

# Le rôle des agents de santé communautaires dans les soins à domicile de la COVID-19 :

## Leçons apprises du Rwanda

Collins Kamanzi  
Eric Matsiko

Lawrence Rugema  
Aline Umubyeyi

Lucy Kanya



# Le rôle des agents de santé communautaires dans les soins à domicile de la COVID-19 :

Leçons apprises du Rwanda

Collins Kamanzi  
Eric Matsiko

Lawrence Rugema  
Aline Umubyeyi

Lucy Kanya

## **Le rôle des agents de santé communautaires dans les soins à domicile de la COVID-19 : leçons apprises du Rwanda.**

**ISBN: 978-929031494-3**

**© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2024**

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

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

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

**Citation suggérée.** Kamanzi C, Matsiko E, Rugema L, Umubyeyi A, and Kanya L. Le rôle des agents de santé communautaires dans les soins à domicile de la COVID-19 : Leçons apprises du Rwanda. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2024. Licence: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

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

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

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

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

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

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

**Conception et impression : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo**

## À propos de l'AHOP

La Plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et les politiques de santé (AHOP) est un partenariat régional qui encourage l'élaboration de politiques étayées par des données probantes. L'AHOP est hébergé par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS/AFRO) par l'intermédiaire de l'Observatoire africain intégré de la santé. C'est un réseau de centres d'excellence de toute la Région, qui tire parti des collaborations nationales et régionales existantes. Au nombre des centres nationaux figurent actuellement le College of Health Sciences (CHS) de l'Université d'Addis-Abeba (Éthiopie), le KEMRI Wellcome Trust (Kenya), le Health Policy Research Group de l'Université du Nigeria, la School of Public Health de l'Université du Rwanda et l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). L'AHOP bénéficie du soutien d'un consortium technique composé de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (EURO-OBS), de la London School of Economics and Political Science (LSE) et de la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF). La Plateforme a adhéré à une cohorte d'observatoires régionaux des systèmes de santé, dont l'Observatoire européen et l'Observatoire Asie-Pacifique sur les systèmes et les politiques de santé (APO), qui ont partagé leurs connaissances pour guider l'élaboration de l'approche adoptée par l'AHOP.

## À propos des notes d'orientation de l'AHOP

Les notes d'orientation de l'AHOP font partie d'une série de produits générés par la plateforme. Nous avons pour objectif de répertorier les concepts, les expériences et les solutions actuels qui sont importants pour l'élaboration des politiques de santé dans la Région africaine, en adoptant souvent un prisme comparatif pour tirer des enseignements de diverses approches. Nous reconnaissons qu'il existe une multiplicité d'approches pour rédiger des notes d'orientation. Nous avons cependant, à travers des consultations, élaboré une approche distincte spécifique à l'AHOP en faisant en sorte que toutes nos notes d'orientation adoptent un modèle commun. Les notes d'orientation de l'AHOP compilent les données probantes existantes et les présentent dans un format accessible. Elles utilisent des méthodes systématiques énoncées en toute transparence et sont toutes soumises à un processus formel et rigoureux d'examen par les pairs.

## Remerciements

**Rédactrice en chef de la série :** Katie Shuford

**Coordinatrice de la série :** Dorothy Chisare

**Réviseurs :** Les auteurs et les éditeurs remercient le réviseur externe Didi Bertrand Farmer pour ses commentaires et son expertise. Ce mémoire a également été révisé en interne par Serge Bataliack, Peter Mbondji, Aminata Seydi, Sokona Sy et Ebongue Mbondji (OMS AFRO) ; Suszy Lessof, Sherry Merkur et Nathan Shuftan (EURO-OBS) ; Logan Brenzel (BMGF) ; Beth Kreling, Lesong Conteh, Charles Ebikeme et Bryony Simmons (LSE) au nom des partenaires de l'AHOP.

**Production :** Nous adressons nos remerciements à Ashleigh Slingsby (LSE) pour la correction, Alexia Honore (LSE) pour la contribution à la traduction, et à Cat Johnson (Manta Ray Media) pour la conception de la note d'orientation.

**Crédit photo de couverture :** Community health workers lead the fight against malaria in Rwanda. Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS, 2023.

**Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site ci-après**

**Web :** <https://ahop.aho.afro.who.int>

**Adresse électronique :** l'équipe d'AFRO : [afngoahop@who.int](mailto:afngoahop@who.int); partenaires techniques : [ahop@lse.ac.uk](mailto:ahop@lse.ac.uk)

**Twitter :** [@AHOPlatform](https://twitter.com/AHOPlatform)



## Contenu

<b>vi</b>	Messages clés
<b>vii</b>	Résumé d'orientation
<b>1</b>	<b>Introduction</b>
<b>2</b>	<b>Programme des agents de santé communautaires du Rwanda</b>
<b>5</b>	<b>Difficultés liées à la mise en œuvre du modèle de soins à domicile</b>
<b>7</b>	<b>Constatations et conclusion</b>
<b>8</b>	<b>Implications politiques</b>
<b>9</b>	<b>Références</b>

## Abréviations

<b>ASM</b>	Agent de santé maternelle
<b>PSC</b>	Programme de santé communautaire
<b>ASC</b>	Agent de santé communautaire
<b>USI</b>	Unité de soins intensifs
<b>MdS</b>	Ministère de la santé
<b>MNT</b>	Maladie non transmissible
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>EPI</b>	Equipment de protection individuelle
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé

**Il est essentiel d'investir dans le système de santé pour une riposte efficace à la pandémie :** Malgré la mise en œuvre rapide par le Rwanda de mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19, le pays a été confronté à plusieurs difficultés au début, à cause des infrastructures inadéquates et d'une pénurie de personnel qualifié.

