons en ligne

---

- créer un fonds de dotation et l'utiliser comme source de subventions inconditionnelles
- utiliser les honoraires perçus par le service de conseil de l'organisation

Le comité de communication et de collecte de fonds du Comité de direction soutiendra les nouvelles activités lancées par l'AMREF en vue de récolter des fonds.

### L'empreinte géographique

L'opinion de l'AMREF est souvent sollicitée sur les divers problèmes sanitaires qui touchent l'Afrique, et nous représentons de plus en plus « la voix sanitaire de l'Afrique ». Pour que l'AMREF puisse renforcer sa voix africaine, nous devons étendre notre présence au-delà de l'Afrique de l'Est, de la Corne de l'Afrique et de l'Afrique du Sud, qui composent notre « cœur d'intervention » actuel. Dans cette optique, l'AMREF réexaminera son empreinte géographique au cours de cette prochaine période de dix ans.

La politique du développement sanitaire est telle que l'AMREF ne pourra pas être un porte-parole crédible sans être présente, d'une manière ou d'une autre, dans les sous-régions où nous n'opérons pas à l'heure actuelle. Pour pallier ce problème, l'AMREF doit assurer la qualité de ses interventions là où elle opère déjà, et trouver des moyens rentables d'étendre son empreinte sur le continent africain.

À l'avenir, l'AMREF envisagera :

- de former des alliances stratégiques, impliquant souvent l'apport d'une aide technique, pour créer un groupe d'organisations de même philosophie, disposées à travailler de concert et, à terme, à partager leurs capacités managériales et techniques
- de développer son programme de formation avec l'aide de partenaires implantés dans de nouveaux pays et disposés à fournir les locaux et le personnel nécessaires pour mener les programmes de formation de l'AMREF
- créer des centres régionaux dans la Corne de l'Afrique, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest

À l'heure actuelle, l'AMREF n'est pas présente physiquement sur le territoire ouest-africain, et notre priorité première, pour ce centre, sera de chercher à créer des partenariats avec les gouvernements et les institutions sanitaires de la région. Dans les premiers temps, le centre régional ouest-africain couvrira à la fois les pays francophones et anglophones. Les partenaires et alliés stratégiques de l'AMREF accueilleront les centres régionaux, pour permettre à l'Association d'éviter les frais de départ considérables, occasionnés par la mise en place de nouveaux programmes nationaux. Ces partenariats offriront à l'AMREF un moyen rentable et flexible de saisir de nouvelles opportunités de programmes nationaux.

Aucun centre régional ne sera créé en Afrique de l'Est, où nos programmes nationaux sont déjà mûrs, dotés d'infrastructures et de portefeuilles de programmes établis. Néanmoins, nous envisagerons les possibilités d'un partage des ressources et des compétences fondamentales entre les trois programmes nationaux du Kenya, de Tanzanie et de l'Ouganda.

### Conclusion

La stratégie de l'AMREF pour 2007-2017 traduit implicitement notre conviction que les communautés devraient être perçues comme le principe d'organisation des systèmes de santé. À l'heure actuelle, pourtant, un écart existe entre les communautés marginalisées et vulnérables et le reste du système de santé. Cet écart, obstacle à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, empêche l'intégration de ces communautés au système et aggrave les disparités en matière de santé. Pour permettre de surmonter ces disparités et de combler cet écart, la nouvelle stratégie de l'AMREF place les besoins des communautés au premier plan, dans le cadre de tous les programmes de l'Association.

Plus précisément, la stratégie de l'AMREF vise à « faire progresser la santé en Afrique en catalysant un mouvement fondé sur les preuves et visant à réduire l'écart qui existe entre les communautés et le reste du système de santé ». Les pilotes de programmes interdisciplinaires et centrés sur les processus qui ont été conçus dans le cadre de cette stratégie permettront d'assurer que l'AMREF opère bel et bien selon une approche holistique et intégrée, et se concentre sur les besoins des communautés. Chaque intervention, et particulièrement les interventions financées par le biais de programmes verticaux, devra satisfaire aux critères des pilotes de programmes (ex : être pro-pauvres, adaptée à la culture et tenir compte des besoins spécifiques de chaque sexe, entre autres). De cette façon, l'AMREF s'assurera de rester centrée sur sa cible stratégique.

Les facteurs qui ont guidé le choix des trois thèmes de cette stratégie sont les suivants : la crise de santé qui touche l'Afrique, les avantages comparatifs de l'AMREF et ses cinq décennies d'expérience auprès des communautés et des systèmes de santé de la région. Les trois thèmes interdépendants ont été sélectionnés pour remédier à des problèmes fondamentaux déterminés, qui contribuent à créer et à maintenir l'écart :

- Les partenariats avec les communautés pour une meilleure santé
- Le renforcement des capacités, pour fortifier les communautés et assurer la réactivité des systèmes de santé
- La recherche sur les systèmes de santé à des fins politiques et pratiques

Au cours des 10 prochaines années, l'AMREF assurera le suivi continu de ses interventions et évaluera constamment les progrès réalisés. Pour présenter notre plan de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation dans son intégralité, nous avons rédigé un document d'accompagnement, en plus de la présente stratégie. À mesure que nous réunirons toujours plus de connaissances et de preuves dans le cadre de nos programmes et de nos recherches, nous mettrons au point des initiatives de plaidoyer, destinées à inciter les décideurs à promouvoir les meilleures pratiques établies.

Avec l'aide de ses partenaires, l'AMREF entend veiller à ce que la disparition de l'écart entre les communautés vulnérables et les systèmes de santé reste l'objectif central du plan de développement pour l'amélioration de la santé en Afrique.

ASSOCIATION POUR LA MEDECINE ET LA RECHERCHE EN AFRIQUE (AMREF)  
SIEGE BP 27691, NAIROBI 00506 KENYA TEL : +254 20 699 3000, FAX : +254 20 606 345  
email : [info@amref.org](mailto:info@amref.org)