

République du Sénégal



**Ministère de la Santé et de l'Action sociale**



# **PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

2014 - 2018

**Direction Générale de la Santé  
Cellule de Santé Communautaire**

Décembre 2014



# **PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

| 2014 - 2018



# Préface

Le Sénégal, comme de nombreux pays en développement, fait face à un défi sanitaire d'envergure. Le Gouvernement a clairement érigé l'accès équitable à des services de santé de qualité au rang de priorité nationale. Comme l'a mentionné Son Excellence Monsieur Le Président de la République le 4 avril 2012 « La santé est la mère des richesses. Il n'est de développement sans amélioration significative du niveau général des indicateurs de santé d'une population ». C'est dans ce contexte que l'Etat du Sénégal a élaboré le Plan Sénégal Emergent (PSE). Ce plan prend en compte la stratégie déclinée à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) dont la Vision est « Un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion ». La santé communautaire est un pilier de cette stratégie comme l'a justement rappelé le Premier Ministre lors de la Déclaration de Politique Générale, le 29 octobre 2013 : « Pour mieux rapprocher les prestations de services des populations, des stratégies de proximité seront développées à travers le Programme de santé communautaire. Ce Programme développera des activités préventives, curatives et promotionnelles en matière de santé, d'hygiène et d'assainissement ».

Pour rendre opérationnelles ces déclarations et tenant compte des priorités telles que la Couverture Maladie Universelle, le Sénégal a défini une Politique de santé communautaire qui se veut un outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires et un cadre approprié pour l'impulsion, la coordination et le soutien des interventions des différents acteurs. Cette Politique de santé communautaire est en cohérence avec la dynamique internationale d'impulsion de la santé communautaire soutenue par les différentes déclarations notamment celles d'Addis-Abeba sur la santé communautaire (2006) et de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (2008).

En 2013, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a créé une Cellule de Santé Communautaire (CSC) rattachée à la Direction Générale de la Santé pour impulser, organiser et coordonner la santé communautaire de façon plus intégrée. Dans le même esprit, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a également décidé d'élaborer un Plan Stratégique National de Santé Communautaire dans le but de définir une Vision pour la santé communautaire et un modèle de mise en œuvre intégré qui serviront de cadre d'intervention et de mobilisation des ressources nécessaires pour l'atteinte des objectifs fixés.

Les principaux défis auxquels doit faire face la santé communautaire au Sénégal sont :

- une insuffisance d'équité dans l'offre de services de santé ;
- une faible intégration de la santé communautaire dans le système de santé ;
- une motivation insuffisante des acteurs communautaires de santé ;
- une demande limitée par un accès réduit à l'information.

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire apporte une réponse à ces défis à travers une approche holistique et participative. Le plan s'articule autour de cinq axes stratégiques.

- **Axe n°1. Améliorer la couverture géographique** pour assurer à chaque sénégalais un accès facilité à des services de santé de base.
- **Axe n°2. Renforcer l'intégration de la santé communautaire au système de santé** pour une meilleure prise en compte de la dimension communautaire.
- **Axe n°3. Améliorer la qualité et élargir l'offre de service** afin de garantir des services de santé homogènes et de qualité sur tout le territoire national.
- **Axe n°4. Renforcer la participation des communautés et des collectivités locales** pour qu'elles jouent pleinement leur rôle dans la planification, la mise en œuvre, le financement et le suivi des activités de santé.
- **Axe n°5. Mettre en place un système de gouvernance et le schéma général de mise en œuvre** pour assurer les conditions favorables à une exécution efficace et cohérente des interventions de santé communautaire.

L'élaboration du Plan Stratégique National de Santé Communautaire a privilégié une approche participative et consensuelle. Nous sommes conscients que la réussite de ce plan nécessitera un engagement fort de tous les acteurs et parties prenantes. Nous y invitons chaleureusement les professionnels de santé, les collectivités locales, les communautés, les organisations communautaires de base, les organisations non gouvernementales et les partenaires techniques et financiers.

