

Partage et délégation des tâches:

Optimiser le personnel des soins de santé primaires afin d'améliorer la prestation de services pour lutter contre les maladies non transmissibles au Kenya

Benjamin Tsofa
Joshua Munywoki

Fatuma Guleid
Jacinta Nzinga

Lucy Kanya



Partage et délégation des tâches :

Optimiser le personnel des soins de santé primaires afin d'améliorer la prestation de services pour lutter contre les maladies non transmissibles au Kenya

Benjamin Tsofa
Joshua Munywoki

Fatuma Guleid
Jacinta Nzinga

Lucy Kanya

Partage et délégation des tâches: optimiser le personnel des soins de santé primaires afin d'améliorer la prestation de services pour lutter contre les maladies non transmissibles au Kenya

ISBN : 9789290313915

© 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. Tsofa B, Munywoki J, Guleid F, Nzinga J, et Kanya L. Partage et délégation des tâches: optimiser le personnel des soins de santé primaires afin d'améliorer la prestation de services pour lutter contre les maladies non transmissibles au Kenya. 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 rédacteurs remercient les réviseurs externes, à savoir Anthony Etyang et Jemima Kamano, pour leurs commentaires sur la présente note d'orientation et l'expertise qu'ils y ont apportée. La note d'orientation a également été révisée en interne par Serge Bataliack, Aminata Seydi, Sokona Sy et Ebongue Mbondji (OMS/AFRO), Suszy Lessof et Sherry Merkur (EUROOBS), Logan Brenzel (BMGF), Lesong Conteh, Beth Kreling, Charles Ebikeme et Bryony Simmons (LSE), et Alex Njeru, Edwine Barasa, Kui Muraya, David Gathara, Emelda Okiro, and Samson Kinyanjui (KEMRI Wellcome Trust, Kenya); et Brendan Kwesiga (WHO Kenya Country office) pour le compte des partenaires de l'AHOP.

Données : Nous tenons à remercier le ministère de la Santé du Kenya et le Bureau national des statistiques du Kenya pour leur contribution aux données nécessaires à la rédaction de cette note.

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 : Arete / Albert Gonzalez Farran, Health Policy Plus, 2019.

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

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

Adresse électronique : l'équipe d'AFRO : afrgoahop@who.int; partenaires techniques : ahop@lse.ac.uk

Twitter : @AHOPPlatform



KEMRI Wellcome Trust



Ce programme est soutenu par la Fondation Bill & Melinda Gates.

Contenu

vi	Messages clés
vii	Résumé d'orientation
1	Introduction
3	Contexte
7	Intégration des soins de lutte contre les maladies non transmissibles dans le système de soins de santé primaires
12	Conclusion
17	Références

Liste des Abréviations

USC	Unité de santé communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
MCV	Maladie cardiovasculaire
AS	Agent de santé
RPS	Ressources humaines pour la santé
MS	Ministère de la santé
MNT	Maladie non transmissible
ASNM	Agent de santé non médecin
SSP	Soins de santé primaires
PDT	Partage et délégation des tâches
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WHO PEN	Ensemble d'interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans un contexte de ressources limitées.

L'intégration des soins de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les soins de santé primaires (SSP) est essentielle pour faire face au fardeau de ces maladies ; Cette démarche pourrait améliorer la promotion de la santé et l'accès à un diagnostic précoce des maladies non transmissibles et faciliter leur prise en charge continue au niveau de la population ; L'intégration réussie des MNT nécessite à la fois des investissements dans le système de santé et la réorientation des SSP, pour passer d'une approche axée sur les maladies infectieuses à une approche systémique qui prend en compte les soins liés aux MNT ;

Renforcer les compétences des ressources humaines pour la santé (RPS) est essentiel à la réorganisation du système des soins de santé primaires. La disponibilité, la capacité et la répartition adéquates des personnels de santé sont essentielles ;

Le partage et la délégation des tâches (PDT) est une intervention efficace pour face aux défis rencontrés par les personnels de santé. Le partage des tâches cliniques avec les agents de santé non-médecins (ASNM), tels que les infirmiers et agents de santé communautaires (ASC) ou la délégation de certaines tâches à ces derniers pourraient permettre de renforcer les compétences des personnels de santé pour qu'ils puissent intégrer les soins de lutte contre les MNT au niveau des soins de santé primaires.

Il est nécessaire d'avoir un cadre juridique et réglementaire favorable et une formation appropriée des ASNM pour appuyer le partage et la délégation de tâches. La formation et l'appui en cours de travail aux ASNM sont les principaux facteurs de réussite du partage et de la délégation des tâches. Les obstacles sont l'absence d'un cadre juridique et réglementaire pour les nouveaux rôles que les ASNM assument, tels que la prescription de médicaments et autres responsabilités au sein du système de santé.

Pour faire face au fardeau que représentent les maladies non transmissibles au Kenya, il faut restructurer le système de santé. Le fardeau des maladies non transmissibles continue de s'alourdir et compromet les ambitions du pays concernant la mise en place de la couverture sanitaire universelle. En 2019, plus d'un tiers des décès enregistrés au Kenya étaient imputables aux maladies non transmissibles. Quatre principales maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les affections respiratoires chroniques, représentaient 57 % de ces décès.

La lutte contre les maladies non transmissibles passe par la mise en place des services en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement curatif et palliatif tout au long de la vie. Des systèmes de santé fragiles et ceux qui sont structurés autour des maladies infectieuses ou transmissibles ne peuvent pas offrir ces services de façon adéquate, étant donné la nature chronique des maladies non transmissibles et leur dépendance à long terme à l'égard du système de santé. Par conséquent, tout le système de santé doit être restructuré pour passer de la simple fourniture de soins aigus de manière épisodique à l'intégration d'un continuum de services de lutte contre les maladies non transmissibles fournis au fil du temps.

L'intégration des soins de lutte contre les MNT dans les soins de santé primaires est sous-utilisée au Kenya

L'intégration des soins de lutte contre les MNT dans le système de SSP offre une grande opportunité, puisque les SSP constituent le point d'entrée pour la plupart de gens dans le système de santé. Des études montrent que les services de lutte contre les MNT peuvent être assurés au niveau des SSP avec de bons résultats. Cependant, ce modèle est sous-utilisé au Kenya, et ce pour plusieurs raisons :

- l'accès aux soins est inéquitable, la plupart des services étant disponibles dans des établissements privés et principalement dans des zones urbaines ;
- l'approvisionnement en médicaments essentiels contre les MNT est irrégulier ;
- les systèmes d'information sanitaire sont faibles ;
- un nombre limité d'établissements disposent de la pleine capacité pour fournir les services de lutte contre les MNT ;
- les agents de santé sont peu nombreux, en particulier dans les zones rurales.

Cela signifie qu'un système national coordonné et intégré de prestation de service pour lutter contre les MNT par le biais des SSP nécessitera un renforcement considérable du système actuel de SSP.

Le personnel de SSP, levier important pour le renforcement des SSP

Une évaluation des progrès réalisés par les pays africains, y compris le Kenya, dans l'intégration des soins de lutte contre les MNT dans les SSP a révélé que les pays devaient, entre autres facteurs, renforcer considérablement les capacités de leurs ressources humaines pour la santé. Au Kenya, le personnel de santé est confronté à une multitude de difficultés, notamment de graves pénuries et une mauvaise répartition, ce qui entraîne un accès inéquitable aux soins pour la majeure partie de la population. L'intégration des soins de lutte contre les MNT dans les SSP pourrait entraîner une nette augmentation de la charge de travail des personnels existants et par conséquent, accroître la pression sur une main d'œuvre déjà confrontée à des difficultés majeures. Des approches innovantes sont nécessaires pour accroître et optimiser rapidement les ressources humaines pour la santé pour prendre afin qu'elles puissent intégrer les soins de lutte contre les MNT au niveau des SSP.

Le partage et la délégation des tâches : interventions efficaces pour optimiser les ressources humaines pour la santé dans le cadre de la lutte contre le fardeau des MNT

Le partage et la délégation des tâches (PDT) peuvent optimiser les ressources humaines pour la santé en augmentant l'efficacité des agents de santé disponibles. Grâce au PDT, les tâches spécifiques normalement effectuées par un médecin sont partagées ou déléguées à des professionnels de la santé de niveau différent ou inférieur ou à des personnes n'ayant pas reçu de formation formelle dans le domaine de la santé, mais qui sont spécifiquement formées à ces tâches. Des études sur l'efficacité du PDT dans les services de lutte contre les MNT au niveau des SSP révèlent que les ASNM, en l'occurrence des infirmiers et des agents de

santé communautaire (ASC), sont efficaces dans l'accomplissement des tâches telles que la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic et le traitement des MNT, avec de bons résultats sur le plan sanitaire. Les principaux facteurs favorisants identifiés sont la formation des ASNM et la mise à leur disposition d'outils d'appui au travail, tels que les lignes directrices sur le traitement et l'orientation-recours, ainsi que la supervision. Les obstacles sont l'absence de cadres juridiques et réglementaires pour encadrer les nouveaux rôles que les ASNM assument, tels que la prescription et la délivrance de médicaments et autres difficultés au sein du système de santé.

Pour appuyer la mise en œuvre du PDT au niveau du système de santé, des programmes pilotes adaptés sont nécessaires pour déterminer sa faisabilité et sa mise à l'échelle. Des cadres juridiques et réglementaires doivent être mis en place pour régir les rôles élargis des agents de santé et garantir l'efficacité et la sécurité du PDT. Il est important que les modèles de PDT soient rigoureusement documentés et évalués pour savoir ce qui fonctionne et dans quelles circonstances. Par ailleurs, les interventions en faveur des ressources humaines pour la santé ayant des répercussions sur l'ensemble du système de santé, elles doivent être envisagées sous l'angle des systèmes.

Plus d'un tiers des décès survenus au Kenya en 2019 ont été attribués aux MNT (Vos et al., 2020). Les quatre principales maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les affections respiratoires chroniques, représentaient 57 % de ces décès. En outre, l'impact économique direct et indirect des MNT est considérable. Le Kenya aurait perdu 230 milliards de shillings kényans, soit 3,4 % de son produit intérieur brut en 2016, à cause de l'augmentation des coûts médicaux associés aux MNT et des pertes de productivité indirectes. Au niveau des ménages, une baisse estimée à 28,6 % de revenus imputables aux MNT a été annoncée en 2007 (Mwai & Muriithi, 2016; Mensah et al., 2020). Par conséquent, la prévention et la prise en charge des MNT constituent des priorités de santé publique et économique de premier plan.

