



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN



# LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT :

Documentation des meilleures pratiques et des goulots  
d'étranglement à la mise en œuvre du programme au  
Sénégal

Septembre 2012







**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN



# **LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT :**

Documentation des meilleures pratiques et des goulots d'étranglement à la mise en œuvre du programme au Sénégal

Revu et présenté septembre 2011 à :  
L'Agence des États-Unis pour le Développement international

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), aux termes de l'Accord Coopératif Leader avec L'Agrément Coopérative Associé No. GHS-A-00-08-00002-00. Les opinions exprimées ici incombent au Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP) et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International ou du Gouvernement des Etats-Unis.

Le Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP), est le programme phare de l'USAID pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). MCHIP soutient la programmation en matière de SMNI, de vaccination, de planification familiale, du paludisme et du VIH/SIDA et encourage fortement les possibilités d'intégration. Les domaines techniques intersectoriels incluent l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la santé urbaine et le renforcement des systèmes de santé. Veuillez visiter notre site : [www.mchip.net](http://www.mchip.net) pour en apprendre davantage.

# TABLE DES MATIERES

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTE DES ABBRÉVIATIONS</b> .....	<b>v</b>
<b>RESUME ANALYTIQUE</b> .....	<b>vii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1. CONTEXTE</b> .....	<b>3</b>
1.1 Le système de santé sénégalais .....	3
1.2 Participation communautaire .....	4
1.3 Indicateurs .....	5
1.4 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.....	6
<b>2. BUT ET OBJECTIFS DE LA DOCUMENTATION</b> .....	<b>8</b>
2.1 But .....	8
2.2 Objectifs spécifiques .....	8
<b>3. METHODOLOGIE</b> .....	<b>9</b>
3.1 Revue de documents et de données secondaires.....	9
3.2 Entretiens semi-structurés .....	10
3.3 Discussions dirigées (Focus Group).....	10
3.4 Observation directe .....	10
3.5 Selection des sites .....	11
3.6 Portée et limitations de la documentation .....	11
3.7 Cadre analytique .....	12
<b>4. APERÇU HISTORIQUE</b> .....	<b>13</b>
4.1 Phase I: Introduction de la prise en charge communautaire au sénégal (1967–2001).....	13
4.2 Phase II : Plaidoyer pour l'introduction des antibiotiques pour la pneumonie et la mise à jour du traitement contre le paludisme et la diarrhée (2002–2004).....	14
4.3 Phase III : Expansion et integration de la PEC-c intégrée (2006–2010).....	15
4.4 Forger des partenariats pour la PEC-c intégrée .....	17
<b>5. RESULTATS</b> .....	<b>18</b>
5.1 Coordination et formulation de politiques .....	18
5.2 Financement.....	21
5.3 Ressources humaines .....	25
5.4 Gestion de la chaîne d'approvisionnement.....	27
5.5 Prestation de services et référence .....	30
5.6 Communication et mobilisation sociale.....	34
5.7 Supervision et assurance de qualité de la performance.....	37
5.8 Suivi et évaluation du système d'information sanitaire .....	42

<b>6. LEÇONS RETENUES .....</b>	<b>45</b>
6.1 Créer un contexte de politiques favorables et susciter un soutien institutionnel efficace .....	45
6.2 Renforcement des liens entre le système de santé et les communautés .....	46
6.3 Expansion rapide de services de qualité par les asc aux menages.....	46
6.4 Conception et mise en oeuvre des activités de ccc pour la PEC-c intégrée .....	47
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXE 1: CADRE DE JALONS DE LA PEC-C INTEGREE .....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXE 2: COMITE DE PILOTAGE DES IRA, EQUIPE DE RECHERCHE DES IRA ET GROUPE TECHNIQUE DES IRA .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 3: LISTE DE POINTAGE POUR L'OBSERVATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 4: EVENEMENTS CLES DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE INTEGREE.....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 5: DECRET 92-118 .....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE 6: HISTOIRE DES CHANGEMENTS DE POLITIQUES INFLUENÇANT LE PROGRAMME DE LA PEC-C INTEGREE AU SENEGAL.....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE 7: SOUTIEN COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXE 8: ASSOCIATIONS DES RELAIS POLYVALENTS .....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXE 9: LISTE DE POINTAGE DE LA SUPERVISION .....</b>	<b>69</b>

# REMERCIEMENTS

---

Nous voudrions exprimer nos sincères gratitude à nos partenaires et collègues sur le terrain qui travaillent sans relâche pour améliorer la vie de nos enfants. Ils ont démontré un engagement sans faille, une créativité et une attention particulière sur le détail dans le développement de leurs programmes de Prise en Charge Communautaire (PEC-c) des maladies de l'enfant. Nous les remercions pour le temps qu'ils ont consacré à cette documentation, et pour le partage d'information.

Nos remerciements particuliers s'adressent au Ministère de la Santé et de la Prévention au Sénégal et à l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID). MCHIP voudrait remercier les contributions des partenaires de plusieurs organisations, incluant :

- L'UNICEF
- Partenaires de MCHIP
- Intrahealth
- OMS
- Les membres du Consortium des ONG au Sénégal :
  - ChildFund
  - Africare
  - Plan Senegal
  - World Vision
  - Counterpart
  - Catholic Relief Services

Nous tenons également à faire mention de nos collègues de l'USAID qui ont contribué à ce rapport grâce à leurs précieux conseils, à leur revue des différents documents aux efforts faits pour recueillir les informations les plus utiles et les plus pertinentes dans ce domaine.

Nous devons énormément à Emmanuel Wansi pour son aide dès la conception initiale jusqu'au produit final de ce rapport. Son assistance a porté sur la conception de la méthodologie, l'organisation générale et la facilitation du travail de terrain ainsi que pour les révisions détaillées du rapport de documentation.

Enfin, nous remercions spécialement nos collègues, mentionnés ci-dessous, qui ont revu l'avant-projet, ont corrigé les erreurs techniques, ont proposé d'autres manières de présenter le matériel et ont offert des ressources, des directives et soutien supplémentaires :

- |                      |                  |                    |
|----------------------|------------------|--------------------|
| • Mame Mbayame Dione | • Assane Sylla   | • Pat Taylor       |
| • Mamadou Diagne     | • Yaradou Assane | • Dyness Kasungami |
| • Izetta Simmons     | • Cheikh Sarr    | • Alia Nankoe      |
| • Robert Perry       | • Steve Hodgins  | • Heather Casciato |
| • Matar Camara       | • Elaine Roman   | • Meghan Anson     |
| • Defa Wane          |                  |                    |

L'équipe de la documentation :

- Serge Raharison
- Mariam Sylla
- Moussa Ly

# LISTE DES ABBRÉVIATIONS

---

ACT	Association médicamenteuse à base d'artémisinine
ADC	Agent de développement communautaire
AQ/SP	Amodiaquine et Sulfadoxine Pyriméthamine
ARPV	Association des Relais Polyvalents
ASC	Agent de santé communautaire
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
CAMAT	Community Action against Malaria and Tuberculosis (Action communautaire contre le paludisme et la tuberculose)
CCC	Communication pour le changement de comportement
CSV	Comité de santé villageois
DANSE	Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Santé de l'Enfant
DFG	Discussion en focus group
DSDOM	Dispensateurs de Soins à Domicile
EDS	Enquête démographique et de santé
FCFA	Franc de la communauté financière africaine
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
iCCM	Integrated Community Case Management
IEC	Information, Education, and Communication
IRA	Infections respiratoires aiguës
MCHIP	Maternal and Child Health Integrated Program (Programme intégré de santé maternelle et infantile)
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (enquête sur grappe à multiples indicateurs)
MII	Moustiquaires imprégnées aux insecticides
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministère de la santé et de la prévention
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PECADOM	<i>Prise en Charge à Domicile des Cas de Paludisme</i>
PEC-c	Prise en charge communautaire
PMI	President's Malaria Initiative (Initiative du paludisme du Président)
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition

RHDS	Rural Health Delivery Services Project (Projet de services de santé en zone rurale)
S&E	Suivi et évaluation
SNIGS	Système national d'information pour la gestion sanitaire
SRO	Sels de réhydratation orale
TDR	Test de diagnostic rapide
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
USD	Dollar américain
VHC	Comité de santé villageois
WHO	Organisation mondiale de la santé

# RESUME ANALYTIQUE

---

## CONTEXTE

### Pourquoi la PEC-c ?

Certes, les taux de mortalité infantile et juvénile ont reculé nettement dans la plupart des pays en développement et pourtant, les enfants de moins de cinq continuent de mourir, à un rythme inacceptable, et souvent de causes évitables, comme le paludisme, la diarrhée et la pneumonie. Selon une analyse récente, la pneumonie est responsable, d'après les estimations, de 18 % des décès d'enfants de moins de cinq ans, la diarrhée de 15 % et le paludisme de 8 %.<sup>1</sup> Alors qu'il existe pourtant des interventions simples, efficaces par rapport aux coûts, pour prévenir et traiter ces maladies, subsiste par ailleurs un défi de taille : dans la plupart des pays où la morbidité et la mortalité parmi les enfants sont élevées, l'accès aux établissements de santé et/ou la qualité des services dispensés reste un obstacle important.

La prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfance (PEC-c intégrée) est une stratégie visant à réduire la morbidité et la mortalité au sein de la population des moins de cinq ans par le biais de la fourniture de services de haute qualité dispensés par des agents de santé communautaire (ASC), volontaires ou rémunérés, à des groupes difficiles à atteindre.

En Afrique, un grand nombre de pays en sont encore aux premières étapes de leurs programmes de la PEC-c intégrée – s'attachant aux activités de plaidoyer, ou introduisant l'approche d'une seule maladie à la fois. Il existe pourtant quelque pays dont le Sénégal, la République démocratique du Congo, le Rwanda, Madagascar et le Niger qui ont commencé à déployer l'approche à échelle nationale.

Alors que ces pays passent à l'étape d'expansion à grande échelle de leurs programmes, un enseignement important se dégage et des pratiques prometteuses peuvent être partagées concernant le processus d'adoption, d'introduction et de mise en œuvre à échelle nationale. Cet enseignement et ces pratiques se fondent sur l'expérience de ces programmes nationaux spécifiques et devraient être adaptés aux besoins contextuels d'autres pays.

### Vue d'ensemble de la PEC-c intégrée des maladies de l'enfance au Sénégal

Au Sénégal, le paludisme représente 19% des décès d'enfants de moins de cinq ans, la diarrhée 19 ans et la pneumonie 13%.<sup>2</sup> Pour prévenir la mortalité infantile, le Sénégal a mis en œuvre la PEC-c intégrée pour la santé infantile, approche qui permet d'étendre les services de santé aux populations difficiles à atteindre.

Le système de santé du secteur public au Sénégal compte des hôpitaux de référence, des centres de santé au niveau district et des postes de santé à la périphérie. Le personnel des postes de santé, généralement un infirmier ou une infirmière en chef supervise les ASC volontaires, qui travaillent dans les cases de santé au niveau communautaire. Interviennent également au niveau communautaire, les accoucheuses traditionnelles (*matrones*) et les relais communautaires dans le cadre des activités de communication pour le changement de comportement (CCC) et de la mobilisation sociale.

---

<sup>1</sup> Black, Robert E. et al. "Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis," *The Lancet*, Volume 375, Issue 9730, 5 June 2010.

<sup>2</sup> MDG countdown country profile, 2010. Accessed at: <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/Profile-Senegal.pdf>

Guidé par le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP), le Sénégal met en œuvre de manière réussie depuis 2003 la PEC-c intégrée (y compris pour les infections respiratoires aiguës [IRA], la diarrhée et le paludisme). Au milieu de 2010, le programme couvrait plus de 1600 sites communautaires dans 58 des 69 districts. De plus, dans l'expansion de la PEC-c intégrée sont compris l'adjonction du traitement des IRA et le renforcement de la prise en charge de la diarrhée dans des sites où seuls le paludisme et les maladies diarrhéiques avaient été traités au départ. Utilisant les fonds du paludisme, le Sénégal est en train d'étendre l'enveloppe complète de la PEC-c intégrée et d'élargir la couverture de services.

Lors des sept années de la mise en œuvre, le MSP a collaboré avec les partenaires techniques et financiers suivants du programme de la PEC-c intégrée : l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Pfizer, l'Université Cheikh Anta Diop et l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID). Les partenaires de l'USAID au fil de ces années sont les suivants : Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) Project, Management Sciences for Health (MSH), Projet Community Action against Malaria and Tuberculosis (CAMAT), IntraHealth, et le Consortium des Organisations non gouvernementales (ONG) géré par ChildFund.

Le Sénégal a pris des décisions clés se dotant de politiques stratégiques guidant la mise en œuvre d'un paquet complet de la PEC-c intégrée (y compris le traitement de la pneumonie avec des antibiotiques) et a mis jour les médicaments utilisés pour la diarrhée et le paludisme. A présent, ce paquet de services est étendu à l'échelle nationale. Malgré les défis qui accompagnent tout changement de politiques, le Sénégal a fait preuve de leadership et a su obtenir un large consensus entre les partenaires concernant chaque étape liée à l'introduction des antibiotiques et des changements dans les protocoles de traitement du paludisme et de la diarrhée, souvent jugés trop compliqués par des agents de santé novices en la matière.

Fort de sept années d'expérience et ayant bien documenté les leçons retirées, le programme du Sénégal peut partager cet enseignement avec d'autres pays qui sont intéressés soit à mettre en œuvre pour la première fois la PEC-c intégrée ou à étendre à plus grande échelle leurs programmes actuels.

## **Exercice de documentation**

### **Méthodologie et but**

En 2010, le MS et ses partenaires (l'USAID, le Programme intégré de santé maternelle et infantile, MCHIP, le consortium des ONG et l'UNICEF) ont entrepris un exercice de documentation pour partager leur expérience en matière de la PEC-c intégrée avec d'autres pays et pour proposer des recommandations en vue de renforcer le programme du Sénégal.

La méthodologie empruntée pour l'exercice consistait à faire une revue des documents et à utiliser des méthodes quantitatives et qualitatives pour la collecte de données qui a été faite auprès d'un échantillonnage de sources aux niveaux national, régional, district et communauté. Les données qualitatives provenaient d'options et de perceptions et les méthodes quantitatives ont été utilisées pour collecter des données sur la situation de l'approvisionnement (niveau de stock) et les scores de performance des ASC. L'équipe comprenait trois personnes du MCHIP et de l'UNICEF régionale, deux consultants nationaux, et huit facilitateurs locaux (pour les focus group).

Identifiant les réussites et les meilleures pratiques du programme du Sénégal, en reconnaissant ses faiblesses dans le dessein de les corriger et de les prévenir, et en élaborant une vision claire de l'avenir du programme, ce rapport se donne deux buts : 1) servir d'outil d'apprentissage global qui aide les autres pays en quête d'idées pour accélérer et étendre leurs propres efforts en

matière de PEC-C intégrée, et 2) continuer à informer la mise en œuvre du programme au Sénégal.

## L'analyse des données a permis de dégager les leçons suivantes

### Créer un contexte de politiques favorables et susciter un soutien institutionnel efficace :

- *Base de données probantes étayant le changement de politiques au Sénégal* : preuves scientifiques utilisées lors des séances de plaidoyer ; personnes ayant le courage de remettre en question le statut quo ; preuves montrant que des agents de santé communautaire formés peuvent dispenser correctement les antibiotiques, les sels de réhydratation orale (SRO)/zinc et les antipaludiques.
- *Nécessité de se donner une politique fondée sur l'expérience* : A ce jour, le programme de la PEC-c intégrée a été mis en œuvre sans qu'il existe une politique nationale sur la santé communautaire. Au fur et à mesure que le programme est étendu à plus grande échelle, il est devenu évident qu'il faut engager différents programmes gouvernementaux fournissant divers services de santé et formuler une politique nationale sur la santé communautaire pour disposer de normes constantes et exploiter la synergie entre les divers programmes.
- *Appropriation et autonomie/habilitation des niveaux gouvernementaux décentralisés* : Les ONG soutiennent la mise en œuvre du programme sur le terrain, mais c'est le MSP qui continue d'être le chef de file technique et stratégique et c'est au MSP qu'incombe la responsabilité générale de coordonner les activités. Il est très important de traiter les questions d'appropriation et d'appartenance par le biais d'une politique sanitaire communautaire et une stratégie de mise en œuvre qui définit les rôles et les responsabilités, y compris les rôles du MSP aux niveaux régional et de district.
- *Adaptation à la culture et au contexte local*: Il est capital d'adapter l'approche à la culture et au contexte local pour s'assurer qu'elle soit acceptée et adoptée par les bénéficiaires par l'intermédiaire des comités sanitaires locaux.

### Renforcer les liens entre le système de santé et les communautés :

- *La séquence de la mise en œuvre peut varier* : L'expérience sénégalaise démontre que la formation du personnel d'un établissement en matière de PEC-c clinique, pour superviser les ASC, n'est pas une condition préalable d'une initiative réussie de prise en charge de cas à base communautaire.
- *L'importance des infirmiers en chef pour soutenir les ASC* : Les infirmiers en chef constituent la première ligne de contact entre les ASC et le système de santé et il faut reconnaître à sa juste valeur leur rôle important de soutien des ASC. Les infirmiers en chef peuvent suivre la qualité (par l'observation directe de la prestation de services), encadrer aux fins d'améliorer la performance et analyser les données des rapports des ASC pour résoudre les problèmes.
- *Procédures et outils harmonisés du niveau communautaire jusqu'au niveau national* : Il est important d'avoir un tableau de bord ou un ensemble d'outils et de procédures pour la mise en œuvre et le suivi des activités à tous les niveaux de la gestion de programme, du niveau du village périphérique au niveau national, aussi bien du ministère que des partenaires de l'exécution.
- *Les besoins en données divergent suivant qu'il s'agisse du démarrage ou de l'expansion* : Il est important de faire la différence entre les données servant à déterminer la faisabilité de l'intervention lors de la phase initiale et les données nécessaires pour le suivi du programme et la prise de décisions lors de l'étape expansion. Les données ordinaires collectées au niveau communautaire dans l'étape d'expansion devraient être intégrées dans le système général

d'informations sanitaires. Les indicateurs qui doivent être revus périodiquement devraient mesurer clairement la contribution que fait le programme communautaire au système de santé en général.

### **Etendre rapidement la prestation de services de qualité par les ASC aux ménages :**

- *Conception du programme* : Une bonne conception du programme devrait prévoir une étape initiale et une étape d'expansion avec affectation des ressources aux deux.
- *Directives de politiques claires et ferme engagement pour une expansion rapide* : La phase initiale du programme devra comprendre des directives claires ainsi que l'engagement nécessaire à progresser à une expansion rapide si les résultats s'avèrent concluants et positifs.
- *Leadership du Ministère de la Santé* : Les ONG peuvent fournir un soutien technique, humain et opérationnel important lors de l'expansion rapide du programme mais il est important que le MSP coordonne et dirige le processus.
- *Gestion d'une chaîne d'approvisionnement qui fonctionne bien* : Si les établissements ne disposent pas de médicaments, la consultation dans ces structures perd grandement de sa valeur.
- *Assurance de qualité lors de l'étape de l'expansion* : L'assurance de la qualité ne devrait pas diminuer lors de l'étape de l'expansion même si l'objectif est d'étendre rapidement la couverture de la population ciblée. Certaines normes et procédures devront être respectées, surtout en ce qui concerne le suivi et la supervision après la formation. L'observation directe de la prise en charge des cas, pour contrôler la qualité du service, est une condition essentielle à inclure au suivi.
- *Financement pour la pérennisation* : Il est important de s'assurer du financement nécessaire à la viabilité à long terme du programme. L'octroi de fonds pour la supervision des activités communautaires dans les budgets des départements, des divisions et niveaux décentralisés du Ministère témoigne de son appropriation du programme.

### **Conception et mise en œuvre des activités de CCC pour la PEC-c INTÉGRÉE**

Les leçons à retenir restent limitées en ce domaine à ce stade du programme. Toutefois, d'après les lacunes identifiées, il faudrait traiter des questions suivantes :

- *Revue de la stratégie CCC* : Le moment est venu de faire une revue approfondie du contenu technique de la stratégie d'IEC/CCC. Dans ce contexte, une évaluation devra être faite des cibles, des messages et des moyens de communication pour les différents intervenants. La stratégie de la CCC doit être ajustée aux valeurs culturelles de la communauté. Les responsables de programmes devraient continuer à chercher activement les possibilités de s'assurer que les activités du changement de comportement sont tant efficaces qu'acceptables. De plus, la mobilisation de ressources devrait couvrir aussi bien la prise en charge de cas que les activités de CCC. L'enjeu ici, c'est de maintenir l'équilibre entre les aspects cliniques et la CCC.
- *Mobilisation sociale* : L'intégration des messages de santé dans les mass media doit être faite très systématiquement. Le programme de la PEC-c intégrée doit mettre au point un plan complet, choisissant les canaux médiatiques qui conviennent pour atteindre les communautés rurales qui sont la cible de la PEC-c intégrée.
- *Optimalisation des ressources* : L'engagement du Ministère de la communication devrait être tangible et il peut aider à optimiser les ressources. Les niveaux décentralisés du MSP devraient également mobiliser des ressources, par exemple en forgeant des partenariats avec les médias locaux ou en organisant des campagnes de plaidoyer visant les personnes influentes de la région.

## CONCLUSION

Bien que le but de cet exercice ne soit pas de mesurer de manière quantitative l'accès élargi et les résultats améliorés, il existe un certain nombre de résultats positifs indiquant l'efficacité du programme, notamment :

- Une fois que les ASC ont reçu une formation portant sur les tests de diagnostic rapide, le nombre de cas de fièvre a fortement diminué. Cela a permis une utilisation plus rationnelle et plus efficace d'antipaludiques relativement chers.
- Le nombre de cas de diarrhée traités par des SRO et le nombre de cas de pneumonie traités par des antibiotiques semblent augmenter parallèlement au nombre de cases de santé participant au programme.



# INTRODUCTION

---

Des progrès sensibles sont notés à échelle mondiale dans la réduction de la mortalité infantile et juvénile mais il existe encore un nombre élevé d'enfants de moins de cinq ans qui continuent à mourir de causes qui pourraient être évitées. Dans la plupart des pays en développement, le paludisme, la diarrhée et la pneumonie continuent à être responsables pour une vaste majorité de maladies et de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Selon l'analyse du Lancet, la pneumonie est responsable de 18% des décès des moins de cinq ans, la diarrhée de 15% et le paludisme de 8%, d'après les estimations.<sup>3</sup> Au Sénégal, le paludisme est responsable de 19% des décès des enfants de moins de cinq ans, puis suivent dans l'ordre la diarrhée (14%) et la pneumonie (13%).<sup>4</sup>

Il existe des interventions simples et efficaces par rapport aux coûts qui sont connues pour ces maladies : l'administration d'antibiotiques pour la pneumonie, l'utilisation combinée de sels de réhydratation orale (SRO) et de comprimés de zinc pour traiter la diarrhée, et l'association médicamenteuse à base d'artémisinine (ACT) pour lutter contre le paludisme. Si ces interventions sont déployées à grande échelle, elles peuvent contribuer grandement à la réduction de la mortalité infantile et à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ces interventions sont déjà mises en œuvre par le biais du programme de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) dans les établissements de santé. Par ailleurs, dans la plupart des pays où la morbidité et la mortalité chez les enfants est élevée, l'obstacle réside au niveau de l'accès aux établissements de santé et/ou de la qualité des services dispensés et les enfants continuent de mourir à la maison. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance au niveau communautaire (PEC-c intégrée) mise en œuvre par des agents de santé communautaire (ASC) payés ou volontaires est une option qui vient soutenir la fourniture de services aux populations difficiles à atteindre. Le traitement, tout spécialement des maladies infantiles courantes, existe depuis longtemps : le paludisme traité avec la chloroquine, la diarrhée avec les liquides préparés à la maison et les SRO et les infections respiratoires aiguës (IRA) avec les médicaments traditionnels. Une réunion tenue à Stockholm en 2002, exploitant la base de données probante prouvant la validité de la prise en charge communautaire de la pneumonie marque un jalon important dans l'effort global visant à étendre le traitement de la pneumonie par les ASC.

Un plaidoyer mondial est réalisé depuis 9 ans pour la PEC-c intégrée couvrant la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. Cette approche gagne du terrain pour deux raisons : c'est une réponse adéquate aux besoins de santé des groupes difficiles à atteindre et les résultats montrent que la prise en charge communautaire (PEC-c) contribue à un net recul de la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. En Afrique, un grand nombre de pays en sont encore aux premiers stades de leurs programmes de la PEC-c intégrée – s'attachant pour le moment aux activités de plaidoyer ou passant par les étapes préliminaires de l'introduction de l'approche pour une maladie à la fois. Par ailleurs, plusieurs pays, dont le Sénégal, la République démocratique du Congo, le Rwanda, Madagascar et le Niger, ont commencé à mettre en œuvre la PEC-c intégrée à l'échelle nationale.

Les services curatifs au niveau communautaire existent depuis longtemps au Sénégal, par le biais des cases de santé aux mains de la communauté, remontant à la fin des années 70. A cette

---

<sup>3</sup> The Lancet Series on Child Survival, 2003.

<sup>4</sup> MDG countdown country profile, 2010. Accessed at:

<http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/Profile-Senegal.pdf>

époque alors que la plupart des pays hésitaient à franchir ce pas, le Sénégal a adopté et étendu la PEC-c des IRA, du paludisme et de la diarrhée pour les enfants de moins de cinq ans dans les cases de santé.