---

**La méthode des soins à domicile a permis d'alléger le fardeau des soins en établissement pendant la pandémie :** Mise en œuvre en septembre 2020, cette stratégie clé consistait à faire appel à des agents de santé communautaires (ASC) pour dispenser une éducation à la santé et surveiller les patients présentant des symptômes légers de COVID-19.

---

**L'intégration des médecins dans les équipes de soins à domicile a renforcé la riposte à la COVID-19 au Rwanda :** L'opération « Save the Neighbour », lancée en 2021, a intégré des médecins dans les équipes de soins à domicile. Elle a contribué à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients du COVID-19, renforcer le suivi des patients et offrir un soutien supplémentaire aux agents de santé communautaire au niveau des ménages.

---

**Le soutien permanent apporté aux agents de santé communautaire a facilité la mise en œuvre des modèles de soins à domicile :** Les agents de santé communautaires ont joué un rôle essentiel dans la mobilisation et la surveillance de la communauté. Cependant, ils ont été confrontés à des défis importants, notamment la peur, l'anxiété et une charge de travail écrasante. Pour soutenir ces agents de première ligne, une formation continue et un approvisionnement adéquat en ressources, y compris en équipements de protection individuelle (EPI), sont nécessaires.

### Problème

Le premier cas de COVID-19 au Rwanda a été signalé en mars 2020 et, malgré la mise en œuvre de mesures rapides, le nombre de cas n'a cessé d'augmenter. La pandémie a posé d'énormes problèmes au système de santé du pays, notamment l'épuisement des capacités en personnel de santé, l'insuffisance des infrastructures telles que les lits d'hôpitaux et les chambres ventilées, l'accès limité aux équipements de protection individuelle et la perturbation de la prestation des services de routine.

### Modèle de soins à domicile pour la prise en charge des patients COVID 19

Pour relever ces défis, le Rwanda a introduit un modèle de soins à domicile contre la COVID-19 en septembre 2020. Ce modèle a nécessité la formation des agents de santé communautaires à la prise en charge des cas bénins de COVID-19 en appui aux mesures de riposte existantes. Ces agents ont joué un rôle clé dans le dépistage du COVID-19, le suivi des patients, la mobilisation et l'éducation des communautés, et le soutien à la réintégration sociale des patients guéris du COVID-19 dans la communauté. En 2021, l'opération « Save the Neighbour », qui repose sur la collaboration entre les médecins, les auxiliaires de santé et d'autres parties prenantes, a été mise en place pour soutenir les soins à domicile.

### Impact

Cette politique a permis de réduire la pression sur le système de santé du pays. La participation des agents de santé communautaires à la lutte contre la COVID-19 a permis d'améliorer les canaux d'éducation et d'information, la surveillance, l'identification et la recherche des contacts, et de faciliter la mise en place de la stratégie de soins à domicile. Ensemble, ces activités ont considérablement réduit la propagation du virus COVID-19 et la charge de travail du personnel de santé et des infrastructures. Cette approche a contribué à la résilience du système de santé en tirant parti des services de santé existants proches de la communauté et de la participation de cette dernière à la lutte contre la pandémie.

### Conclusions

L'approche axée sur la communauté comprenait l'adaptation rapide des rôles et des responsabilités des agents de santé communautaires pour inclure des tâches liées à la pandémie. L'intégration de médecins dans les équipes de soins à domicile a permis de soutenir efficacement les agents de santé communautaires. Toutefois, la durabilité de ces approches, en particulier l'intégration des médecins dans les soins à domicile, mérite une analyse plus approfondie, compte tenu de la faible densité du personnel de santé dans le pays. Il est essentiel de relever des défis tels que l'inadéquation de la formation, l'impact psychologique, l'insuffisance de l'équipement de protection et la charge de travail excessive des agents de santé communautaires. Il importe également d'investir dans le renforcement des capacités à long terme de ces agents afin de relever les défis plus généraux du système de santé.

### Incidences politiques

Le rôle des agents de santé communautaires dans la riposte à la COVID-19 met en évidence l'importance des systèmes de santé communautaires dans la lutte contre les épidémies et le maintien des services existants. Il convient d'investir régulièrement et suffisamment dans le système communautaire pour garantir la résilience du système de santé et la préparation à la pandémie. Les domaines suivants revêtent une importance capitale pour les décideurs politiques : i) la planification et la préparation d'une formation régulière des agents de santé communautaires sur la préparation générale à la pandémie, la prévention, le traitement et la gestion ; ii) le soutien aux agents de santé communautaires dans l'exécution de leur travail en toute sécurité, par exemple par la fourniture du matériel nécessaire tels que les EPI ; et iii) l'association des parties prenantes à la résolution des problèmes de santé tels que les pandémies. Enfin, les données probantes suggèrent la mise en place d'un cadre de travail permettant le recours à l'opération « Save the Neighbour » pour les futures pandémies. Ce cadre devrait intégrer les autres professionnels de la santé que sont les infirmières, les sages-femmes, les psychologues et les nutritionnistes.

La maladie à nouveau coronavirus (COVID-19) a été signalée pour la première fois à Wuhan (Chine) en décembre 2019, puis déclarée pandémie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au début de 2020 (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Le Rwanda a signalé son premier cas le 14 mars 2020 et, le lendemain, le gouvernement rwandais a pris des mesures sans précédent, notamment la suspension des rassemblements publics et des restrictions sur les déplacements non nécessaires (Rwanda Prime Minister's Office, 2020).