Pour lutter contre les MNT, il faut s'attaquer à leurs facteurs de risque et s'assurer de leur dépistage précoce et de leur prise en charge en temps utile et de manière appropriée. Pour ce faire, il est nécessaire de fournir des services bien conçus et présentant un bon rapport coût-efficacité, hautement coordonnés à tous les niveaux du système de santé. L'adoption d'une approche intégrée de prestation de services de santé est essentielle pour assurer la pérennité de l'offre de ces services. Toutefois, cela nécessite un changement de paradigme dans les systèmes de prestation de services, partant de la prise en charge séparée ou verticale des MNT à une prestation de services holistique pour des groupes de maladies, de manière intégrée.

Différents modèles intégrés de prestation de services de soins de santé sont déjà utilisés au Kenya. Il s'agit notamment de l'intégration des services dans les programmes verticaux existants et de l'approche plus « systémique » d'intégration des services dans les SSP. Au niveau des programmes verticaux, on peut citer l'intégration de la planification familiale aux soins de prise en charge de l'infection à VIH, des soins de prise en charge des MNT aux services de prise en charge de l'infection à VIH et des services de prise en charge de l'infection à VIH aux soins de prise en charge de la tuberculose (Gupta et al., 2014; Legido-Quigley et al., 2013; Narasimhan et al., 2019; Warren et al., 2017; Adeyemi et al., 2021; McCombe et al., 2022). Au niveau du système, les services sont assurés en intégrant les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires, ce qui permet aux patients de passer d'un niveau à l'autre, en fonction de leurs besoins. Cette approche est décrite dans l'ensemble de mesures essentielles pour la santé au Kenya, qui comprend la fourniture des services de lutte contre les MNT, de la promotion de la santé à la prise en charge des maladies, en passant par l'orientation-recours des patients.

Les évaluations des différentes approches intégrées de prestation de services de lutte contre les MNT indiquent que leur efficacité varie (Hyle et al., 2014; Njuguna et al., 2018; Mwangomba et al., 2018; Narain, 2011). Par exemple, des études faites dans différents pays à revenu faible et intermédiaire montrent que l'intégration verticale des MNT dans la prestation de services de prise en charge de l'infection à VIH peut augmenter la fidélisation et l'adhésion aux soins (Duffy et al., 2017; Janssens et al., 2007; Osetinsky et al., 2019). Cependant, cette approche contribue également à la création d'un ensemble fragmenté de programmes isolés ou cloisonnés qu'il est difficile de mettre à l'échelle, en raison des faiblesses plus larges du système de santé. D'autre part, l'approche systémique de l'intégration des services aux SSP permet de promouvoir la santé et d'élargir l'accès au diagnostic précoce et à la prise en charge continue des MNT tout au long de la vie d'un individu (Demaio et al., 2014; Coleman et al., 1998; Haque et al., 2020; Varghese et al., 2019). Ce modèle est sous-utilisé au Kenya, en grande partie à cause de l'accès inéquitable aux services de soins de santé et à l'absence de l'investissement essentiel du système de santé dans la prise en charge des MNT de longue durée par le biais des SSP (Wami et al., 2022; Subramanian et al., 2018; Rockers et al., 2018).

L'intégration réussie des services de lutte contre les MNT dans les SSP est directement liée au renforcement de toutes les composantes du système des SSP, telles que le financement, les ressources humaines, la prestation de services, la gestion des informations, la gouvernance et la fourniture de produits de santé. Alors que les SSP au Kenya font l'objet d'une réorganisation dans le nouveau cadre stratégique pour les SSP 2019-2024, des interventions adaptées et ayant un bon rapport coût-efficacité sont nécessaires pour renforcer la prestation de services de prise en charge des MNT au niveau des SSP (MoH, 2020b).

En raison de l'étendue et de la complexité du système de santé, la présente note d'informations portera sur les interventions qui ciblent uniquement la composante ressources humaines pour la santé du système de santé. Les difficultés rencontrées par les

ressources humaines pour la santé ont toujours été un obstacle à la mise à l'échelle des soins de prise en charge des MNT pour les SSP (Tesema et al., 2020). Il s'agit notamment de pénuries aiguës d'agents de santé spécialisés, de la répartition inefficace des ressources humaines pour la santé et de l'incapacité à attirer et à retenir des agents de santé au niveau des SSP.

Questions clés

La présente note d'orientation ambitionne de répondre à la question politique ci-après : comment optimiser les ressources humaines pour la santé pour accompagner l'intégration des services de prise en charge des MNT dans le système des soins de santé primaires au Kenya ? Elle présente des données factuelles sur le PDT comme une option pour renforcer les compétences des ressources humaines pour la santé afin de permettre aux systèmes de SSP de faire face au fardeau des MNT. Elle porte sur les maladies cardiovasculaires et le diabète, deux maladies non transmissibles très répandues au Kenya. La note d'orientation a pour but d'appuyer les délibérations reposant sur des données factuelles auprès des décideurs et d'autres parties prenantes des soins de santé primaires au Kenya. Elle n'a pas pour objet de prescrire des options spécifiques de politique ou des stratégies de mise en œuvre.

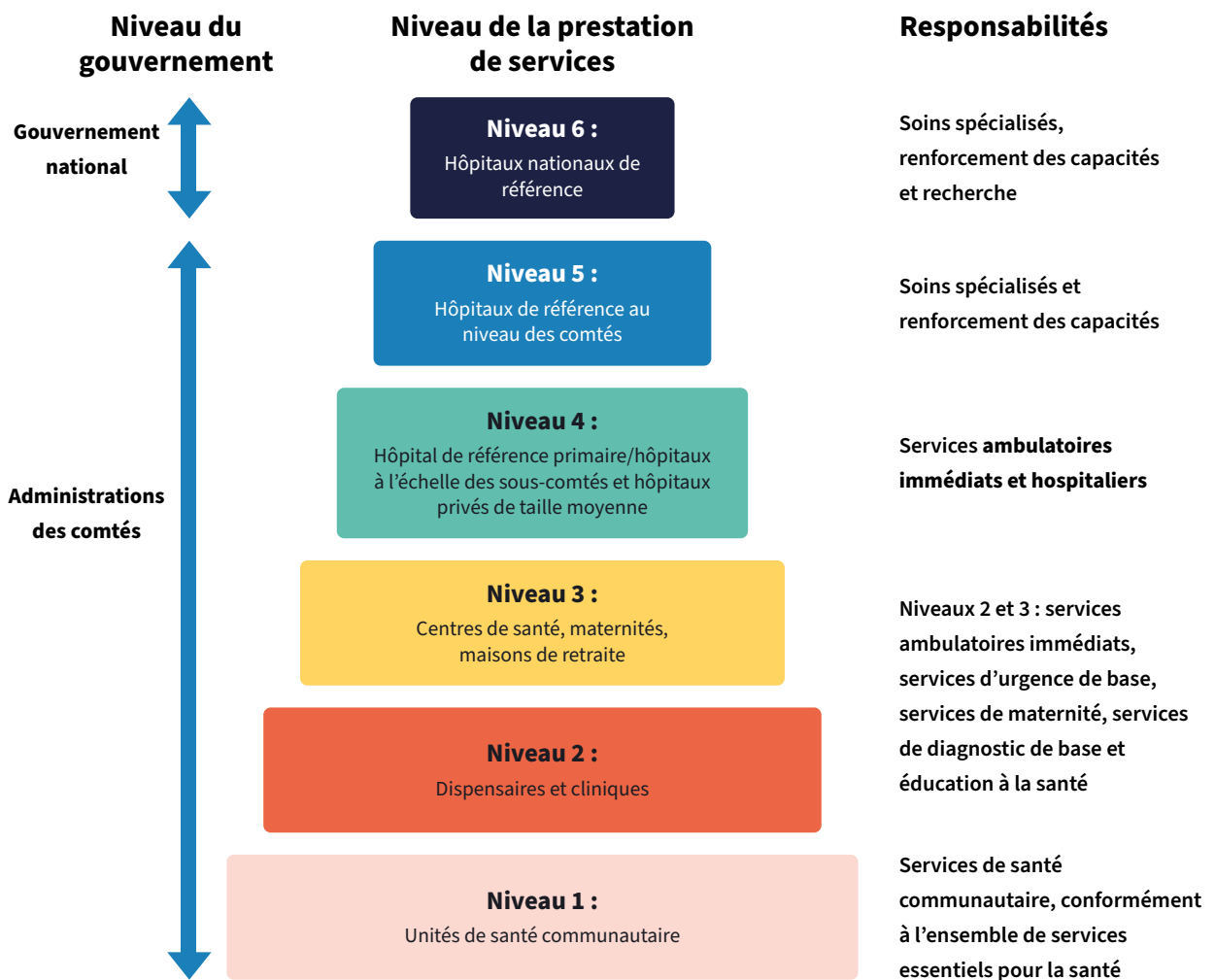
Méthodologie

Cette note d'orientation résume les données factuelles mondiales et locales sur l'optimisation des ressources humaines pour la santé en vue de la prestation des soins de prise en charge des MNT au niveau des SSP. Nous avons effectué des recherches dans les bases de données électroniques, notamment PubMed, Health Systems Evidence, le Cochrane Library et Google Scholar pour des revues systématiques et des études primaires pertinentes. Nous avons également vérifié les listes de référence des principales études pour identifier des ressources additionnelles. Nous avons résumé les principaux détails de chaque étude, y compris l'intervention et ses résultats, les obstacles et les facteurs favorisant (voir l'annexe 1).

Système de santé du Kenya

Le système de santé kényan a subi une transformation radicale en 2010 après l'adoption par le pays d'un système de gouvernance décentralisé à deux paliers, comprenant le gouvernement national et les administrations des comtés. Les responsabilités du gouvernement national dans le secteur de la santé sont l'élaboration des politiques de santé, le renforcement des capacités, la mobilisation des ressources, la conduite de la recherche, la gestion des établissements de santé de référence au niveau national et la fourniture d'une assistance technique aux comtés. Les administrations des comtés sont responsables de leurs établissements de santé et de leurs pharmacies, des services d'ambulance et de la promotion des SSP (voir Figure 1).

Figure 1 : Les six niveaux de prestation de services de santé du système de santé kényan



Source : Kenya Health Policy 2014–2030

Prestation de soins pour les maladies non transmissibles au Kenya

Le Gouvernement kényan a pris plusieurs mesures au niveau des politiques pour faire face au fardeau croissant des maladies non transmissibles. L'ensemble de mesures essentielles pour la santé du Kenya décrit en détail la prestation de services de prise en charge des MNT à tous les niveaux du système de soins de santé. La promotion de la santé est assurée au niveau 1, le dépistage et la prise en charge des maladies aux niveaux 2 et 3 et les soins spécialisés pour des cas compliqués aux niveaux 4 à 6 (Kraef et al., 2020; Asiki et al., 2018; Shiroya et al., 2019).