Le présent document dégage des leçons pour la communauté internationale, susceptibles d'aider les pays à étendre à plus grande échelle leurs programmes. La première section présente la méthodologie utilisée pour documenter les réussites et les goulots d'étranglement dans le programme du Sénégal et elle retrace l'histoire de ce programme pour ensuite faire le point de la situation actuelle. Utilisant un cadre de jalons, reconnu internationalement, de la PEC-c intégrée, indiqué en Annexe 1, la section suivante présente les principaux résultats pour huit composantes programmatiques des repères de la PEC-c intégrée, à savoir : 1) coordination et formulation de politiques, 2) financement, 3) ressources humaines, 4) gestion de la chaîne d'approvisionnement, 5) prestation de services et référence, 6) communication et mobilisation sociale, 7) supervision et assurance de qualité de la performance, et 8) suivi et évaluation (S&E) et système d'informations sanitaires. La section finale sur les leçons retenues est organisée autour de quatre thèmes d'importance critique :

- Créer un environnement de politiques favorables et susciter un soutien institutionnel efficace
- Renforcer des liens durables entre le système de santé et les communautés
- Mettre à la disposition des ménages des services de qualité
- Concevoir et réaliser des activités de communication pour le changement de comportement (CCC) pour la PEC-c intégrée

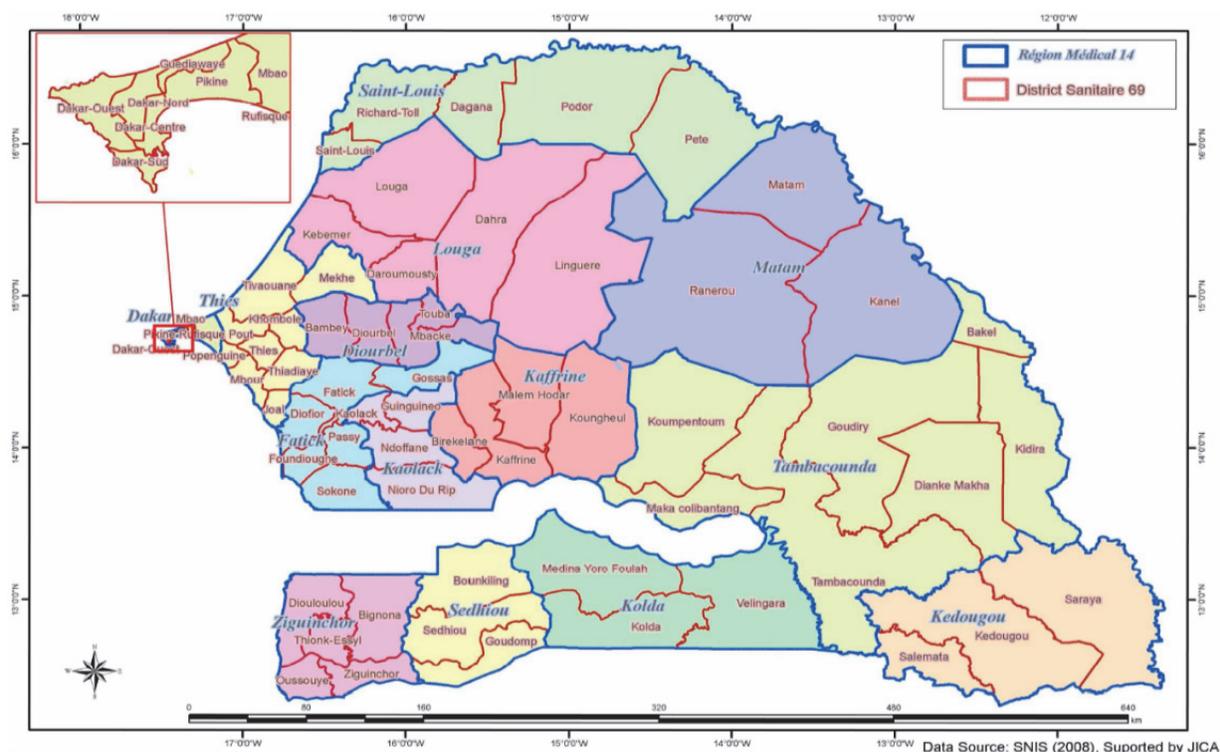
Mettant en avant les réussites et les meilleures pratiques du programme du Sénégal, reconnaissant ses faiblesses afin de les corriger et de les prévenir et se donnant une vision claire de l'avenir du programme, le présent rapport comporte un double objectif : 1) aider d'autres pays qui sont à la recherche d'idées pour accélérer et étendre leurs propres activités de la PEC-c intégrée et 2) continuer à informer la mise en œuvre du programme au Sénégal.

# 1. CONTEXTE

## 1.1 LE SYSTÈME DE SANTÉ SÉNÉGALAIS

Le gouvernement assure la prestation de services de santé dans 971 postes de santé (premier contact avec des agents de santé professionnels et salariés), 77 centres de santé au niveau district et 20 hôpitaux de référence. Cela équivaut en moyenne à un poste de santé pour 10 559 habitants, un centre de santé pour 152 836 habitants et un hôpital de référence pour 464 623 habitants.<sup>5</sup> Il convient de noter que si le secteur privé dispense également des services de santé au Sénégal, le présent document se penche pourtant exclusivement sur la prestation de services de santé par le gouvernement.

Figure 1. Carte des districts sanitaires au Sénégal<sup>6</sup>



En plus de ces établissements, le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) apporte un soutien technique à un réseau d'environ 2300 cases de santé, que possèdent et gèrent les communautés, et dont le personnel est constitué par des volontaires communautaires, avec division des tâches liées à la prise en charge des cas et à l'éducation sanitaire/mobilisation sociale. Les définitions de la terminologie de base et les responsabilités et rôles des volontaires communautaires sont donnés dans l'Encadré 1 ci-après. Il convient de noter que les cases de santé ne font pas partie officiellement de la pyramide de santé.

<sup>5</sup> MoHP, Note à la très haute attention de Monsieur le Premier Ministre sur l'évolution du secteur de la santé de 2000 à 2010, Mars 2010.

<sup>6</sup> MoHP, Carte Sanitaire 2008.

## Encadré 1. Terminologie de base utilisée au Sénégal

### Terminologie de base utilisée au Sénégal :

- Centre de santé : Hôpital situé au niveau du district ; dispense des soins hospitaliers et des consultations externes et dessert généralement une population de 150 000 personnes. \*
- Poste de santé : Etablissement de santé situé généralement dans un grand village et qui compte des infirmiers pour les consultations externes et les soins obstétricaux (accouchements). Dessert généralement une population de 10 000 personnes dans les zones urbaines et 5 000 personnes dans les zones rurales. \*
- Case de santé : Structure construite par des communautés, située dans la communauté et dont le personnel est composé de volontaires, surtout des agents de santé communautaire (ASC), des *matrones*, et des relais communautaires.

*Il existe divers types d'agents communautaires (AC) au Sénégal:*

- **Agent de Santé Communautaire** : Un homme ou une femme choisi par les membres communautaires, qui reçoit une formation structurée lui permettant d'offrir des soins de santé de base dans une case de santé. \*\* Les ASC sont habilités à fournir des antibiotiques pour la pneumonie, l'ACT pour le paludisme et des SRO et zinc pour la diarrhée.
- **Matrone** : Une femme choisie par les membres communautaires, chargée d'apporter une assistance aux mères pendant la grossesse, l'accouchement et lors du postpartum. Elle fournit également des soins préventifs à sa communauté. \* Les *matrones* qui savent lire et écrire sont également formées pour traiter les maladies infantiles.
- **Relais communautaire (appelé le relais dans le présent document)** : Un homme ou une femme choisi par les membres communautaires qui est prêt à donner une partie de son temps aux activités communautaires, pour contribuer au développement de sa communauté. Les relais assurent le lien entre la communauté et l'établissement de santé \*\* et ils réalisent des activités de CCC et de mobilisation communautaire dans la communauté, même s'il n'existe pas de case de santé.
- **Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM)** : Un homme ou une femme qui a reçu une formation spéciale pour fournir un traitement antipaludique en fonction du nouveau protocole, à l'aide des tests de diagnostic rapide (TDR) pour confirmer l'infection du parasite. Le DSDOM ne travaille pas forcément dans la case de santé.
- **Agent communautaire (AC)**: Terme utilisé collectivement pour englober les ASC, les *matrones*, les relais et les DSDOMs ou pour se référer au personnel des cases de santé avant l'apparition des activités de la PEC-c intégrée.

### SOURCES:

\*Ministère de la Santé et de la Prévention, Service National de l'Information Sanitaire (2008), CARTE SANITAIRE DU SENEGAL, 2008

\*\* Dr. Ndèye Codou LAKH (2010), RELAIS COMMUNAUTAIRES: HISTORIQUE, FONCTIONNEMENT, Présentation de la Division des Soins de Santé Primaires, MSP

## 1.2 PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Au Sénégal, les communautés jouent un rôle important dans la prestation de services de santé tel qu'en témoigne leur rôle dans les cases de santé. Les communautés peuvent demander directement au bureau de district du MSP l'autorisation de créer une case de santé. Une fois que le district a revu et approuvé la demande, les communautés doivent réunir l'argent pour construire et équiper la case de santé et assurer son entretien. Parfois quand les communautés sont vraiment démunies, le conseil rural local va leur construire une case de santé et leur achète les matériaux nécessaires. Chaque case de santé a un comité de santé villageois qui gère

les activités des cases de santé, dont les finances et les activités préventives. C'est ce comité par exemple qui mobilise les communautés pour répondre aux événements de santé et entretenir l'infrastructure des cases de santé.

Les communautés participent à la gestion des établissements de santé par le biais de comités de gestion composés de leurs représentants. Elles prennent les décisions concernant les tarifs des services, lancent des appels de fonds par le biais des services payants ou dons en nature (logistique, médicaments) et forment des partenariats avec des communautés et donateurs étrangers pour soutenir la viabilité et la pérennisation des cases de santé.

Les cases de santé communautaires fonctionnent avec recouvrement complet des coûts des médicaments. Les communautés achètent des médicaments de leur dépôt de district et les revendent à ce même coût à leurs clients. Lorsque les clients ne peuvent pas payer car ils n'ont pas d'argent, les communautés parfois subventionnent l'accès aux médicaments. A son tour, cette subvention crée des déficits dans le budget de la case de santé. Le comité de santé villageois peut mobiliser des fonds pour divers objectifs dont l'approvisionnement en médicaments, pour combler les déficits budgétaires. La case de santé ne reçoit pas d'argent du système national bien que des dons de médicaments soit du système national soit d'autres sources de charité soient chose courante.

Un autre facteur qui explique la longévité des cases de santé et de leurs volontaires réside dans la structure communautaire bien établie. La structure est relativement homogène reposant sur de solides normes sociales et animée par un solide sentiment de solidarité. Les cases de santé entrent dans la possession de la communauté avec un sentiment d'engagement qui fait de l'expérience une expérience unique.

### 1.3 INDICATEURS

La population du Sénégal – estimée à 12,4 millions de 2008—s'accroît au taux de 2,3 % par an. Les chiffres brossent le tableau du contexte :

- Environ 50 % de la population sénégalaise peut être considérée comme pauvre.<sup>7</sup>
- Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué, passant de 121 pour 1000 naissances vivantes en 2005 à 72 en 2011.<sup>8</sup>
- Le taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) est passé de 61 pour 1000 naissances vivantes en 2005 à 47 en 2011.<sup>9</sup>

Les programmes de prévention au Sénégal ont constamment montré des résultats réussis :

- Couverture en diphtérie-coqueluche-tétanos 3 (DTC3 comme pentavalent) a augmenté, passant de 78% à 83% de 2005 à 2011.<sup>10</sup>
- Tel que le montrent les trois tableaux de la Figure 2 ci-après, le pourcentage d'enfants qui dorment sous des moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) a augmenté régulièrement, passant de 2 % à 29 % de 2000 à 2009.<sup>11</sup>

---

<sup>7</sup> Jurrien Toonen, Royal Tropical Institute Amsterdam. Towards pro-poor health planning in the context of macroeconomics and health: Country case study Senegal. October 2004.

<sup>8</sup> EDS 2010–2011 rapport préliminaire.

<sup>9</sup> EDS 2010–2011 rapport préliminaire.

<sup>10</sup> EDS 2010–2011 rapport préliminaire.

<sup>11</sup> UNICEF, WHO, Countdown to 2015 Initiative. Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Health. Accessed at: <http://www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2010-country-profiles/62>

## 1.4 PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Une enquête sur la PCIME faite auprès des établissements de santé en 2006 et dont il est question dans le Plan national de développement sanitaire,<sup>12</sup> confirme que la plupart des maladies courantes prises en charge par le biais de la PCIME sont le paludisme (72 %), les IRA (47 %) et la diarrhée (23 %). Les résultats de l'étude indiquent que :

- La performance des agents de santé au niveau de la prise en charge du paludisme était satisfaisante : 95 % l'ont traité correctement.
- Les indicateurs de performance étaient bien plus faibles pour les IRA (35 %) et la diarrhée (56 %).
- Utilisant la même source de données de 2006, un indice mesurant la disponibilité de huit médicaments de première intention, administrés par voie buccale, était de 0,63 sur une échelle de 1.

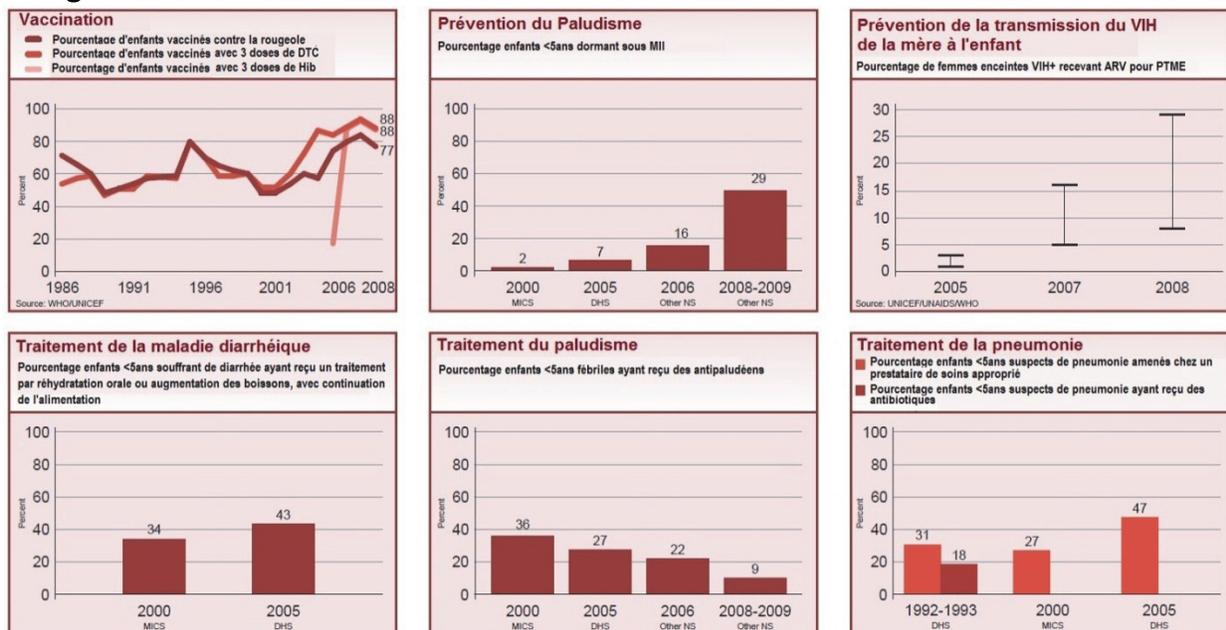
Les indicateurs du traitement de ces dix dernières années de la diarrhée, du paludisme et des IRA étaient les suivants :

- **Diarrhée** : Si on note une légère amélioration dans la prise en charge de la diarrhée, 43 % seulement des enfants pourtant reçoivent des SRO ou des liquides supplémentaires avec alimentation continue (Enquête démographique et de santé [EDS] 2005), amélioration par rapport aux 34 % notés dans l'Enquête par grappes et sur multiples indicateurs de 2000 [MICS]. Cette évolution est représentée dans la Figure 2(d) ci-après. D'après les résultats préliminaires de l'enquête de 2010, l'utilisation des liquides préparés à domicile pour traiter la diarrhée aurait diminué ces cinq dernières années (passant de 53 % à 27 %) et l'utilisation des SRO aurait augmenté (15 % à 22 %).
- **Paludisme** : La proportion de cas de fièvre traités avec des antipaludiques a nettement diminué après l'introduction du test de diagnostic rapide (TDR) dans les sites de la PCIME\_C en 2009.<sup>13</sup> La Figure 2(e) indique une baisse régulière dans le pourcentage d'enfants souffrant de fièvre qui ont suivi un traitement à base d'antipaludiques, passant de 36 % en 2000 à 22% en 2006 et à 9% en 2009. De fait, l'introduction du TDR signifie que seuls les cas confirmés de paludisme sont traités avec des antipaludiques et la baisse du traitement antipaludique est noté comme un développement positif puisque l'amélioration dans la capacité de diagnostic réduit l'utilisation du traitement antipaludique pour la fièvre provenant d'autres causes que le paludisme.
- **IRA** : La consultation des services de santé indiqués pour le traitement de la pneumonie a augmenté, passant de 31 % à 47 % de 1992 à 2006 (voir Figure 2(f)). Une mise à jour du rapport préliminaire de l'EDS de 2010 place ce pourcentage à 50 %. Toutefois, une étude supplémentaire des données de l'EDS indique que l'accroissement du comportement de consultation ne tient pas compte de l'adéquation du traitement reçu.

<sup>12</sup> MoHP, Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018, Janvier 2009.

<sup>13</sup> PNLP 2009, La prise en charge des cas de paludisme à domicile au Sénégal : Leçons Apprises.

Figure 2 a-f. Couverture de certaines interventions préventives et curatives en santé infantile au Sénégal de l'Initiative Countdown à 2015<sup>14</sup>



<sup>14</sup> UNICEF, OMS, Initiative Countdown à 2015. Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Health. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2010-country-profiles/62>

## 2. BUT ET OBJECTIFS DE LA DOCUMENTATION

---

### 2.1 BUT

Le but général de cet exercice de documentation est d'informer la conception et la mise en œuvre des programmes de la PEC-c intégrée.

### 2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Documenter les pratiques prometteuses mises en œuvre par le MSP et ses partenaires qui ont contribué à la réussite de la prise en charge communautaire (PEC-c) au Sénégal.
- Documenter les goulots d'étranglement et les difficultés passés et actuels au niveau de la mise en œuvre de la PEC-c intégrée et les approches utilisées pour en venir à bout.
- Retirer les leçons apprises de l'expérience du Sénégal afin d'élaborer un modèle de base pour la formulation des futurs programmes et pour la réorientation des programmes existants.
- Réunir les preuves démontrant l'efficacité du programme de la PEC-c intégrée au Sénégal.

### 3. METHODOLOGIE

Cet exercice de documentation combine une revue de documents et une collecte de données (méthodes quantitatives et qualitatives) auprès d'un échantillon aux niveaux national, régional, de district et communautaire. Les données qualitatives ont permis de recueillir les opinions et les perceptions alors que les méthodes quantitatives ont servi à recueillir des données sur la situation des stocks et la performance des ASC. Une équipe composée de trois personnes du Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) et de l'UNICEF régional, deux consultants nationaux et huit facilitateurs de focus group ont effectué le travail sur le terrain. Voir Annexe 2 pour plus de détails.

#### 3.1 REVUE DE DOCUMENTS ET DE DONNÉES SECONDAIRES

Une revue de documents et de données secondaires a été faite pour analyser les tendances dans le temps se rapportant à la performance, à la couverture et à la qualité du programme. Pour la revue de documents, on a analysé tous les documents disponibles traitant de la PEC-c intégrée au Sénégal, notamment : des études spécifiques, des évaluations, des ressources en ligne et des publications sur la PEC-c intégrée ainsi que des rapports sur les ateliers, formation, supervision et projets pertinents. Les données des archives et des rapports de projets ont également été consultés pour mieux comprendre les réussites et les lacunes. Les sources de données étaient les suivantes : EDS, MICS, données des systèmes de santé, rapports mensuels des ASC, rapports mensuels des postes de santé, données sur les fournitures, rapports sur la supervision et outils de suivi des niveaux district, régional et central.



Les animateurs en revue des données provenant des DFG

**Approvisionnement en médicaments :** L'équipe a revu les outils servant à gérer l'approvisionnement et à documenter les éventuelles ruptures de stock sur la période précédente de six mois (janvier-juin 2010), lui donnant ainsi une perspective de la situation passée et actuelle. Seules les données de deux districts (Khombole et Kolda) étaient suffisamment complètes pour être traitées et interprétées comme une partie du présent document. La liste des

produits évalués, utilisés pour la PEC-c intégrée, était composée d'antibiotiques servant au traitement de la pneumonie, les TDR pour le diagnostic du paludisme, les ACT pour le traitement du paludisme et les SRO et comprimés de zinc pour la prise en charge de la diarrhée.

## 3.2 ENTRETIENS SEMI-STRUCTURÉS

Des entretiens semi-structurés ont été réalisés par l'équipe externe auprès des répondants suivants:

- **Informants clés**, dont des représentants officiels du MSP, des organismes des Nations Unies mettant en œuvre la PEC-c intégrée, pour connaître le passé du programme, les opinions sur les réussites du programme et les enjeux au niveau des politiques, du plaidoyer, de l'appropriation et de la pérennisation. Un total de 16 personnes ont été interviewées.
- **Responsables de programmes et partenaires de l'exécution**—y compris 11 cadres du MS et sept responsables, formateurs et superviseurs travaillant pour des ONG – afin de mieux comprendre des questions techniques spécifiques sur la formation, la gestion des ressources, la supervision, la prestation de services, le système de référence, les achats, la communication, la mobilisation sociale, le système de S&E et le système d'informations sanitaires.

## 3.3 DISCUSSIONS DIRIGÉES (FOCUS GROUP)

Des facilitateurs formés localement ont organisé des discussions avec les focus group (DFG) suivants :

- **Des infirmiers en chef des postes de santé**, qui sont les superviseurs directs des ASC, des *matrones* et des DSDOM, afin de mieux comprendre l'évolution de la PCIME dans le temps, dont leurs vues et rôles, les facteurs de réussite et les obstacles, les opinions sur l'efficacité du programme actuel et les suggestions pour l'avenir. Un total de 38 infirmiers chefs ont participé à six sessions de DFG.
- **Des agents communautaires de la PEC-c intégrée**, sur la formation et la supervision, le degré de confiance avec laquelle ils font leur travail, les défis qu'il leur relever, leurs opinions sur les facteurs de réussite et les obstacles possibles et les suggestions pour l'avenir. Un total de 63 ASC, *matrones* et DSDOM ont participé à six sessions de DFG.
- **Des bénéficiaires**, notamment des mères ou des soignants d'enfants qui ont déjà traités par les ASC, les *matrones* et les DSDOM, sur leur intérêt et opinion du service fourni, les contributions du programme à la santé de leur famille et les comportements de consultation/recherche de soins dans les familles. Un total de 168 mères ont participé dans 19 villages.
- **Les membres des comités de santé villageois (CSV)**, qui apportent le soutien institutionnel de la communauté locale pour la PEC-c intégrée, sur leurs opinions à propos des ASC et des *matrones*, les rôles des membres des comités pour le soutien du programme, les facteurs de réussite et les problèmes éventuels, le soutien actuel qu'ils fournissent et prévoient de fournir ainsi que sur l'efficacité du système de soutien en général. Un total de 61 membres des comités ont participé dans 12 villages. Les chefs de village ont été interviewés séparément dans quatre autres villages.

## 3.4 OBSERVATION DIRECTE

La revue des compétences techniques ne faisant pas partie du système de santé en ce qui concerne le suivi régulier des ASC au Sénégal, l'équipe a organisé une série d'observations simplifiées de 104 cas de prise en charge de la part des ASC, soit en observant une interaction

effective d'un ASC et d'une mère avec un enfant malade ou alors par le biais d'une interaction simulée. Après avoir obtenu le consentement d'un ASC ou de la *matrone* et de la mère, les observateurs (cliniciens avec une vaste expérience en matière de PCIME et formation en PEC-c intégrée), ont utilisé la liste de pointage (présentée en Annexe 3) pour observer la prise en charge des cas par les ASC ou les *matrones*.

### 3.5 SELECTION DES SITES

La sélection des sites a été conçue stratégiquement de sorte à saisir certains districts où le programme IRA-communautaire faisait l'objet d'un essai pilote, d'autres districts où il se trouvait à la phase d'expansion et les zones où le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) déploie l'approche de traitement du paludisme à domicile, intervention détenant un énorme potentiel pour l'expansion de la PEC-c intégrée. Voici les autres critères techniques pour la sélection des districts :

- **Nature du soutien programmatique**, surtout l'intensité du soutien externe des partenaires (UNICEF octroie les fonds au MSP pour les visites dans les districts et l'USAID soutient le programme par l'intermédiaire de ses partenaires de l'exécution) ;
- **Durée de temps de l'engagement dans la PEC-c intégrée**, notamment les districts participant à la phase pilote des IRA-communautaires ainsi que les districts qui en sont à phase d'expansion ; et
- **Faisabilité logistique et financière** de la collecte de données.

Six districts de quatre régions ont été choisis en fonction de ces critères : Thiadaye et Khombole dans la région de Thies, Fatick et Dioffior dans la région de Fatick, Nioro à Kaolack, et le district de Kolda dans la région de Kolda.

Dans chacun des six districts visités, quatre cases de santé ont été choisies en fonction de la performance (deux cases avec une faible performance et deux cases avec une solide performance), pour un total de 24 cases. Entraient dans les critères de performance, la constance et la régularité des rapports qui doivent être présentés, les compétences techniques des ASC et le nombre de cas pris en charge dans une case de santé. L'équipe de la recherche a rendu visite à 19 des 24 cases choisies au départ.

Les données collectées devaient renseigner sur les facteurs à l'origine des réussites ainsi que sur les facteurs responsables des éventuels obstacles. L'équipe de la documentation a également collecté une information essentielle sur la gestion des programmes et sur les services de santé fournis par les ASC afin de documenter les leçons retenues tout au long du processus intégral, allant de la phase pilote jusqu'à l'expansion.

### 3.6 PORTÉE ET LIMITATIONS DE LA DOCUMENTATION

Cet exercice de documentation visait à brosser un tableau d'ensemble de l'expérience de la PEC-c intégrée à l'échelle nationale au Sénégal. La méthode couvre une revue de la documentation, complétée par des entretiens semi-structurés, des DFG et une observation directe d'exercices effectifs ou simulés bien que l'étude ne prétende pas pour autant couvrir l'intégralité de l'approche. Il s'agit d'une revue des données probantes, sur la base de plusieurs méthodologies, visant à pouvoir partager les leçons clés avec d'autres pays et à améliorer le programme au Sénégal. Par ailleurs, la méthodologie des observations directes utilisée pendant cet exercice s'est heurtée à des limitations évidentes :

- Les ASC et les *matrones* observés n'ont pas été choisis aléatoirement en vue d'être représentatifs de tous les ASC fournissant des services de prise en charge des cas.
- La méthode d'observation simplifiée n'était pas conforme à un outil standard. Dans certains cas, des simulations ont dû être faites en raison de contraintes logistiques et de temps.
- La procédure d'observation était grandement simplifiée par rapport à un exercice d'observation standard.

### 3.7 CADRE ANALYTIQUE

L'équipe de la documentation a utilisé pour cette analyse les jalons standard de la PEC-c intégrée présentés dans l'Annexe 1, pour saisir les composantes clés des programmes de la PEC-c intégrée tel qu'ils sont définis par la communauté internationale. Au sein de chaque jalon, l'équipe a utilisé les objectifs pour analyser les données.