Pour faciliter la mise en place d'un mécanisme de riposte et de coordination efficace, le gouvernement du Rwanda a créé une équipe multisectorielle composée du ministère de la Santé (MoH), du Centre biomédical du Rwanda, du ministère des Finances, de la police nationale du Rwanda, des autorités locales et des organisations non gouvernementales (ONG). Plusieurs centres de quarantaine, d'isolement et de traitement ont été mis en place à travers le pays pour prendre en charge les cas de COVID-19 (Nkeshimana et al. 2022). Cependant, l'augmentation rapide du nombre de cas, qui dépassait la capacité des centres de traitement, appelait à une solution plus durable pour alléger la pression sur le personnel et les infrastructures de santé déjà mis à rude épreuve (Rwanda Biomedical Centre, 2020).

En septembre 2020, le Rwanda a introduit un modèle de soins à domicile pour la gestion de la COVID-19. Ce modèle visait à réduire la charge de travail des établissements de santé en faisant appel à des agents de santé communautaires pour fournir des soins à domicile aux personnes présentant des symptômes légers (Rwanda Biomedical Centre, 2020). Ces agents ont en outre joué un rôle crucial dans d'autres activités de lutte contre la pandémie, notamment le dépistage, l'identification des cas, la recherche des contacts et l'éducation de la communauté. Au Rwanda, les agents de santé communautaires bénévoles servent officiellement à remédier à la pénurie de personnel de santé en fournissant des services de santé curatifs, préventifs et éducatifs de base. Ils sont chargés de diagnostiquer et de traiter le paludisme, la diarrhée et la pneumonie chez les enfants, de fournir des méthodes de planification familiale et d'organiser des séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) au sein de la communauté (Office rwandais de la gouvernance, 2017). En s'appuyant sur les structures communautaires existantes, les agents de santé communautaires ont joué un rôle clé dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 au Rwanda (Ballard et al. 2022).

### Questions clés

La présente note d'orientation présente les options politiques et les enseignements tirés de la participation des agents de santé communautaires à la prise en charge des cas de COVID-19 au niveau communautaire. Elle sert de source d'informations aux décideurs, aux chercheurs, aux responsables de la mise en œuvre des programmes et aux prestataires de soins de santé aux niveaux national et régional sur la manière de mieux planifier les futures pandémies et d'y riposter en tirant parti de cette catégorie d'agents de santé.

## Méthodologie

Cette note résume des données probantes provenant de sources accessibles au public, notamment des documents officiels publiés, des articles de revue, des sites Web d'institutions officielles et d'autres publications de littérature grise. Ces sources ont été examinées et analysées. La présente note résume les données disponibles sur la participation des agents de santé communautaires à la riposte à la COVID-19, les obstacles et les catalyseurs d'une mise en œuvre efficace du modèle de soins à domicile, et l'impact potentiel de la participation des agents de santé communautaires à cette pandémie et aux pandémies futures.

Le Rwanda connaît des difficultés considérables dans la fourniture efficace et équitable des services de santé, en partie à cause d'une pénurie de personnel de santé, exacerbée par des disparités géographiques importantes dans leur répartition.

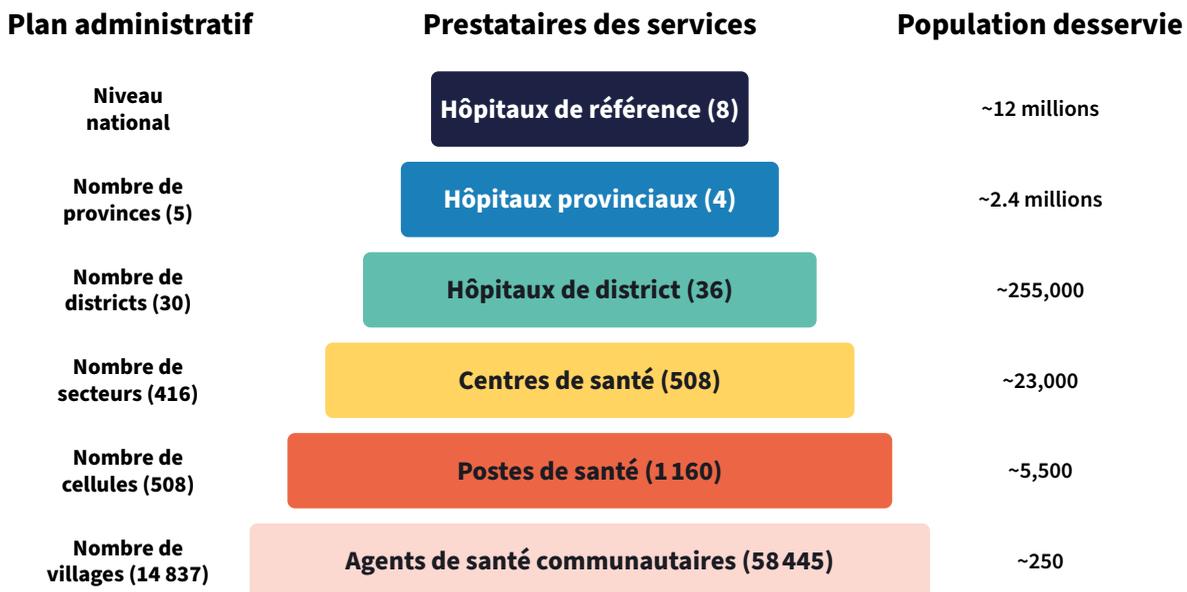
La densité des personnels de santé dans le pays est estimée à un médecin pour 8918 habitants, une infirmière pour 1420 habitants et une sage-femme pour 2889 femmes en âge de procréer. En d'autres termes, le pays compte 1,09 agent de santé pour 1 000 habitants, soit moins de la moitié de la recommandation de l'OMS (Ministère de la santé du Rwanda, 2018). Pour relever ces défis, le Rwanda a adopté une stratégie de soins de santé décentralisée. Les soins sont gérés au niveau du district. Les bureaux de santé des districts sont responsables des besoins, des installations et des services de santé de leurs populations respectives (Ministère de la santé du Rwanda, 2015).