Le plan stratégique national de lutte contre les MNT 2021-2025, offre un cadre pour l'élaboration des plans d'action pour la prévention et la lutte contre les MNT par le gouvernement national et les administrations des comtés. L'une des principales stratégies consiste à développer et à mettre en œuvre un modèle intégré de lutte contre les MNT dans le cadre des SSP. Par ailleurs, le ministère de la Santé a élaboré des politiques spécifiques pour certaines maladies telles que les lignes directrices nationales du Kenya pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires 2018 et les lignes directrices nationales et cliniques pour la prise en charge du diabète sucré. La création du département des MNT au sein du ministère de la Santé et d'un comité de coordination inter-institutions pour les MNT, ainsi que le soutien de la présidence en faveur de la couverture sanitaire universelle, ont grandement facilité le renforcement de la prise en charge des MNT. Toutefois, la mise en œuvre de ces politiques et cadres a été difficile.

Le système de soins de santé primaires

Actuellement, les services de soins de santé primaires sont principalement assurés aux niveaux 1 à 3 de la structure du système des soins de santé et relèvent de la responsabilité des administrations des comtés (Tableau 1). Pour accroître l'accès aux services de soins de santé primaires et améliorer la qualité des soins, le ministère de la Santé a récemment mis au point le cadre stratégique des soins de santé primaires 2019-2024. Dans ce cadre, les soins de santé primaires sont assurés à travers le réseau des soins de santé primaires, qui utilise un modèle de réseau en étoile dans lequel l'accent est mis sur les établissements de niveaux 2 à 4 (Figure 2). Les établissements du niveau 2 seront renforcés et transformés pour fournir le même niveau de soins que les établissements de niveau 3 actuels et seront connus comme des établissements de prestation des soins de santé primaires.

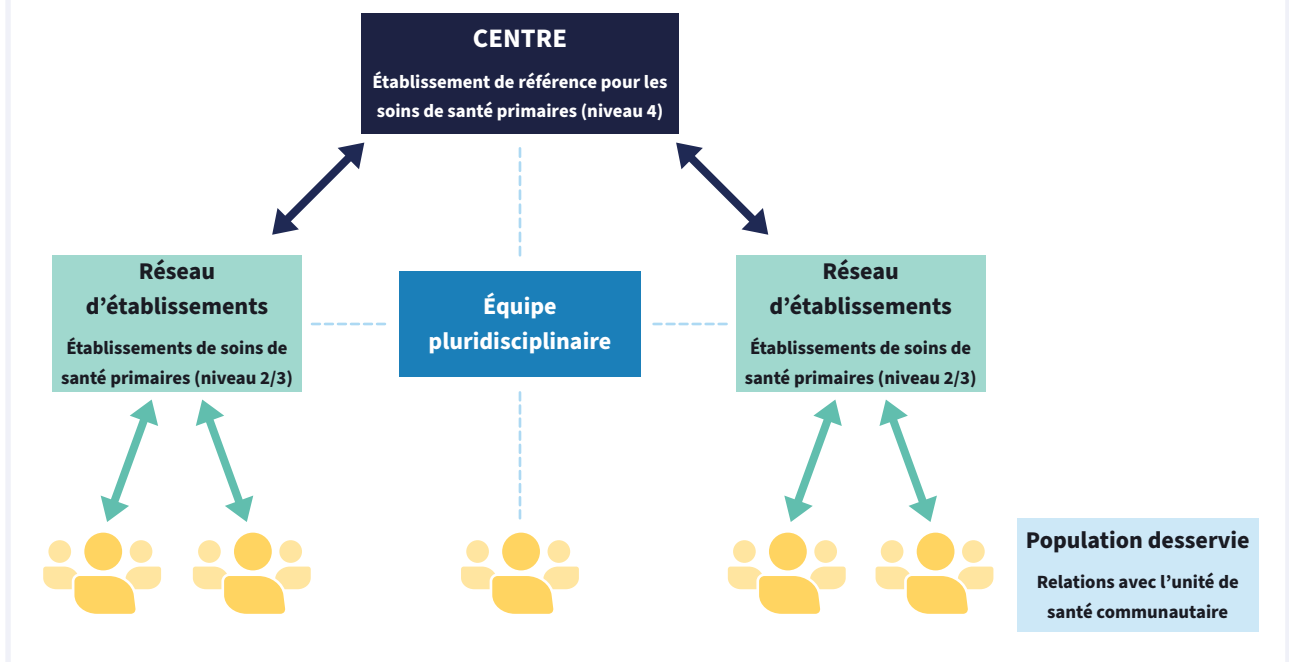
Tableau 1: Établissements de soins au sein du réseau national des soins de santé primaires

Niveau	nombre d'établissements
Niveau 4	895
Niveau 3	2 237
Niveau 2	10 943
Niveau 1	9 150 (unités de santé communautaire)

Source : Enquête économique du Bureau national des statistiques du Kenya, 2022.

Chaque établissement de soins de santé primaires disposera d'une équipe pluridisciplinaire d'agents de santé affectés à une population dans une zone géographique prédéfinie appelée zone communautaire de soins de santé primaires (Figure 2). Chacune de ces zones comprendra un nombre déterminé d'unités de santé communautaire (USC) où seront enregistrés tous les individus de la zone. Les USC seront gérées par les agents de santé communautaires et seront reliés aux établissements de soins de santé primaires. Cette note d'orientation va considérer ce scénario comme constituant le système des soins de santé primaires du Kenya. Les services de soins de santé primaires pour les MNT dans le nouveau cadre comprennent la promotion et l'éducation à la santé, le dépistage des maladies, la réadaptation, la santé et la sécurité au travail, ainsi que la qualité et la sécurité sanitaire des aliments. Le cadre vise également à renforcer le système d'orientation-recours pour s'assurer que les soins de prise en charge des MNT sont dispensés au niveau des services de santé appropriés.

Figure 2 : Structure du système révisé des soins de santé primaires



Prévalence des maladies cardiovasculaires et du diabète

Les maladies cardiovasculaires constituaient la cause sous-jacente de décès chez 13,8 % de décès notifiés au Kenya en 2019, contre 13 % en Afrique et 32 % dans le monde. Les principales maladies cardiovasculaires, causes de décès étaient les accidents vasculaires cérébraux (6,1 % dans l'ensemble), soit 5,8 % chez les hommes et 6,4 % chez les femmes, et les cardiopathies ischémiques (4,8 % dans l'ensemble), soit 4,7 % chez les hommes et 4,6 % chez les femmes (Vos et al., 2020). Cette année-là, la prévalence comparative du diabète au Kenya, ajustée en fonction de l'âge, était estimée à 4 %, contre 5,3 % en Afrique et 9,8 % dans le monde, et le nombre de décès associés chez les adultes âgés entre 20 et 79 ans était estimé à 15 285. En outre, on estime que 43,7 % d'individus souffraient d'un diabète non diagnostiqué, contre 53,6 % pour l'Afrique et 44,7 % dans le monde. Les dépenses liées au diabète par personne atteinte de cette maladie parmi les personnes âgées de 20 à 79 ans, ont été estimées à 448,60 dollars américains (Sun et al., 2022). En 2015, seuls 41 % de Kényans âgés entre 15 et 69 ans et diagnostiqués comme diabétiques ont reçu un traitement et seuls 7 % d'entre eux ont bénéficié d'un contrôle de leur maladie (MoH, 2016).

Dans leur étude portant sur l'évaluation de l'état de préparation des établissements de santé au Kenya à fournir des services de prise en charge des maladies cardiovasculaires et du diabète, Wami et al. (2022) ont noté que si la disponibilité des services était élevée, avec des scores de préparation de 69 % pour les maladies cardiovasculaires et 74 % pour le diabète, les services étaient concentrés dans les établissements de niveau 4 et plus dans le système public de soins de santé et dans les établissements privés. En outre, il y avait une pénurie criarde d'agents de santé formés, tous grades confondus, et des lignes directrices inadéquates relatives à la prise en charge pour appuyer la fourniture de soins.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère que les principaux facteurs de risque pour la majorité de maladies non transmissibles sont la consommation abusive d'alcool, le tabagisme, la sédentarité et la mauvaise alimentation (OMS, 2022 ; voir le tableau 2 pour les données d'une enquête réalisée en 2015 au Kenya).

Tableau 2 : Facteurs de risque et déterminants des maladies cardiovasculaires et du diabète au Kenya

Facteurs de risque et déterminants des maladies cardiovasculaires et du diabète	Statistiques sur le Kenya (2015)
Obésité/surpoids	27 %
Consommation de produits du tabac	13 %
Exposition à la fumée secondaire	24 % à la maison et 20,9 % au travail
Non-respect du niveau d'activité physique recommandé	6.5 %
Faible consommation de fruits et légumes	2.1 Portions (l'OMS recommande cinq portions)
Consommation d'alcool	19,3 % de la population, dont 13 % consomment quotidiennement de l'alcool

Source : Enquête « STEPwise » du Kenya, (2015).

Intégration des soins de lutte contre les maladies non transmissibles dans le système de soins de santé primaires

Il est prouvé que la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et la prise en charge précoces des MNT peuvent être assurés au niveau des soins de santé primaires, avec de bons résultats (see Wangchuk et al., 2014; Haque et al., 2020; Demaio et al., 2014; Varghese et al., 2019; Hyon et al., 2017; Khunti and Ganguli, 2000). Le personnel des soins de santé primaires est un élément essentiel de la réussite de cette démarche, comme le reconnaît la nouvelle stratégie du Kenya en matière de soins de santé primaires (ministère de la Santé, 2020b). La stratégie met l'accent sur la garantie de la disponibilité d'un personnel de soins de santé primaires possédant le bon niveau de compétences. À cet effet, la stratégie adopte une approche d'équipe pluridisciplinaire et exige qu'une équipe de soins de santé se compose de médecins, de cliniciens, de pharmaciens, de responsables de la santé publique, de la promotion de la santé, des dossiers médicaux, ainsi que d'infirmiers, de nutritionnistes et de spécialistes de laboratoire. Le fait de disposer d'une équipe pluridisciplinaire facilitera la structuration du personnel pour couvrir l'ensemble du spectre des soins de manière intégrée et multimodale, ce qui est utile pour l'intégration des soins de prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires.

En 2010, l'OMS a mis au point un ensemble d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles (PEN) dans le cadre des soins de santé primaires dans un contexte de ressources limités, en réponse au fardeau croissant des MNT et pour décentraliser les soins de prise en charge des MNT au niveau des soins de santé primaires. La mise en œuvre de l'ensemble d'interventions pour lutter contre les MNT par un État Membre est considérée comme la première étape vers l'intégration des soins de prise en charge des MNT dans les soins de santé primaires de l'État Membre. Cependant, depuis 2012, seuls neuf États Membres africains de l'OMS ont adopté le PEN. En outre, 17 pays ont déclaré avoir formé ou prévu de former leur personnel des soins de santé primaires à la prise en charge des MNT (Tesema et al., 2020). Des études menées en Zambie (Mutale et al., 2018) et au Ghana (Nyarko et al., 2016) ont identifié le niveau des capacités du personnel des soins de santé primaires comme une lacune dans la mise en œuvre des lignes directrices du PEN. Ces lignes directrices n'ont pas encore été mises en œuvre au Kenya, en raison des difficultés telles que les ressources financières et humaines limitées et la faible sensibilisation sur les lignes directrices, entre autres.