## 4. APERÇU HISTORIQUE

---

La participation communautaire aux services de soins de santé au Sénégal a démarré bien avant la conférence d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires. Les piliers de la réussite actuelle de la PEC-c intégrée ont été posés par une longue histoire d'initiatives communautaires, de solidarité collective et du soutien des partenaires du développement pour les programmes de santé communautaire. Prière de consulter l'Annexe 4 pour une liste complète des événements clés.

### 4.1 PHASE I: INTRODUCTION DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE AU SENEGAL (1967-2001)

Evénements :

- La prise en charge communautaire remonte à 1967 au Sénégal quand Pikine, une banlieue de Dakar, a commencé à organiser une équipe de santé mobile composée de mères qui allaient fournir des services préventifs de base à la population.<sup>15</sup> Pratiquement 10 années plus tard, un projet belge-sénégalais apportait son soutien à l'ouverture en 1975.<sup>16</sup>
- En 1982, quatre années après la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, l'USAID a appuyé le premier programme de santé à base communautaire au Sénégal par l'intermédiaire des Projets de services de santé en zone rurale (RHDSI) et de la seconde phase RHDS II/Survie de l'enfant dans la région de Sine-Saloum. En exécutant ce programme, l'USAID avait réussi à ce que la population construise des cases de santé pour lesquelles l'USAID avait soutenu la formation des ASC, avait donné de l'équipement et mis en place des moyens mobiles pour la supervision. Le programme avait fourni des services de soins de santé communautaires et assuré la communication entre les cases de santé dans tous les districts sanitaires de la région de Kaolack qui s'est divisée depuis en trois régions (Kaolack, Fatick et Kaffrine). Grâce au soutien financier de ce projet et aux taxes locales, les premières 380 cases de santé qu'aient jamais existé ont été construites, fonctionnant chacune avec un agent de premiers secours et une *matrone*. Les services fournis portaient sur la vaccination, la lutte antipaludique, la TRO et le suivi de la croissance. Les interventions ont été intégrées avec réussite aux niveaux de la case de santé et du poste de santé.<sup>17,18</sup> Année après année, remarquant que cette approche donnait de bons résultats et permettait de réduire la mortalité maternelle et infantile, un grand nombre de donateurs sont venus se joindre à l'USAID pour apporter eux aussi leur soutien aux programmes de santé à base communautaire.
- **Cadre juridique :** En 1992, le Décret 92-118 a été promulgué, posant ainsi les fondements légaux des comités de santé.<sup>19</sup> Le décret, (présenté en Annexe 5), établit les comités de santé à tous les niveaux des structures de santé publique, allant du poste de santé jusqu'à l'hôpital régional. Pour les postes de santé ruraux, ils comprennent le chef du village et les représentantes des groupements féminins et associations de jeunes.

---

<sup>15</sup> Fassin D et al., 1986. Les enjeux sociaux de la participation communautaires : Les comités de santé à Pikine (Sénégal). Sciences Sociales et Santé, vol. IV - no 3-4.

<sup>16</sup> Dr Ndèye CodouLakh, Avril 2010, Relais Communautaires: historique, fonctionnement, Présentation de la Division des Soins de Santé Primaires, MSP.

<sup>17</sup> Hauck FR, King J, Vian T., 1992. Primary Health Care in Senegal: Lessons Learned. *Ethnicity & Disease*, 1992 Winter; 2(1):87-92.

<sup>18</sup> Government of Senegal and USAID, 1986, Rural Health Delivery Services Project (RHDS) Phase II - Child Survival, Mid-term Evaluation.

<sup>19</sup> MoHP, Division des Soins de Santé Primaires, Capitalisation des expériences communautaires au Sénégal. Octobre 2005.

- Sur la base de ce système, les **ASC** ont été créés pour superviser la gestion des cases de santé qui ne font pas partie du système de santé formel. Les ASC ont participé à la mobilisation des communautés et des ressources pour la construction des cases de santé.

**Conclusion de la phase I :** La structure communautaire et la PEC-c intégrée ont été mises en place dans les cases de santé et centrées sur la prévention et le traitement du paludisme à l'aide de chloroquine, les SRO pour la diarrhée (surtout la solution sel-sucre préparée à la maison), les vaccinations (référence aux cases, extension communautaire et références vers les niveaux supérieurs de cas que les cases ne peuvent pas traiter) ainsi que suivi de la croissance. Malgré ces progrès, le MSP n'était guère engagé dans la prestation de service au niveau de la case de santé et, jusqu'en 2003, aucune donnée de services n'a été collectée au niveau communautaire. L'introduction de la pneumonie dans le cadre du paquet intégrée en 2003 marquait le début d'une collecte systématique des statistiques de services dans les cases de santé de la documentation de la logistique, du soutien structuré de la part du MSP et des partenaires en vue de coordonner les services au niveau communautaire et de la priorité accordée à la qualité de la performance.

## 4.2 PHASE II : PLAIDOYER POUR L'INTRODUCTION DES ANTIBIOTIQUES POUR LA PNEUMONIE ET LA MISE A JOUR DU TRAITEMENT CONTRE LE PALUDISME ET LA DIARRHÉE (2002–2004)

Cette période s'étendant de 2002 à 2004 a été marquée par deux décisions sur le plan des politiques qui ont abouti à l'introduction d'antibiotiques pour la pneumonie et au changement du traitement antipaludique dans la case de santé.

Evénements clés :

- **Plaidoyer pour l'utilisation des antibiotiques** dans la case de santé au Sénégal, démarré en 2002. Reconnaissant le besoin d'une prise en charge communautaire des IRA, et ayant entendu parler de sa réussite ailleurs, le MSP, grâce à l'activité de plaidoyer en ce sens, a approuvé une recherche opérationnelle visant à déterminer la faisabilité de l'introduction des antibiotiques pour le traitement de la pneumonie. Le MSP a commandité une étude de faisabilité d'avril 2003 à juin 2004 sur l'utilisation d'antibiotiques par les ASC et les *matrones* dans les cases de santé pour le traitement de la pneumonie. La recherche sur la prise en charge des cas d'IRA a duré 18 mois et les résultats ont été diffusés en juin 2004 démontrant clairement que les ASC et *matrones* formés pouvaient reconnaître, prendre en charge et suivre correctement les IRA. Les partenaires étaient l'USAID, l'UNICEF, l'OMS et l'Université Cheikh Anta Diop. Parallèlement, l'USAID demandait l'aide de Pfizer pour la PEC-c au Sénégal.
- **Changement dans la politique des médicaments antipaludiques de première intention et plaidoyer concernant le médicament de choix au niveau de la case de santé.** En juillet 2003, le Sénégal a modifié sa politique se rapportant au médicament de première intention pour le traitement du paludisme dans les établissements de santé, passant de la chloroquine à une combinaison d'Amodiaque et Sulfadoxine Pyriméthamine (AQ/SP). Les ASC et les *matrones* dans les cases de santé devaient orienter tous les cas de paludisme soupçonnés vers les postes de santé. En 2004, l'USAID/Sénégal, par le biais du projet, Action communautaire contre le paludisme et la tuberculose (CAMAT) mis en œuvre par CCF (à présent ChildFund), préconisait le test de la nouvelle combinaison AQ/SP au niveau communautaire. Le PNLN a approuvé une étude pilote du traitement sous observation directe avec l'AQ/SP pour les fièvres/paludisme sans complications, y compris le suivi des effets secondaires, dans la case de santé. Le protocole AQ/SP a été rapidement changé au TDR en 2006 et il n'a pas été étendu à d'autres cases de santé outre les quatre districts d'intervention de

CAMAT. Dans l'intermédiaire, le traitement anti-diarrhéique avec les SRO/liquides préparés à la maison était la pratique acceptée dans les cases de santé. Le changement du traitement des maladies diarrhéiques est venu plus tard en 2008. Voir Annexe 6 pour plus de détails.

- **Retards initiaux:** Malgré le vif intérêt porté à l'expansion de la prise en charge des IRA, un laps de temps de 18 mois s'est écoulé entre juin 2004, lorsque l'atelier de validation avait recommandé d'étendre ce traitement et le début effectif de la phase d'expansion en janvier 2006. Ce retard a été causé par les facteurs suivants :
  - L'autorisation d'introduire des antibiotiques dans les cases de santé n'a été accordée que fin 2005 par le MS ;
  - Le grand défenseur de la cause, l'ancien chef de la division d'alimentation, de nutrition et de survie de l'enfant, avait été nommé à un poste différent au sein du MSP ;
  - La désintégration des activités du groupe de la recherche et l'équipe de l'Université qui a cessé de participer ; et
  - Le retard dans le décaissement du financement par Pfizer fin 2005.

### 4.3 PHASE III : EXPANSION ET INTEGRATION DE LA PEC-C INTEGREE (2006–2010)

Cette période, démarrant en 2006 et allant jusqu'en 2010, marquait l'expansion de la PEC-c intégrée et la consolidation des soins dans le cadre de divers projets autonomes les uns des autres. Les protocoles de traitement ont également été revus, notamment les SRO et le zinc pour le traitement de la diarrhée et l'introduction des TDR et des ACT pour le traitement antipaludique dans les cases de santé.

Evènements saillants :

- Expansion de l'utilisation des antibiotiques pour la pneumonie :
  - Une fois diffusées les **directives de politiques** et obtenu le financement en 2005, la phase d'expansion a été démarrée. Des rôles importants ont été assumés à ce stade par les organisations non gouvernementales (ONG) et une assistance technique a été apportée par l'UNICED et l'USAID par le biais du Projet Soutien à l'institutionnalisation de la Survie de l'enfant (BASICS). **Les nouvelles fiches individuelles des patients incluaient le paludisme, la diarrhée et la pneumonie, et marquaient un pas en avant vers la formation intégrée.**
  - **Le MSP a maintenu son leadership**, renouvelant le groupe de travail technique sur la PEC-c intégrée et assignant des membres clés de la Division de l'alimentation, de la nutrition et de la santé de l'enfant (DANSE) à la coordination des activités du groupe technique. L'USAID, par le biais du projet BASICS et de Management Sciences for Health (MSH), a fourni une assistance technique pour la prestation de services et la gestion pharmaceutique, respectivement.
  - **Soutien technique pour la mise en œuvre de la PEC-c intégrée** : L'USAID et l'UNICEF ont continué d'apporter une assistance technique. Le projet USAID/BASICS a aidé le secrétariat du MSP en appuyant la mise en œuvre de la PEC-c intégrée jusqu'à la fin du projet en 2006. L'expansion **de la prise en charge des cas d'IRA** et l'intégration avec la prise en charge des cas de diarrhée et de paludisme ont continué jusqu'à la fin du projet en décembre 2006. A partir de 2007, l'assistance technique de l'USAID à la PEC-c intégrée a continué par le biais de deux projets bilatéraux, le Programme de santé communautaire et le Projet de santé maternelle et infantile – planification familiale- paludisme, dirigés respectivement par ChildFund et IntraHealth.

- **De l'AQ/SP aux ACT et TDR.** En janvier 2006, le NMCP est passé de l'AQ/SP à l'ACT et au TDR. Le NMCP a mis au point un plan visant à apporter une formation au personnel de tous les établissements de santé et de toutes les cases de santé et à introduire les TDR et administrer les ACT dans les cases de santé de ses régions d'intervention.

La coordination était faible au sein du MSP pour relier l'expansion du programme antipaludique à l'expansion du traitement des IRA et renforcement de la prise en charge des cas de diarrhée. Le paludisme relevait par contre d'une intervention plus dirigée dans le cadre du NMCP.

- Des SRO aux SRO à faible osmolarité et au zinc :
  - **Introduction des SRO/zinc :** S'inspirant des leçons retenues de l'introduction des antibiotiques et des ACT/TDR dans la case de santé, le MSP a mis en place un comité directeur pour gérer l'introduction du zinc et des SRO de faible osmolarité.
  - Le MSP a **changé officiellement la politique de prise en charge de la diarrhée** en 2008, conformément aux directives de l'OMS/UNICEF. Les directives des politiques du MSP, promulguées en 2009, ont préparé le terrain d'une étude pilote réalisée par l'USAID dans le cadre de son Programme de santé communautaire, et menée par ChildFund dans trois districts (Joal, Kolda et Fatick). Cette étude couvrait les établissements de santé du secteur public ainsi que les cases de santé et 72 cases de santé ont participé à l'étude.
  - L'évaluation de la phase initiale du traitement de la diarrhée avec les SRO/Zinc dans la case de santé a été réalisée de novembre à décembre 2010 et les résultats ont montré que les ASC et *matrones* formés savaient évaluer, classer et traiter correctement la diarrhée avec les SRO et le zinc. La phase d'expansion encore plus étendue du traitement à base de zinc et SRO de faible osmolarité a été freinée au départ car le stock de comprimés de zinc était insuffisant.
  - **La prise en charge des cas de paludisme à domicile : une opportunité d'étendre la PEC-c intégrée.** En septembre 2008, le PNLP a démarré un programme pilote pour la prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM), à l'extérieur des cases de santé, dans trois districts test (Ranérou, Dioffor et Mékhé). Le programme visait à élargir l'accès aux soins adéquats pour les populations reculées qui ne sont pas couvertes par les cases de santé. La stratégie utiliser des volontaires communautaires appelés DSDOM (Dispensateurs de soins à domicile) pour établir le diagnostic et traiter à domicile les cas confirmés de paludisme simple, en utilisant les TDR et les ACT. Vingt villages « difficiles à atteindre » qui ne sont pas couverts par les cases de santé et qui sont situés à plus de cinq kilomètres d'un établissement de santé ont été recrutés. Les résultats d'une évaluation faite en 2009 ont montré que la stratégie comptait de bonnes réussites et avait su susciter l'intérêt des communautés bénéficiaires en vue d'étendre le paquet de services fournis par les DSDOM.<sup>20</sup>
  - **Expansion du paquet de la PEC-c intégrée en vue d'inclure la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire.** En 2008, le MSP a mis à jour le protocole de traitement de la malnutrition aiguë, afin d'inclure la prise en charge communautaire, l'appliquant dans certains districts. En 2010, il existait environ 2300 cases de santé gérées par les communautés et comptant des volontaires communautaires dont les tâches sont réparties entre la prise en charge des cas et l'éducation/mobilisation communautaires.

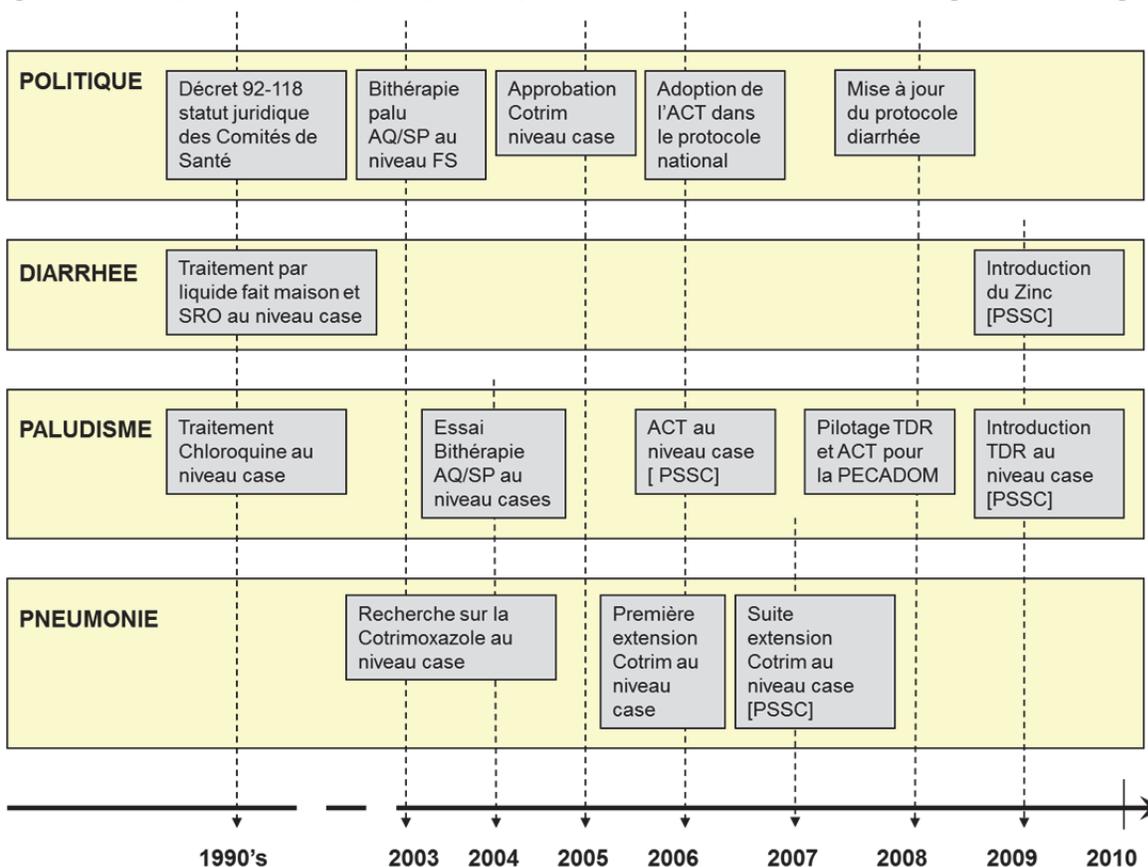
<sup>20</sup> PNLP 2009, La Prise en Charge des Cas de Paludisme à Domicile au Sénégal: Leçons Apprises - Roll Back Malaria, Progress & Impact Series, Number 4 .November 2010, (Focus on Senegal).

## 4.4 FORGER DES PARTENARIATS POUR LA PEC-C INTÉGRÉE

- Impact de l'Initiative antipaludique du Président (PMI):** Le Sénégal est l'un des 15 pays couverts par la PMI et il reçoit un soutien important pour l'expansion des activités de la PMI y compris pour la PEC-c intégrée. Avec le soutien de la PMI, le traitement avec les ACT au niveau communautaire a été étendu à pratiquement 1300 cases de santé à échelle nationale, au début de 2009. Le Sénégal est également un bénéficiaire des subventions (séries 4 et 7) du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Utilisant les fonds combinés de PMI et du Fonds mondial, le Sénégal a pu répondre à tous les besoins en matière d'ACT et TDR dans le secteur public jusqu'à fin 2012, y compris les besoins des cases de santé.
- L'UNICEF** a octroyé un financement supplémentaire au Consortium des ONG pour soutenir l'expansion de la PEC-c intégrée, complétant ainsi les activités financées par l'USAID. Ce partenariat entre l'UNICEF et le Consortium des ONG vise à : 1) recruter de nouvelles cases de santé dans 10 districts répandus entre quatre régions, 2) intégrer la prise en charge des IRA et les maladies diarrhéiques afin d'élargir le paquet de services fournis dans les cases de santé retenues qui reçoivent un soutien de PMI dans huit districts répandus sur trois régions et 3) fournir un équipement supplémentaire à toutes les cases de santé de 57 districts répandus sur 13 régions.

L'Annexe 6 récapitule les principales étapes du processus d'introduction de la prise en charge des de paludisme, IRA et maladies diarrhéiques, au niveau communautaire au Sénégal.

**Figure 3. Récapitulatif des principaux repères historiques de la PEC-c intégrée au Sénégal**



## 5. RESULTATS

Cherchant à vérifier que l'analyse des résultats de l'exercice de documentation saisisse pleinement ce que l'on juge être les composantes clés des programmes de la PEC-c intégrée, la présente section suit le cadre des jalons avalisé par l'équipe spéciale de la PCC, présenté en Annexe 1. Les jalons couvrent huit composantes : 1) coordination et formulation de politiques, 2) financement, 3) ressources humaines, 4) gestion de la chaîne d'approvisionnement, 5) prestation de services et référence, 6) communication et mobilisation sociale, 7) supervision, performance et assurance de la qualité, et 8) S&E et le système d'information sanitaire.

### 5.1 COORDINATION ET FORMULATION DE POLITIQUES

Cette section présente les résultats ainsi que les pratiques prometteuses et les défis entrant dans le volet coordination et formulation de politiques pour l'introduction et l'expansion de la PEC-c intégrée au Sénégal.

Bien que les éléments de la prise en charge à base communautaire (diarrhée, paludisme et utilisation non autorisée des antibiotiques) existent depuis les années 70, ils n'ont reçu qu'un soutien limité de la part du système de santé. A l'instar de la plupart des pays, le Sénégal a dû faire face à certaines décisions liées à l'utilisation approuvée par le MSP de médicaments par des agents autres que le personnel de santé professionnel. Cela a exigé des protocoles plus compliqués du traitement antipaludique avec AQ/S et par la suite les ACT et les TDR, l'utilisation d'antibiotiques pour les IRA infantiles et le traitement de la diarrhée. Les partenaires du MSP ont organisé un plaidoyer systématique pour mettre à jour les services fournis dans les cases de santé en tant que stratégie visant à élargir l'accès à la prise en charge des cas pour les trois principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans.



Siège du Ministère de la Santé à Dakar

Des études pilotes ont été faites avant d'autoriser les ASC et les *matrones* à distribuer les antibiotiques et l'AQ/SP. Une phase d'apprentissage initiale s'est également avérée nécessaire

avant l'introduction et l'expansion du zinc pour le traitement des maladies diarrhéiques dans les cases de santé.

Vu que l'utilisation de l'AQ/SP a été changée à l'ACT trois années après son approbation et qu'elle avait été mise en œuvre au niveau communautaire pendant moins d'une année, l'influence du programme pilote des IRA est particulièrement révélatrice au Sénégal. Trois facteurs ont contribué nettement à la réussite de la phase pilote des IRA : 1) le plaidoyer soutenu, étayé par des preuves scientifiques démontrant l'efficacité de l'approche ; 2) l'engagement actif de professionnels respectés au sein du MS et de l'Université Cheikh Anta Diop qui ont assuré le leadership technique ; et 3) l'approche participative du Comité de pilotage. L'équipe de la documentation a également constaté qu'il existait une excellente collaboration entre l'UNICEF et l'USAID, tous deux engagés activement et soutenant les études pilotes et les ateliers et séminaires de diffusion pour les décideurs clés dans le cadre de leurs activités de plaidoyer.

Les autres résultats concernant la coordination et la formulation de politiques se rapportent à la phase d'expansion du programme et dénotent de domaines où une action supplémentaire est recommandée.

Premièrement, malgré l'engagement des représentants officiels du MSP au niveau central, la rigoureuse coordination qui avait marqué la phase pilote des IRA semble s'être relâchée pendant la phase d'expansion. C'est dû en partie au fait que le Consortium d'ONG ne vient pas soutenir directement le MSP central bien qu'on entre également en ligne de compte les nombreux défis que soulève l'institutionnalisation de la PEC-c intégrée. En outre, plusieurs départements et organismes gouvernementaux ont la responsabilité de différentes composantes de la PEC-c intégrée alors que la coordination reste pourtant limitée entre les départements, à savoir : 1) diarrhée et IRA par DANSE ; paludisme par le PNLP qui reçoit un financement direct de PMI et du Fonds mondial ; 3) les stratégies communautaires par la Division des soins de santé primaires (DSSP) ; et 4) le programme du renforcement de la nutrition communautaire du Cabinet du Premier ministre. Pour la PEC-c des maladies de l'enfance, il est important de disposer d'un forum officiel permettant aux représentants du MSP et d'autres représentants du gouvernement de se rencontrer régulièrement pour discuter de l'intégration, du caractère complémentaire des activités et des synergies entre les interventions. En second lieu, l'équipe de la documentation a entendu dire à l'unisson par les personnes interrogées que le MSP n'exerçait plus à présent le même leadership sur le programme et que les ONG jouaient un rôle de plus en plus important au niveau de la mise en œuvre du PEC-c intégrée alors que c'est le PNLP qui dirige la stratégie de lutte antipaludique.

## Pratiques prometteuses au niveau du plaidoyer et de la planification

- Utilisation de **données probantes et réussites pour changer les opinions**, par exemple, le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance au niveau communautaire, l'étude montrant que la plupart des décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent sans qu'il y ait contact avec le système de santé formel ainsi que la réussite de la PEC-c intégrée au Népal.
- Utilisation de **dirigeants locaux crédibles en tant que champions défendant la cause** du changement de politiques, tel que l'ancien Directeur des pharmacies et laboratoires et l'ancien chef de DANSE, deux personnalités respectées, qui ont assisté ou présidé aux réunions et ateliers de plaidoyer et qu'ils lui ont assuré une bonne crédibilité au processus.
- **Engagement des partenaires du développement** comme l'UNICEF et l'USAID, qui ont apporté les ressources financières et/ou l'assistance technique nécessaires aux études pilotes et à l'expansion consécutive.

- Création d'un **comité de pilotage technique polyvalent** chargé de diriger la recherche pour la prise en charge communautaire des cas d'IRA et sélection stratégique de ses membres, y compris de l'Association médicale, de l'Association des pharmaciens, du syndicat des pharmaciens et de l'Université Cheikh Anta Diop.
- **Diffusion à grande échelle des résultats de la recherche** et consensus autour du plan d'expansion.

## Défis et barrières

- **Manque d'institutionnalisation de la coordination.** Les informants clés ont noté une diminution dans le niveau d'engagement du MSP, aux niveaux régional et de district, surtout sur le plan de la coordination et du leadership.
- **Manque d'un système de coordination centrale pour la PEC-c intégrée** et multiples départements et organismes soutenant les divers éléments de la PEC-c intégrée qui ne dispose pas d'un forum régulier pour traiter de l'intégration, de la complémentarité des efforts et des synergies d'intervention.
- **Différents critères d'alphabétisation demandés** pour les ASC chargés de prendre en charge les cas de paludismes et IRA, facteurs contribuant au manque d'intégration de l'étape initiale.
- **Manque de consensus sur l'intégration complète** des interventions.
- **Dépendance des donateurs pour les ressources financières.** Le MSP ne disposait pas de ressources pour mettre en œuvre la politique décidée et ce manque de disponibilité des ressources explique les retards pris au niveau de la phase d'expansion jusqu'à l'obtention des fonds de Pfizer.
- **Manque d'incitations professionnelles**, par exemple, les infirmiers chargés de superviser les ASC et les *matrones* étaient réticents à l'idée d'un surcroît de travail provenant de la PEC-c intégrée.

En dernier lieu et, bien que le programme de la PEC-c intégrée ait avancé régulièrement sans qu'il puisse s'appuyer sur une politique nationale concernant la santé communautaire, il devient de plus en plus important pour le MSP de se doter d'un tel document. Les directives techniques disponibles commencent à montrer leurs limitations alors que le système de santé évolue constamment pour fournir un plus grand nombre de services directement à la communauté. En outre, le fait qu'un certain nombre d'autres programmes prioritaires en plus de la PEC-c intégrée (vaccinations, tuberculose, nutrition, VIH et santé reproductive) utilisent également le réseau communautaire pour la prestation de services à la communauté accentue encore le besoin de se donner des directives constantes.