Pour élargir l'accès aux services de soins de santé, le gouvernement du Rwanda a introduit le Programme de santé communautaire (PSC) en 1995 dans le cadre de la stratégie décentralisée (Ministère de la santé du Rwanda, 2013). Le programme de santé communautaire est mis en œuvre au niveau des villages, où les services de santé sont les plus proches de la population (voir la figure 1) (Office rwandais de la gouvernance, 2017). Il fait appel aux agents de santé communautaires qui jouent un rôle important dans la prestation des soins de santé primaires (Ministère de la santé du Rwanda, 2022). Sur le plan de la stratégie et de la supervision, le ministère de la Santé est chargé de concevoir des politiques, des stratégies et des lignes directrices, de mobiliser des ressources et de veiller à ce que les agents de santé communautaires soient bien formés. Au niveau du district, le « responsable de la santé communautaire » assure la gestion des activités des agents de santé communautaires et, dans chaque centre de santé, le « responsable de la santé communautaire » supervise les activités des agents de santé communautaires au niveau du village (Office rwandais de la gouvernance, 2017).

Environ 60 000 agents de santé communautaires sont répartis dans les 14 847 villages du Rwanda. Chaque village compte entre 100 et 250 ménages desservis par quatre agents de santé communautaires : une agente de santé maternelle (ASM), un binôme homme-femme et un agent de santé communautaire chargé des maladies non transmissibles (MNT). Les agentes de santé maternelle assurent la surveillance et le suivi des femmes enceintes et des soins aux nouveau-nés par le biais de visites à domicile (Niyigena et al., 2022). Les binômes offrent une gamme plus large de services, notamment le diagnostic et le traitement des maladies infantiles, les services antipaludiques, le dépistage de la malnutrition et la fourniture de contraceptifs. Tous les agents de santé communautaire, sous la direction de l'agent de santé communautaire final, sont chargés de sensibiliser la communauté aux maladies non transmissibles. Chaque village élit quatre personnes comme agents de santé communautaires à temps partiel, à titre bénévole et non rémunéré.

En plus de leurs tâches communautaires existantes, les agents de santé communautaires ont été enrôlés pour jouer un rôle crucial dans la lutte contre la COVID-19. Les sections suivantes soulignent la participation des agents de santé communautaire à la riposte COVID-19, et plus particulièrement leur rôle dans la prise en charge à domicile des patients atteints de cette maladie.

**Figure 1 :** Système de soins de santé au Rwanda



Source : Ministère de la santé du Rwanda (2015).

## Prise en charge de la COVID-19 avant l'introduction des soins à domicile

Le Rwanda a fait face à de nombreux défis dans la gestion du virus de la COVID-19 à ses premiers stades, notamment une infrastructure inadéquate pour soutenir les mesures requises de lutte anti-infectieuse, un approvisionnement limité en oxygène et une pénurie de personnel formé (Nkeshimana et al., 2022). Pour accroître la capacité des infrastructures physiques du système de santé, le gouvernement du Rwanda a alloué des fonds à la mise en place de centres de traitement et d'isolement des patients atteints de la COVID-19 et à l'achat d'équipements de dépistage (Karim et al., a). En février 2020, le premier centre de traitement de la COVID-19 a été réaffecté du centre de santé de Kanyinya, dans la ville de Kigali, avec 75 lits au sol et huit lits en unité de soins intensifs (USI) pour la prise en charge des patients dans les unités isolées (Karim et al., a). Deux semaines plus tard, un hôtel de la province orientale, près de Kigali, a également été réaffecté en tant que centre de traitement de la COVID-19 avec 126 lits au sol et huit lits en unité de soins intensifs (Karim et al., 2021). Pendant la pandémie, les 80 hôpitaux publics du Rwanda ont réservé deux lits pour l'isolement des patients sous investigation et le traitement de la COVID-19.

En mars 2020, le ministère de la santé a publié les premières lignes directrices sur la prise en charge clinique de la COVID-19, y compris une directive stipulant que tous les cas suspects et confirmés doivent être transférés dans des centres spécialisés de traitement de la COVID-19 (Ministère de la santé du Rwanda, 2020). Cependant, la transmission communautaire a rapidement augmenté, passant de 431 cas en juin à 4840 cas en septembre 2020 (Rwanda Biomedical Centre, 2020). Pour faire face à cette pression croissante, des établissements de santé supplémentaires ont été transformés en centres de traitement COVID-19. Cette mesure a toutefois eu un impact négatif sur la continuité des autres services de santé pendant la pandémie (Centre biomédical du Rwanda, 2020).

## Mise en œuvre de la stratégie des soins à domicile contre la COVID-19

En septembre 2020, le gouvernement rwandais a introduit un modèle de soins à domicile contre le virus COVID-19. Il s'agissait de mobiliser les structures communautaires afin d'alléger la pression sur le système de santé. Dans le cadre de ce modèle, les patients suspects ou confirmés, asymptomatiques ou présentant des symptômes bénins, ont été traités à leur domicile, le suivi et les soins étant en grande partie assurés par les agents de santé communautaires. Lors de la mise en place du système de soins à domicile, environ 70 % des cas de COVID-19 étaient bénins ou asymptomatiques et ne nécessitaient qu'un isolement et une prise en charge (Rwanda Biomedical Centre, 2020).