Au Kenya, le gouvernement devra combler les lacunes actuelles dans la fourniture de services intégrés de lutte contre les MNT au sein du système de soins de santé primaires. Certes, le gouvernement a fait des efforts considérables pour renforcer les soins de santé primaires, mais plusieurs défis persistent. Par exemple, seuls 11 % des dépenses totales consacrées à la santé pour l'exercice 2017/2018 ont été utilisés sur les MNT (MoH, 2020c). Le système de santé reste largement centré sur les hôpitaux, et les patients subissent de longs délais d'attente et une faible qualité de soins (Yan et al., 2019; Wami et al., 2022). D'autres difficultés sont : 1) l'accès inéquitable aux soins, la plupart de services étant disponibles dans les établissements privés et principalement dans les zones urbaines ; 2) les interruptions de l'approvisionnement en médicaments essentiels contre les MNT ; 3) la faiblesse des systèmes d'informations sanitaires ; 4) un nombre réduit d'établissements disposent de la pleine capacité pour les services de lutte contre les MNT ; et 5) la pénurie d'agents de santé, en particulier dans les zones rurales (Wami et al., 2022; Ashigbie et al., 2020; Rockers et al., 2018; Mwangi et al., 2021).

Défis rencontrés par le personnel de soins de santé primaires

Densité et répartition du personnel de soins de santé primaires

Dans le système des soins de santé primaires, les soins sont administrés par des médecins, des responsables cliniques, des infirmiers, des techniciens pharmaceutiques et des agents de santé communautaire dans les trois niveaux de SSP. L'évaluation harmonisée des établissements de santé au Kenya 2018-2019 révèle que la densité nationale de base des personnels de santé est de 15,6/10 000, ce qui est nettement inférieur à l'objectif de 23/10 000, fixé par l'OMS (Tableau 3). Le pays est confronté à une grave pénurie d'agents de santé, avec seulement 31 142 employés, alors que l'objectif du ministère de la Santé est de 138 266 (Miseda et al., 2017). Le nombre d'agents de santé communautaire dans le pays était de 91 653 en 2020 (ministère de la Santé, 2020a).

Si la disponibilité de tous les cadres de personnels de santé au niveau des soins de santé primaires est inférieure aux normes recommandées (voir le Tableau 3), la pénurie de cadres spécialisés est plus prononcée. Par exemple, dans l'étude sur l'évaluation harmonisée des établissements de santé au Kenya 2018-2019, 74 établissements publics de soins de santé primaires ont déclaré ne pas avoir de médecin.

Tableau 3 : Densité des ressources humaines pour la santé du Kenya

Indicateur des personnels de santé	Statut (pour 10 000 habitants)	Cible (pour 10 000 habitants)
Densité du personnel de base*	15,6	23
Ratio médecin/population	0,6	3,7
Ratio infirmier (infirmière)/population	10	8,7
Ratio responsable clinique/population	3	3,7

*Le personnel de base comprend tous les cadres du personnel de santé.

Source : Évaluation harmonisée des établissements de santé au Kenya (2018).

La mauvaise répartition des agents de santé aggrave leur pénurie. Leur répartition est déséquilibrée dans les comtés et entre les zones urbaines et rurales, où se trouvent la plupart d'établissements de soins de santé primaires (Tableau 4). Les agents de santé dans les zones rurales sont confrontés à plusieurs difficultés, notamment les conditions de vie moins bonnes, les établissements mal équipés, l'absence de supervision par des spécialistes expérimentés et des possibilités limitées d'évolution de carrière. Ces facteurs affectent leur motivation et leur rétention dans les établissements prodiguant des soins de santé primaires.

Tableau 4 : Répartition des agents de santé au Kenya

Corps professionnel	Établissements publics (%)	Établissements privés (%)	Zones urbaines (%)	Zones rurales (%)
Médecins	37,4	62,6	83,9	16,1
Responsables cliniques	52,5	47,5	52,1	47,9
Infirmiers/infirmières	62,8	37,2	48,4	51,6
Total	58,1	41,9	52,7	47,3

Source : Enquête sur les indicateurs de prestation des services de santé au Kenya, 2018.

Financement et budgétisation

Le financement limité en faveur du personnel de santé et l'absence de données suffisantes pour éclairer leurs décisions de recrutement et de déploiement constituent des obstacles. Dans le cadre du système de gouvernance décentralisée, les administrations des comtés, qui sont responsables de la prestation des services de santé, reçoivent des subventions globales du niveau national et établissent un budget pour les différentes fonctions dans leur comté, y compris le financement des agents de santé. Leur budgétisation est axée sur les programmes et non sur les lignes budgétaires. Elles sont continuellement confrontées à des défis dans l'exécution du budget, en raison de la nature tardive des flux de financement provenant du trésor national. Le financement de la santé communautaire est faible et seuls 3,5 % du budget de la santé est alloué à la santé communautaire et aux soins de santé primaires en général. Ce pourcentage devra être augmenté pour accompagner l'intégration des soins de prise en charge des MNT dans les soins de santé primaires (MoH, 2020a).

Formation et rémunération des agents de santé communautaire (ASC)

On note une pénurie d'ASC pour fournir des services de santé communautaire, soit un déficit de 66 %. Les insuffisances en matière de mentorat, de formation et de gestion des ASC et l'inexistence d'un système d'accréditation de la formation en santé communautaire sont d'autres difficultés majeures. Par ailleurs, leur rémunération n'est pas normalisée et aucune structure de récompense des performances n'est mise en place (MoH, 2020a).

Utilisation du partage et de la délégation des tâches (PDT) pour renforcer les compétences des personnels des soins de santé primaires en vue de la prise en charge des maladies non transmissibles

Des approches innovantes sont nécessaires pour développer et optimiser rapidement les personnels de santé pour qu'ils puissent répondre aux défis des soins de santé primaires associés aux soins de prise en charge des maladies non transmissibles au Kenya (Nishtar & Ralston, 2013). Le partage et la délégation des tâches peuvent faciliter la réorganisation du personnel pour accroître l'efficacité des ressources humaines disponibles. La délégation des tâches fait référence au processus par lequel des tâches spécifiques sont déplacées ou transférées des agents de santé hautement qualifiés vers des agents de santé moins qualifiés (WHO, 2007). Le partage des tâches quant à lui consiste en la délégation ou le partage des tâches par les médecins, les infirmiers, les dentistes et autres professionnels de la santé à d'autres personnes, y compris les agents de santé communautaire. Malgré leurs légères différences, les deux termes sont souvent utilisés de façon interchangeable, car ils ont tous deux pour but de s'assurer que le savant dosage de compétences est disponible pour fournir des soins de qualité grâce à l'optimisation des capacités des ressources humaines pour la santé (National Academy of Sciences, 2011).

La délégation et le partage des tâches est également une option utile pour gérer la masse salariale croissante des ressources humaines et l'incapacité à attirer et à retenir les agents de santé hautement qualifiés, en particulier dans le secteur public et en zone rurale. Dans ce cas, des tâches spécifiques aux soins de prise en charge des maladies non transmissibles peuvent être stratégiquement partagées entre le personnel des soins de santé primaires - qui sont principalement des infirmiers - et les agents de santé communautaires. Il est important de noter que, bien que le PDT soit une option permettant de faire face à certaines difficultés rencontrées par les personnels de santé, il ne s'agit pas d'une panacée. Les pays devront toujours s'assurer que leurs politiques et pratiques de recrutement et de répartition répondent aux besoins de leurs systèmes de santé.

PDT au Kenya

Si le plan stratégique national 2021-2025 du Kenya pour lutter contre les MNT reconnaît que le personnel de santé devra bénéficier d'un renforcement des capacités pour faire face au fardeau des MNT, il n'inclut pas explicitement le PDT comme une des stratégies permettant d'atteindre cet objectif. Reconnaisant les défis rencontrés par les personnels de santé, le ministère de la Santé a élaboré une politique de PDT pour optimiser le personnel existant, bien qu'il s'agissait spécifiquement des soins de prise en charge de l'infection à VIH et d'autres services de santé essentiels en faveur de la couverture sanitaire universelle. Les lignes directrices 2017-2030 du Kenya relatives à la politique de partage des tâches donne un aperçu général du PDT et les principaux objectifs de cette politique (MoH, 2017). Elles résument la variété de tâches qui peuvent être partagées entre les cadres, tant pour les cadres hautement qualifiés que pour les cadres inférieurs, en fonction de leur champ d'activité. Précisément, les lignes directrices énumèrent les activités de PDT liées aux MNT pour les différents cadres, y compris pour la promotion de la santé et le dépistage. Cependant, les interventions de PDT pour lutter contre les MNT dans cette politique sont limitées, puisqu'elles n'incluent pas le diagnostic et la prise en charge des MNT. La mise en œuvre de cette politique a été interrompue par le pouvoir judiciaire en 2019, à la suite de plaintes déposées par l'Association of Kenya Medical Laboratory Scientific Officers (Association des agents scientifiques des laboratoires médicaux du Kenya).

Données factuelles à l'échelle mondiale sur le PDT

L'examen des données factuelles à l'échelle mondiale a révélé qu'avec les agents de santé non-médecins - infirmier et agents de santé communautaires dans ce cas-ci - le PDT était une stratégie potentiellement efficace pour améliorer l'accès aux soins pour lutter contre les MNT (annexe 1) (Joshi et al., 2014; Anand et al., 2019; Seidman & Atun, 2017; Martínez-González et al., 2014; Laurant et al., 2018). Dans ces études, les agents de santé non-médecins réalisaient des tâches telles que le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des MNT. Dans l'ouest du Kenya, les infirmiers ont prodigué des soins contre l'hypertension dans des établissements de soins de santé primaires, avec de bons résultats cliniques (Vedanthan et al., 2020). Dans les services de lutte contre les MNT dirigés par des infirmiers introduits dans toutes les cliniques de soins de santé primaires dans un district rural d'Afrique du Sud, les infirmiers ont appuyé la prise en charge de 68 % de patients souffrant d'hypertension et 82 % de patients atteints de diabète de type 2 (Coleman et al., 1998). Dans un district rural de l'Eswatini, la prise en charge du diabète et de

l'hypertension a été efficacement assurée par des infirmiers dans des cliniques communautaires (Sharp et al., 2020). Des résultats similaires ont été rapportés en Éthiopie (Shanko et al., 2018), au Zimbabwe (Frieden et al., 2020), au Ghana (Ogedegbe et al., 2018) et au Cameroun (Labhardt et al., 2010). À plus grande échelle, le programme national rwandais de soins ambulatoires contre les MNT, dirigé par un personnel infirmier et destiné aux établissements de soins de santé primaires, a été bien adopté et s'est avéré réalisable (Niyonsenga et al., 2021).