**Tableau 1. Réussites, goulots d'étranglement et solutions du point de vue coordination et formulation de politiques**

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<b>Phase pilote</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adoption aisée de l'utilisation d'antibiotiques au niveau communautaire, complétant la prise en charge existante des cas de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résistance des professionnels, notamment des pharmaciens.</li> <li>▪ La phase pilote antipaludique n'a pas utilisé</li> </ul>	<b>Solutions adoptées:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La composition du comité de pilotage des IRA a été décidée sous un angle stratégique et de nature globale.</li> </ul>

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<p>diarrhée et de paludisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Création d'une structure de coordination fonctionnelle, regroupant toutes les entités concernées.</li> </ul>	<p>la même structure de coordination qui aurait pu faciliter l'intégration.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deux essais pilotes différents (un pour les IRA et l'autre pour le paludisme AQ/S) donnant l'impression d'interventions verticales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus de partage des résultats à chaque étape et de décisions concernant les étapes suivantes a été soigneusement planifié.</li> <li>L'engagement de chercheurs respectés a allégé la résistance.</li> </ul>
<b>Phase d'expansion</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership national facilitant la collaboration et l'harmonisation des interventions.</li> <li>Critères bien établis pour le plan d'expansion.</li> <li>Outils techniques standardisés mis au point par consensus.</li> <li>Institutionnalisation du mécanisme de coordination au niveau décentralisé (réunions régulières de coordination et mécanisme pour les infirmiers en chef dans le but de valider les données).</li> <li>Intégration complète des points focaux de partenaires techniques en tant que membres des équipes de district.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de politique nationale et cadre de mise en œuvre sur la santé communautaire venant limiter la vitesse de l'intégration.</li> <li>Réduction du leadership du MSP et de la coordination des partenaires aux niveaux national et opérationnel.</li> <li>Manque de visibilité des infirmiers en chef et supervision formative irrégulière dans les cases de santé.</li> <li>Programme antipaludique n'est pas pleinement engagé et partagé avec DANSE, partiellement à cause de multiples flux de financement et arrangements de programmes.</li> </ul>	<p><b>Solutions proposées:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formuler une politique nationale intégrale aux fins suivantes : 1) définir la responsabilité institutionnelle et technique des services de santé à base communautaire, à tous les niveaux, et 2) promouvoir une meilleure intégration de programmes par le biais d'un secrétaire sanitaire communautaire.</li> <li>Traiter les questions d'appropriation de la PEC-C INTÉGRÉE, soulevées par le personnel à différents niveaux du MSP.</li> <li>Renouveler le cadre de consultation avec les partenaires au niveau opérationnel.</li> </ul>

## 5.2 FINANCEMENT

Cette section présente les pratiques prometteuses ainsi que les défis et les barrières, entrant dans le financement pour l'introduction et l'expansion de la PEC-c intégrée au Sénégal.

Actuellement, le financement insuffisant pour la PEC-c intégrée dans le système national de santé signifie qu'il existe une forte dépendance des sources de financement externes. Chacune de ces sources de financement comporte différentes obligations et diverses demandes que ce soit pour la coordination ou dans la répartition des tâches.

Le MSP continue à assumer le leadership stratégique et technique à tous les niveaux mais par ailleurs, il n'existe pas de rubrique budgétaire clairement délimitée ou de plan financier à court et à long terme pour soutenir le programme. La contribution du gouvernement aux activités de la PEC-c intégrée reste limitée aux domaines suivants : 1) les salaires des employés du secteur public participant à la formulation de stratégies, directives technique et gestion de programmes

au niveau central et des employés participant à la coordination, mise en œuvre de programmes, suivi et supervision aux niveaux intermédiaire et périphérique ; 2) les médicaments et fournitures pour la PEC-c intégrée et les coûts logistiques ; et 3) les contributions des conseils locaux par le biais du système sénégalais décentralisé.

L'appropriation est une autre question épineuse, tel que discuté ci-dessus. Les participants à un atelier tenu le 2 juillet 2010 sur les résultats préliminaires de l'exercice de documentation ont remarqué qu'une contribution financière du gouvernement au programme, par voie d'une rubrique budgétaire directe, serait un indicateur important de son engagement et appropriation à long terme.

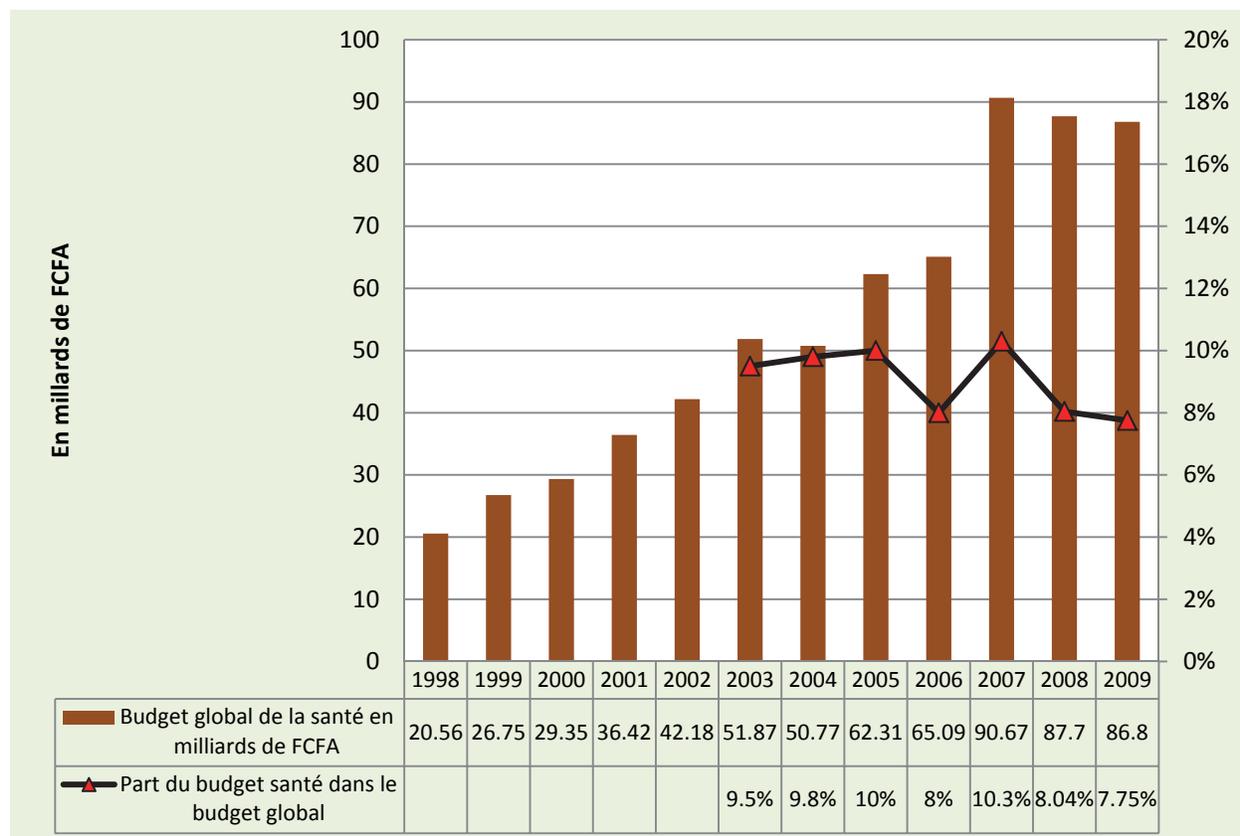
## Pratiques prometteuses du financement

- **Solide rôle des communautés** dans le financement de la PEC-c intégrée : Les communautés assument un rôle de premier plan pour maintenir les cases de santé au Sénégal, contribuant des ressources aussi bien financières que non financières. La participation communautaire prend diverses formes, allant des investissements comme la construction de cases de santé et l'achat de médicaments pour les cases, aux engagements à plus long terme comme la fourniture d'incitations financières pour les ASC. L'Annexe 7 présente d'autres exemples d'initiatives prises par les entités locales. On note également les activités mobilisatrices de revenus, lancées par les comités de santé communautaires, bien que l'on ne connaisse pas le montant de recettes obtenues et l'impact sur les cases de santé.
- **Subvention du Gouvernement au coût des médicaments** : des cases de santé jusqu'aux districts sanitaires couvrant une partie du déficit budgétaire. Les districts reçoivent un approvisionnement annuel de médicaments du MSP central pour aider à couvrir ces déficits. Ils perçoivent également des recettes provenant de la vente de médicaments par le biais d'un système de recouvrement des fonds.

## Défis et barrières

- **Ressources financières limitées pour la PEC-c intégrée au niveau national** : malgré un quadruple accroissement du budget national de la santé, de 1998 à 2007, les ressources financières pour la PEC-c intégrée restent limitées (voir Figure 3 ci-après), tel qu'on peut en juger par la supervision irrégulière des cases de santé à cause d'un budget de fonctionnement insuffisant. Le budget du MSP **ne compte pas de rubrique budgétaire spécifique pour la PEC-c intégrée**, d'où la question de savoir dans quelle mesure il existe une appropriation locale du programme.
- **Manque de plans d'expansion avec coûts et mobilisation de ressources pour la PEC-c intégrée** avec engagements financiers projetés à moyen terme pour le MSP et les partenaires du développement.
- **Pérennisation** des programmes de la PEC-c intégrée **qui dépend des fonds des donateurs**, dont l'UNICEF, l'USAID, le PMI et le Fonds mondial : La PEC-c intégrée utilise les fonds accordés à la lutte antipaludique pour accélérer l'expansion mais la coordination est inadéquate et **l'intégration est freinée** dans certaines cases de santé car chaque flux de financement comporte des demandes de performance spécifiques pour les responsables.

**Figure 4. Tendances dans le budget du secteur de la santé en francs CFA et équivalent en dollars américains et proportion par rapport au budget public total de 1998 à 2009**



SOURCE: Plan National de Développement Sanitaire-PNDS 2009-2018

**Tableau 2. Réussites, goulots d'étranglement et solutions en termes de financement**

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<b>Phase pilote</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Engagement financier pour l'essai pilote des antibiotiques et AQ/SP au niveau de la case de santé.</li> <li>▪ Soutien technique, y compris comité de pilotage pour la recherche, par un groupe uni de partenaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de rubrique budgétaire octroyée au départ à des études spécifiques de la PEC-C INTÉGRÉE dans les programmes du MSP et des partenaires.</li> </ul>	<p><b>Solutions adoptées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'UNICEF et l'USAID ont engagé des fonds pour la recherche concernant les IRA et le test pilote AQ/SP.</li> </ul>
<b>Phase d'expansion</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Engagement financier constant et ferme des partenaires pour soutenir la mise à échelle.</li> <li>▪ Le budget de santé du gouvernement a augmenté pratiquement de quatre fois ces dix dernières années.</li> <li>▪ Collaboration conjointe et transparente, facilitation de la mobilisation de ressources par les principaux partenaires (UNICEF, USAID et Pfizer).</li> <li>▪ Mobilisation efficace de ressources par les ONG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de plans avec coûts pour l'expansion et la mobilisation des ressources dans le long terme et pas de rubrique budgétaire clairement définie pour la PEC-C INTÉGRÉE dans le budget du MSP.</li> <li>▪ Gestion inadéquate des fonds octroyés par l'UNICEF aux activités de la PEC-C INTÉGRÉE.</li> <li>▪ Changement dans la procédure financière et administrative faisant que le personnel du MSP est moins motivé.</li> <li>▪ Taux élevé de l'indemnité journalière pour le MSP limite le soutien pour les visites de supervision aux cases de santé.</li> </ul>	<p><b>Solutions adoptées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'UNICEF a orienté une partie de son financement vers les ONG.</li> </ul> <p><b>Solutions proposées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formuler un plan stratégique pour l'expansion et un plan pour la mobilisation des ressources.</li> <li>▪ Plaider pour un engagement financier, dans le moyen terme, de la part du gouvernement et des donateurs, pour une expansion et une intégration continues du paquet intégral de la PEC-c intégrée.</li> <li>▪ Les entités techniques du MSP doivent, au minimum, octroyer une rubrique budgétaire à la supervision dans leurs budgets respectifs (national, régional et district) pour renouveler l'engagement des techniciens du secteur public.</li> <li>▪ Négocier un paquet abordable pour le personnel de district pour soutenir les cases de santé.</li> </ul>

## 5.3 RESSOURCES HUMAINES

A la fin de 2010, le Projet de santé communautaire de l'USAID gérait un total de 11 120 ASC, dont 3 748 ASC et *matrones* et 7 342 relais. La phase pilote de l'initiative PECADOM a permis de former 20 DSDOM et prépare son extension alors que d'autres ONG fonctionnent à une échelle plus petite.

Lors de l'exercice de documentation, l'équipe a prêté une attention particulière au recrutement, à la formation, à la performance et à la supervision des ASC et des *matrones*. Les résultats montrent clairement que ces agents sont en mesure de fournir les services nécessaires aux populations difficiles à atteindre. Les ASC et les *matrones* du programme au Sénégal ont confiance dans leurs capacités, sont très appréciés par les communautés qu'ils servent et, pour la plupart, sont motivés à continuer comme volontaires sans recevoir de compensation régulière.

La standardisation du processus de recrutement des ASC est l'une des innovations du programme et les communautés participent de près à la sélection. Les critères sont les suivants : résidence dans la communauté, connaissance de la langue locale, disponibilité, initiative, alphabétisation et bonnes compétences de communication. Par ailleurs, et c'est probablement un des aspects négatifs dans le système de recrutement, les infirmiers en chef qui supervisent les ASC et les *matrones* pensent qu'ils ne sont pas suffisamment engagés dans le processus de sélection avec les conséquences négatives que cela représente quant au degré d'intégration des ASC et des *matrones* dans l'équipe de santé.

La supervision de la part du personnel du MSP des cases de santé est essentielle pour la viabilité dans le long terme, pour vérifier la conformité avec les normes et les réglementations publiques et pour la motivation continue des ASC. Actuellement, la supervision est irrégulière (la norme devrait être une fois par mois) suite au manque de ressources financières permettant aux infirmiers en chef de rendre visite à toutes les 1600 cases de santé. Il existe également d'autres contraintes, notamment la lourde charge de travail de la plupart des infirmiers en chef et, tel que noté ci-dessus, le fait qu'un nombre d'entre eux pensent qu'ils devraient être davantage impliqués dans la sélection des ASC et des *matrones*.

L'équipe de la documentation a également noté des problèmes en ce qui concerne la compensation financière des ASC et des *matrones*. Ils sont recrutés comme des volontaires, bien qu'ils touchent de modestes avantages monétaires provenant de la vente des médicaments et parfois, ils peuvent également recevoir une compensation s'ils suivent une formation ou si on leur demande de prêter main forte lors d'activités de mobilisation sociales, comme les campagnes de vaccination. Mais ces incitations financières très modestes sont irrégulières et les résultats des DFG indiquent clairement que certains ASC et *matrones* préféreraient recevoir une compensation plus régulière. Seulement, au vu des ressources financières limitées, ce n'est ni faisable dans le court terme ni possible sur une base durable dans le long terme.

### Pratiques prometteuses au niveau du recrutement, de la motivation et de la rétention des ASC et *matrones*

- Le recrutement des ASC et des *matrones* sur la base d'un critère dont ont convenu les membres communautaires signifie une acceptation générale de leurs services par la communauté.
- Les expressions de solidarité, par exemple au niveau du nettoyage des cases de santé ou le fait que la communauté bénéficiaire accompagne les ASC et les *matrones* lors des activités de mobilisation sont des facteurs de motivation importants encourageant la rétention des ASC et des *matrones*.

- Les investissements précédents de l'USAID lors des années antérieures pour organiser les relais dans des associations formelles, telles que les Associations des relais polyvalents, dont on sait qu'elles suscitent un vif d'intérêt puisqu'on espère grandement de leur efficacité et possibilité de viabilité dans le long terme (voir détails supplémentaires en Annexe 8).
- Un bon réseau de soutien à tous les niveaux du système de santé :
  - Au niveau national, des techniciens de DANSE sont en train de mettre au point des approches, des outils et des directives et la communauté des partenaires discute des questions techniques et stratégiques au sein d'un comité de pilotage.
  - Aux niveaux provincial et de district, les équipes techniques du MSP suit la mise en œuvre. Des formateurs et des superviseurs formés sont largement disponibles dans chaque district. Les techniciens des partenaires, notamment des responsables du Programme de santé communautaire de l'USAID et de l'UNICEF travaillent parallèlement avec le MSP pour aider à planifier les activités, pour superviser quotidiennement les agents du développement communautaire (ADC) et vérifier que les résultats sont notés, documentés et présentés.
  - Au niveau le plus périphérique, les infirmiers en chef sont aidés par le personnel du projet et les ADC pour superviser et apporter un soutien quotidien aux ASC et aux *matrones*.

### Défis lors de la phase de l'expansion

- Le personnel du MSP n'apporte pas régulièrement une supervision formative.
- Les infirmiers ne sont pas suffisamment impliqués dans la sélection des ASC et des *matrones*, cela freine et limite l'intégration des ASC dans l'équipe de santé.
- La modeste compensation monétaire des ASC et des *matrones* risque d'entraîner un taux élevé d'abandon si d'autres moyens de gagner leur vie se présentent à eux.
- Il existe une sous-utilisation potentielle des ressources humaines disponibles du MSP pour le soutien technique car les ONG exécutent le programme. La plupart des responsables aux niveaux régional et de district qui ont été interviewés pendant l'exercice de documentation souhaiteraient participer davantage au programme, surtout au niveau de la gestion et du suivi du programme. Les ASC demandent constamment une plus grande présence des infirmiers en chef qui sont leurs superviseurs « officiels ».
- Il n'existe pas d'appropriation et d'exploitation stratégique des structures mises en place à l'aide d'investissements précédents, comme les ARPV.

**Tableau 3. Réussites, goulots d'étranglement et solutions en termes de ressources humaines**

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<b>Phase pilote</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programme conçu pour être greffé sur les structures existantes du MSP et la supervision des cases de santé, mis en œuvre par les postes de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le personnel des postes de santé se heurte à des problèmes pour superviser les ASC et les <i>matrones</i> dans les sites de services.</li> <li>▪ Octroi budgétaire limité pour les postes de santé pour superviser les activités communautaires.</li> </ul>	<p><b>Solutions adoptées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réunions budgétisées pour apporter un soutien après la formation et aide supplémentaire au-delà du district pour soutenir la PEC-c intégrée.</li> <li>▪ Recommandation en vue d'obtenir le soutien des ONG pour renforcer l'intervention lors des années initiales.</li> </ul>

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<b>Phase d'expansion</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paquet de services de santé importants fournis à des populations reculées par des ASC et <i>matrones</i> qui ont reçu une formation adéquate et qui travaillent en ayant confiance dans leurs capacités.</li> <li>▪ Motivation et disponibilités maintenues de la vaste majorité des ASC et des <i>matrones</i> comme volontaires.</li> <li>▪ Innovation d'un soutien financier ou en nature et d'expressions de solidarité de la communauté (par exemple, nettoyer les cases de santé et prendre part aux activités de mobilisation).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participation limitée des infirmiers en chef dans la sélection des ASC, limitant leur sentiment d'appartenance.</li> <li>▪ Mécontentement exprimé par certains ASC et <i>matrones</i> quant au manque de soutien communautaire.</li> <li>▪ Besoins exprimé pour des incitations financières plus systématiques pour certains ASC et certaines <i>matrones</i>.</li> </ul>	<p><b>Solutions adoptées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La sélection des ASC et des <i>matrones</i> par la communauté bénéficiaire est restée (et devrait rester) de toute première importance.</li> </ul> <p><b>Solutions proposées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Continuer le dialogue avec la communauté pour renforcer la motivation non financière et le feedback aux ASC.</li> <li>▪ Plus grand engagement des infirmiers en chef lors de la sélection communautaire des ASC et des <i>matrones</i>.</li> <li>▪ Explorer diverses approches à la supervision et au soutien technique, par exemple, inclure des fonds dans le budget de formation pour les réunions de soutien post-formation, avec des incitations pour tous les participants.</li> <li>▪ Cérémonie de reconnaissance et serment public.</li> </ul>

## 5.4 GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

La disponibilité des intrants pour le diagnostic et le traitement du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie est une composante d'importance critique pour la gestion réussie de la PEC-c intégrée. Le fait que la chaîne d'approvisionnement livrant les médicaments au niveau communautaire fait partie intégrante du système national de la chaîne d'approvisionnement représente un des points forts du programme du Sénégal. Cela assure la viabilité de l'approvisionnement et garantit également que les médicaments fournis sont conformes aux normes du MSP. Les balances et les chronomètres sont souvent achetés par les partenaires et, dans certains cas, par les collectivités locales (conseils).

Il existe trois grandes sources des médicaments qu'on trouve dans les cases de santé : 1) les dons des personnes à l'étranger qui souhaitent aider (parfois ces médicaments ne sont pas conformes aux normes gouvernementales des produits pharmaceutiques autorisés au niveau de la case de santé mais, au vu des ruptures de stock courantes, les autorités hésitent à interdire ces dons aux cases de santé) ; 2) les distributions annuelles fixées du Gouvernement aux districts qui sont dispensées au recouvrement complet des coûts, à quelques exceptions près (les ACT sont subventionnés et les trousseaux du TDR sont fournies gratuitement par le PNL) ; et 3) les achats effectués avec les recettes des ventes (ou par voie du recouvrement des coûts) des produits dispensés par le gouvernement, y compris les dons.

L'examen des fiches de stock dans 12 cases de santé du district de Khombole et dans 15 cases de santé du district de Kolda indique que les ruptures de stock sont fréquentes (voir Figure 4 ci-

après). Dans cinq des 27 cases visitées, au moins deux produits essentiels n'étaient pas disponibles pendant plus de trois des six mois allant de janvier à juin 2010 (plus de 120 jours consécutifs). Seules deux des 27 cases n'ont pas signalé de ruptures de stocks de produits essentiels pendant la période de la revue de programme.

L'équipe a notamment observé les points suivants :

- **SRO et zinc pour le traitement de la diarrhée** : Les sachets de SRO étaient disponibles presque partout puisque seule une des 27 cases de santé a indiqué une rupture de stock pendant les six premiers mois de 2010. Par ailleurs, le zinc était en rupture de stock dans 15 cases de santé, de juin à mai 2010. Des problèmes existaient au niveau des achats et de la distribution du zinc.
- **ACT et TDR pour le paludisme** : L'ACT et les TDR étaient en rupture de stock dans 14 des 27 cases visitées. De plus, l'ACT et les TDR n'étaient pas toujours disponibles en même temps. Seules neuf cases de santé (deux sur les 15 dans le District de Kolda et sept sur 12 dans le District de Khombole) avaient une disponibilité constante et permanente des deux produits de janvier à juin 2010.
- **Cotrimoxazole pour le traitement de la pneumonie** : 10 cases sur les 27 visitées étaient en rupture de stock de Cotrimoxazole pendant les six premiers mois de 2010, alors que le produit était pourtant disponible au niveau national. Quatre de ces cases (deux dans le District de Khombole et deux dans le District de Kolda) n'avaient à aucun moment du Cotrimoxazole en stock pendant la période de six mois de la revue.

Les facteurs clés contribuant aux ruptures de stock sont les suivants :

- Des produits comme les comprimés de zinc ne sont pas toujours disponibles au niveau national. Le stock initial pour la phase d'apprentissage avait été acheté par l'UNICEF pour l'étude de faisabilité et depuis, aucun achat n'a été fait.
- Les ASC et les *matrones* continuent à avoir des difficultés à estimer leurs besoins et à passer les commandes à temps.
- Le personnel des postes de santé risque de ne pas pouvoir apporter l'aide nécessaire car il ne saisit pas vraiment son rôle de soutien dans l'approvisionnement des cases de santé.
- Le personnel au niveau du district sanitaire risque de ne pas donner la priorité nécessaire aux besoins des cases de santé et ne prendra pas les mesures nécessaires lorsque les stocks commencent à baisser.

## Pratiques prometteuses dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement

- Le lien entre les cases de santé et le système national de la chaîne d'approvisionnement pour les postes de santé permet aux cas de bénéficier d'économies d'échelle.
- Des exemples de bonnes actions logistiques (comme la redistribution des stocks de médicaments entre les cases de santé dans l'aire sanitaire) sont documentés dans les rapports du programme de santé communautaire au Sénégal/USAID.
- Certains contacts avec les cases de santé sont l'occasion de régler les problèmes de l'approvisionnement en médicaments, du moins par le biais d'une supervision mensuelle régulière de la part des ADC et de la supervision intégrée aux activités de vaccination et d'extension communautaire/soins prénatals par les infirmiers des postes de santé (décrit par la suite dans la section sous supervision).

## Défis et barrières dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement

- Les ruptures de stock fréquentes font qu'il est impossible de prendre en charge les cas quand les médicaments ne sont pas disponibles.
- Malgré une longue expérience, on continue à noter des difficultés persistantes dans la quantification des besoins des cases de santé. La quantité de besoins nécessaires pour les activités des cases de santé ne semble pas représenter une charge pour les districts. De fait, il devrait être tout à fait faisable d'estimer exactement les besoins en observant les modes d'utilisation des années antérieures.
- Les cases de santé ne sont pas intégrées dans le secteur de la santé publique.