Professeur Awa Marie Coll SECK  
Ministre de la Santé et de l'Action sociale



□ □ □

# Sommaire

Préface	i
Sommaire	iii
Liste des abréviations	iv
Définition des concepts clés	v
Résumé	ix
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>I. ETAT DES LIEUX</b>	<b>2</b>
A. Contexte et justification	2
B. Expérience de la santé communautaire au Sénégal	5
<b>II. CONTRIBUTION A L'ATTEINTE DES OMD ET AUX OBJECTIFS SANITAIRES NATIONAUX</b>	<b>11</b>
<b>III. VISION, MISSION, BUT ET OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>	<b>18</b>
A. Vision	18
B. Mission	19
C. But	19
D. Objectifs stratégiques	20
<b>IV. STRATEGIE DE SANTE COMMUNAUTAIRE</b>	<b>22</b>
A. Axes stratégiques	22
B. Lignes d'action stratégiques et plan de mise en œuvre	23
C. Budget et sources de financement	35
<b>V. MISE EN ŒUVRE DU PLAN NATIONAL STRATEGIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE</b>	<b>38</b>
A. Cadres institutionnel et organisationnel	38
B. Suivi et évaluation	42
C. Gestion des risques	51
<b>VI. ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES</b>	<b>53</b>
<b>VII. ANNEXES</b>	<b>54</b>
Paquets de services	
Remerciements	

# Liste des abréviations

<b>AC</b> : Acteur Communautaire	<b>MCR</b> : Médecin Chef de Région
<b>ACs</b> : Acteur Communautaire de soins	<b>MSAS</b> : Ministère de la Santé et de l'Action sociale
<b>ACS</b> : Acteur Communautaire de Santé	<b>OCB</b> : Organisation Communautaire de Base
<b>ADC</b> : Agent de Développement Communautaire	<b>OMD</b> : Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>ACPP</b> : Acteur Communautaire de Prévention et de Promotion	<b>ONG</b> : Organisation Non-Gouvernementale
<b>ASBC</b> : Agent de Services à Base Communautaire	<b>PF</b> : Planification Familiale
<b>ASC</b> : Agent de Santé Communautaire	<b>PNDS</b> : Plan National de Développement Sanitaire
<b>CCC</b> : Communication pour un Changement de Comportements	<b>POCL</b> : Plan d'Opération des Collectivités Locales
<b>CDSC</b> : Comité Départemental de Santé Communautaire	<b>PMT</b> : Praticien de la médecine traditionnelle
<b>CLSC</b> : Comité Local de Santé Communautaire	<b>POPAEN</b> : Plan Opérationnel de Passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la mortalité infanto juvénile au Sénégal
<b>CMU</b> : Couverture Maladie Universelle	<b>PNSC</b> : Politique Nationale de Santé Communautaire
<b>CNLS</b> : Comité National de Lutte contre le Sida	<b>PSNSC</b> : Plan Stratégique National de Santé Communautaire
<b>CNSC</b> : Comité National de Santé Communautaire	<b>PNT</b> : Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>CPN</b> : Consultation prénatale	<b>PPS</b> : Point de Prestation de Service
<b>CSC</b> : Cellule de Santé Communautaire	<b>PRN</b> : Programme de Renforcement de la Nutrition
<b>ICP</b> : Infirmier Chef de Poste	<b>PSSC</b> : Programme Santé USAID/ Santé Communautaire
<b>DGS</b> : Direction Générale de la Santé	<b>RM</b> : Région Médicale
<b>DPES</b> : Document de Politique Economique et Sociale	<b>SF</b> : Sage-Femme
<b>DS</b> : District Sanitaire	<b>SIDA</b> : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>DSDOM</b> : Dispensateur de Soins à Domicile	<b>SIG</b> : Système d'Information et de Gestion
<b>DSRSE</b> : Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant	<b>SNDES</b> : Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
<b>EPS</b> : Etablissement Publique de Santé	<b>SR</b> : Santé de la Reproduction
<b>GIE</b> : Groupement d'Intérêt Economique	<b>SSP</b> : Soins de Santé Primaires
<b>HPP</b> : Hémorragies du Post Partum	<b>TB</b> : Tuberculose
<b>IRA</b> : Infections Respiratoires Aigues	<b>TDR</b> : Test de Diagnostic Rapide
<b>MCD</b> : Médecin Chef de District	<b>VIH</b> : Virus de l'Immunodéficience Humaine



# Définition des concepts clés

**La santé communautaire** : est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l'engagement des communautés. Elle intègre des services de santé préventifs, promotionnels curatifs et ré-adaptatifs destinés aux communautés et délivrés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle vise à étendre les prestations sanitaires à la périphérie géographique et sociale du pays, structure et renforce la gouvernance sanitaire locale et le partenariat entre les communautés et les structures de santé.