L'utilisation des agents de santé communautaires pour la fourniture des soins de lutte contre les MNT a également été documentée. Une étude de 2017 a montré que les agents de santé communautaires étaient potentiellement efficaces pour fournir des soins préventifs contre l'hypertension et le diabète dans les pays en développement (Jeet et al., 2017). En outre, une revue des essais contrôlés randomisés (ECR) pour des interventions à assise communautaire a révélé que ces interventions réduisaient l'incidence du diabète chez les populations à haut risque (Shirinzadeh et al., 2019). Les résultats de huit études portant sur l'efficacité des agents de santé communautaires à rechercher et à contrôler les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ont montré qu'ils étaient efficaces dans le dépistage des facteurs de risque et qu'ils avaient de bons résultats auprès des patients, tels que la réduction de la pression artérielle systolique (PAS) et l'amélioration du régime alimentaire et de l'activité physique, etc. (Khetan et al., 2017).

Une étude portant sur le Bangladesh, le Mexique, le Guatemala et l'Afrique du Sud et évaluant la capacité des agents de santé communautaires à dépister les risques de maladies cardiovasculaires chez des patients a révélé, qu'avec une formation adéquate, ils pourraient dépister et identifier les individus présentant un risque élevé de souffrir d'une maladie cardiovasculaire (Gaziano et al., 2015). Dans l'ouest du Kenya, bien que les soins prodigués par les agents de santé communautaires n'aient pas entraîné une réduction significative de la pression artérielle chez les personnes hypertendues, avec l'aide de la technologie des smartphones, les agents de santé communautaires ont efficacement mis les patients en contact avec les soins (Vedanthan et al., 2019).

Facteurs favorisant le PDT

- **Formation :** Au Ghana, au Cameroun et en Inde, la formation des agents de santé non-médecins sur le dépistage et la prise en charge de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires a permis d'améliorer considérablement leurs niveaux de connaissances sur ces affections (Labhardt et al., 2010; Kar et al., 2008; Gyamfi et al., 2017).
- **Observance des lignes directrices et formation au travail :** L'observance par les infirmiers de l'utilisation des lignes directrices relatives au traitement des cinq maladies non transmissibles a été étudiée dans les établissements de soins de santé primaires dans un milieu urbain informel au Kenya, et l'étude a révélé que les infirmiers respectaient les protocoles de prise en charge clinique des maladies (Some et al., 2016).
- **Soutien :** L'exploitation des infrastructures existantes des programmes verticaux, l'utilisation de la technologie mobile pour accéder à des outils d'aide à la décision et le soutien des parties prenantes se sont avérés utiles pour la réussite du PDT au Kenya (Vedanthan et al., 2019).

Obstacles au PDT

- **Insuffisances de la législation :** L'absence de cadres juridiques et réglementaires permettant aux agents de santé non-médecins de prescrire des médicaments réduit leur champ d'activité.
- **Difficultés liées à la dotation en personnel :** Le taux très élevé de rotation du personnel et l'incapacité à retenir le personnel formé constituent des obstacles majeurs au PDT. Cela signifie qu'il faut constamment former de nouvelles vagues d'agents de santé non-médecins, ce qui demande beaucoup de temps et de ressources (Labhardt et al., 2010; Joshi et al., 2014; Vedanthan et al., 2020).
- **Pénurie de ressources :** Même lorsque les agents de santé non-médecins sont disponibles pour prodiguer des soins, l'absence de médicaments et d'équipements de diagnostic constitue un obstacle à la fourniture de soins (Sharp et al., 2020; Labhardt et al., 2010).

Figure 3 : Relever les défis de la main-d'œuvre des soins de santé primaires par le partage et la délégation des tâches : Une vue d'ensemble

Les défis du personnel des soins de santé primaires au Kenya

Le personnel :

- Faible ratio entre le nombre d'agents de santé et la population.
- Pénurie importante d'agents de santé communautaires.
- Le personnel de santé est déséquilibré entre les comtés.
- Les zones rurales ont du mal à attirer et à retenir le personnel.
- Mélange inefficace des compétences du personnel de santé.

Financement :

- Financement limité du personnel de santé.
- Budget des soins de santé primaires et communautaires inadéquat.
- Flux de financement gouvernemental inopportun.

Gestion :

- Le mentorat, la formation et la supervision du personnel de santé font défaut.
- Il n'existe pas de système d'accréditation pour les agents de santé communautaire.
- La rémunération des agents de santé n'est pas normalisée.
- Pas d'incitation à la performance des agents de santé.
- Manque de données pour le recrutement et le déploiement.



Solution : "partage et transfert des tâches"

Partage des tâches - délégation de tâches par des médecins, des infirmières, des dentistes et d'autres professionnels de la santé.

Transfert de tâches - les tâches sont déplacées ou transférées des travailleurs de la santé hautement qualifiés vers :

- des agents de santé moins qualifiés
- une personne sans formation formelle, formée pour une tâche spécifique ;
- la technologie médicale et ;
- aux patients et/ou à leurs soignants.

Partage et transfert des tâches pour optimiser le personnel de santé et améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles grâce à :

- l'éducation, à la santé,
- le dépistage des personnes à haut risque,
- le diagnostic et
- le traitement.

7 facilitateurs du partage et de la délégation des tâches : données globales

1. Formation

Encadrement, formation et supervision des agents de santé non-médecins et des agents de santé communautaires

2. Lignes directrices

Protocoles clairs et adaptés pour la gestion des maladies non transmissibles.

3. Soutien

Infrastructure, programmes, technologie et adhésion des parties prenantes.

4. Législation

Politique d'habilitation alignée sur les cadres existants.

5. Personnel

Incitations à la performance et à la formation.

6. Ressources

Investissement dans les médicaments, l'équipement et le recrutement du personnel de santé.

7. Preuves

Études pilotes sur le coût, l'efficacité et la faisabilité de l'extension du partage des tâches.

Mise en place d'une approche PDT

L'intégration des soins de lutte contre les MNT dans les soins de santé primaires est une approche efficace et équitable pour faire face au fardeau croissant des maladies non transmissibles. Cependant, pour le Kenya, des progrès significatifs sont nécessaires pour renforcer le système de soins de santé primaires et lui permettre de prendre en charge des soins de qualité contre les maladies non transmissibles. Au moment où le gouvernement met en œuvre son ensemble de stratégies liées aux MNT, avec comme objectif majeur la fourniture de soins de santé primaires intégrant les soins de lutte contre les MNT, le PDT peut être considéré comme une des voies permettant de faciliter ce processus.

Sur la base des données factuelles, les agents de santé non-médecins, tels que les infirmiers et les agents de santé communautaire, peuvent être utilisés efficacement pour élargir la fourniture de services liés aux maladies cardiovasculaires et au diabète dans les centres de soins de santé primaires. Il s'agit des services de prévention comme l'éducation à la santé, le dépistage des maladies cardiovasculaires chez les individus à haut risque, le diagnostic et le traitement des maladies cardiovasculaires. Des données factuelles montrent que cette démarche peut améliorer les résultats pour les maladies, faciliter les mises en lien, accroître l'accessibilité des soins et réduire les coûts (Seidman & Atun, 2017). Toutefois, les données factuelles sur le rapport coût-efficacité de ces interventions n'est pas encore concluant et d'autres études sont nécessaires à cet effet.

La politique et les lignes directrices nationales et actuelles en matière de PDT doivent être mises à jour pour encadrer les rôles élargis dans le cadre des soins de prise en charge des MNT. Il s'agit notamment d'élaborer des cadres réglementaires adaptés qui définissent l'organisation de la fourniture de services et améliorent la qualité. Cependant, le PDT à lui seul ne peut pas résoudre tous les problèmes auxquels sont confrontés les agents de santé, tels que la mauvaise répartition et les pénuries de personnel de santé, les grèves à répétition et les performances médiocres. Par ailleurs, la mise en œuvre des changements au sein du personnel de santé pour couvrir les soins de prise en charge des MNT au niveau des soins de santé primaires dépendra de plusieurs autres facteurs liés au système de santé et aura des implications pour ces derniers. Par conséquent, cette question ne doit pas être traitée de manière isolée, mais plutôt faire l'objet d'une évaluation dans un contexte plus large du système de santé.

Une évaluation rigoureuse des interventions de PDT en faveur des soins de lutte contre les MNT dans le pays doit être menée en reconnaissant que les différents contextes et environnements dans le pays nécessiteront des interventions adaptées.

Implications pour les politiques de santé

Concernant les établissements de soins de santé primaires au Kenya, où la plupart d'agents de santé ne sont pas des médecins, des données probantes indiquent la nécessité de renforcer leur rôle dans la lutte contre les MNT. En outre, il peut être plus facile de recruter et de maintenir en poste des agents de santé non-médecins que les médecins, en particulier dans les zones rurales. Les interventions de PDT nécessiteront un examen attentif du recrutement du personnel ; des cadres juridiques et réglementaires pour encadrer les rôles élargis des ressources humaines pour la santé et permettre la réalisation d'un PDT efficace et sûr ; la formation et le soutien adaptés du personnel de santé, la disponibilité des fournitures médicales ; une rémunération convenable et des systèmes de référence et d'informations fiables (Heller et al., 2019; Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

Rôle crucial des agents de santé non-médecins et de l'adhésion de la communauté dans la réussite du PDT

La mise en œuvre réussie du PDT nécessitera l'adhésion de toutes les parties prenantes, car elle aura des incidences sur la charge de travail et la hiérarchie au sein des cadres (Karimi-Shahanjarini et al., 2019), sans oublier que le concept est parfois perçu comme offrant une possibilité de concurrence entre les agents de santé. En outre, en l'absence de structures claires, les tâches risquent de ne pas être déléguées de manière appropriée ou efficace. Toutefois, le PDT est déjà pratiqué au Kenya et devrait être encadré par une politique et des lignes directrices y afférentes (Oluoch et al., 2018; Mombo & Kaseje, 2015). Les lignes directrices doivent cependant être révisées et élargies pour inclure les tâches plus avancées pour les infirmiers.

Si les patients sont plus enclins à recevoir des services tels que la promotion de la santé de la part des agents de santé non-médecins, ils pourraient être moins disposés à accepter davantage de services médicaux de leur part (Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Rashid, 2010). Il faut donc rechercher l'adhésion de la communauté, qui devra faire confiance et accepter les soins prodigués par les agents de santé non-médecins pour solliciter les soins de prise en charge des MNT dans les établissements de soins de santé primaires. Par ailleurs, les incitations matérielles telles que la rémunération et des incitations non-matérielles comme la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences et la reconnaissance de la communauté peuvent être envisagées pour accroître l'acceptabilité du PDT parmi les agents de santé non-médecins. Bien qu'il n'y ait que peu de données factuelles sur le rapport coût-efficacité du PDT chez les agents de santé non-médecins dans les services de lutte contre les MNT, Seidman & Atun (2017) ont trouvé des éléments probants montrant que le PDT peut permettre de réduire les coûts des activités liées aux MNT. Toutefois, d'autres études seront nécessaires.