Pour réduire davantage la charge de travail des établissements de santé et sauver des vies, l'opération « Save the Neighbour » a été incorporée dans le modèle de soins à domicile en 2021. Dans ce cadre, les médecins ont intégré les équipes de soins à domicile pour soutenir la prise en charge des cas de COVID-19 dans leurs collectivités locales. L'adoption d'une technologie permettant de cartographier les patients a facilité l'association des médecins et des agents de santé communautaires selon leur localisation géographique (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2022). Cette initiative a réuni différentes parties prenantes au niveau communautaire, notamment le personnel administratif du district, le District Joint Action Development Forum (plateforme multipartite pour le développement socio-économique durable et la prestation de services aux communautés), les médecins et les agents de santé communautaires (Office rwandais de la gouvernance).

## Rôles des agents de santé communautaires dans les soins à domicile contre la COVID-19

Dès le début de la pandémie, les agents de santé communautaires ont joué un rôle clé dans la promotion d'une détection plus large et plus rapide des cas, en particulier dans les zones rurales, ainsi que dans la recherche et la surveillance des contacts. Ils ont aussi joué un rôle essentiel dans toute une série d'activités liées à la pandémie, notamment le dépistage, l'orientation-recours des cas, les activités d'éducation communautaire, la lutte anti-infectieuse et la communication interpersonnelle (Niyigen et al. 2022). Ils ont également établi un lien entre les communautés et le système de soins de santé et soutenu la prise en charge des cas bénins de COVID-19 à domicile (Rwanda Biomedical Centre, 2020). Dans le cadre des soins à domicile, les agents de santé communautaires surveillaient la température des patients et mesuraient les niveaux d'oxygène à l'aide d'oxymètres de pouls. Lorsque cela s'avérait nécessaire, ils contactaient le centre de santé ou le poste de commandement du secteur afin d'entamer un processus de transfert vers l'établissement de santé désigné pour les soins intensifs. Ces agents dispensaient également une éducation sanitaire sur le contrôle et la prévention des infections à tous les membres de la famille, en particulier à ceux qui s'occupaient directement des patients COVID-19 à la maison (Rwanda Biomedical Centre, 2020).

La stigmatisation sociale des patients testés positifs à la COVID-19 a été documentée dans de nombreux contextes (Chew et al., 2021). Au Rwanda, les agents de santé communautaires ont joué un rôle actif dans la réintégration sociale des cas guéris afin d'atténuer cette stigmatisation dans les communautés par le biais de la sensibilisation et de l'éducation. Ils se sont servi de téléphones et d'outils numériques pour effectuer un suivi en temps réel de l'état de santé des patients, et ont partagé des rapports quotidiens via un numéro WhatsApp™ national (Karim et al., 2021b). Pour s'acquitter efficacement de ces responsabilités, les agents de santé communautaires ont reçu une formation sur les activités liées à la pandémie (Tsiouris et al., 2021).

## Difficultés liées à la mise en œuvre du modèle de soins à domicile

Les soins à domicile liés au COVID-19 ont constitué une nouvelle responsabilité pour les agents de santé communautaires. Nombre d'entre eux ont rencontré des difficultés dans l'accomplissement de leurs tâches. Les principales difficultés signalées étaient la peur et l'anxiété de contracter le virus en s'occupant des patients atteints du COVID-19, étant donné le nombre limité des équipements de protection individuelle (Niyigena et al., 2022). Une autre difficulté importante signalée dans d'autres pays, comme le Nigeria, était l'inadaptation des équipements de protection individuelle (EPI) (Ajisegiri WS. et al., 2022).

En plus des préoccupations liées à la sécurité, les agents de santé communautaires ont dû faire face à une charge de travail accrue en raison des activités supplémentaires liées à la COVID-19. Cette situation est venue alourdir la charge de travail existante, réduisant ainsi la capacité des agents de santé communautaires à fournir des services efficaces, aussi bien pour la COVID-19 que pour les activités de routine (Niyigena et al., 2022). La surcharge de travail était déjà un problème persistant pour les agents de santé communautaires avant l'apparition de la pandémie. Elle affecte négativement leur capacité à répondre aux besoins de leurs ménages et à s'engager dans d'autres activités génératrices de revenus, nécessaires à leur développement personnel puisqu'ils ne sont pas rémunérés pour leurs services (Condo et al., 2014). Ce constat a également été fait dans d'autres pays tels que le Nigeria (Olateju Z et al., 2022), l'Afrique du Sud, l'Ouganda (Nachega, Jean B et al., 2021) et le Kenya (Salve, S et al., 2021). En outre, les agents de santé communautaires ont fait état d'une réduction du soutien à leur formation, du matériel comme les torches de nuit et les imperméables, et de la supervision de leurs activités de routine — des problèmes qui ont été exacerbés par la pandémie (Niyigena et al., 2022).

Le Rwanda a réagi rapidement à l'évolution des besoins liés à la COVID-19 par le biais de stratégies communautaires visant à minimiser l'impact de la pandémie et la perturbation des services de routine. Toutefois, les difficultés observées auraient pu être atténuées par une meilleure préparation des agents de santé communautaires et de la communauté grâce à une formation ciblée, à la sensibilisation de la communauté et à la fourniture de ressources suffisantes telles que les EPI. Plus généralement, pour mieux promouvoir la résilience, le rôle des ASC dans la préparation et la riposte aux pandémies pourrait être mieux reconnu, en particulier leur rôle dans l'amélioration de l'accès équitable aux services de santé au niveau communautaire et dans la communication des messages clés de santé et de prévention (Boyce et al., 2019). Une meilleure préparation aux pandémies, y compris la planification et la formation, pourrait améliorer la contribution des agents de santé communautaires à l'atténuation des risques et à l'endiguement des urgences de santé publique.