**Figure 5. Présentation visuelle du nombre de jours en rupture de stocks pour les produits essentiels dans 15 cases de santé du District de Kolda et 12 cases de santé dans le District de Khombole, de janvier à juin 2010**



**Tableau 4. Réussites, goulots d'étranglement et solutions en termes de gestion de la chaîne d'approvisionnement**

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ETRANGLEMENT	
<b>Phase pilote</b>		
▪ ND	▪ ND	▪ ND
<b>Phase d'expansion</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inclusion de tous les médicaments pour la PEC-c intégrée figurant sur la liste des médicaments essentiels.</li> <li>▪ Octroi annuel de médicaments aux districts sanitaires, du MSP aux cases de santé.</li> <li>▪ Système de recouvrement des coûts vérifiant un approvisionnement permanent de médicaments au niveau des établissements de santé.</li> <li>▪ Intégration du système d'approvisionnement des cases de santé et du système logistique national, vérifiant la pérennisation et la conformité aux normes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Don de médicaments qui ne sont pas toujours conformes aux normes nationales.</li> <li>▪ Ruptures de stock récurrentes, surtout du zinc pour le traitement de la diarrhée (également un problème au niveau national) et du Cotrimoxazole pour le traitement de la pneumonie (uniquement un problème au niveau de la case de santé).</li> </ul>	<p><b>Solutions adoptées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'USAID par le biais du projet MSH a fourni un soutien technique pour la formation des infirmiers en chef, des ASC et des <i>matrones</i> portant sur la gestion des médicaments. Les cases de santé ont été équipées d'outils et de matériel, y compris des calculatrices pour la quantification des médicaments.</li> </ul> <p><b>Solutions proposées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluer les besoins actuels, en formation et les outils de gestion des médicaments pour la PEC-c intégrée à tous les niveaux.</li> <li>▪ Remédier aux ruptures de stock en : 1) renforçant la communication entre les différents niveaux du système ; 2) renforcer le rôle du personnel des établissements de santé, surtout la responsabilité des infirmiers en chef pour la gestion de l'approvisionnement en médicaments des cases de santé ; et 3) redistribuer le stock existant.</li> </ul>

## 5.5 PRESTATION DE SERVICES ET REFERENCE

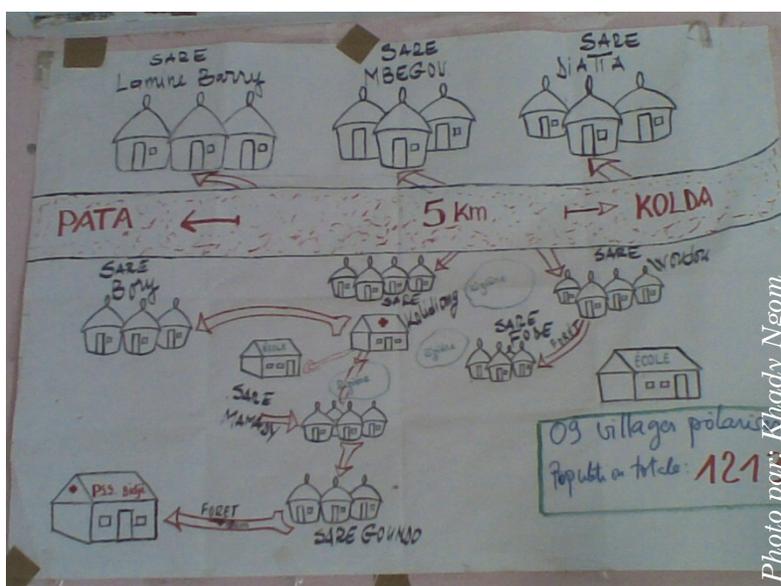
Il existe un niveau élevé de satisfaction quant aux services que fournissent les ASC et les *matrones* à la communauté, surtout sous l'angle des heures d'ouverture et du système de référence des cases de santé à d'autres établissements. Des responsables supérieurs du MSP jusqu'aux mères de la communauté, les personnes interviewées ont exprimé une grande fierté dans le programme de PEC-c intégrée car les ASC et les *matrones* dispensent des services dont les gens ont grand besoin par le biais d'une approche qui est bien adaptée au contexte local. Les mères ont indiqué qu'elles connaissent les heures des ASC et des *matrones* et savent comment

les contacter quand ils ne se trouvent pas dans les cases de santé. Les résultats et les données des DFG indiquent que les ASC et les *matrones* réfèrent systématiquement les patients avec des signes de danger et les cas compliqués qu'ils ne peuvent pas traiter.

Tel que l'a expliqué la section sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement, l'équipe de la documentation a constaté lors des visites faites dans les cases de santé qu'il existait d'importantes ruptures de stock de certains médicaments et fournitures. Aucune question spécifique n'a été posée sur la manière dont les ASC font face à ces problèmes mais il est évident qu'ils ne peuvent pas fournir le traitement pour lequel les médicaments ne sont pas disponibles.

Deux questions doivent être posées à ce propos :

- Premièrement, il semble que le rôle des CSV devant assurer que les services prioritaires sont disponibles en permanence dans la case de santé est relativement fragile. A plusieurs reprises lors des DFG, les ASC et les *matrones* ont fait savoir que les CSV pensent que leur engagement se limite aux questions de comptabilité et de contrôle budgétaire. Leur rôle consistant à vérifier la disponibilité des médicaments et à s'assurer que les services adéquats sont disponibles dans la case de santé semble être perçu comme de seconde importance.
- Deuxièmement, les mères n'ont pas mentionné la question des ruptures de stock lors des DFG, probablement parce qu'elles emmènent les enfants malades aux postes de santé ou les soignent avec d'autres produits, ce qui remet en question la raison fondamentale de l'existence des cases de santé.



Cartographie des villages couverts par une case de santé à Saré Kolidiang

Les cases de santé qui reçoivent un soutien technique du projet USAID/BASICS et du Programme de santé communautaire USAID/Sénégal recueillent régulièrement des données sur les cas traités, par maladie, dans le cadre de leur intervention respective. La Figure 5 (ci-après) indique les tendances dans le temps.

Alors que les prises de décisions des ASC concernant les références vers les postes de santé semblent pourtant bien fondées, les mères et autres personnes qui s'occupent des enfants ne suivent pas toujours leurs conseils. Les barrières en la matière n'ont pas été entièrement

explorées bien que la persistance des solides croyances dans les dirigeants religieux soit un facteur qui est discuté par la suite dans la Section 6.6 *Communication et mobilisation sociale*.

Malgré la pénurie de données, il existe un certain feedback sur les références des postes de santé vers les cases de santé. Le feedback des postes de santé aux cases de santé fonctionne le mieux dans la zone de Mbour, tel qu'indiqué dans le Programme de santé communautaire de l'USAID/Sénégal. La disparité dans les résultats est fonction de l'intérêt individuel de l'infirmier en chef. Malgré plusieurs discussions avec les équipes régionales et le Comité de pilotage national, il n'existe pas de stratégie qui encouragerait les infirmiers en chef à fournir un feedback systématique aux cases de santé concernant les références.

### Pratiques prometteuses au niveau de la prestation de services et des références

- Les activités d'extension communautaire sont réalisées par des infirmiers en chef avec prestation directe de services au niveau de la case de santé et supervision des ASC et des *matrones*. Ces activités doivent toutefois être étendues à plus grande échelle.
- Certains infirmiers en chef donnent un feedback aux cases de santé sur les patients référés.



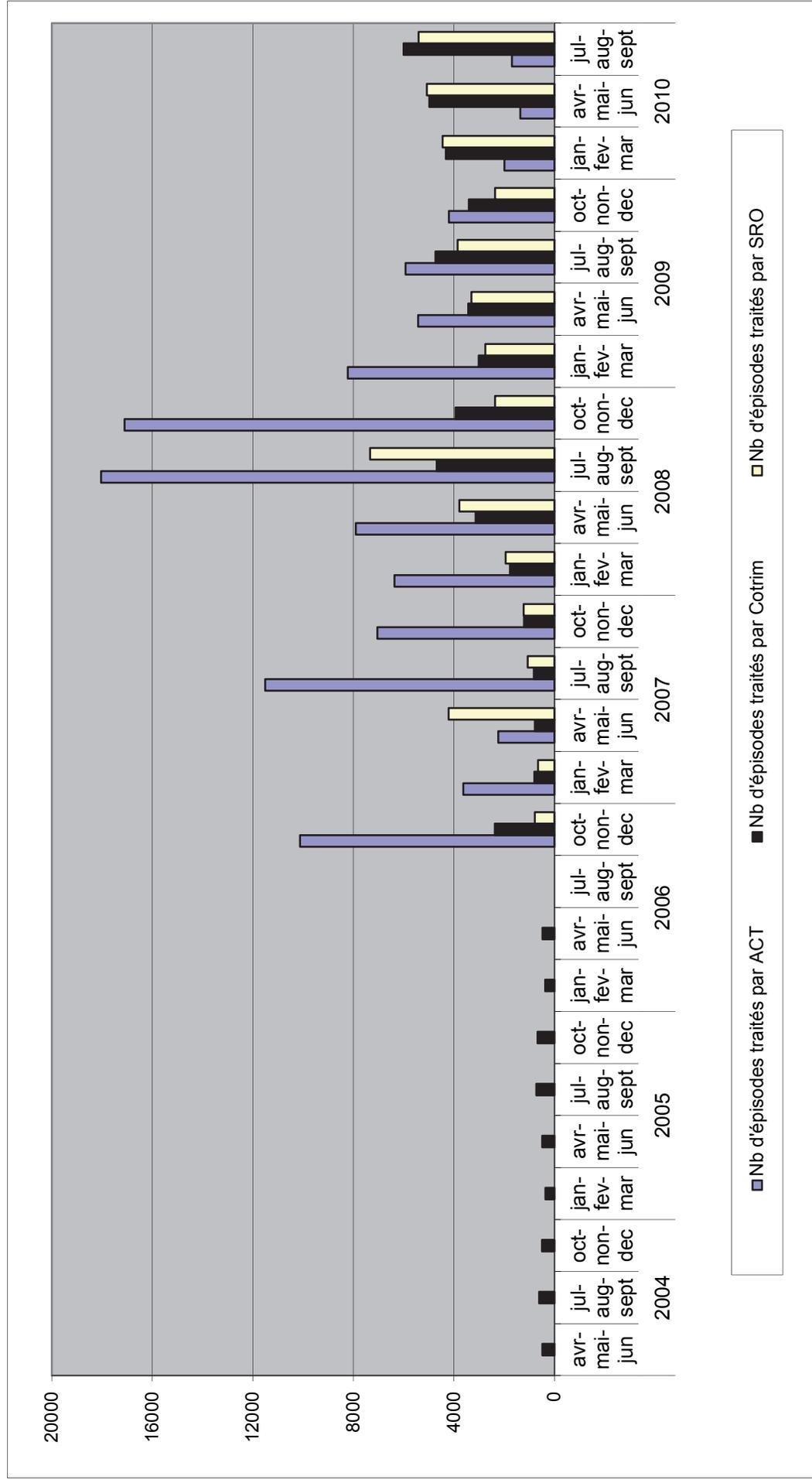
Mères réunies en préparation pour une session de DFG

### Défis et barrières

- Des données limitées sont collectées sur les patients venant consulter, par classification de maladie.
- Les relations entre les agents des ONG et certains membres du personnel des établissements de santé sont d'une nature assez sensible suite aux différences dans les styles de fonctionnement et les demandes en matière de comptabilité.
- Les mères et gardiennes des enfants ne suivent pas toujours les conseils. Il faudrait étudier de plus près les barrières entravant les références.

Il n'existe aucune stratégie particulière encourageant tous les infirmiers en chef à donner un feedback sur les références des cases de santé.

Figure 6. Changement dans le nombre d'épisodes de fièvre traités par ACT, IRA traitée par Cotrimoxazole et diarrhée traitée par SRO, dans les cases de santé de l'USAID/BASICS, USAID/Programme de santé communautaire au Sénégal et région PMI, de 2004 à 2010



**Tableau 5. Réussites, goulots d'étranglement et solutions en termes de prestation de services et références**

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<b>Phase pilote</b>		
▪ ND	▪ ND	▪ ND
<b>Phase d'expansion</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Satisfaction face à tous les intervenants vus comme efficaces.</li> <li>▪ Approche adaptée aux besoins et à la culture locale, à savoir la structure des comités au niveau de la case de santé maintient le système démocratique tout en s'étendant également aux dirigeants traditionnels.</li> <li>▪ Satisfaction généralisée et exprimée unanimement par les mères face aux ASC et <i>matrones</i>, surtout leurs heures de travail.</li> <li>▪ Services fournis par les ASC et les <i>matrones</i> qui sont disponibles rapidement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de données disponibles sur les services, par classification de maladies.</li> <li>▪ Fonctionnement de quelques cases de santé dépend de la présence des ONG alors que les superviseurs des postes de santé affiliés ne sont pas toujours présents sur le terrain.</li> <li>▪ Impossible pour les postes de santé de maintenir le même niveau de soutien fourni par les ONG qui recrutent un personnel supplémentaire.</li> <li>▪ Relations sensibles entre les ONG et le système de santé à cause des différences dans leurs styles de fonctionnement et dans les critères de comptabilité.</li> <li>▪ Manque de diffusion et d'exploitation des solutions réussies, par exemple, combiner la supervision des cases de santé à la stratégie avancée de vaccination.</li> </ul>	<p><b>Solutions proposées:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire une évaluation formelle de la qualité des soins fournis par les ASC et les <i>matrones</i>.</li> <li>▪ Renforcer la coordination sur le terrain et créer un environnement favorable au dialogue ouvert.</li> <li>▪ Planifier une supervision conjointe du consortium du MSP-ONG pour rendre les activités des ONG plus visibles et pour les valider.</li> <li>▪ Créer une plateforme pour partager des solutions novatrices à plus grande échelle.</li> </ul>

## 5.6 COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Cette section présente les pratiques prometteuses ainsi que les défis et les barrières, sur le plan de la communication et de la mobilisation sociale pour l'introduction et l'expansion de la PEC-c intégrée au Sénégal. Les activités de communication et de mobilisation sociale qui encouragent l'utilisation des services et recommandent des changements durables dans les comportements et les pratiques sont des piliers essentiels de tout programme de PEC-c intégrée.

L'équipe de la documentation a noté que le programme de PEC-c intégrée au Sénégal était soutenu par un volet complet d'information, éducation et communication (IEC/CCC) englobant tous les éléments classiques d'un programme réussi : mass médias, communication de groupe et communication interpersonnelle. Le programme distribue du matériel adéquat aux ASC. Ce matériel souligne les mesures préventives. L'équipe a également documenté un certain nombre de réussites dans la composante communication et mobilisation sociale dont des exemples sont les deux fameux feuilletons télévisés et l'initiative du nom de « *Badiénu Gox* » s'inspirant de la

tradition sénégalaise voulant qu'une tante paternelle a une responsabilité toute spéciale pour le bien-être de la famille de son frère.



Mères réunies en préparation pour une session de DFG

Les recommandations de référence de la case de la santé vers le poste de santé ne sont guère suivies en général, la pratique consistant davantage pour les mères de se rendre d'abord chez le marabout. Il convient d'étudier davantage les barrières entravant les conseils de référence.

Du point de vue goulots d'étranglement et autres aspects auxquels il faut prêter attention, l'équipe a cité deux questions financières : le coût élevé associé à la production et à la diffusion de la série télévisée et le coût de la formation des ASC et autres agents communautaire dans le programme « *Badiénu Gox* ». L'équipe de la documentation a également noté que le programme de la PEC-c intégrée n'utilisait pas suffisamment les autres éventuels éducateurs de la santé des différents secteurs comme l'éducation et l'agriculture.

Autre problème au niveau des activités d'IEC/CCC : les messages sur les soins à domicile et les signes de danger demandant une consultation de services de santé sont dilués dans les campagnes de communication de masse.

### **Pratiques prometteuses au niveau de la communication et de la mobilisation sociale**

- Il existe un matériel de CCC adéquat pour les diverses catégories d'ASC. Son impact est encore renforcé par les groupes de théâtre locaux s'attaquant aux pratiques traditionnelles nocives.
- Les campagnes de communication sont combinées aux visites à domicile pour apporter les messages de prévention et de traitement du paludisme ainsi qu'aux campagnes de distribution et de traitement renouvelé des MII et à diverses activités concernant l'hygiène et l'assainissement. Une telle formule pourra être utilisée pour couvrir d'autres éléments de la PEC-c intégrée venant compléter les activités régulières de communication.

## Défis et barrières

- Le contenu d'information sur la reconnaissance des signes de danger encourageant les familles à consulter immédiatement les services de santé n'est pas suffisamment renforcé dans les campagnes d'IEC/CCC.
- Les mères et autres personnes qui s'occupent des enfants ne suivent pas toujours les conseils de référence vers un poste de santé et préfèrent consulter à la place un dirigeant religieux.

**Tableau 6. Réussite, goulots d'étranglement et solutions en termes de communication et de mobilisation sociale**

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<b>Phase pilote</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le feuilleton radiophone "Fagarumogênfeju" (mieux prévenir que guérir) produit par l'USAID par le biais du projet BASICS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coût élevé de la production et de la diffusion du feuilleton.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ND</li> </ul>
<b>Phase d'expansion</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le feuilleton télévisé "Samadomsamayitté" (je prends en main l'avenir de mon enfant) produit avec le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) a été bien reçu.</li> <li>▪ Solide présence des ONG dans le domaine de l'intervention communautaire, surtout les membres du Consortium d'ONG soutenu par l'USAID.</li> <li>▪ Arrangements contractuels par le PRN, reliant les groupes locaux et les ONG locales pour l'adoption de pratiques familiales essentielles dans le cadre de la stratégie de la PEC-c intégrée.</li> <li>▪ Mise en œuvre du programme "Badiénu Gox" et autres approches analogues utilisées par le Consortium des ONG pour partager les conseils pertinents des gens influents dans la communauté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coût élevé de la production et de la diffusion du feuilleton médiatique.</li> <li>▪ Coût élevé de la formation "Badiénu Gox" pour les ASC et les relais communautaires.</li> <li>▪ Connaissance limitée des mères concernant les signes de danger et la consultation rapide des services de santé.</li> </ul>	<p><b>Solutions adoptées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DANSE a diversifié les ressources financières et a demandé un soutien auprès d'IntraHealth pour le feuilleton télévisé et auprès du Secrétariat exécutif du Conseil national de la lutte contre le SIDA pour la formation de "Badiénu Gox"</li> </ul> <p><b>Solutions proposées:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire un examen du contenu technique de la stratégie d'IEC/CCC.</li> <li>▪ Améliorer la connaissance des mères concernant les signes de danger et le comportement de consultation des services de santé.</li> <li>▪ Engager d'autres secteurs du développement dont les enseignants, les vétérinaires, les dirigeants religieux et les agents agricoles dans la communication des messages de santé.</li> </ul>

## 5.7 SUPERVISION ET ASSURANCE DE QUALITE DE LA PERFORMANCE

La supervision et l'assurance continue de la qualité sont des éléments essentiels de la réussite de la PEC-c intégrée et de la confiance communautaire continue dans les services. Cette section présente les pratiques prometteuses ainsi que les défis et les barrières sur le plan de la supervision et de l'assurance de qualité pour l'introduction et l'expansion de la PEC-c intégrée au Sénégal.

### Supervision

Conformément à la structure du programme de la PEC-c intégrée, les infirmiers en chef dans les postes de santé sont responsables des cases de santé qui se trouvent dans leurs zones et ils assument un rôle de soutien important pour les ASC et les *matrones*, rôle dans lequel entrent la formation, la supervision et la validation des données envoyées par les cases de santé. Lors de la phase d'expansion, la supervision est parfois intégrée aux activités d'extension communautaire par le personnel des postes de santé. Les ASC et les infirmiers en chef reçoivent également un soutien des ONG qui prennent part à la mise en œuvre de la PEC-c intégrée, par le biais de leurs ADC.

Une des principales conclusions concernant la supervision, c'est que les infirmiers en chef ne réalisent pas des visites de supervision régulières, dû partiellement au fait que le système de santé publique ne fournit pas des ressources suffisantes à cette fin et ne demande pas non plus que le personnel rende compte de ses responsabilités. Les raisons données sont les suivantes : manque de transport, manque d'incitations financières et, dans certains cas, une lourde charge de travail pouvant inclure la responsabilité jusqu'à 10 ASC et *matrones*. En outre, les réunions de soutien post-formation qui avaient été planifiées et budgétisées dans le plan de mise en œuvre lors de la phase pilote ont été abandonnées. Le MSP et les partenaires se rendent compte que, dans le contexte actuel et dans le plus long terme, ils ne peuvent pas s'attendre à ce que les infirmiers chefs fassent systématiquement des visites sur place dans les cases de santé pour superviser les ASC et les *matrones*. Même au moment de l'introduction des antibiotiques, les réunions de suivi après la formation ont été préférées à la supervision classique sur place. Bien que l'observation directe des ASC et des *matrones* en train de faire leur travail soit reconnue comme l'une des meilleures manières de vérifier la qualité des services, l'équipe de la documentation a constaté qu'une telle observation n'avait pas été retenue lors de la phase d'expansion. De fait, l'observation directe ou la simulation pourraient être faites lors des visites d'extension communautaire par les infirmiers chefs ou par les ADC lors de leurs visites.

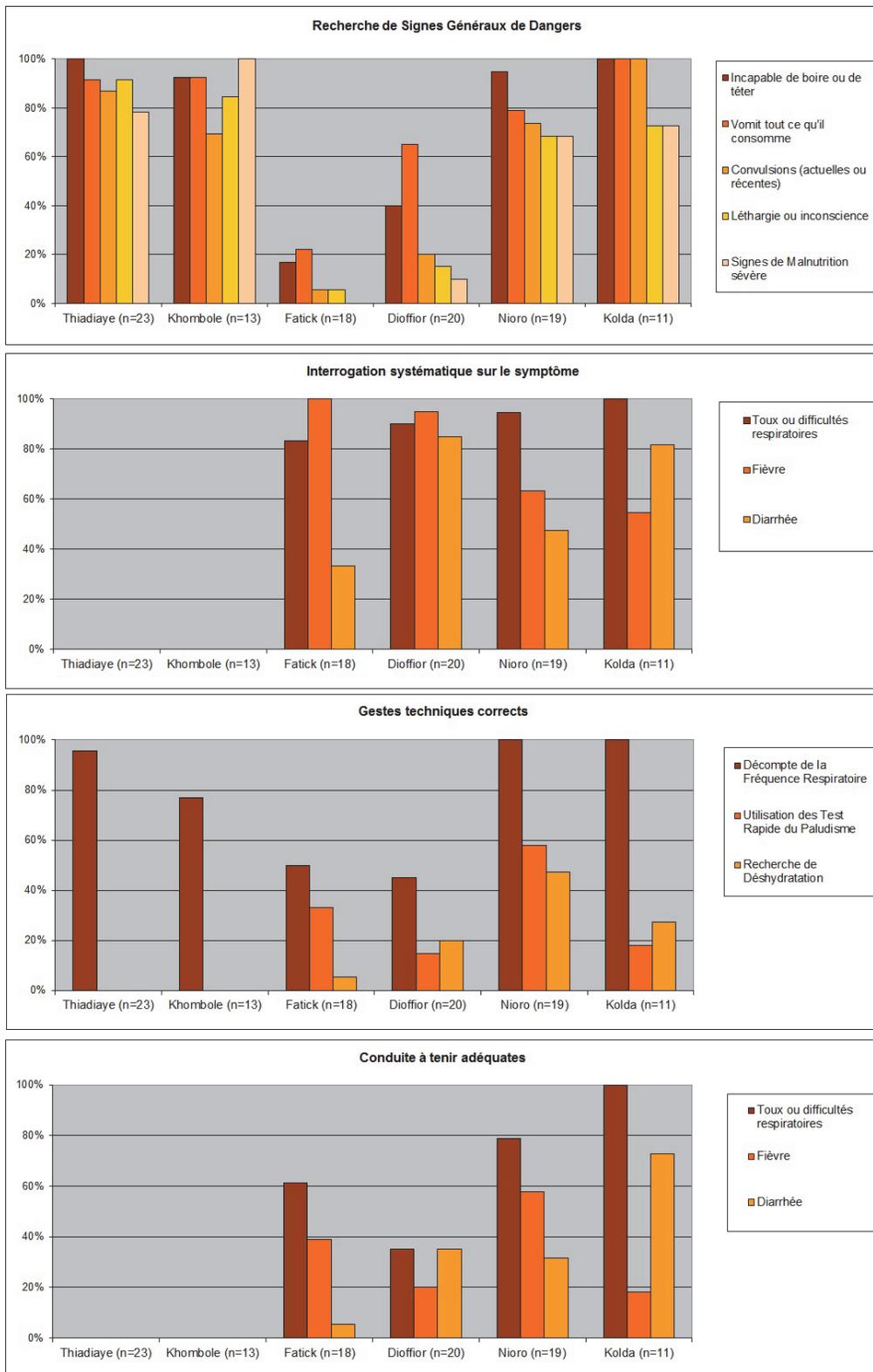
Les ADC, ayant davantage de ressources pour la supervision et devant rendre compte des résultats, font des visites de supervision régulières. Les rapports montrent que presque toutes les cases de santé dans la zone du projet bénéficient de visites régulières, soit sur une base mensuelle ou du moins trimestrielle. Si les ONG apportent un soutien rapide aux infirmiers chefs pour la supervision, l'approche axée sur les résultats pousse les ONG à exercer une certaine pression sur les infirmiers chefs, créant parfois de la frustration.

### Qualité des soins

L'analyse des rapports des registres est l'outil utilisé par les superviseurs pour suivre les compétences des ASC. L'observation directe de la prise en charge des enfants malades n'est pas comprise dans la liste de pointage de la supervision. Les rapports d'activité revus et les entretiens sur le terrain, réalisés par l'équipe de la documentation, ne mentionnaient pas des observations directes de la part des superviseurs. Pour compenser ce manque de données, l'équipe de la documentation a inclus l'observation directe d'un échantillon de compétences des ASC, et a fait les constatations suivantes :

- **Identification des signes de danger, incluant les vomissements (tout vomir), les convulsions, la léthargie ou la perte de connaissance :** La capacité des ASC et des *matrones* à dépister systématiquement les signes de danger varie d'un district à l'autre. Dans quatre districts, 80% des ASC et des *matrones* ont su détecter les signes de danger alors que les taux de performance étaient bien plus faibles à Fatick et Dioffor. Dans ces deux districts, les ASC et les *matrones* n'ont identifié que 5%-40% des signes de danger outre le fait de « tout vomir ».
- **Toux et difficultés à respire :** Les ASCs et les *matrones* ont eu des bons résultats à ce niveau. Seul un district a un résultat évidemment faible pour le taux respiratoire.
- **Prise en charge du paludisme :** Les résultats sont mitigés à ce niveau, puisque seuls deux districts ont obtenu de bons résultats (95%-100% ont su répondre correctement aux questions sur la fièvre). En général, le taux de performance correcte pour le TDR était faible, avec une moyenne de 32 %.
- **Prise en charge de la diarrhée :** L'exercice d'observation simplifiée, réalisé par l'équipe de la documentation, a indiqué que ce sont les ASC et les *matrones* qui maîtrisent le moins la prise en charge des cas de diarrhée. Ce qui le montre le mieux est l'observation que très peu d'ASC et de *matrones* savaient dépister correctement les signes de déshydratation (enfant qui boit avidement ou sécheresse de la peau), Les réponses correctes se situaient dans une fourchette allant de 6 % à 47 %.