Les enseignements tirés des études pilotes peuvent orienter la réussite de l'intégration

En envisageant la mise en œuvre du PDT, les décideurs pourraient soit introduire le PDT à grande échelle et intégrer les soins de lutte contre les MNT dans tous les établissements de soins de santé primaires, soit utiliser des projets pilotes dans différents comtés avec une évaluation minutieuse pour éclairer la mise à l'échelle. L'analyse de huit études sur le PDT parmi les agents de santé non-médecins dans des pays à revenu faible et intermédiaire, dont le Kenya, a révélé que des études pilotes étaient essentielles pour comprendre les considérations relatives à la mise en œuvre et la faisabilité, ce qui pourrait orienter l'approche d'application à plus grande échelle du PDT au niveau national (Joshi et al., 2018). Plusieurs projets pilotes de prestation de soins liés aux MNT axés sur les soins de santé primaires sont actuellement en cours au Kenya. Une fois achevés, ils fourniront des données probantes sur les coûts et d'autres éclairages sur l'efficacité, la faisabilité et les considérations relatives à la mise en œuvre de la prestation des soins liés aux MNT axés sur les soins de santé primaires (Naanyu et al., 2021). Compte tenu de la grande disparité des ressources pour la santé au niveau des comtés, le PDT devra probablement être adapté à des régions ou à des comtés spécifiques. S'il est mis en œuvre de manière efficace, le PDT peut contribuer à l'amélioration des soins de prise en charge des MNT dans les systèmes de soins de santé primaires.

Annexe. Synthèse d'un échantillon d'études sur le partage et la délégation des tâches aux agents de santé non-médecin

Auteur	Types d'études incluses	Pays	Intervention	Tâches effectuées	Résultats	Facteurs favorisant	Obstacles
Joshi et al., 2014	7 ECR et 15 études d'observation	Cameroun, Inde, Afrique du Sud, Chine, Éthiopie, Kenya, Philippines, Pakistan, Tanzanie, Zimbabwe	PDT aux agents de santé non-médecins (infirmiers, sages-femmes et agents de santé non professionnels)	Dépistage, prise en charge basée sur un algorithme, prise en charge médicamenteuse, suivi, diagnostic	<p>Résultats concernant le processus : Les agents de santé non-médecins peuvent dépister les maladies cardiovasculaires, le diabète et d'autres maladies non transmissibles. Les études qui ont permis aux agents de santé non-médecins de prescrire des médicaments ont montré que les agents de santé non-médecins peuvent traiter l'hypertension et le diabète, conformément aux protocoles. La concordance des traitements entre les médecins et les agents de santé non-médecins était élevé ; les décisions étaient les mêmes pour 87 % de cas de maladies cardiovasculaires en Inde. Quatre études ont fait état d'une amélioration de l'accès aux soins au niveau de la communauté.</p> <p>Résultats concernant les maladies : Les agents de santé non-médecins pourraient atteindre un niveau de contrôle de 68 % des patients souffrant d'hypertension et de 82 % pour les patients atteints de diabète.</p>	Formation des agents de santé non-médecins et mise à disposition d'algorithmes, de protocoles et de lignes directrices	Attrition du personnel, irrégularités dans l'approvisionnement en médicaments, indisponibilité des équipements, absence du pouvoir de prescrire
Anand et al., 2019	32 ECR, 11 essais randomisés en grappes et 20 études d'observation. 31 études ont été incluses dans la méta-analyse	Asie, Afrique, Amérique latine	PDT aux agents de santé non-médecins (infirmiers, pharmaciens, diététiciens et agents de santé non professionnels)	Éducation des patients, soins de suivi, prise en charge basée sur un algorithme, prescription de médicaments par des non-médecins, orientations-recours, organisation des soins	Résultats concernant les maladies : La PAS a diminué ; La différence moyenne (DM) était de -4,85 mm Hg (-6,12 à -3,57, I2 = 76 %) dans l'ensemble	Utilisation des protocoles de prise en charge, infirmiers habilités à prescrire, inclusion d'interventions de suivi ; L'intervention était plus efficace si elle ciblait les personnes à haut risque plutôt que la population générale	L'impact était plus grand dans les pays où le ratio médecin/population était meilleur
Martínez-González et al., 2014	11 ECR	Royaume-Uni, États-Unis d'Amérique, Pays-Bas, Afrique du Sud, Russie	PDT aux infirmiers	Prise en charge axée sur une ligne directrice, mise en route et prescription de traitements, élaboration des plans d'action, fourniture des soins d'urgence	Résultats concernant les maladies : Baisse plus importante de la PAS à la faveur des soins prodigués par un infirmier (différence moyenne pondérée : -4,27 mmHg, 95 % CI -6,31 à -2,23)	Utilisation des lignes directrices de prise en charge et disponibilité des infirmiers ayant des compétences spécialisées	Non communiqué
Laurant et al., 2018	18 essais randomisés	Royaume-Uni, États-Unis d'Amérique, Pays-Bas, Afrique du Sud, Canada, Suède, Espagne	PDT aux infirmiers	Soins d'urgence, soins continus et suivi	Résultats concernant les maladies : Par rapport aux soins dispensés par un médecin, les soins primaires dispensés par un infirmier améliorent probablement légèrement le contrôle de la tension artérielle et ont probablement des résultats similaires en ce qui concerne les indicateurs du diabète ; La satisfaction des patients était légèrement plus élevée pour les soins primaires dispensés par un infirmier que pour les soins dispensés par un médecin.	Non communiqué	Non communiqué

Auteur	Types d'études incluses	Pays	Intervention	Tâches effectuées	Résultats	Facteurs favorisant	Obstacles
Ogedegbe et al., 2014	3 ECR	Nigeria, China, Iran	PDT aux agents de santé non-médecins (infirmiers, pharmaciens, agents de santé communautaire)	Éducation des patients, facilitation des visites cliniques, traitement (avec l'appui d'un médecin), mise en route et ajustement des médicaments, suivi	Résultats concernant les maladies : Les études sur l'hypertension ont fait état d'une réduction significative de la tension artérielle moyenne (2/1 mm Hg et 30/15 mm Hg), et l'essai sur le diabète a fait état d'une réduction des taux d'hémoglobine glyquée de 1,87 %.	Formation continue et retour d'informations de la part des professionnels de niveau supérieur, fourniture de traitement, d'algorithme/de lignes directrices et transition entre les soins hospitaliers et les soins à domicile	Absence de politique pour encadrer les agents de santé non-médecins pour la prescription des médicaments, absence d'un système d'orientation-recours, faibles compétences des agents de santé non-médecins pour prendre en charge les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires sans complications, absence d'une structure organisationnelle permettant d'intégrer les agents de santé non-médecins comme prestataires de soins de santé primaires
Ogedegbe et al., 2018	Essai randomisé par grappes pragmatique (n = 757)	Ghana	PDT aux infirmiers formés plus la fourniture d'une couverture d'assurance maladie contre la fourniture d'une couverture d'assurance uniquement	Éducation des patients, mise en route/titration d'antihypertenseurs, évaluation du risque de maladies cardiovasculaires	Résultats concernant les maladies : Le groupe de soins dispensés par un infirmier plus une couverture d'assurance maladie a enregistré une baisse plus importante de la PAS (-20,4 mm Hg; 95 % CI -25,2 à -15,6) que le groupe d'une couverture assurance maladie uniquement (-16,8 mm Hg; 95 % CI -19,2 à -15,6). La baisse a été maintenue pendant 24 mois. Les habitudes de vie n'ont pas beaucoup changé dans les deux groupes.	La fourniture d'une couverture d'assurance maladie a permis d'améliorer l'accès aux services ; Les infirmiers ont été habilités à mettre en place une chimiothérapie	Le fait de ne pas autoriser les infirmiers à prescrire des anti-dépresseurs rend difficile l'application à plus grande échelle du programme dans l'ensemble du Ghana
Vedanthan et al., 2020	Étude d'observation unique (n = 1 051)	Kenya	PDT aux infirmiers	Éducation des patients, prescription de premiers médicaments, augmentation des médicaments basée sur un algorithme, orientation vers des soins de niveau supérieur	Résultats concernant les maladies : La PAS a baissé entre le début de l'étude et le troisième mois : pente -4.95 mmHg/mois (-6,55 à -3,35). La rétention dans les soins était de 42 %.	Exploitation des infrastructures existantes et de la stratégie de redistribution des tâches mises en œuvre par AMPATH pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, des outils de soutien clinique, des approvisionnements médicaux réguliers, des activités d'accès et de fidélisation, de la participation des parties prenantes, de l'appui social aux patients	Faible niveau de fidélisation
Sharp et al., 2020	Étude d'observation unique (n = 1 125)	Afrique du Sud	PDT aux infirmiers	Identification et dépistage des patients, diagnostic, éducation des patients, traitement, orientation-recours	Résultats concernant les maladies : On a enregistré une baisse considérable de la pression artérielle moyenne chez les patients hypertendus de 9,9 mmHg pression systolique et 4,7 mmHg pression diastolique (p = 0.01) après quatre visites, et une baisse non-significative de la glycémie à jeun chez les patients diabétiques de 1,2 mmol/l (p = 0.2)	Disponibilité de la supervision d'infirmiers spécialistes	Stock de médicaments