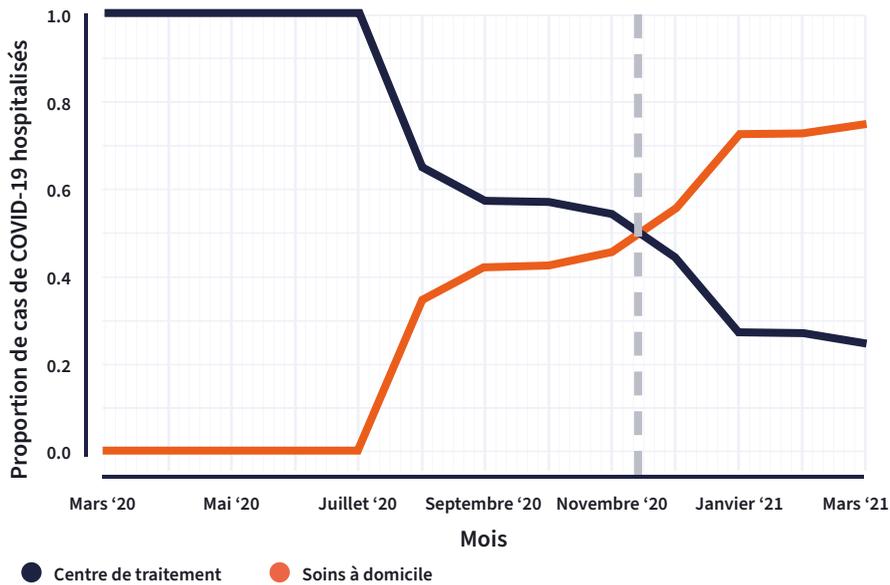
## Impact de la participation des agents de santé communautaires formés à la gestion de la COVID-19 et à la restructuration du système de santé

Bien que les agents de santé communautaires aient fait état d'une lourde charge de travail liée à leurs tâches courantes en matière de soins de santé communautaires (Schurer et al., 2020), leur participation à la gestion de la pandémie de COVID-19 a aidé à combler les lacunes en matière de capacités du personnel de santé et à améliorer la riposte du système de santé à la pandémie. En outre, la décentralisation des soins liés à la COVID-19 par le biais des agents de santé communautaires a contribué à améliorer l'équité et à rapprocher les services, en particulier des personnes vivant dans des lieux reculés et à domicile.

Dans les deux semaines qui ont suivi l'introduction des soins à domicile, des changements notables ont été observés dans la prise en charge de la COVID-19 au niveau communautaire (Figure 2). La couverture des visites à domicile est passée de 30 % à 92 %, et la saturation en oxygène de 82 % des patients recevant des soins à domicile était régulièrement surveillée, ce qui facilitait une orientation précoce vers des services spécialisés et diminuait le nombre de décès (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2022). En mars 2022, environ 98 % des cas confirmés cumulés de COVID-19 étaient pris en charge à domicile, principalement par des agents de santé communautaires.

L'engagement des agents de santé communautaires a permis d'alléger la pression sur un système de santé stressé et d'améliorer potentiellement sa préparation à de futures épidémies. Les agents de santé communautaires sont désormais formés à un éventail de mesures de prévention des infections, notamment l'éducation et la mobilisation communautaires. Ils ont fourni des informations sur les risques d'infection individuels et locaux et encouragé les changements de comportement au sein des communautés pour la prévention contre l'infection, notamment la distanciation sociale, le port de masques et les mesures d'hygiène. Les informations ont ainsi pu être diffusées rapidement au sein de la communauté, ce qui a permis d'assurer sa participation à la riposte, et à la gestion de la pandémie. Le tableau 1 donne un aperçu des rôles et responsabilités des agents de santé communautaires, des facteurs favorables et des défis, ainsi que de leur impact sur la riposte à la COVID-19.

**Figure 2 :** Proportion de cas de COVID-19 admis au fil du temps dans les centres de soins et de traitement à domicile



**Source :** Image prise/adaptée de Nkeshimana et al., 2022

## Constatations et conclusion

La riposte du Rwanda à la pandémie de COVID-19 a démontré l'importance d'approches novatrices et adaptées pour la prestation des services de santé. Le recours aux structures communautaires existantes, en particulier aux agents de santé communautaires, et la gestion de la COVID-19 à domicile ont joué un rôle déterminant dans la riposte du Rwanda. Le modèle de soins à domicile a non seulement rapproché les services des personnes, mais a également réduit la pression sur le système de santé, garantissant la continuité des services de santé de routine.

Pour aider les agents de santé communautaires à fournir des services de soins de santé, les médecins ont été intégrés dans les équipes de soins à domicile et ont bénéficié du soutien et de l'expertise nécessaires. Si l'impact de ces stratégies après la pandémie n'a pas été évalué, les éléments factuels issus des documents synthétisés dans la présente note d'orientation laissent penser que ces mesures ont été efficaces pour soutenir la riposte à la pandémie au Rwanda. Toutefois, la durabilité de ces approches, en particulier l'intégration des médecins dans les soins à domicile, mérite une analyse plus approfondie, compte tenu de la faible densité du personnel de santé dans le pays. Les résultats de cette analyse soulignent également la nécessité d'une meilleure planification pour améliorer les compétences des agents de santé communautaires, leur fournir les EPI et autres matériels nécessaires et pour intégrer en temps utile de multiples parties prenantes afin de répondre aux besoins en matière de pandémie.

Si le rôle des agents de santé communautaires dans la riposte à la pandémie et la fourniture de services liés à la pandémie au niveau communautaire a été positif, il n'en reste pas moins qu'il s'est heurté à des difficultés qui doivent être résolues, notamment la lourdeur de la charge de travail et le manque de ressources. Il est clair que l'investissement dans le renforcement des capacités des agents de santé communautaires présente des avantages à long terme et peut également permettre de relever d'autres défis au sein du système de soins de santé. Enfin, grâce à une approche multipartite adoptée en temps voulu, la riposte à la pandémie a été efficace au Rwanda.