**Figure 7. Performance de certains ASC en fonction d'observations directes dans les districts de Thiadiaye, Khombole, Fatick, Dioffior, Nioro, et Kolda en juin 2010**



## Pratiques prometteuses au niveau de la supervision et de l'assurance de qualité de la performance

- Le leadership et l'engagement des responsables de la santé publique, tels que les médecins chefs régionaux, était complémentaire à la capacitation et responsabilisation du personnel des postes de santé.
- Les activités de supervision ont été intégrés aux services prénatals et stratégie avancée de vaccination, avec le soutien du projet USAID/IntraHealth, et en utilisant une liste de pointage pour la PEC-c intégrée mise au point pour les ADC (voir Annexe 9).
- Les réunions régulières de suivi, avec les ASC et les *matrones*, ont aidé à venir à bout des contraintes financières et des ressources humaines nécessaires pour faire des visites individuelles dans les cases de santé.

## Défis et barrières

- La supervision régulière était financée par des sources externes.
- Même lorsque des visites de suivi étaient réalisées, elles ne se conformaient pas toujours au processus convenu, soit quand les partenaires simplifient les formulaires, quand tout le monde n'est pas présent et que les infirmiers en chef font des changements soit parce qu'elles ne reconnaissent pas l'importance de chaque étape ou outil ou encore pour des raisons pragmatiques.
- L'introduction de nouveaux médicaments, utilisés généralement par des professionnels de la santé, au niveau des cases de santé demande un soutien plus marqué qu'auparavant pour la case de santé. Les ONG fournissent la majeure partie du soutien nécessaire mais le système de santé n'a pas encore assumé ce rôle.

**Tableau 7. Réussites, goulots d'étranglement et solutions en termes de supervision et d'assurance de qualité de la performance**

RÉSULTATS		SOLUTIONS ADOPTÉES/PROPOSÉES
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<b>Phase pilote</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Attention particulière du MSP au niveau central et d'un certain nombre d'experts de différents partenaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de ressources pour les infirmiers en chef pour qu'ils puissent faire la supervision mensuelle.</li> </ul>	<p><b>Solutions adoptées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réunions collectives de suivi.</li> </ul>
<b>Phase d'expansion</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconnaissance officielle des infirmiers en chef comme étant la principale personne du MSP responsable des cases de santé.</li> <li>▪ Les infirmiers en chef sont disponibles et formés pour apporter formation, supervision et soutien aux ASC/<i>matrones</i>.</li> <li>▪ L'institutionnalisation du système de validation des données par les infirmiers en chef est utilisée comme une opportunité d'encadrement face à face des ASC/<i>matrones</i>.</li> <li>▪ Le personnel des ONG (ADC) assigné tout spécifiquement au soutien des ASC/<i>matrones</i> dans la zone du Programme de santé communautaire de l'USAID/Sénégal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ressources et leadership limités de la part du secteur public pour superviser les services au niveau communautaire.</li> <li>▪ Pas d'observations directes dans le cadre du suivi régulier des ASC et des <i>matrones</i> et pas de système alternatif en place pour assurer un suivi adéquat de la qualité de la performance des ASC.</li> <li>▪ Pas d'approche durable pour maintenir le niveau de soutien des ADC.</li> </ul>	<p><b>Solutions proposées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tel que noté dans la section du financement ci-dessus, consacrer des ressources financières à la supervision des activités au niveau communautaire.</li> <li>▪ Instituer des opportunités de mesurer et de suivre la qualité de la performance des ASC lors des visites mensuelles et de toute visite aux cases de santé (lors de la stratégie avancée de vaccination)</li> <li>▪ En plus des réunions collectives de suivi des ASC, revoir le rôle des ADC pour qu'ils se concentrent sur le travail clinique.</li> <li>▪ Accélérer la mise en place d'un système d'évaluation basé sur la performance pour le personnel du MSP, y compris la supervision des ASC et des <i>matrones</i> comme un élément de la structure du financement axé sur la performance.</li> <li>▪ Inclure dans les contrats de performance une condition stipulant l'élaboration d'un plan d'action trimestriel au niveau opérationnel et le transmettre au niveau central.</li> </ul>

## 5.8 SUIVI ET EVALUATION DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

Cette section présente les pratiques prometteuses ainsi que les défis et les barrières en termes de S&E et du Système d'informations sanitaires pour l'introduction et l'expansion de la PEC-c intégrée au Sénégal.

Lors de la phase pilote et d'apprentissage visant à l'introduction d'un nouvel élément de la PEC-c intégrée (antibiotiques, bithérapie pour le traitement du paludisme, zinc), des données ont été systématiquement collectées, analysées et documentées pour déterminer si l'intervention était efficace et faisable pour le Sénégal. Lors de la phase d'expansion, on s'est rendu compte que ce niveau et cette intensité de collecte de données ne pouvaient pas être reproduits et étendus à grande échelle et que ce n'était d'ailleurs pas nécessaire. La collecte de données devrait plutôt suivre les progrès et répondre aux défis continus se présentant lors de la mise en œuvre du programme par le biais du Système national d'informations pour la gestion sanitaire (SNIGS). Un des grands obstacles réside dans le manque de disponibilité jusqu'à présent, au niveau opérationnel, d'outils et de directives standardisés qui permettraient d'intégrer au SNIGS les données du plan communautaire. Aussi, n'est-il pas possible d'attribuer la contribution des cases de santé aux indicateurs nationaux, régionaux et de district, afférents à la lutte contre les IRA, la diarrhée et le paludisme. Le Sénégal devrait envisager de revoir et de diffuser les outils et les procédures disponibles actuellement, en utilisant le cadre international des indicateurs de la PEC-c intégrée pour choisir les indicateurs qui conviennent au pays.



Officiels du Ministère de la Santé et des ONG partenaires en train de discuter les résultats de l'exercice de documentation lors de l'atelier de validation à Dakar

La participation du personnel au niveau régional varie d'une région à une autre bien qu'elle reste limitée en général. Toutefois, des exemples ont été rapportés de participations régionales réussies, comme celles de Kolda. L'équipe de la documentation a noté un surcroît de travail pour le niveau central qui s'occupe de certaines tâches de gestion des données dont devraient se charger en principe les niveaux décentralisés. L'approche du PNLN consistant à tenir des réunions trimestrielles de revue de programme, à l'intention du personnel de district et des partenaires, est une approche prometteuse. Ces réunions créent des opportunités pour le personnel de niveau district de présenter les données et les indicateurs du paludisme tout en

maintenant une vue générale des activités des cases de santé et en encourageant la discussion des données et prises de décisions conjointes.

Au niveau district, l'équipe n'a pas trouvé disponible l'ensemble des outils, décrits dans les Directives de mise en œuvre de la PEC-c intégrée, et qui permettraient à ces niveaux du MSP de suivre les progrès des activités des cases de santé. Certes, le Consortium des ONG a cherché à simplifier la collecte, l'analyse et la notification des données mais dans la pratique le processus n'a pas bien fonctionné car les occasions sont rares de partager l'information et de prendre des décisions conjointes avec les régions et districts sanitaires.

Au niveau communautaire, les ONG chargées de la mise en œuvre dans le cadre du programme communautaire au Sénégal/USAID viennent apporter un soutien, par le biais de leurs ADC, aux cases de santé pour collecter et gérer des données à ce niveau et pour les notifier sur une base mensuelle aux districts, tel que mentionné ci-dessus. Des cases de santé de certains districts analysent les données et passent à l'action. Un certain nombre de cases de santé, surtout dans les zones soutenues par le projet, affichent leurs données sur le mur. Il revient au CSV un rôle important dans le suivi des progrès au niveau local des activités dans la case de santé bien qu'il ne semble y avoir de processus systématique pour simplifier le système de S&E pour le CSV.

Vu que le programme sénégalais de la PEC-c intégrée est arrivé à un bon stade de maturité, le moment est propice aux choix d'indicateurs ou éléments de données qui sont révélateurs de la situation des cases de santé. Ces indicateurs seront intégrés à un programme de formation adaptée pour les membres du comité pour qu'ils puissent facilement comprendre ce type de suivi et apprendre à utiliser les données pour prendre les décisions pertinentes.

### Pratiques prometteuses au niveau du S&E et du SNIGS

- **Niveau régional :** L'approche du PNLP au S&E est un exemple d'une pratique prometteuse.
- Les efforts du MSP en vue d'intégrer les données de la prise en charge de cas au niveau communautaire dans le SNIGS représentent un second exemple.

### Défis et barrières

- Recul de l'engagement du MSP au niveau régional, à présent, le SNIGS devrait reprendre le rôle du MSP dans le S&E.
- Diffusion insuffisante des directives concernant l'inclusion des données de la PEC-c intégrée au système de santé et manque de suivi.
- Absence d'outils au niveau district qui permettraient aux divers niveaux du MSP de suivre les progrès.

**Tableau 8. Réussites, goulots d'étranglement et solutions en termes de S&E et systèmes d'information sanitaire**

RÉSULTATS		SOLUTIONS
RÉUSSITES/FORCES	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	
<b>Phase pilote</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Collecte systématique et complète de données, documentation et engagement actif d'un grand nombre d'experts du suivi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ND</li> </ul>
<b>Phase d'expansion</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Outils et procédures de S&amp;E codifiés, disponibles, validés et documentés au niveau central.</li> <li>Réunions régulières organisées par les districts et les régions sont l'occasion de discuter des données étayant la prise de décisions.</li> <li>PNLP compte un modèle réussi du système de S&amp;E.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le suivi programmatique au niveau opérationnel est réalisé uniquement par les ONG.</li> <li>Il n'existe pas d'outils spécifiques disponibles aux niveaux régionaux et de district pour assurer le suivi des activités des cases de santé.</li> <li>Il est impossible de suivre la contribution des cases de santé aux indicateurs de performance à tous les niveaux du système.</li> </ul>	<p><b>Solutions proposées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Définir un système de S&amp;E clarifiant le rôle de chaque niveau de la case de santé au niveau national.</li> <li>Renforcer l'utilisation des données pour la prise de décisions à tous les niveaux.</li> <li>Revoir l'ensemble d'outils utilisés par les ASC et les <i>matrones</i> et vérifier leur constance, à savoir la constance de l'information collectée dans les rapports mensuels des districts, rapports mensuels des ASC et des <i>matrones</i>, registre de la PEC-c intégrée et formulaires individuels de la PEC-c intégrée.</li> <li>Intégrer les indicateurs clés de la PEC-c intégrée au SNIGS pour refléter les contributions des activités communautaires et vérifier leur qualité.</li> <li>Envisager d'utiliser la liste des "indicateurs de la PEC-c intégrée" mise au point récemment par les partenaires internationaux et disponibles à <a href="http://www.cmccentral.com">www.cmccentral.com</a></li> </ul>

## 6. LEÇONS RETENUES

---

Les leçons retenues sont organisées en quatre catégories : créer un contexte de politiques favorables, renforcer les liens entre le système de santé et la communauté, étendre rapidement à plus grande échelle la prestation de services de qualité par les AC aux ménages et optimiser le changement de comportement au sein du programme.

### 6.1 CRÉER UN CONTEXTE DE POLITIQUES FAVORABLES ET SUSCITER UN SOUTIEN INSTITUTIONNEL EFFICACE

#### Plaidoyer reposant sur des données probantes

L'expérience du Sénégal montre clairement qu'il existe certains facteurs favorisant l'adoption d'une idée novatrice comme la PEC-c intégrée pour les maladies de l'enfance. S'agissant de : 1) l'utilisation de preuves scientifiques lors des sessions de plaidoyer ; 2) l'échange de points de vue par les responsables de district et les agents de santé ; et 3) les personnes qui ont le courage de remettre en question le statut quo. La prise de décisions reposait sur la solide base des preuves scientifiques de l'efficacité de la PEC-c intégrée, démontrant que les agents communautaires formés peuvent effectivement dispenser des antibiotiques, des SRO/zinc et des antipaludiques.

#### Nécessité de se donner une politique fondée sur l'expérience

Le programme de la PEC-c intégrée a été mis en œuvre sans qu'il existe une politique nationale sur la santé communautaire. Le solide leadership du MSP et son appropriation du programme ont suffi pour le lancement réussi de cette initiative. Mais, au fur et à mesure que le programme s'est étendu à plus grande échelle, faisant appel à des AC de différents niveaux du programme, il est devenu évident qu'il faut engager différents programmes gouvernementaux fournissant divers services de santé et formuler une politique nationale sur la santé communautaire pour disposer de normes constantes et exploiter la synergie entre les divers programmes.

#### Appropriation et autonomie/habilitation des niveaux gouvernementaux décentralisés

Les ONG soutiennent la mise en œuvre du programme sur le terrain, mais c'est le MSP qui continue d'être le chef de file technique et stratégique et c'est au MSP qu'incombe la responsabilité générale de coordonner les activités. Il devient donc très important de traiter les questions d'appropriation et d'appartenance, soulevées par le personnel à différents niveaux du ministère. Une politique de santé communautaire et une stratégie de mise en œuvre permettront de définir les rôles et les responsabilités et habiliteront les niveaux régionaux et de district pour qu'ils puissent assumer leurs rôles respectifs.

#### Adaptation à la culture et au contexte local

Une leçon d'importance critique dégagée lors des sept années de mise en œuvre est celle de l'adaptation à la culture et au contexte local pour vérifier que l'approche soit acceptée et adoptée par les bénéficiaires, par l'intermédiaire des comités sanitaires locaux. Cette leçon s'applique également à la section suivante sur le renforcement des liens entre le système de santé et les communautés. Dans le contexte sénégalais, les aînés des villages occupent une place très importante et ils doivent être engagés dans toutes les discussions sur les cases de santé et la sélection des ASC. Leur rôle est fondamental pour garantir l'appropriation locale.

## 6.2 RENFORCEMENT DES LIENS ENTRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET LES COMMUNAUTÉS

### La séquence de l'expansion peut varier

Bien qu'il puisse sembler logique de fournir d'abord une formation en matière de PCIME clinique au personnel des établissements de santé qui supervisent les agents communautaires, l'expérience du Sénégal démontre qu'il ne s'agit du condition préalable nécessaire d'une initiative de prise en charge des cas à base communautaire.

### Importance des infirmiers en chef pour soutenir les ASC

Dans le cadre du programme sénégalais, les infirmiers en chef constituent la première ligne de contact entre les ASC et le système de santé et il faut reconnaître à sa juste valeur leur rôle important de soutien des ASC. Au fur et à mesure que le programme s'est étendu les infirmiers sont devenus moins engagés pour un certain nombre de raisons dont certaines n'entrent pas dans leur contrôle. Les infirmiers en chef peuvent améliorer l'observation directe des services fournis par les ASC, suivre la qualité, encadrer aux fins d'améliorer la performance et analyser les données des rapports des ASC pour résoudre les problèmes. Pour assurer la réussite continue du programme, il est essentiel de vérifier que les ASC bénéficient pleinement du soutien technique et moral des infirmiers en chef.

### Procédures et outils harmonisés du niveau communautaire au niveau national

Il est important d'avoir un tableau de bord ou un ensemble d'outils et de procédures pour la mise en œuvre et le suivi des activités à tous les niveaux de la gestion de programme, du niveau du village périphérique au niveau national, aussi bien du ministère que des partenaires de l'exécution.

### Les besoins en données divergent suivant qu'il s'agisse du démarrage ou de l'expansion

Lors de la conception des programmes de la PEC-C intégrée, il est important de faire la différence entre les données servant à déterminer la faisabilité de l'intervention lors de la phase initiale et les données nécessaires pour le suivi du programme et la prise de décisions lors de l'étape expansion.

Quel que soit le soutien des partenaires, les données régulières collectées au niveau communautaire lors de la phase d'expansion devraient être intégrées dans le système général d'informations sanitaires. Les indicateurs, qui devront être revus périodiquement, devraient mesurer clairement la contribution du programme au niveau communautaire au système de santé en général. Il convient de remédier à cette faiblesse dans le programme du Sénégal et que l'exercice de la documentation a mise en évidence.

## 6.3 EXPANSION RAPIDE DE SERVICES DE QUALITE PAR LES ASC AUX MENAGES

L'équipe de la documentation a dégagé et mis en exergue cinq leçons d'importance critique pour étendre rapidement à plus grande échelle le programme de la PEC-c intégrée :

1. La conception du programme comprendra une phase initiale et une phase d'expansion avec octroi de ressources avant qu'il ne démarre. Et, pour éviter les retards, la phase initiale du programme devra comprendre des directives de politiques claires et un engagement à l'expansion rapide si les résultats s'avèrent concluants.
2. Le soutien technique des ONG facilite l'expansion rapide du programme. Les ONG fournissent une expertise technique et mettent en œuvre des interventions efficaces sur le

terrain. Elles sont mesure de mobiliser les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires au processus. Il reste important toutefois que le ministère de la santé coordonne et dirige le processus.

3. Pour qu'un programme de la PEC-c intégrée puisse réussir, le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement doit fonctionner correctement. Sans médicaments et outils de diagnostic comme les trousse de TDR, les visites dans les cases de santé perdent de leur valeur.
4. L'assurance de la qualité ne devrait pas diminuer lors de l'étape de l'expansion même si l'objectif est d'étendre rapidement la couverture de la population ciblée. Certaines normes et procédures devront être respectées, surtout en ce qui concerne le suivi et la supervision après la formation. Là aussi, l'observation directe de la prise en charge des cas pour contrôler la qualité du service est une condition essentielle du suivi et de l'assurance de qualité.
5. Il est important de s'assurer du financement nécessaire pour la viabilité à long terme du programme. Bien que les ministères de la santé ne soient pas en mesure de financer pleinement les rubriques budgétaires pour toutes les activités du niveau communautaire, l'octroi de fonds pour la supervision des activités communautaires dans les budgets des départements, des divisions et niveaux décentralisés du Ministère témoigne de son appropriation du programme.

## 6.4 CONCEPTION ET MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES DE CCC POUR LA PEC-C INTEGREE

### Examen de la stratégie de CCC

Le moment est opportun à ce stade du programme de faire un examen approfondi du contenu technique de la stratégie d'IEC/CCC. La revue fera une évaluation des cibles (le comportement de qui : mères, pères, familles, communautés ?) ; des messages (quel aspect du comportement ?) ; et des moyens de communication pour les différents intervenants.

L'importance d'adapter la stratégie de la CCC aux valeurs culturelles de la communauté est une des grandes leçons retenues pour favoriser le changement comportemental. Les responsables de programme devront continuer à rechercher activement les possibilités de vérifier que les activités visant au changement comportemental sont tant efficaces qu'acceptables. En outre, la mobilisation des ressources devrait couvrir aussi bien la prise en charge des cas que les activités de CCC. Le défi est d'équilibrer les aspects cliniques et la CCC.

### Mass média

L'intégration des messages de santé dans les mass medias doit être faite très systématiquement. Dans l'idéal, les responsables des différents programmes de santé élaboreront un plan conjoint, incluant leurs messages prioritaires avec un budget préalable. Dans tous les cas du moins, le programme de la PEC-c intégrée doit mettre au point son propre plan complet de mass média.

### Optimalisation des ressources

Une meilleure utilisation de toutes les ressources disponibles (humaines, matérielles et financières) aboutirait à un programme plus efficace du changement de comportement. L'engagement du Ministère de la communication devrait être tangible. Les niveaux décentralisés du MSP devraient également mobiliser des ressources, par exemple en forgeant des partenariats avec les médias locaux ou en organisant des campagnes de plaidoyer visant les personnes influentes de la région.

# CONCLUSION

---

Ce document a présenté les résultats et les facteurs à l'origine des réussites de la PEC-c intégrée au Sénégal, y compris le leadership technique et stratégique du MSP, l'engagement d'éminents professionnels de la santé, la création d'un cadre favorisant l'échange ouvert et l'engagement continu des partenaires financiers et techniques.

Bien que le but de cet exercice ne soit pas de mesurer de manière quantitative l'accès élargi et les résultats améliorés, il existe un certain nombre de résultats positifs indiquant l'efficacité du programme, notamment :

- Une fois que les ASC et que les *matrones* ont reçu une formation portant sur les tests de diagnostic rapide (TDR), le nombre de cas de fièvre dont le diagnostic a confirmé qu'il s'agissait de paludisme a fortement diminué. Cela a permis une utilisation plus rationnelle et plus efficace des antipaludiques relativement chers.
- Le nombre de cas de diarrhée traités par des SRO et le nombre de cas de pneumonie traités par des antibiotiques semblent augmenter parallèlement au nombre de cases de santé participant au programme.

Cet exercice de documentation a également mis en évidence des domaines nécessitant des améliorations qui permettraient de renforcer en temps opportun le programme du Sénégal. S'agissant des aspects suivants :

- Renforcer le sentiment d'appropriation du MSP ;
- Améliorer le système de S&E ;
- Remédier aux ruptures de stock et garantir un financement à long terme ;
- Renforcer la composante CCC ;
- Suivre la qualité des services fournis par les ASC et les *matrones* ; et
- Formuler une politique nationale sur la santé communautaire aux fins d'une meilleure intégration de toutes les activités touchant à la santé au niveau communautaire.

**Tableau 9. Principales recommandations pour le développement continu du programme**

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS POUR LE PROGRAMME DU SÉNÉGAL	
COORDINATION ET FORMULATION DE POLITIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formuler une politique nationale complète sur la santé communautaire pour 1) vérifier un niveau durable de soutien institutionnel et technique pour les services de santé à base communautaire, et 2) encourager une meilleure intégration des programmes.</li> <li>▪ Mettre en place une plateforme formelle de coordination à tous les niveaux - national, régional et district - permettant aux représentants officiels du MSP et autres représentants du gouvernement de se rencontrer régulièrement pour discuter de l'intégration et du caractère complémentaire des activités.</li> <li>▪ Traiter dans les meilleurs délais les questions d'appropriation soulevées par le personnel aux différents niveaux du MSP.</li> </ul>
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le MSP devrait augmenter les crédits budgétaires à tous les niveaux - national, régional et district - pour couvrir une partie du coût de la supervision des activités communautaires.</li> </ul>
RESSOURCES HUMAINES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcer d'autres formes de motivations non financières pour les ASC et les <i>matrones</i> et apporter un feedback et encouragement réguliers, par le biais de visites régulières de supervision, et cérémonies publiques de prise de serment et remise de prix.</li> </ul>
GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remédier aux ruptures de stock en : 1) intégrant les cases de santé au système national de la chaîne d'approvisionnement pour les postes de santé, 2) en renforçant la communication entre les différents niveaux du système, 3) en améliorant le contrôle à tous les niveaux du système, et 4) en redistribuant le stock existant.</li> </ul>
PRESTATION DE SERVICES ET REFERENCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire une évaluation formelle de la qualité des soins fournis par les ASC et les <i>matrones</i> et que des barrières que rencontrent les mères en suivant la trajectoire des références.</li> <li>▪ Harmoniser les styles de fonctionnement et les responsabilités du personnel des établissements de santé et des ONG.</li> <li>▪ Trouver les bonnes manières de partager à grande échelle les solutions novatrices.</li> </ul>
COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire une revue approfondie du contenu technique de la stratégie d'IEC/CCC, en donnant l'importance requise aux signes de danger et en encourageant la consultation rapide des services de santé.</li> <li>▪ Explorer d'autres sources de financement (IntraHealth et le Conseil national de lutte contre le SIDA) pour les coûts de la diffusion des feuillets télévisés et de la formation des agents communautaires.</li> <li>▪ Améliorer la connaissance des mères concernant les signes de danger et le comportement de consultation.</li> <li>▪ Faire une meilleure utilisation de toutes les ressources disponibles (humaines, matérielles et financières) y compris du Ministère de la communication et d'autres agents du développement.</li> </ul>
SUPERVISION ET ASSURANCE DE QUALITE DE LA PERFORMANCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vérifier que les ASC et les <i>matrones</i> bénéficient pleinement de tout ce que l'infirmière en chef peut offrir (conseils techniques, soutien institutionnel et encouragement moral). Il faut mieux utiliser les réunions mensuelles des AC pour compenser le manque de</li> </ul>

## PRINCIPALES RECOMMANDATIONS POUR LE PROGRAMME DU SÉNÉGAL

	<p>supervision régulière sur le terrain.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accélérer la mise en place d'un système d'évaluation basée sur la performance pour le personnel du MSP qui comprend la supervision des ASC et des <i>matrones</i> et inclure comme un élément dans le contrat de performance du personnel la préparation d'un plan d'action trimestriel et sa transmission au niveau central du MSP.</li> <li>▪ Tel que noté dans la section du financement ci-dessus, vérifier que le MSP consacre des ressources financières à la supervision des activités au niveau communautaire.</li> <li>▪ Intégrer la supervision des AC aux services d'extension communautaire fournis par les infirmiers en chef.</li> </ul>
<p><b>S&amp;E ET SYSTEME D'INFORMATIONS SANITAIRES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir des directives de politiques claires sur l'inclusion des données de la PEC-c intégrée au système de santé.</li> <li>▪ Revoir l'ensemble des outils qu'utilisent les ASC et les <i>matrones</i> et vérifier qu'ils sont constants et uniformes, par exemple l'information collectée dans le registre de la PEC-c intégrée devrait être la même que l'information collectée sur les formulaires individuelles de la PCIME.</li> <li>▪ Intégrer les indicateurs clés au SNIGS pour s'assurer que la contribution des activités au niveau communautaire est reflétée dans le système d'informations sanitaires.</li> <li>▪ Envisager d'utiliser la liste des "indicateurs de la PEC-c intégrée" mise au point récemment par les partenaires internationaux et qui est disponible à : <a href="http://www.ccmcentral.com">www.ccmcentral.com</a></li> </ul>