**Engagement communautaire** : C'est un processus dans lequel s'instaure un partenariat entre le gouvernement et les communautés locales pour la planification, l'exécution et l'exploitation des activités sanitaires en vue de tirer parti de l'accroissement de l'auto-responsabilité et le contrôle social. Il exprime l'idée d'intervention des communautés locales dans une activité de développement.

**Participation communautaire** : C'est un processus social par lequel des individus et des familles prennent en charge leur santé comme celle de la communauté, depuis l'identification des besoins et priorités jusqu'au suivi et à l'évaluation des programmes, en assumant les responsabilités des décisions et des stratégies, dans le but de contribuer à l'amélioration de leur propre état de santé et au développement de la communauté.

**Approches de santé communautaire** : c'est un ensemble de stratégies utilisé pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations.

**Médecine traditionnelle** : Dans le contexte du Sénégal, la médecine traditionnelle est définie comme un ensemble de savoirs, connaissances, pratiques, techniques et utilisation de préparations ou de substances basés sur des fondements socioculturels, religieux et/ou empiriques des communautés. La médecine traditionnelle s'appuie sur des expériences vécues et des observations transmises de génération à génération pour diagnostiquer, soigner ou prévenir un déséquilibre physique, mental ou social.

**Acteur communautaire** : terme générique qui désigne les volontaires communautaires qui participent actuellement à la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire : membre des comités de santé, ASC, ASC /matrone, relais, DSDOM, Bajenu Gox.

**Agent de santé communautaire(ASC)** : personne qui a reçue une formation et qui est chargée de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé.

**Matrone** : personne qui a reçue une formation et qui est chargée d'assister la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches (respect des consultations prénatales, orien-

tation des femmes pour assurer une assistance par du personnel qualifié lors de l'accouchement...); elle dispense aussi des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé comme les ASC.

**ASC matrone** : acteur formé et polyvalent qui mène dans une case de santé des tâches intégrées d'ASC et de matrone.

**Relais communautaire** : personne formée et qui est chargé(e) de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités préventives et des activités promotionnelles.

**Dispensateur de soins à domicile** : une personne formée, équipée pour prendre en charge le paludisme (TDR et ACT) à domicile et de faire la sensibilisation sur le paludisme. Quand le paquet est élargi, le DSDOM prend également en charge les IRA et la diarrhée. Le DSDOM intervient dans un site PECADOM (Hameau ou village).

**Bajenu Gox** : "marraine" de quartiers ou de villages ; elle fait la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire ; aide les relais en prenant en charge les cas de réticences, conseille les familles, accompagne les femmes enceintes/mères au niveau des structures, fait le plaidoyer...

**Acteur communautaire de santé** : nouvelle appellation proposée pour remplacer le terme générique d'acteur communautaire (excluant les comités de santé)

**Acteur Communautaire de soins** : en charge de délivrer un paquet de service curatif, préventif et promotionnel. Il peut s'agir d'un homme ou d'une femme officiant dans une case de santé ou à domicile (ASC, Matrone, ASC/matrone, DSDOM). Il a reçu une formation homologuée, centrée sur un paquet de services normés (voir paquet de service en annexe)

**Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention** : en charge de la création de la demande et de la diffusion des messages sanitaires (Relais, Bajenu Gox). Ils sont composés d'hommes et de femmes officiant dans une case de santé ou un site et qui ont reçu une formation homologuée centrée sur un paquet normé (voir paquet de services en annexe). Les praticiens de la médecine traditionnelle peuvent être utilisés dans cette catégorie s'ils suivent la formation appropriée sur le paquet de services normés.

**Agents d'encadrement de la santé communautaire** : fonctions nouvelles proposées dans le cadre de la formalisation et de la coordination des activités de santé communautaire au niveau local et régional ; intègrent toutes les actions de supervision, de formation et d'accompagnement des acteurs communautaires de santé.