Auteur	Types d'études incluses	Pays	Intervention	Tâches effectuées	Résultats	Facteurs favorisant	Obstacles
Labhardt et al., 2010	Étude d'observation unique (75 cliniques)	Cameroun	PDT aux infirmiers	Soins préventif, diagnostic, traitement de l'hypertension et du diabète	Résultats concernant les maladies : Chez les patients hypertendus ayant effectué au moins 2 visites documentés (n = 493), la PAS a baissé de 22,8 mmHg (95 % CI: -20,6 à -24,9 avec p < 0,0001) et la PA diastolique de 12,4 mmHg (-10,9 à -13,9 avec p < 0.0001). Chez les patients diabétiques (n = 79) la glycémie à jeun a baissé de 3,4 mmol/l (-2,3 à -4,5 avec p < 0.001)	Formation d'infirmiers et mise à disposition d'équipements pour la prise en charge de l'hypertension et du diabète	Réaffectation du personnel formé, interruption dans la disponibilité des médicaments, niveau élevé d'échecs dans le suivi
Jeet et al., 2017	16 ECR	Chine, Inde, Iran, Nigéria, Afrique du Sud, Pakistan, Samoa américaines, Ghana, Thaïlande, Costa Rica	PDT aux agents de santé communautaire	Soins préventifs, qui ciblent les facteurs de risque	Résultats concernant les comportements : Le sevrage tabagique dans le groupe d'intervention était très différent de celui du groupe des soins standard (RR 2,0, 95 % CI: 1.11,3.58). La qualité des données probantes concernant l'augmentation des activités physiques était très faible et la qualité des données probantes relatives aux changements de comportement alimentaire aussi. Résultats concernant les maladies : Réduction significative de la pression artérielle systolique et diastolique (DM [PAS]: -4,03, 95 % CI: -5,02, -3,04; DM [PAD]: -2,38; 95 % CI: -3,27, -1,49); et pour les taux de glycémie [hémoglobine glyquée] DM: -0,83%, 95 % CI: -1,25, -0,41)	Non communiqué	Non communiqué
Khetan et al., 2017	4 ECR, 3 études quasi-expérimentales, 3 études transversales et 1 analyse rétrospective	Afrique du Sud, Kenya, Inde, Bangladesh, Pakistan, Iran, Ghana, Mexique, Guatemala	PDT aux agents de santé communautaire	Évaluation des risques/ dépistage des facteurs de risque	Résultats concernant les maladies : Sur les 11 études, 8 ont indiqué que les agents de santé communautaires étaient en mesure de dépister les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, de réduire la pression artérielle systolique, de baisser la glycémie à jeun, d'augmenter les taux de sevrage tabagique, de réduire le poids et d'améliorer le régime alimentaire et l'activité physique. En raison de l'hétérogénéité des études, les résultats consolidés n'ont pas été communiqués.	Non communiqué	La faible capacité des agents de santé communautaire à compter et à lire, le manque de confiance dans les agents de santé communautaire à effectuer une évaluation du risque de maladie cardiovasculaire et à orienter les patients
Vedanthan et al., 2019	ECR unique	Kenya	PDT aux agents de santé communautaire avec formation et technologie des smartphones	Promouvoir le lien avec les soins	Résultats concernant les maladies : Pas d'amélioration majeure de la pression artérielle systolique, l'accès aux soins a été évalué à 49 % dans l'ensemble.	Les agents de santé communautaires ont été dotés de smartphones intégrés d'un outil d'aide à la décision en temps réel, et de saisie de données et permettant de générer des messages et des recommandations personnalisés	Non communiqué

Note : ASC = agents de santé communautaires, HIC = couverture d'assurance maladie, AS = agent de santé, DM = différence moyenne, ASNM = agents de santé non-médecins, ECR = essais contrôlés randomisés, PAS = pression artérielle systolique, PDT = partage et délégation des tâches.

- Adeyemi, O., Lyons, M., Njim, T., Okebe, J., Birungi, J., Nana, K., Mbanya, J. C., Mfinanga, S., Ramaiya, K. & Jaffar, S. 2021. Integration of non-communicable disease and HIV/AIDS management: a review of healthcare policies and plans in East Africa. *BMJ Global Health*, 6, e004669.
- Anand, T., Joseph, L. M., Geetha, A., Prabhakaran, D. & Jeemon, P. 2019. Task sharing with non-physician health-care workers for management of blood pressure in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7, e761–e771.
- Ashigbie, P. G., Rockers, P. C., Laing, R. O., Cabral, H. J., Onyango, M. A., Buleti, J. P. L. & Wirtz, V. J. 2020. Availability and prices of medicines for non-communicable diseases at health facilities and retail drug outlets in Kenya: a cross-sectional survey in eight counties. *BMJ Open*, 10, e035132.
- Asiki, G., Shao, S., Wainana, C., Khayeka-Wandabwa, C., Haregu, T. N., Juma, P. A., Mohammed, S., Wambui, D., Gong, E. & Yan, L. L. 2018. Policy environment for prevention, control and management of cardiovascular diseases in primary health care in Kenya. *BMC Health Services Research*, 18, 1–9.
- Coleman, R., Gill, G. & Wilkinson, D. 1998. Noncommunicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 76, 633.
- Demaio, A. R., Nielsen, K. K., Tersbøl, B. P., Kallestrup, P. & Meyrowitsch, D. W. 2014. Primary Health care: a strategic framework for the prevention and control of chronic non-communicable disease. *Global Health Action*, 7, 24504.
- Duffy, M., Ojikutu, B., Andrian, S., Sohng, E., Minior, T. & Hirschhorn, L. R. 2017. Non-communicable diseases and HIV care and treatment: models of integrated service delivery. *Tropical Medicine & International Health*, 22, 926–937.
- Frieden, M., Zamba, B., Mukumbi, N., Mafaune, P. T., Makumbe, B., Irungu, E., Moneti, V., Isaakidis, P., Garone, D. & Prasai, M. 2020. Setting up a nurse-led model of care for management of hypertension and diabetes mellitus in a high HIV prevalence context in rural Zimbabwe: a descriptive study. *BMC Health Services Research*, 20, 1–10.
- Gaziano, T. A., Abrahams-Gessel, S., Denman, C. A., Montano, C. M., Khanam, M., Puoane, T. & Levitt, N. S. 2015. An assessment of community health workers' ability to screen for cardiovascular disease risk with a simple, non-invasive risk assessment instrument in Bangladesh, Guatemala, Mexico, and South Africa: an observational study. *The Lancet Global Health*, 3, e556–e563.
- Gupta, S., Granich, R., Lepere, P., Hersh, B., Gouws, E. & Samb, B. 2014. Review of policy and status of implementation of collaborative HIV-TB activities in 23 high-burden countries. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 18, 1149–1158.
- Gyamfi, J., Plange-Rhule, J., Iwelunmor, J., Lee, D., Blackstone, S. R., Mitchell, A., Ntim, M., Apusiga, K., Tayo, B. & Yeboah-Awudzi, K. 2017. Training nurses in task-shifting strategies for the management and control of hypertension in Ghana: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 17, 1–9.
- Haque, M., Islam, T., Rahman, N. A. A., Mckimm, J., Abdullah, A. & Dhingra, S. 2020. Strengthening primary health-care services to help prevent and control long-term (chronic) non-communicable diseases in low-and middle-income countries. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 409.
- Heller, D. J., Kumar, A., Kishore, S. P., Horowitz, C. R., Joshi, R. & Vedanthan, R. 2019. Assessment of barriers and facilitators to the delivery of care for noncommunicable diseases by nonphysician health workers in low- and middle-income countries: a systematic review and qualitative analysis. *JAMA Network Open*, 2, e1916545–e1916545.
- Hyle, E. P., Naidoo, K., Su, A. E., El-Sadr, W. M. & Freedberg, K. A. 2014. HIV, tuberculosis, and non-communicable diseases: what is known about the costs, effects, and cost-effectiveness of integrated care? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 67, S87.
- Hyon, C. S., Nam, K. Y., Sun, H. C., Garg, R., Shrestha, S. M., Ok, K. U. & Kumar, R. 2017. Package of essential noncommunicable disease (PEN) interventions in primary health-care settings in the Democratic People's Republic of Korea: a feasibility study. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6, 69–73.
- Janssens, B., Van Damme, W., Raleigh, B., Gupta, J., Khem, S., Soy Ty, K., Vun, M., Ford, N. & Zachariah, R. 2007. Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 880–885.
- Jeet, G., Thakur, J. S., Prinja, S. & Singh, M. 2017. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: evidence and implications. *PLOS ONE*, 12, e0180640.
- Joshi, R., Alim, M., Kengne, A. P., Jan, S., Maulik, P. K., Peiris, D. & Patel, A. A. 2014. Task shifting for non-communicable disease management in low and middle income countries – a systematic review. *PLOS ONE*, 9, e103754.
- Joshi, R., Thrift, A. G., Smith, C., Praveen, D., Vedanthan, R., Gyamfi, J., Schwalm, J.-D., Limbani, F., Rubinstein, A., Parker, G., Ogedegbe, O., Plange-Rhule, J., Riddell, M. A., Thankappan, K. R., Thorogood, M., Goudge, J. & Yeates, K. E. 2018. Task-shifting for cardiovascular risk factor management: lessons from the Global Alliance for Chronic Diseases. *BMJ Global Health*, 3, e001092–e001092.
- Kar, S. S., Thakur, J., Jain, S. & Kumar, R. 2008. Cardiovascular disease risk management in a primary health care setting of north India. *Indian Heart Journal*, 60, 19.
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M. & Colvin, C. J. 2019. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Khetan, A. K., Purushothaman, R., Chami, T., Hejjaji, V., Madan Mohan, S. K., Josephson, R. A. & Webel, A. R. 2017. The effectiveness of community health workers for CVD prevention in LMIC. *Global Heart*, 12, 233–243.e6.