# ANNEXE 1: CADRE DE JALONS DE LA PEC-C INTEGREE

COMPOSANTES	PLAIDOYER ET PLANIFICATION	ESSAI PILOTE ET PREMIERES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE	EXPANSION/MISE À ÉCHELLE
Composante <b>Un</b> : Coordination et formulation de politiques	Evaluation des besoins et analyse situationnelle pour une enveloppe de services.		
	Réunions des parties concernées pour définir les rôles et discuter des politiques actuelles Revue des politiques et des directives nationales	Discussions concernant les changements de politiques	Réunions régulières des parties concernées pour vérifier la coordination entre les partenaires de la PEC-c
Composante <b>deux</b> : Calcul de coûts et financement	Estimations des coûts de la PEC-c en fonction des services nécessaires	Analyse du déficit de financement	Stratégie à long terme pour la pérennisation et la viabilité financière
	Financement pour les médicaments, les fournitures et tous les coûts du programme	Investissement du MSP dans le programme de PEC-c	Investissement continu du MSP dans la PEC-c
Composante <b>trois</b> : Ressources humaines	Définition par les communautés et le MSP des rôles des AC, des communautés et des agents chargés des références	Explication des rôles et attentes des AC aux membres communautaires et aux agents chargés de faire les références.	Existence d'un processus pour la mise à jour et la discussion des rôles/attentes des AC
	Définition des critères du recrutement des AC, par les communautés et les AC Plan de formation complet pour le recyclage (modules, formation des formateurs, suivi et évaluation)	Formation des AC avec participation des communautés et des établissements de santé	Recyclage continu des AC, renforcement de la formation initiale
Composante <b>quatre</b> : Gestion de la chaîne d'approvisionnement	Mise au point de stratégies de rétention et de plan d'incitations/motivations pour les AC	Application des stratégies de rétention et des plans de motivation des AC; communauté aide à accorder les récompenses et le MS apporte un soutien.	Revue et révision si nécessaire des stratégies de rétention des AC Promotion et retraites des AC
	Médicaments selon les politiques nationales (avec TDR) compris dans la liste des médicaments essentiels Quantifications terminées pour les médicaments et fournitures de la PEC-c Plan d'approvisionnement pour les médicaments/fournitures	Achats de médicaments et fournitures de la PEC-c conformes aux politiques nationales	Suivi des stocks de médicaments et de fournitures à tous les niveaux du système (par le biais du système d'informations et/ou de supervision)
	Système logistique de contrôle des stocks/rapprovisionnement pour la PEC-c	Système logistique pour maintenir la quantité et la qualité des produits de la PEC-c	Système de contrôle de stock/rapprovisionnement adapté aux résultats de l'essai pilote (sans longue rupture de stock)

COMPOSANTES	PLAIDOYER ET PLANIFICATION	ESSAI PILOTE ET PREMIERES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE	EXPANSION/MISE À ÉCHELLE
Composante <b>cinq</b> : Prestation de services et références	<p>Plan pour l'utilisation rationnelle de médicaments (et du TDR si indiqué) par les AC et les patients</p> <p>Directives pour l'évaluation clinique, la prise en charge et la référence</p> <p>Mise au point d'un système de références et de contre-références</p>	<p>Evaluation, diagnostic et traitement des enfants malades par les AC avec utilisation rationnelle des médicaments et tests de diagnostic.</p> <p>Revue et modification des directives en fonction de l'essai pilote</p> <p>Exécution du système de référence et de contre-référence : information claire sur l'emplacement des établissements de référence, explications claires pour le personnel sur son rôle au niveau de la référence</p>	<p>Diagnostic et traitement approprié devenus routine pour les AC</p> <p>Revue régulière des directives et modifications si nécessaire</p> <p>Références et contre-références régulières des AC avec observance des patients, information de l'établissement de référence revenant à l'AC (la fiche de référence est redonnée)</p>
Composante <b>six</b> : Communication et mobilisation sociale	<p>Mise au point de stratégies de communication sur la prévention et la prise en charge des maladies communautaires, pour les dirigeants, les leaders locaux, les agents de santé, les agents communautaires et autres groupes cibles</p> <p>Contenu PEC-c pour les AC (matériel de formation)</p> <p>Matériel et messages ciblant la communauté</p>	<p>Exécution du plan de communication/mobilisation sociale</p> <p>Matériel et messages pour les AC</p> <p>Dialogue des AC avec les parents et la communauté sur les messages de la PEC-c</p>	<p>Revue et perfectionnement du plan de communication et de mobilisation sociale et de son exécution, en fonction du suivi et de l'évaluation</p>
Composante <b>sept</b> : Supervision & assurance de qualité de la performance	<p>Mise au point de listes de pointage et autres outils, y compris ceux servant au diagnostic</p> <p>Plan de supervision, avec nombre de visites, rôles de supervision, auto-supervision, etc.</p> <p>Formation du superviseur disposant des outils adéquats de supervision</p>	<p>Visite de supervision tous les 1-3 mois, avec revue des rapports et suivi des données</p> <p>Visite du superviseur dans la communauté et à domicile, encadrement des AC</p> <p>Supervision PEC-c fait partie de la revue de performance du superviseur des AC</p>	<p>Supervision régulière des AC pour assurance de qualité</p> <p>Données des rapports et feedback communautaire pour résolution de problèmes et encadrement</p> <p>Evaluation annuelle avec revue des données de suivi sur la couverture</p>
Composante <b>huit</b> : S & E et systèmes d'informations sanitaires	<p>Cadre de suivi de la PEC-c plus sources d'informations</p> <p>Registres et comptes rendus standardisés</p> <p>Indicateurs/normes pour enquêtes PEC-c</p> <p>Diffusion du plan de recherche pour PEC-c</p>	<p>Test du cadre de suivi et modifications ultérieures</p> <p>Revue des registres et comptes rendus</p> <p>Formation des AC, superviseurs et personnel S&amp;E sur le nouveau cadre, ses composantes et utilisation de données</p>	<p>Suivi et évaluation de l'impact du programme par le biais des données du SNIIGS</p> <p>RO et évaluations externes de la PEC-c pour informer l'expansion et la pérennisation</p>

# ANNEXE 2: COMITE DE PILOTAGE DES IRA, EQUIPE DE RECHERCHE DES IRA ET GROUPE TECHNIQUE DES IRA

---

## ORGANISATIONS ET MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE DES IRA

Président: Directeur de la Santé, Dr Mandiaye Loume

Membres :

- DANSE (Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant)
- Chaire de Pédiatrie
- DERF (Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation)
- DSSP (Division des Soins de Santé Primaires)
- DPL (Direction de la Pharmacie et du Laboratoire)
- PNA (Pharmacie Nationale d'approvisionnement)
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé)
- ISED (Institut Santé et Développement)
- UNICEF (Fond des Nations Unies pour l'Enfance)
- BASICS II (Basic Support for Institutionalizing Child Survival, phase two)
- ECR – ECD (les Equipes Cadres de Région et de District)
- Syndicat et l'Ordre des Pharmaciens

## EQUIPE DE RECHERCHE DES IRA

- Pr Guélaye SALL<sup>21</sup>
- Dr Assane SYLLA
- Dr Cheikh SARR
- Dr Babacar GUEYE
- Djiby Ndiaye<sup>22</sup>
- Dr Talla from the Région Médical of Thiès<sup>23</sup>
- Dr Emmanuel Wansi facilitated the group

## GROUPE DE TRAVAIL TECHNIQUE DES IRA

- Pr Guélaye SALL, Coordonnateur du Comité
- Dr Aboubakhry Thiam, CTL/Basics Senegal
- Dr Mactar Camara, Chargé de programme Survie de l'Enfance USAID-Dakar
- Dr Assane SYLLA, Chaire de Pédiatrie, Université de Dakar

---

<sup>21</sup> Chef d'équipe

<sup>22</sup> S'est joint au groupe plus tard une fois que le protocole avait été mis au point

<sup>23</sup> Responsable régional qui a participé à la mise au point du protocole pour apporter les perspectives du terrain

- Dr Serigne Abdou Diagne, Conseiller RPM Plus/MSH
- Dr Florie Guidetti, UNICEF, représentant Dr Costa
- Dr Mame Marie Mbayame DIONE, MOHP/DANSE
- Dr Talla, Région Médical de Thiès
- Niama Konaté, ICP de Ngoundiane
- Dr Cheikh SARR, Conseiller Suivi-Evaluation a BASICS II
- Djiby Ndiaye, Assistant IRA a BASICS II WARO
- Dr Isseu Diop TOURE, OMS-Dakar
- Ibrahima Ndao, UNICEF-Dakar
- Dr Papa Ndiaye, Institut Santé et Développement/UCAD
- Dr Cheikh Oumar DIA, Ordre des Pharmaciens, Dakar
- Dr Moussa Diakhate, DS/Division des Soins de Santé Primaires
- Dr Babacar GUEYE, UNICEF

# ANNEXE 3: LISTE DE POINTAGE POUR L'OBSERVATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS

## OUTILS UTILISES POUR LES SEANCES D'OBSERVATION DIRECTE

### Fiche d'Observation

District : \_\_\_\_\_ Poste de santé : \_\_\_\_\_ Case de santé : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'ASC \_\_\_\_\_ Superviseur : \_\_\_\_\_

ETAPES	OUI	NON
<b>RECHERCHER LES SIGNES GENERAUX DE DANGER</b>	Note _____	Sur 5
▪ Incapable de boire ou téter		
▪ Vomit tout ce qu'il consomme		
▪ Convulsions (actuelles ou récentes)		
▪ Léthargie ou inconscience		
▪ Signes de Malnutrition sévère		
<b>EVALUER ET CLASSER</b>	Note _____	Sur _____
<b>TOUX OU DIFFICULTES RESPIRATOIRES</b>		
▪ A interrogé la maman sur le symptôme toux/difficultés respiratoires		
▪ A correctement compté le nombre de mouvements respiratoires		
<b>FIEVRE</b>		
▪ A interrogé la maman sur le symptôme fièvre		
▪ A correctement fait le test rapide		
<b>DIARRHEE</b>		
▪ A interrogé la maman sur le symptôme diarrhée		
▪ A cherché le signe de déshydratation [BOIRE AVIDEMENT]		
▪ OU un autre signe de déshydratation ACCEPTABLE _____		
<b>TRAITER</b>	Note _____	Sur 3
▪ A donné la bonne dose de COTRIMOXAZOLE OU a référé OU a donné des conseils sur les soins à domicile selon la classification		
▪ A donné la bonne dose d'ACT OU a référé OU a donné des conseils sur les soins à domicile selon la classification		
▪ A donné correctement du SRO/TRO OU a référé OU a donné des conseils sur les soins à domicile selon la classification		
<b>CONSEILLER</b>	Note _____	Sur 2
▪ A conseillé la mère sur QUAND REVENIR IMMEDIATEMENT		
▪ A donné un rendez-vous pour le suivi		
<b>DECOMPTE DE LA FREQUENCE RESPIRATOIRE</b> <i>Demander à l'ASC de faire à la fin si ça n'a pas été fait</i>	Note _____	Sur 2
▪ A correctement compté le nombre de mouvements respiratoires		

## ANNEXE 4: EVENEMENTS CLES DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE INTEGREE

DATE	EVENEMENTS CLÉS	RESULTAT/IMPACT SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PEC-C INTEGREE
Milieu des années 70	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet belge et Sine Saloum démarrent l'utilisation des ASC pour traiter les maladies.</li> <li>L'atelier régional de l'Afrique de l'Ouest sur la PCIME communautaire se déroule à Mbour au Sénégal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les cases de santé sont introduites et elles dispensent le traitement du paludisme et de la diarrhée.</li> <li>Huit pays ont participé.</li> <li>L'atelier a permis de présenter la PEC-c comme un élément essentiel du cadre de mise en œuvre de la PCIME à base communautaire.</li> <li>Plaidoyer pour l'introduction des IRA dans les cases de santé, en fonction de l'expérience du Népal</li> </ul>
Mars 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats de l'Evaluation sur la gestion des médicaments pour les maladies de l'enfance sont diffusés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants recommandent la faisabilité de la PEC-c des IRA dans les cases de santé.</li> <li>Le directeur de la division pharmaceutique du MSP est reconnu comme le champion de la PEC-c des IRA</li> </ul>
Avril 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des spécialistes internationaux de la santé mondiale se réunissent à Stockholm en Suède pour discuter de la prise en charge communautaire de la pneumonie, en fonction de données probantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La réunion vient soutenir le lancement de la recherche opérationnelle sur la PEC-c des IRA au Sénégal.</li> <li>La réunion a également stimulé le soutien des bureaux de pays/Sénégal de l'USAID et de l'UNICEF pour le MSP et les partenaires afin de réaliser une étude de faisabilité.</li> </ul>
Avril 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le MSP commande une étude pilote sur la "Faisabilité de l'introduction des antibiotiques dans les cases de santé au Sénégal". L'activité se déroule dans 4 districts: Kédougou, Khombole, Thiadiaye et Vélingara.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création d'un comité de pilotage, d'une équipe de recherche et d'un groupe de travail technique pour l'étude de faisabilité.</li> </ul>
Juillet 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un consensus national a changé le traitement antipaludique de la chloroquine à l'Amodiaquine et Sulfadoxine Pyriméthamine (AQ/SP), uniquement au niveau de l'établissement de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La chloroquine est remplacée par AQ/SP uniquement au niveau de l'établissement de santé.</li> <li>Les ASC ne sont pas autorisés à utiliser l'AQ/SP.</li> </ul>
Juin 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats de l'étude PEC-c des IRA, démarrée en avril 2003, ont été diffusés lors d'un atelier à Mbour au Sénégal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants de l'atelier recommandent vivement l'extension progressive de l'intervention au terrain.</li> </ul>
Juillet 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un atelier national est organisé sur la prise en charge du paludisme au niveau communautaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essai pilote du traitement sous observation directe (DOT) de cas simples de fièvre/paludisme à l'aide d'AQ/SP, au niveau de la case de santé.</li> </ul>

*Prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant : Documentation des meilleures pratiques et des goulots d'étranglement à la mise en œuvre du programme au Sénégal*

DATE	EVÉNEMENTS CLÉS	RESULTAT/IMPACT SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PEC-C INTEGREE
<b>AOÛT 2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AQ/SP est dispensé dans le district de Joal et étendu dans la zone d'intervention de CAMAT, y compris Mbour, Popenguine and Thiadiaye.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>118 ASC et 475 relais sont formés</li> </ul>
<b>Septembre et décembre 2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>USAID, BASICS et World Vision terminent une évaluation conjointe de l'étude pilote AQ/SP dans la case de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'évaluation a montré d'excellents résultats dans les compétences des AC, observance des clients, références et visites de suivi.</li> </ul>
<b>Novembre 2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La réunion du conseil consultative de l'Initiative de santé infantile de Pfizer a lieu à Dakar au Sénégal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pfizer a pris l'engagement de financer l'expansion de la PEC-c intégrée et d'une recherche opérationnelle limitée au Sénégal.</li> </ul>
<b>Mars 2005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'atelier pour planifier l'expansion de la PEC-c intégrée a lieu à Dakar au Sénégal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les plans sont préparés pour les expansions sur le terrain et les questions de RO et étapes suivantes sont définies.</li> </ul>
<b>2005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le MSP publie les directives ministérielles sur les IRA et les communique aux régions et aux districts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approbation des autorités marquant le début de l'expansion dans les régions.</li> </ul>
<b>AOÛT 2005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atelier pour valider le guide de mise en œuvre et les modules de formation de la PEC-c intégrée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documents techniques au niveau national disponibles à présente pour l'expansion.</li> </ul>
<b>Janvier 2006</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expansion démarrée à Kolda au Sénégal avec réunion régionale de plaidoyer, formation des formateurs et formation des ASC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nouveau groupe de formateurs et ASC formés.</li> <li>L'approche est mise en œuvre dans 18 districts.</li> </ul>
<b>Janvier 2006</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adoption de l'ACT qui vient remplacer le protocole AQ/SP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peu de résistance de la part des professionnels de la santé car les ASC font preuve de compétence et savent administrer les antibiotiques pour le traitement de la pneumonie et la biothérapie du paludisme.</li> </ul>
<b>Mars 2006</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atelier sous-régional à Dakar au Sénégal sur la prise en charge communautaire des cas d'IRA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>13 pays partagent l'expérience touchant à la PEC-c intégrée.</li> <li>Plusieurs pays, tant africains qu'occidentaux, participant à un atelier pour prendre connaissance de l'expérience sénégalaise.</li> <li>Compilation des premiers indicateurs courant de la PEC-c</li> </ul>
<b>Juin 2006</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Sénégal est annoncé comme l'un des 15 pays de l'initiative PMI..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les interventions PMI se concentrent sur les MLI, la lutte contre le vecteur, le paludisme pendant la grossesse ainsi que sur l'accès et la qualité du diagnostic et du traitement. Elles viennent compléter le soutien du Fonds mondial qui couvre les coûts des ACT.</li> </ul>
<b>Juillet - septembre 2006</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comités de pilotage renouvelés pour introduire l'introduction du zinc et de SRO de faible osmolarité pour le traitement des maladies diarrhéiques à Kolda (42 cas de santé), Joal (19 cas de santé) et Fatick (11 cas de santé).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UNICEF devra apporter le stock initial de produits.</li> <li>72 cas de santé comprises dans l'étude de faisabilité sur l'utilisation du zinc et les SRO de faible osmolarité pour la prise en charge des cas de diarrhée.</li> </ul>

DATE	EVÉNEMENTS CLÉS	RESULTAT/IMPACT SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PEC-C INTEGREE
Septembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accord d'assistance conclu entre le projet BASICS et le MSP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leadership technique confié au Consortium des ONG.</li> <li>▪ La coordination des ONG est éloignée géographiquement du siège du MSP. Le contact direct en devient difficile.</li> <li>▪ Les ONG sont concentrées sur les efforts d'expansion, plutôt que sur le MSP central.</li> </ul>
Octobre 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le programme de santé communautaire Sénégal/USAID est démarré, sous la direction de ChildFund.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le projet représente le soutien de l'USAID au Gouvernement du Sénégal pour l'expansion de la PEC-c intégrée pour les trois maladies : paludisme, IRA et diarrhée.</li> </ul>
2007- 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le PNLp déploie de vastes efforts pour étendre l'ACT servant au traitement du paludisme à échelle nationale, dans les établissements de santé et cases de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Au début de 2009, avec l'assistance de PMI, le traitement à base d'ACT au niveau communautaire est étendu à toutes les 1297 cases de santé à échelle nationale.</li> </ul>
Septembre 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La phase pilote de PEDACOM démarre avec la formation des DSDOM dans 3 districts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20 DSDOM sont formés et équipés pour la prise en charge à domicile des cas de paludisme.</li> </ul>
Fin 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Essai pilote de zinc et SRO de faible osmolarité au niveau des établissements de santé, à Kolda, Fatick et Thiès.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etude de faisabilité pour l'introduction de zinc et de SRO de faible osmolarité aux niveaux communautaire et des établissements de santé.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluation du zinc et de SRO de faible osmolarité dans les établissements de santé de Kolda, de Fatick et de Thiès.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les résultats indiquent que les agents communautaires sont compétents (connaissances et pratiques).</li> </ul>

# ANNEXE 5: DECRET 92-118

## DECRET N° 92-118 DU 17 JANVIER 1992 FIXANT LES OBLIGATIONS PARTICULIERES AUXQUELLES SONT SOUMIS LES COMITES DE SANTE

Le Président de la République,

Vu la Constitution, en ses articles 37 et 65 ;

Vu la loi n°66-70 du 13 juillet 1966 portant Code des obligations civiles et commerciales ;

Vu le décret n°79-416 du 12 mai 1979 portant organisation du Ministère de la Santé publique, modifié par le décret n°90-349 du 27 mars 1990, modifié par le décret n°91-437 du 8 avril 1991 ;

Vu le décret n°91-423 du 7 avril 1991 portant nomination du Premier ministre.

Vu le décret n°91-429 du 8 avril 1991 portant nomination des ministres ;

Vu le décret n°91-430 du 8 avril 1991 portant répartition des services de l'État ;

Vu la circulaire n°1753 MSPAS du 15 mars 1991 relative à la planification des services de santé;

Sur le rapport du Ministre de la Santé publique et de l'action sociale

Décète

### PREMIERE PARTIE – OBLIGATIONS PARTICULIERES AUXQUELLES SONT SOUMISES LES ASSOCIATIONS DE PARTICIPATION A L'EFFORT DE LA SANTE PUBLIQUE DENOMMEES COMITES DE SANTE

Article premier. — Les obligations particulières auxquelles sont soumises les associations de participation à l'effort de santé publique visées à l'alinéa premier de l'article 821 du Code des obligations civiles et commerciales dénommées ci-après Comités de santé, sont fixées conformément aux dispositions des articles suivants.

Art. 2. — La participation à l'effort de santé publique est un processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur santé comme ceux de la communauté depuis l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation des programmes. Elle couvre des domaines multiples et variés allant des activités préventives et curatives à la réalisation et à l'équipement d'infrastructures, à la participation financière en passant par la planification et à la mise en œuvre et l'évaluation des projets de programme de santé.

Art. 3. — Les comités de santé ont le même ressort que les zones opérationnelles des formations sanitaires (postes de santé, centres de santé, hôpitaux), en étroite collaboration avec les autorités administratives et sanitaires.

Art. 4 — Les comités de santé sont placés sous la tutelle du Ministre de la Santé publique et de l'action sociale. Le Ministre peut ainsi prendre des mesures conservatoires, telles que la suspension du bureau du comité, la mise en place d'un comité intérimaire de six mois chargé d'organiser la constitution du nouveau bureau ou le dépôt d'une plainte contre un ou plusieurs dirigeants du comité, qui lui permettent d'agir aux lieux et places en cas de détournement de fonds, ou lorsque le comité est détourné de sa mission, ou en cas de violation des dispositions statutaires ou de blocage du fonctionnement.

Art. 5. — Les comités de santé sont représentés dans les comités de développement sanitaire régionaux et départementaux réunis pour traiter des questions de santé publique.

Art. 6. — Préalablement à toute activité, les comités de santé devront se conformer à la déclaration prévue à l'article 818 du Code des obligations civiles et commerciales selon les modalités définies par les articles suivants.

Art. 7. — Le dossier de déclaration comprend:

- Une lettre par laquelle le président du comité de santé déclare la constitution de cette association :
  - Quatre exemplaires dactylographiés des statuts ;
  - Quatre exemplaires du procès-verbal de l'assemblée constitutive faisant obligatoirement ressortir la composition du bureau ;
  - L'avis du chef de formation sanitaire.

Art. 8. — Le dossier de déclaration est envoyé au Ministère de la Santé publique et de l'action sociale par le canal du préfet. Le Ministère de la Santé publique et de l'action sociale transmet au Ministre de l'Intérieur pour délivrance du récépissé de déclaration d'association.

Art. 9. — Dès enregistrement de leur déclaration par le Ministère de l'intérieur, les comités de santé acquièrent la personnalité morale.

Art. 10. — Le président doit faire connaître dans les trois mois au Ministre de l'Intérieur tous changements survenus dans la composition du bureau du comité de santé selon les modalités définies à l'article 8.

## **DEUXIEME PARTIE. – STATUTS TYPES DES COMITES DE SANTE**

### **Titre I. – Objet**

Art. 11. — Il est créé conformément aux dispositions du décret n°92-118 du 17 janvier 1992 un comité de (nom de la formation sanitaire). Sa durée est illimitée. La formation sanitaire est le siège du comité. Le siège peut être transféré en tout autre endroit de la localité par décision de l'assemblée générale.

Art. 12. — Le comité de santé de ..... a pour but :

- La promotion de la santé des individus, des familles et des communautés ;
- La mobilisation des collectivités locales pour le développement sanitaire ;
- L'amélioration des prestations de service de santé pour mieux répondre aux besoins des populations.

Art. 13. — Le comité de santé de ..... œuvre au service de tous. Il est ouvert à tous, dans le respect des convictions individuelles, dans l'indépendance à l'égard des partis politiques et des groupes de pression, en excluant toute discrimination de race, de religion et de classe sociale.

### **Titre II. – Composition**

Art. 14. — Sont membres du comité de santé, les populations desservies par la formation sanitaire.

### **Titre III. – Administration et fonctionnement**

Art. 15. — Le comité de santé se compose des instances suivantes :

- L'Assemblée générale comprend :
  - Pour les comités des postes de santé en milieu rural : les chefs de carré des villages ou leurs représentants et les représentants des groupements de femmes et associations de jeunes ;

- Pour les comités des postes de santé en milieu urbain : les délégués de quartiers et les représentants des groupements de femmes et associations de jeunes ;
- Pour les comités des districts sanitaires : les représentants des comités de postes et du comité des riverains du centre de santé ;
- Pour les comités des hôpitaux : les représentants des comités de districts.

Toutefois, seules les personnes âgées d'au moins 18 ans sont éligibles et chaque membre a droit à une voix.

Art. 17. — L'assemblée générale se réunit en session ordinaire deux fois par an sur convocation du bureau et en session extraordinaire à la demande du responsable de la formation sanitaire autant de fois que l'intérêt du comité de santé l'exige. L'assemblée générale se réunit à la majorité absolue de ses membres. Si ce quorum n'est pas atteint, il est convoqué avec le même ordre du jour, une deuxième assemblée générale est convoquée et délibère quel que soit le nombre de présents.

Tout membre peut se faire représenter aux votes de l'assemblée générale.

L'assemblée générale élit son Président et son Secrétaire de séance.

L'assemblée générale délibère sur les rapports relatifs à la gestion du comité de santé. Elle définit les priorités. Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget du plan de l'exercice suivant et approuve la nature et le montant de la contribution aux prestations de service proposées par le bureau. Elle approuve le règlement intérieur, procède s'il y a lieu au renouvellement du bureau et délibère sur toutes questions mises à l'ordre du jour par le bureau.

Art. 18 – Le bureau comprend :

- Un président ;
- Un vice-président ;
- Un trésorier et son adjoint.

Ils sont élus pour deux ans et par l'assemblée générale. Ils sont rééligibles deux fois.

Le président a une voix prépondérante en cas d'égalité des voix lors des délibérations du bureau.

Le représentant de la formation sanitaire assiste avec voix consultative aux réunions du bureau.

Cependant, le bureau peut être élargi en fonction de l'importance et à la diversité des activités du comité de santé.

Les fonctions de membre du bureau sont gratuites.

Art. 19. — Le bureau se réunit une fois par mois sur convocation de son président ou à la demande du tiers des membres de l'assemblée générale ou sur convocation de l'autorité administrative ou sanitaire. Les procès-verbaux des séances sont signés par le président.

Art. 20. — Le bureau centralise les besoins de santé des populations desservies par la formation sanitaire, coordonne et évalue les actions et programmes du comité. Il élabore et exécute le

budget du plan d'opération annuelle, identifie et mobilise les ressources de la communauté. Il détermine les modalités de prise en charge des malades en tenant compte de la situation de référés ou de non référés. Il veille à ce que les ventes de médicaments et produits éventuels représentent au moins 60 % des recettes du comité.

Le responsable de la formation sanitaire est chargé d'orienter le plan d'action vers la résolution des problèmes de santé, d'assurer le lien entre la formation sanitaire et la population, d'appuyer le comité dans la mobilisation sociale, d'organiser les activités sanitaires, de suivre l'avancement des programmes et des réalisations, de veiller à la bonne utilisation des outils de gestion et de leur exploitation, d'assister le président dans le suivi du respect des statuts et du règlement intérieur.