**Tableau 1 :** Agents de santé communautaires pour les soins à domicile contre la COVID-19

Rôles et responsabilités	Facteurs de facilitation	Défis	Impact
Responsabilités spécifiques des agents de santé communautaires dans le cadre du modèle de soins à domicile	Formation sur des responsabilités supplémentaires telles que l'identification des symptômes de la COVID-19, la mesure des signes vitaux et l'éducation des ménages touchés	Charge de travail accrue du fait des responsabilités liées à la pandémie	Dans les 2 semaines suivant l'introduction du modèle :
Renvoi des cas en cours d'aggravation		Peur de l'infection par le virus de la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du taux de visites à domicile de 30 % à 92 %</li> <li>• Suivi régulier de la SpO2 pour 82 % des personnes soignées à domicile</li> </ul>
Grâce au modèle et à l'opération « Save the Neighbour », les agents de santé communautaires ont assuré le suivi quotidien des signes vitaux des patients de COVID-19, y compris la SpO2 (au domicile des patients).	Soutien au médecin traitant (lié à un agent de santé communautaire spécifique)	Difficultés d'accès aux EPI et aux installations d'assainissement	Au mois de mars 2022 :
	Outils numériques accessibles via un smartphone pour une détection plus large et plus rapide des cas	Difficulté à poursuivre les activités de routine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement à domicile de 98 % des cas confirmés cumulés de COVID-19</li> <li>• Amélioration des connaissances et de la sensibilisation de la communauté à la transmission de la COVID-19</li> </ul>
Éducation de tous les membres de la famille à la lutte anti-infectieuse	Rapport quotidien via le numéro national de l'application WhatsApp	Stigmatisation liée à la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la collaboration entre les médecins, les agents de santé communautaires et d'autres parties prenantes.</li> </ul>
Sensibilisation et éducation de la communauté	Dotations des agents de santé communautaires d'un kit de fournitures et de matériel de communication.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure équité dans la riposte, avec la couverture des zones rurales</li> </ul>
Compte-rendu quotidien			

La présente note d'orientation met en évidence les domaines clés qui pourraient être renforcés pour promouvoir la résilience du programme des agents de santé communautaires du Rwanda en réponse aux crises de santé publique actuelles et futures :

### **Investissement dans l'éducation, la formation et la supervision des agents de santé communautaires**

Les décideurs politiques devraient planifier la formation continue des agents de santé communautaires sur la prévention, le traitement et la prise en charge des maladies pandémiques et infectieuses. La formation devrait couvrir le dépistage, le triage, l'isolement, le traitement et la notification. Cette formation sur la préparation aux pandémies dotera les agents de santé communautaires des compétences nécessaires pour atténuer les futures pandémies et urgences de santé publique. Les programmes d'éducation et de formation pourraient s'appuyer sur les rôles joués par les agents de santé communautaires dans la riposte contre la COVID-19, notamment la mobilisation sociale et la diffusion d'informations sur la santé, la contribution à la surveillance des maladies et le comblement des lacunes en matière de services de santé lors des épidémies.

### **Institutionnalisation des soins à domicile et de l'opération « Save the Neighbour »**

L'initiative Save the Neighbour a joué un rôle crucial dans la lutte contre la COVID-19 dans le cadre du modèle de soins à domicile. Il est nécessaire d'établir un cadre de travail qui associe d'autres professionnels de la santé, comme le personnel infirmier, les sages-femmes et les nutritionnistes, à de telles initiatives à des fins de santé publique et pour les futures pandémies.

### **Capitalisation sur une approche axée sur la communauté**

Le groupe de travail conjoint et la coordination au niveau communautaire rwandais ont permis de diffuser rapidement des informations et de sensibiliser la communauté à la COVID-19. Pour relever durablement tout défi posé par les pandémies à l'avenir, les décideurs devraient faire participer les membres des communautés et d'autres parties prenantes sectorielles à la lutte contre les pandémies et les épidémies.

### **Atténuation du risque d'infection des agents de santé communautaires**

Les décideurs devraient s'efforcer de fournir aux agents de santé communautaires des équipements de protection individuelle (EPI) tels que des gants, des blouses et des masques, car leur travail comporte de sérieux risques d'infection, en particulier dans le cadre de la prise en charge à domicile de pathologies comme la COVID-19. Les plans d'approvisionnement des établissements de santé publique devraient inclure du matériel de protection pour les agents de santé communautaires.

Ajisehiri WS, Odusanya OO & Joshi R. (2020). COVID-19 outbreak situation in Nigeria and the need for effective engagement of community health workers for epidemic response.

Ballard M, Johnson A, Mwanza I, et al. (2022). Community health workers in pandemics: evidence and investment implications. *Glob Health Sci Pract.*; 10(2): e2100648. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.9745/pamj.21-00648>

Boyce, M.R. et Katz, R.(2019). Community health workers and pandemic preparedness: current and prospective roles. *Frontiers in public health* 62;6:302.

Chew, C. C., Lim, X. J., Chang, C. T., Rajan, P., Nasir, N., & Low, W. Y. (2021). Experiences of social stigma among patients tested positive for COVID-19 and their family members: a qualitative study. *BMC public health* 21;1:1–11. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/S12889-021-11679-8/TABLES/2>

Condo, J., Mugeni, C., Naughton, B., Hall, K., Tuazon, M.A., Omwega, A., Nwagwe, F., Drobac, P., Hyder, Z., Ngabo, F. and Binagwaho, A. 2014. Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. *Human resources for health*, 12(1), p.1 à 7.