- Khunti, K. & Ganguli, S. 2000. Who looks after people with diabetes: primary or secondary care? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 183–186.
- Kraef, C., Juma, P. A., Mucumbitsi, J., Ramaiya, K., Ndikumwenayo, F., Kallestrup, P. & Yonga, G. 2020. Fighting non-communicable diseases in East Africa: assessing progress and identifying the next steps. *BMJ Global Health*, 5, e003325.
- Labhardt, N. D., Balo, J.-R., Ndam, M., Grimm, J.-J. & Manga, E. 2010. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Services Research*, 10, 1–10.
- Laurant, M., Van Der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & Van Vught, A. J. 2018. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Legido-Quigley, H., Montgomery, C. M., Khan, P., Atun, R., Fakoya, A., Getahun, H. & Grant, A. D. 2013. Integrating tuberculosis and HIV services in low-and middle-income countries: a systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 18, 199–211.
- Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., Huber-Geismann, F., Markun, S. & Rosemann, T. 2014. Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 9, e89181.
- Mccombe, G., Lim, J., Van Hout, M. C., Lazarus, J. V., Bachmann, M., Jaffar, S., Garrib, A., Ramaiya, K., Sewankambo, N. K. & Mfinanga, S. 2022. Integrating care for diabetes and hypertension with HIV care in sub-Saharan Africa: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 22.
- Mensah, J., Korir, J., Nugent, R. & Hutchinson, B. 2020. Combating noncommunicable diseases in Kenya.
- MoH. 2017. Task sharing policy guidelines 2017–2030. MoH, Kenya.
- MoH. 2020a. Kenya Community Health Strategy, 2020–2025. MoH, Kenya.
- MoH. 2020b. Kenya Primary Health Care Strategic Framework 2019–2024. MoH, Kenya.
- MoH. 2020c. National Strategic Plan for the Prevention and Control Of Noncommunicable Diseases. MoH, Kenya.
- MoH, WHO. 2016. Statistical review of progress towards the mid-term targets of the Kenya health sector strategic plan 2014–2018. MoH, Kenya and WHO, Nairobi, Kenya.
- Miseda, M. H., Were, S. O., Muriangi, C. A., Mutuku, M. P. & Mutwiwa, S. N. 2017. The implication of the shortage of health workforce specialists on universal health coverage in Kenya. *Human Resources for Health*, 15, 80.
- Mombo, D. S. & Kaseje, D. C. 2015. Health services consumers perceptions on task shifting of primary healthcare functions to community health workers in rural Butere sub-county, western Kenya. *Univ J Public Health*, 3, 120–127.
- Mutale, W., Bosomprah, S., Shankalala, P., Mweemba, O., Chilengi, R., Kapambwe, S., Chishimba, C., Mukanu, M., Chibutu, D. & Heimbürger, D. 2018. Assessing capacity and readiness to manage NCDs in primary care setting: gaps and opportunities based on adapted WHO PEN tool in Zambia. *PLOS ONE*, 13, e0200994.
- Mwagomba, B. L. M., Ameh, S., Bongomin, P., Juma, P. A., Mackenzie, R. K., Kyobutungi, C., Lukhele, N., Mwangi, K. J. M., Amberbir, A. & Klipstein-Grobusch, K. 2018. Opportunities and challenges for evidence-informed HIV-noncommunicable disease integrated care policies and programs: lessons from Malawi, South Africa, Swaziland and Kenya. *Aids*, 32, S21–S32.
- Mwai, D. & Muriithi, M. 2016. Economic effects of non-communicable diseases on household income in Kenya: a comparative analysis perspective. *Public Health Res*, 6, 83–90.
- Mwangi, K., Gathecha, G., Nyamongo, M., Kimaiyo, S., Kamano, J., Bukachi, F., Odhiambo, F., Meme, H., Abubakar, H. & Mwangi, N. 2021. Reframing non-communicable diseases and injuries for equity in the era of universal health coverage: findings and recommendations from the Kenya NCDI Poverty Commission. *Annals of Global Health*, 87.
- Naanyu, V., Koros, H., Maritim, B., Kamano, J., Too, K., Limo, O. & Gathecha, G. 2021. A protocol on using the RE-AIM framework in the process evaluation of the primary health integrated care project for four chronic conditions in Kenya. *Front Public Health*, 9, 781377.
- Narain, J. P. 2011. Integrating services for noncommunicable diseases prevention and control: use of primary health care approach. *Indian Journal Of Community Medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36, S67.
- Narasimhan, M., Yeh, P. T., Haberlen, S., Warren, C. E. & Kennedy, C. E. 2019. Integration of HIV testing services into family planning services: a systematic review. *Reproductive Health*, 16, 1–12.
- National Academy of Sciences. 2011. Preparing for the future of HIV/AIDS in Africa: a shared responsibility. Washington (DC): National Academies Press, Institute of Medicine Committee on Envisioning a Strategy for the Long-Term Burden of HIV/AIDS: African Needs and U.S. Interests.
- Nishtar, S. & Ralston, J. 2013. Can human resources for health in the context of noncommunicable disease control be a lever for health system changes? *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 895–896.
- Niyonsenga, S. P., Park, P. H., Ngoga, G., Ntaganda, E., Kateera, F., Gupta, N., Rwagasore, E., Rwunganira, S., Munyarugo, A. & Mutumbira, C. 2021. Implementation outcomes of national decentralization of integrated outpatient services for severe non-communicable diseases to district hospitals in Rwanda. *Tropical Medicine & International Health*, 26, 953–961.
- Njuguna, B., Vorkoper, S., Patel, P., Reid, M. J., Vedanthan, R., Pfaff, C., Park, P. H., Fischer, L., Laktabai, J. & Pastakia, S. D. 2018. Models of integration of HIV and noncommunicable disease care in sub-Saharan Africa: lessons learned and evidence gaps. *AIDS (London)*, 32, S33.
- Nyarko, K. M., Ameme, D. K., Ocansey, D., Commeh, E., Markwei, M. T. & Ohene, S.-A. 2016. Capacity assessment of selected health care facilities for the pilot implementation of package for essential non-communicable diseases (PEN) intervention in Ghana. *The Pan African Medical Journal*, 25.

- Ogedegbe, G., Plange-Rhule, J., Gyamfi, J., Chaplin, W., Ntim, M., Apusiga, K., Iwelunmor, J., Awudzi, K. Y., Quakyi, K. N. & Mogavero, J. 2018. Health insurance coverage with or without a nurse-led task shifting strategy for hypertension control: a pragmatic cluster randomized trial in Ghana. *PLoS Medicine*, 15, e1002561.
- Oluoch, D., Murphy, G., Gathara, D., Abuya, N., Nzinga, J., English, M. & Jones, C. 2018. Neonatal nursing policy and practice in Kenya: key stakeholders and their views on task-shifting as an intervention to improve care quality. *Wellcome Open Research*, 3, 35.
- Osetinsky, B., Genberg, B. L., Bloomfield, G. S., Hogan, J., Pastakia, S., Sang, E., Ngressa, A., Mwangi, A., Lurie, M. N. & Mcgarvey, S. T. 2019. Hypertension control and retention in care among HIV infected patients: the effects of co-located HIV and chronic non-communicable disease care. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome (1999)*, 82, 399.
- Rashid, C. 2010. Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1658–1670.
- Rockers, P. C., Laing, R. O. & Wirtz, V. J. 2018. Equity in access to non-communicable disease medicines: a cross-sectional study in Kenya. *BMJ Global Health*, 3, e000828.
- Seidman, G. & Atun, R. 2017. Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 15, 1–13.
- Shanko, K., Balcha, F., Parry, E., Mortimore, A., Osmond, C., Phillips, D. I. & Mamo, Y. 2018. Managing hypertension in nurse-led primary care clinics in rural Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 32.
- Sharp, A., Riches, N., Mims, A., Ntshalintshali, S., Mcconalogue, D., Southworth, P., Pierce, C., Daniels, P., Kalungero, M. & Ndzinisa, F. 2020. Decentralising NCD management in rural southern Africa: evaluation of a pilot implementation study. *BMC Public Health*, 20, 1–8.
- Shirinzadeh, M., Afshin-Pour, B., Angeles, R., Gaber, J. & Agarwal, G. 2019. The effect of community-based programs on diabetes prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 15, 10.
- Shiroya, V., Neuhann, F., Müller, O. & Deckert, A. 2019. Challenges in policy reforms for non-communicable diseases: the case of diabetes in Kenya. *Global Health Action*, 12, 1611243.
- Some, D., Edwards, J. K., Reid, T., Van Den Bergh, R., Kosgei, R. J., Wilkinson, E., Baruani, B., Kizito, W., Khabala, K. & Shah, S. 2016. Task shifting the management of non-communicable diseases to nurses in Kibera, Kenya: does it work? *PLOS ONE*, 11, e0145634.
- Subramanian, S., Gakunga, R., Kibachio, J., Gathecha, G., Edwards, P., Ogola, E., Yonga, G., Busakhala, N., Munyoro, E. & Chakaya, J. 2018. Cost and affordability of non-communicable disease screening, diagnosis and treatment in Kenya: patient payments in the private and public sectors. *PLOS ONE*, 13, e0190113.
- Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. & Mbanya, J. C. 2022. IDF Diabetes Atlas: global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109119.
- Tesema, A. G., Ajisegiri, W. S., Abimbola, S., Balane, C., Kengne, A. P., Shiferaw, F., Dangou, J.-M., Narasimhan, P., Joshi, R. & Peiris, D. 2020. How well are non-communicable disease services being integrated into primary health care in Africa: a review of progress against World Health Organization's African regional targets. *PLOS ONE*, 15, e0240984.
- Varghese, C., Nongkynrih, B., Onakpoya, I., McCall, M., Barkley, S. & Collins, T. E. 2019. Better health and wellbeing for billion more people: integrating non-communicable diseases in primary care. *BMJ*, 364.
- Vedanathan, R., Kamano, J. H., DeLong, A. K., Naanyu, V., Binanay, C. A., Bloomfield, G. S., Chrysanthopoulou, S. A., Finkelstein, E. A., Hogan, J. W. & Horowitz, C. R. 2019. Community health workers improve linkage to hypertension care in western Kenya. *Journal of the American College of Cardiology*, 74, 1897–1906.
- Vedanathan, R., Kumar, A., Kamano, J. H., Chang, H., Raymond, S., Too, K., Tulienga, D., Wambui, C., Bagiella, E. & Fuster, V. 2020. Effect of nurse-based management of hypertension in rural western Kenya. *Global Heart*, 15.
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F. & Abdelalim, A. 2020. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet*, 396, 1204–1222.
- Wami, W. M., Ammoon, R., Otieno, P., Schultsz, C., Kyobutungi, C. & Asiki, G. 2022. Readiness of health facilities to deliver non-communicable diseases services in Kenya: a national cross-sectional survey.
- Wangchuk, D., Viridi, N. K., Garg, R., Mendis, S., Nair, N., Wangchuk, D. & Kumar, R. 2014. Package of essential noncommunicable disease (PEN) interventions in primary health-care settings of Bhutan: a performance assessment study. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 3, 154–160.
- Warren, C. E., Mayhew, S. H. & Hopkins, J. 2017. The current status of research on the integration of sexual and reproductive health and HIV services. *Studies in Family Planning*, 48, 91–105.
- WHO. 2007. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines.
- WHO. 2022. Noncommunicable diseases progress monitor 2022.
- Yan, L. L., Xiong, S., Lu, H., Gong, E., Peoples, N. & Tang, S. 2019. Strengthening primary health care for the prevention and management of cardiometabolic disease in low-and middle-income countries.

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est une institution spécialisée du système des Nations Unies créée en 1948 qui dirige et coordonne l'action sanitaire internationale et les questions de santé publique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est l'un des six bureaux régionaux répartis dans le monde. Chaque bureau régional a son propre programme adapté aux conditions sanitaires spécifiques aux pays qu'il dessert.

États Membres

Afrique du Sud	Madagascar
Algérie	Malawi
Angola	Mali
Bénin	Maurice
Botswana	Mauritanie
Burkina Faso	Mozambique
Burundi	Namibie
Cabo Verde	Niger
Cameroun	Nigéria
Comores	Ouganda
Congo	République centrafricaine
Côte d'Ivoire	République démocratique du Congo
Érythrée	République-Unie de Tanzanie
Eswatini	Rwanda
Éthiopie	Sao Tomé-et-Principe
Gabon	Sénégal
Gambie	Seychelles
Ghana	Sierra Leone
Guinée	Soudan du Sud
Guinée-Bissau	Tchad
Guinée équatoriale	Togo
Kenya	Zambie
Lesotho	Zimbabwe
Libéria	

Organisation mondiale de la Santé

Bureau régional de l'Afrique

Cité du Djoué
Boîte postale 6, Brazzaville
Congo

Téléphone : +(47 241) 39402

Télécopie : +(47 241) 39503

Courriel : afrgocom@who.int

Site Web : <https://www.afro.who.int/>