Art. 21. — Le président organise et dirige les réunions du bureau. Il veille au respect des statuts et du règlement intérieur. Il coordonne et contrôle les diverses activités. Il présente un rapport à l'assemblée générale. Les dépenses sont ordonnancées par le président. Le trésorier est le dépositaire des fonds appartenant au comité de santé. Il a la charge de toutes les opérations comptables. Il fait fonctionner le ou les comptes ouverts au nom du comité dans un établissement bancaire ou postal. À cette fin, il signe les chèques avec le président et le responsable de la formation sanitaire. Le responsable de la formation sanitaire détient le chéquier. L'émission des chèques de guichets est interdite.

Art. 22. — L'assemblée générale désigne en dehors du bureau trois membres chargés de vérifier tous les six mois les comptes et l'exécution du budget en cours. Ils vérifient également les comptes de l'exercice clos. Ces contrôleurs établissent un rapport qu'ils soumettent à l'assemblée générale. Une copie de ce rapport est adressée aux autorités de tutelle qui ont le droit de contrôle externe.

Art. 23 — Les délibérations du bureau relatives aux acquisitions, échanges et aliénations d'immeubles nécessaires au but poursuivi par le comité de santé, constitutions d'hypothèques sur lesdits immeubles, baux excédant neuf années, aliénation de biens rentrant dans la dotation et emprunts doivent être soumis à l'approbation de l'assemblée générale.

Art. 24. — Le comité de santé est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par le président du bureau. En cas d'empêchement ou de défaillance, le bureau peut donner mandat à tout membre pour représenter le comité en justice. Le représentant du comité doit jouir du plein exercice de ses droits civils.

#### **Titre IV. — Ressources, dotation**

Art. 25. — Les ressources du comité de santé proviennent :

- Des contributions aux soins ;
- Des activités génératives de fonds (activités socioculturelles) ;
- Des cotisations et des libéralités des membres de l'assemblée générale ;
- Des subventions ;
- Des revenus de ses biens.

Art. 26. — Les comités perçoivent et gèrent à leur niveau la totalité des recettes générées.

Art. 27. — La dotation comprend :

- Les meubles et les immeubles nécessaires au but recherché par le comité de santé.

Art. 28. — Il est tenu au jour le jour une comptabilité deniers pour recettes et dépenses et s'il y a lieu une comptabilité matière distincte qui forme un chapitre spécial de la comptabilité d'ensemble du comité de santé.

## **Titre V. – Dispositions finales**

Art. 29. — L'assemblée générale convoquée spécialement pour se prononcer sur la dissolution du comité de santé, doit comprendre au moins les quatre cinquièmes de ses membres. Tout membre peut se faire représenter aux votes de l'assemblée générale par procuration. Pour la validité des délibérations, la majorité absolue des membres présents est requise, le cas échéant, l'assemblée générale est convoquée de nouveau à quinze jours d'intervalle et peut valablement délibérer quel que soit le nombre de membres présents. Dans tous les cas, la dissolution ne peut être prononcée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 30. — Les délibérations de l'assemblée générale portant dissolution du comité de santé sont adressées au Ministre de l'Intérieur et au Ministre de la Santé publique et de l'action sociale.

Art. 31. — En cas de dissolution, le patrimoine du comité est reversé à l'organisme de même nature qui prend la succession.

Art. 32. — Un règlement intérieur définissant les modalités de fonctionnement du comité de santé est établi par le bureau. Adopté par l'assemblée générale, il est soumis pour approbation au Ministre de la Santé publique et de l'action sociale.

Art. 33. — Le présent décret abroge et remplace toutes dispositions contraires antérieures.

Art. 34. — Le Ministre de la Santé publique et de l'action sociale est chargé de l'application du présent décret qui sera publié au Journal officiel.

Fait à Dakar, le 17 janvier 1992  
Abdou Diouf  
Par le Président de la République  
Le Premier Ministre,  
Habib Thiam  
JORS,1-2-1992, 5449 : 77-80

# ANNEXE 6: HISTOIRE DES CHANGEMENTS DE POLITIQUES INFLUENÇANT LE PROGRAMME DE LA PEC-C INTEGREE AU SENEGAL

---

## HISTOIRE DES CHANGEMENTS DE POLITIQUES INFLUENÇANT LE PROGRAMME DE LA PEC-C INTEGREE AU SENEGAL

### 1. L'étude pilote pour le traitement de la pneumonie à l'aide d'antibiotiques

Fin 2002, le MSP a mis en place le Comité de pilotage avec, à sa tête, le Directeur de la santé, aux fins de superviser la recherche sur les IRA. L'objectif de la recherche était d'examiner la faisabilité de l'introduction des antibiotiques pour traiter la pneumonie dans les cases de santé au Sénégal. Une équipe de recherche composée de 5 membres du département de pédiatrie de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD), UNICEF et BASICS a été mise en place. Elle était dirigée par le professeur Guelaye de l'UCAD et également chef de la division de l'alimentation, de la nutrition et de la survie de l'enfant ou DANSE. L'USAID, par le biais du projet BASICS apporte le soutien technique à l'équipe de recherche.

Le protocole a été finalisé à Washington D.C. en janvier 2003 et un projet pilote, connu au Sénégal comme le "*Programme IRA – Communautaire*" a été réalisé sur le terrain, d'avril 2003 à juin 2004. Les ASC et les *matrones* dans les districts de la recherche continuent à traiter le paludisme et la diarrhée mais on a pris la décision de se concentrer uniquement sur les IRA. La recherche a duré 18 mois. Elle couvrait un total de 90 cases de santé et 113 ASC et *matrones* dans les districts de Kédougou (11 cases), Khombole (18 cases), Thiadiaye (44 cases), et Vélingara (17 cases). Les districts de l'intervention ont vu 18% des cas d'IRA contre 9% dans les districts voisins sans action. Sous observation directe, après 4 sessions de réunions d'une journée, de soutien après la formation, pour renforcer les connaissances et les compétences, 98% des AC ont su mesurer correctement la fréquence respiratoire, 97% ont classé correctement les IRA et 88% ont administré correctement le cotrimoxazole. L'analyse des formulaires individuels de tous les patients indiquait que 95% des cas de pneumonie ont été classés correctement et que 97% ont été traités correctement. Un suivi a été fait de plus de 55% des enfants traités.

Les résultats de la recherche ont été communiqués en juin 2004 démontrant clairement que les ASC peuvent reconnaître, prendre en charge et suivre correctement les infections respiratoires aiguës. Ce résultat a ouvert la voie à l'expansion du programme au Sénégal.

### 2. Mise à jour du traitement antipaludique au niveau communautaire

Le traitement antipaludique a été mis à jour en passant par deux étapes : la première avec l'introduction de l'association médicamenteuse de l'Amodiaquine et Sulfadoxine Pyriméthamine en 2003 et la deuxième avec l'association à base d'Artémisine en 2006.

#### Bithérapie pour le paludisme au niveau communautaire

En juillet 2003, le Sénégal a modifié sa politique relative aux antipaludiques de première intention, suite à la résistance élevée à la chloroquine, estimée à plus de 25% dans certaines régions. La combinaison d'Amodiaquine et de Sulfadoxine Pyriméthamine (AQ/SP) a été introduite au niveau de l'établissement de santé par le biais du projet *Community Action against Malaria and Tuberculosis* (CAMAT), exécuté par CCF. Une campagne de plaidoyer a été déployée sur l'utilisation de la nouvelle combinaison AQ/SP au niveau communautaire. Un atelier, tenu en juillet 2004 dans le district de Mbour, a proposé une stratégie sur 1) l'utilisation

du traitement sous observation directe (DOT) du paludisme sans complications, à l'aide de AQ/SP dans la case de santé, 2) la pharmacovigilance par le biais du suivi systématique des effets secondaires, 3) le suivi de la qualité des soins par voie de supervision des infirmiers en chef et 4) le suivi de l'efficacité des médicaments par le biais des sites sentinelles du Programme national de lutte contre le paludisme.

Le traitement des cas de paludisme sans complications, à l'aide d'AQ/SP, a été démarré en août 2004 dans la zone d'intervention de CAMAT, en commençant par le district de Joal et en s'étendant par la suite à Mbour, Popenguine et Thiadiaye. Dans les quatre districts, 118 ASC et *matrones* ont reçu une formation portant sur le traitement antipaludique à l'aide d'AQ/SP et 475 relais ont été formés pour sensibiliser la population. Le système de supervision comprenait une visite mensuelle par l'infirmier en chef et une visite hebdomadaire par un technicien de la CCF.

En septembre et en décembre 2004, une visite d'évaluation conjointe a été faite par l'USAID, USAID/BASICS et World Vision. La prise en charge correcte des cas s'élevait à 99,73% avec un taux de guérison de 99,63%. En plus, les ASC référaient systématiquement tous les cas graves aux postes de santé. La visite recommandée du troisième jour était respectée par 88,05% des clients et les deux médicaments AQ et SP étaient disponibles dans 93% des cases de santé. Seul le projet CAMAT était autorisé à introduire AQ/SP au niveau communautaire dans les 4 districts.

### **Association médicamenteuse à base d'artémisinine (ACT) au niveau communautaire**

En janvier 2006, le PNLP a adopté l'association médicamenteuse à base d'artémisinine (ACT) pour remplacer le protocole AQ/SP. Vu que les ASC utilisaient déjà les antibiotiques pour le traitement de la pneumonie et qu'ils savaient administrer correctement la bithérapie, on a noté très peu de résistance parmi les professionnels de la santé quant à leur capacité à gérer l'ACT.

L'USAID, par le biais du projet CAMAT, a adapté immédiatement la nouvelle stratégie et a apporté une formation aux ASC des cases de santé dans sa zone d'intervention. 126 cases de santé ont été recrutées dans quatre districts de Mbour. 376 relais communautaires ont également bénéficié d'une formation de soutien. Ensuite, le programme national de lutte contre le paludisme a mis au point un plan de formation de toutes les cases de santé et pour introduire à l'échelle nationale le traitement à base d'ACT.

### **3. Mise à jour du traitement antidiarrhéique**

Le traitement contre les maladies diarrhéiques faisait partie du travail des ASC dès le début. Il a commencé par l'administration de liquides préparés à la maison ou de la solution sucre-sel et ensuite, on est passé aux SRO. Une fois que l'OMS et l'UNICEF ont recommandé le zinc et les SRO de faible osmolarité, ils ont été adoptés simultanément aux niveaux communautaires et des établissements de santé.

#### **Zinc et SRO de faible osmolarité**

En 2008, la prise en charge des maladies diarrhéiques a été mise à jour conformément aux directives de l'OMS/UNICEF. Les directives du MS promulguées en 2009 ont préparé le terrain d'une étude pilote réalisée par l'USAID, par le biais du projet de santé communautaire, dans 3 districts (Joal, Kodak et Fatick). Elle couvrait les structures de santé et les cases de santé. 72 cases de santé ont été recrutées par l'étude. Contrairement à l'introduction des antibiotiques pour le programme des IRA, le Comité directeur a recommandé que le programme pilote sur les SRO de faible osmolarité et le zinc soit étendu immédiatement. L'évaluation du projet s'est faite

de novembre à décembre 2010 par l'Institut de population pour le développement et la santé de la reproduction de l'Université Cheikh Anta Diop. Elle a montré que les ASC avaient les mêmes compétences que les professionnels de la santé pour prendre en charge les cas de diarrhée (56% contre 50%) et avaient de meilleures connaissances que les professionnels de la santé concernant la posologie du zinc par âge (93% contre 70%). La même tendance a été observée dans la prescription du kit zinc-SRO. Dans 2 districts, la prescription dans les cases de santé se situait dans une fourchette de 98% à 50% alors que dans les établissements de santé, elle était de 51% à 26%. L'expansion du traitement à base de zinc et de SRO de faible osmolarité a été limitée car on ne disposait pas de comprimés de zinc en nombre suffisant pour couvrir les cases de santé dans les zones d'intervention du projet.

# ANNEXE 7: SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

## EXEMPLES D'INITIATIVES PRISES PAR LES AUTORITES LOCALES POUR SOUTENIR LE PROGRAMME DE LA PEC-C INTEGREE

Données collectées dans les régions de Kaolack, Fatick, Thiès et Diourbel

COMMUNAUTÉ RURALE	DISTRICT	NATURE DU SOUTIEN APPORTÉ
Khaone	Kaolack	Motivation financière de 30 000C / mois pour chacune des neuf <i>matrones</i> en 2010. Les ASC suivront en 2011.
Thiomby	Kaolack	Subvention de médicaments pour une valeur de 450 000F, à savoir 50.000F par case pour les 9 cases de santé Promesse de récompenses pour les plus réussies en 2011
Ganick	Guinguinéo	Subventions des médicaments prioritaires pour une valeur de 250 000F pour 3 cases de santé en 2009 et en 2010
Keur Saloum Diané	Sokone	Contribution de 250 000F : achat pour 150 000F de médicaments pour 6 cases de santé pour soutenir l'association des relais
Djilor	Foundiougne	1 000 000F pour soutenir la création d'une fédération des associations des intervenants communautaires.
Mont Rolland	Tivaouane	Achat pour 1.000.000F de médicaments pour 2 cases de santé (2010)
Taïba Ndiaye	Tivaouane	Achat pour 840.000F de médicaments pour 4 cases de santé (2010)
	Tivaouane	Achat pour 350.000F de meubles pour 1 case de santé (2010)
Fandéne	Thiès	Achat pour 100.000F par case de santé x 13 cases de santé = 1.300.000F
Koul	Mekhé	Construction de 6 cases de santé (8.000.000F par case de santé) pour un montant total de 56.000.000F
Keur Moussa	Pout	Achat de médicaments pour 8 cases de santé (30.000 F/ case de santé x 8 cases de santé = 240.000F)
Kayar	Pout	Achat de médicaments : 75.000F pour 1 case de santé
Darou Nahim	Mbacké	Achat de médicaments : 156.630F pour 2 cases de santé
CR Taïf	Mbacké	Achat de médicaments : 115 000F pour 2 cases de santé
Sadio	Mbacké	40.340F de médicaments pour 1 case de santé
Madina	Mbacké	30.000F de médicaments pour 1 case de santé
Dalla	Mbacké	75.000F de médicaments pour 1 case de santé
Nguéniène	Thiadiaye	30.000F de médicaments pour 1 case de santé
Dalla	Mbacké	75.000F de médicaments pour 1 case de santé
Nguéniène	Joal	2.500.000F de médicaments pour 19 cases de santé
Fissel	Thiadiaye	62075F de médicaments pour des cases de santé
Sandiara	Thiadiaye	650.000F de médicaments pour 12 cases de santé

# ANNEXE 8: ASSOCIATIONS DES RELAIS POLYVALENTS

---

## ASSOCIATIONS DES RELAIS POLYVALENTS (ARPV)

Extrait de : CRI Consult, Inc., 18 mars 2005

EVALUATION DU PROGRAMME DE SANTÉ DE L'USAID ET OPTIONS STRATÉGIQUES  
Présenté aux termes de la commande 685-O-00-05-00104-00 de l'USAID

“L'un des efforts les plus novateurs consiste à forger des relations contractuelles officielles entre l'Association des Relais polyvalents (ARPV) et les administrations locales dans 123 communautés rurales...Les projets de l'USAID, DISC et PREMAMA, ont aidé à conclure des contrats formels entre les communautés rurales et les nouvelles associations. Les ARV ont préparé des plans de travail trimestriels avec les communautés rurales, les bureaux de santé des districts et l'USAID et autres organismes de financement, pour les engager dans diverses activités (discussions, foires etc.) L'effort est de caractère nouveau mais déjà les rapports au niveau des établissements de santé notent un accroissement dans la fréquentation des établissements, surtout les consultations prénatales, ainsi qu'un nombre accru de personnes dormant sous une MII : c'est de bonne augure pour la santé. Les ARPV sont relativement abordables – environ 3500\$ par district et par an – et l'USAID espère donc que d'autres donateurs viendront se joindre à l'effort.

On se demande par ailleurs si le relais qui a travaillé auparavant comme bénévole est prêt de reprendre cette base non rémunérée si le financement des ARPV cesse. On s'entend pour dire que tout effort de renforcement des capacités au niveau local devrait s'accompagner d'une stratégie de sortie claire et explicite.

Il convient de noter que les ARPV relativement nouveaux, les distributeurs à base communautaire PREMAMA et un grand nombre des promoteurs ADEMAs sont classés en gros dans le « secteur privé à but non lucratif. » La formule novatrice du contrat avec les ARPV comme organisation à but non lucratif dans chaque communauté rurale comporte d'importantes implications pour la pérennisation. Il convient d'explorer des innovations institutionnelles analogues dans le cadre de cette expérience de contrat avec le secteur de la santé.

Il convient également d'étudier la pérennisation de l'expérience des ARPV. L'idée au départ était que d'autres donateurs recrutent les ARPV et l'option est tout à fait faisable dans le contexte sénégalais. Par ailleurs, le coût moyen des ARPV par district est seulement de 3000 \$ par an, montant qui devrait être abordable pour les collectivités locales, les mutuelles, les ONG internationales et/ou les entités sanitaires privées au niveau local. Une approche novatrice au financement de la santé servirait à identifier un certain de sources différentes pour le financement des ARPV et d'autres intervenants de la santé. L'intérêt actuel, inspiré par l'USAID, dans ce type de contrat, est un domaine florissant du financement de la santé.

CRI Consult, Inc.,  
3109 Grand Ave. - #489  
Miami, FL 33133 USA

# ANNEXE 9: LISTE DE POINTAGE DE LA SUPERVISION

---

## FICHE DE SUIVI ET DE SUPERVISION DES CASES DE SANTE UTILISEE DANS LE PROGRAMME DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE USAID/SENEGAL

Programme Santé  
Santé Communautaire  
Mis en Ouvre par CCF, Africare,  
Plan & World Vision

### GRILLE DE SUIVI/SUPERVISION DES ACTIVITES DU PROGRAMME SANTE COMMUNAUTAIRE

Date de la supervision : .....

Période objet de la revue : .....

#### DONNEES GEOGRAPHIQUES

- Région médicale de .....
- Poste de santé de : .....
- Nom de l'ASC .....
- District sanitaire de .....
- Case de : .....
- Nom *Matrone* .....

#### AFFICHAGE DANS LES CASES

(Vérifiez et cocher l'affichage de ces supports)

- Carte des villages polarisés par la case
- Cibles couvertes par la case
- Distance de la case au poste de santé en km
- Noms des membres Comité de santé, Acteurs communautaires
- Personnes Ressources Volontaires
- Graphique de morbidité des principales maladies
- Graphique SPC (Taux de malnutrition, Couverture )
- Graphique de Supplémentation en Vit A
- Graphique de Déparasitage au Mebendazole

Etat de la case de santé

- Propreté, espace, aération...
- Confidentialité de la case (clôturée, intimité assurée...)

## ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

TENUE DU REGISTRE ET QUALITE DE L'ENREGISTREMENT DES DONNEES	OUI/ NON	OBSER- VATIONS
Les registres et cahiers spécifiques sont bien tenus (Non déchirés, Propres)		
Tous les registres standards de la case sont disponibles		
Les registres sont-ils tracés selon le modèle retenu par le PSSC		
Tous les enregistrements sont complètement remplis		
Les consultations sont différenciées des consultants dans le Registre de consultation générale		
Toutes les affections sont enregistrées dans un registre de consultation unique		
Les groupes d'enfants inscrits et pesés sont-ils enregistrés dans le Registre de SPC de la case		
Les anciens cas sont différenciés des nouveaux cas dans le Registre SPC		
Les femmes accouchées avec l'assistance de la <i>Matrone</i> formée sont enregistrées dans le Registre de Maternité de la case		
Les femmes accouchées à domicile avec l'assistance de la <i>matrone</i> formée sont différenciées des cas non assistés		
Les femmes accouchées par un personnel qualifié sont enregistrées ainsi que les lieux d'accouchement ?		
Le nombre de visites rendues au couple mère-nouveau-né aux 3eme-8eme-15ème-45ème jours est enregistrés dans le Registre de maternité (dans la colonne prévue)		
Les cas référés pour accouchement difficile, maladie infantile grave sont précisés dans le registre de maternité et/ou de consultation générale (souligné ou écrit en rouge dans la colonne TRAITEMENT/CAT)		
Les cas contre référés sont bien notés dans le Registre de maternité et/ou de Consultation générale (souligné ou écrit en rouge dans la colonne Observations)		

QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE AU MOIS DU PASSAGE	OUI/ NON	OBSER- VATIONS
<b>Selectionner au hasard 3 cas d'enfants pris en charge par l'asc et la matrone et vérifiez la conformité de la pec par rapport aux normes et protocoles</b>		
Les cas sont correctement classés (concordance entre les signes et le classement)		
Les cas bien classés sont correctement pris en charge (concordance signes, classement, traitement)		
Les cas correctement classés sont correctement traités (selon la posologie et durée recommandée)		
Les Conseils donnés sont pertinents par rapport à la prise en charge		
Les cas traités sont revenus au moins une fois au 3ème jour – ou vus par l'ASC entre le 4eme et le 6ème jour		
Les cas graves sont soulignés dans le Registre		
Il y'a concordance entre les signes rapportés et la décision de référer		

MEDICAMENTS ET PRODUITS MEDICAMENTEUX	OUI/NON	OBSERVATIONS
Vérifiez la conformité des formes et présentations des médicaments vendus par l'ASC et la <i>Matrone</i> aux normes du Projet		
La case dispose d'une fiche de stock pour chaque médicament		
La fiche de stock est à jour pour chaque médicament traceur <b>[VERIFIEZ SUR LES 3 DERNIERS MOIS SI PASSAGE TRIMESTRIEL]</b>		
Le décompte physique de chaque médicament correspond au décompte théorique indiqué sur la fiche de stock		
S'il n'existe pas une fiche de stock pour le médicament traceur, est-ce que le décompte physique correspond aux nombre total de cas enregistrés sur le registre pour la maladie en traitement?		
Inscrire le GAP (en nombre de comprimés, en sirop) dans la case et indiquez (en résumé) les raisons du GAP données par l'ASC/ <i>Matrone</i> .		
Indiquez le coût du traitement (ou de l'unité, par ex. Le comprimé) vendu aux parents		
L'ASC/ <i>Matrone</i> a effectué sa première commande après la dotation initiale du district/Projet		
La commande de l'ASC/ <i>Matrone</i> a été vendue par le poste ou visée par l'ICP <b>[VERIFIEZ LE CAHIER DE COMMANDE]</b>		
Quel est le prix du comprimé/Sirop du médicament traceur acheté par l'ASC au niveau de l'ICP /Centre de Santé ? <b>[CALCULEZ LA MARGE DE BENEFICES SELON CHAQUE NIVEAU ET APPRECEZ LE COUT AU NIVEAU DE LA CASE]</b>		
Indiquez le nombre de jours de rupture pour chaque médicament traceur		
Indiquez l'origine de la rupture [Niveau ASC, Poste ou District]		
<b>LE MATERIEL TRACEUR EST-IL DISPONIBLE ET FONCTIONNEL ?</b>		
Indiquez le nombre de jours de rupture si le matériel traceur n'est pas fonctionnel		
Vérifiez la capacité des ASC/ <i>Matrone</i> à utiliser correctement le matériel traceur		

## ACTIVITES DE SUIVI DES ASC SUR LE TERRAIN

CAHIER DE SUIVI-SUPERVISION DE LA CASE	OUI/NON	OBSERVATIONS
La case a -elle un cahier de supervision ou de visite ?		
Ce cahier est-il signé à chaque visite ?		
Nombre de visites indiquées dans le trimestre sous revue		
<b>QUESTIONS À L'ASC</b>		
Durant les 3 <u>derniers</u> mois combien de fois l'ICP vous a rendu visite à l'ASC ?		
l'ICP a-t-il effectué la visite de stratégie avancée prévue dans le mois ?		
A la fin de chaque visite l'ICP a-t-il fait le feed-back à l'ASC sur les points forts ou faibles de l'ASC ?		
Après la visite, l'ICP a-t-il aidé l'ASC à résoudre les problèmes identifiés durant la dernière visite (aide directe ou entretien avec le comité de case)		

ACTIVITES DE PROMOTION ET D'IEC	OUI/NON	OBSERVATIONS
Evaluez les activités IEC planifiés et réalisés durant la période sous revue		
Analysez la pertinence des thèmes par rapport à la période (OUI/NON)		
Analyser la pertinence des cibles pour chaque thème (OUI/NON)		
La réunion d'autoévaluation et de programmation a-t-elle été planifiée et réalisée durant la période sous revue ?		
Les Supports IEC sont disponibles (Cartes Conseils, Dépliants, Fiches techniques et Manuels du Relais..)		
Les OCB et/ou relais exécutent le paquet de communication intégrant le ciblage/NetMark et la distribution communautaire des moustiquaires imprégnées conformément au plan d'action.		
Les OCB et/ou relais transmettent tous les mois les données sur la communication au superviseur de CCF et/ou à l'ICP		

MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES	OUI/NON	OBSERVATIONS
La case dispose de moustiquaires imprégnées pour le ciblage le jour de la supervision.		
Les moustiquaires imprégnées du programme ciblage NetMark sont disponibles dans la case tous les jours durant le mois précédant la supervision.		
Les Coupons de Réduction NetMark sont échangés contre une MII au niveau de la case de santé.		
Les données sur les moustiquaires sont transmises tous les mois au superviseur de CCF et à l'ICP		

NIVEAU D'APPROVISIONNEMENT EN FICHES DE REFERENCE ET CONTREREFERENCE ET AUTRES	OUI/NON	OBSERVATIONS
La case de santé est régulièrement approvisionnée en fiches de référence et de contre référence		
L'ASC et la <i>Matrone</i> ont archivé les fiches de contre référence remise par le malade référé et signée de l'ICP		

NIVEAU DE CONNASSANCE DES ASC (OU/NON)	OUI/NON	OBSERVATIONS
L'AC connaît les signes généraux de danger pour les maladies de l'enfant et du nouveau-né		
L'AC sait rechercher le tirage sous-costal pour la pneumonie grave		
L'AC connaît les signes de la tuberculose chez un malade suspect		
L'AC connaît les conseils à donner en cas de maladie		

GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DE LA CASE	OUI/NON	OBSERVATIONS
Les Membres du Comité de Santé sont formés en gestion financière		
Les membres du Comité sont orientés sur les composantes du Programme		
Les membres du Comité connaissent le type de services offerts par la case-site de santé		

GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DE LA CASE	OUI/NON	OBSER- VATIONS
Les réunions du Comité sont tenues régulièrement (le bureau se réunit chaque mois)		
Le stock de médicaments est renouvelé régulièrement		
Les ASC, <i>Matrone</i> et Relais reçoivent une motivation [INDIQUEZ LA NATURE EN COLONNE OBSERVATION]		

## Synthese/Recommandations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'Equipe de Superviseurs (prénom et nom + signature)