Karim, N., Jing, L., Austin Lee, J., Kharel, R., Lubetkin, D., Clancy, C. M., Uwamahoro, D., Nahayo, E., Biramahire, J., Aluisio, A. R., & Ndebwanimana, V. (2021). Lessons learned from Rwanda: innovative strategies for prevention and containment of COVID-19. *Annals of Global Health*, 87(1), 1–9. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.5334/AOGH.3172/METRICS/>

Nachega, J. B., Atteh, R., Ihekweazu, C., Sam-Agudu, N. A., Adejumo, P., Nsanzimana, S., Rwagasore, E., Condo, J., Paleker, M., Mahomed, H. and Suleman, F. (2021). Contact tracing and the COVID-19 response in Africa: best practices, key challenges, and lessons learned from Nigeria, Rwanda, South Africa, and Uganda. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104 (4), p.1179.

Niyigena, A., Girukubonye, I., Barnhart, D. A., Cubaka, V. K., Niyigena, P. C., Nshunguyabahizi, M., Mukamana, B., Kateera, F., & Bitalabehe, F. A. (2022). Rwanda's community health workers at the frontline: a mixed-method study on perceived needs and challenges for community-based health care delivery during COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 12, 55,119. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-055119>

Nkeshimana, M., Igiraneza, D., Turatsinze, D., Niyonsenga, O., Abimana, D., Iradukunda, C., Bizimana, E., Muragizi, J., Mumporeze, L., Lussungu, L., Mugisha, H., Mgamb, E., Bigirimana, N., Rwagasore, E., Gatere, S., Mugabo, H., Nsekuye, O., Semakula, M., Sendegeya, A., Nsanzimana, S. (2022). Experience of Rwanda on COVID-19 case management: from uncertainties to the era of neutralizing monoclonal antibodies. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol. 19, Page 1023, 19(3), 1023. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3390/IJERPH19031023>Rwanda Biomedical Centre. (2020). Situation report on novel Coronavirus disponible à l'adresse suivante : <https://www.rbc.gov.rw/index.php?id=717>

Olateju Z, Olufunlayo T, MacArthur C, Leung C, Taylor B. (2022) Community health workers experiences and perceptions of working during the COVID-19 pandemic in Lagos, Nigeria – a qualitative study. *PLoS ONE* 17(3): e0265092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265092>

Rwanda Governance Board. (n.d.). Joint Action Development Forum-JADF. Consulté le 19 août 2022, disponible à l'adresse suivante : <https://www.rgb.rw/1/governance-and-service-delivery/joint-action-development-forumjadf>

Rwanda Biomedical Centre. (2020). Home-based isolation and care guidelines for patients with COVID-19.

Rwanda Governance Board. (2017). Rwanda Community Health Workers Programme: 1995–2015, 20 years of building healthier communities. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.rgb.rw/fileadmin/user\\_upload/RGB/Publications/HOME\\_GROWN\\_SOLUTIONS/Rwanda\\_Community\\_Health\\_Workers\\_Programme\\_2017.pdf](https://www.rgb.rw/fileadmin/user_upload/RGB/Publications/HOME_GROWN_SOLUTIONS/Rwanda_Community_Health_Workers_Programme_2017.pdf)

Ministry of Health, Rwanda 2019. (2020). COVID-19 Clinical management guidelines 3rd Edition.

Ministry of Health, Rwanda 2019. (2015). Health Sector Policy. Kigali, Rwanda:

Ministry of Health, Rwanda 2019. (2018). Fourth Health Sector Strategic Plan, July 2018– June 2024. Kigali, Rwanda:

Rwanda Prime Minister's Office. (2020) Cabinet\_Communique -1 April 2020

Ministry of Health, Rwanda 2019. (2021). Rwanda COVID-19 National Response Plan. [https://www.rbc.gov.rw/fileadmin/user\\_upload/annoucement/National%20Response%20Plan.pdf](https://www.rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/annoucement/National%20Response%20Plan.pdf)

Ministry of Health, Rwanda 2019. (2022). Health Sector Annual Performance Report 2020–2021. <https://www.moh.gov.rw/index.php?elD=dumpFile&t=f&f=36820&token=2e1aac6615a585b990697f58e2915ee3ee2c6f9a>

Salve, S., Raven, J., Das, P., Srinivasan, S., Khaled, A., Hayee, M., Olisenekwu, G. and Gooding, K. (2021). Community health workers and Covid-19: Cross-country evidence on their roles, experiences, challenges and adaptive strategies. PLOS Global Public Health, 3(1), p.e0001447

Schurer, J. M., Fowler, K., Rafferty, E., Masimbi, O., Muhire, J., Rozanski, O., & Amuguni, H. J. (2020). Equity for health delivery: Opportunity costs and benefits among community health workers in Rwanda. PLOS ONE, 15(9), e0236255. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0236255>

Tsiouris, F., Hartsough, K., Poimbouef, M., Raether, C., Farahani, M., Ferreira, T., Kamanzi, C., Maria, J., Nshimirimana, M., Mwanza, J., Njenga, A., Odera, D., Tenthani, L., Ukaejiofo, O., Vambe, D., Fazito, E., Patel, L., Lee, C., Michaels-Strasser, S., & Rabkin, M. (2021). Responding to COVID-19 by building health workforce capacity across eleven countries in sub-Saharan Africa. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.21203/RS.3.RS-1001312/V1>

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. (2022). How home-based care eased Rwanda's COVID-19 response. Consulté le 13 juillet 2022 à l'adresse suivante : <https://www.afro.who.int/news/how-home-based-care-eased-rwandas-covid-19-response>

Organisation mondiale de la Santé, (2020). Archivé : WHO timeline–COVID-19. Consulté le 13 juillet 2022 à l'adresse suivante : <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline-COVID-19>