**Point focal de la santé communautaire**: Il coordonne le travail des acteurs communautaires de santé intervenant dans l'aire du poste de santé (cases et sites). Il assure également leur supervision et

celle des agents d'encadrement. Il est également le superviseur des agents d'encadrement dans l'aire du poste (sages femmes ou autre prestataire qualifiée et autres réseaux du PS)

**Point focal de la santé communautaire du district :** il est nommé par le médecin chef de district parmi les membres de l'équipe cadre de district. Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans le district en rapport avec les responsables de zone.

**Point focal de la santé communautaire de la Direction régionale de la Santé :** il est nommé par le directeur régional de la santé parmi les membres de la division régionale des soins de santé primaires. Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans la région en rapport avec les points focaux des districts.

**Praticien de la médecine traditionnelle :** Personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices et /ou l'emploi de substances d'origine végétale, animale et ou végétale.

**Comité de santé :** est l'organe de liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires. La participation des populations à l'effort de santé publique à travers les comités de santé a fait l'objet du décret 92-118 du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumises les associations de participation à l'effort de santé publique.

**Comité de gestion :** Il est mis en place conformément à la loi 96-07 portant transferts de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et du décret d'application 96-1135. Il est chargé de délibérer sur le projet de budget et les comptes, sur l'activité sanitaire, sur les réparations et l'action sociale des centres et postes de santé. Il existe un comité de gestion pour le centre de santé et le poste de santé.

**Organisation communautaire de base :** est un groupement humain installé au niveau communautaire par des personnes qui vivent ensemble et qui ont des buts et des intérêts communs. Il s'agit d'une entité à la base qui gère, organise et administre des biens communs, des ressources et un espace en vue d'atteindre des objectifs fixés par la communauté elle même sans aucune contrainte. Entrent dans cette catégorie les groupements de femmes, les associations sportives et culturelles, les associations des relais ou des acteurs communautaires de santé...

**Case de santé :** est une petite structure de soins dans un village, où exerce un agent de santé communautaire, formé par un infirmier à la pratique de gestes (désinfections, pansements...), à la prise en charge de certaines pathologies fréquentes (diarrhée aigue, paludisme simple, infection respiratoire aigue...), et à la mise en place de programmes de prévention. Lorsque cela est possible, une matrone est formée et fait les accouchements dans la case de santé dans le respect des mesures d'hygiène. La

case de santé est entièrement gérée par les communautés. Son fonctionnement est assuré essentiellement par les recettes tirées de la participation financière des populations et l'appui des partenaires. La motivation des acteurs communautaires est assurée par le biais de la participation communautaire (champ communautaire ou cotisation). Un comité de santé veille au bon fonctionnement de la case.

**Site communautaire :** est un lieu virtuel ou aménagé en dehors des structures sanitaires où la population reçoit un paquet de services délivrés par des relais

# Résumé

Le Gouvernement du Sénégal a érigé l'accès équitable à des services de santé de qualité au rang de priorité nationale. La santé communautaire est un pilier de cette politique. Elle a pour objet de rapprocher davantage les prestations de services des populations en capitalisant sur des stratégies de proximité développées à travers des programmes de santé communautaire centrées autour d'activités préventives, curatives et promotionnelles.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a créé une Cellule de Santé Communautaire (CSC) rattachée à la Direction Générale de la Santé pour impulser, organiser et coordonner la santé communautaire. Un document de Politique de santé communautaire a également été élaboré pour servir de cadre de référence et d'outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires. Un Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) opérationnalise la Politique de santé communautaire et fixe les priorités du secteur dans les cinq prochaines années (2014 – 2018). Ces différents documents stratégiques s'inscrivent dans la démarche globale du Plan Sénégal Emergent (PSE). Ils viennent également en appui à la stratégie de la Couverture Maladie Universelle (CMU) pour un meilleur accès de toutes les populations à des services de santé de qualité.

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC 2014 – 2018) cherche à répondre aux défis de la santé communautaire à travers une approche à la fois participative, inclusive et consensuelle et avec l'appui significatif des partenaires techniques et financiers. Il s'inscrit dans une volonté de renforcement et d'intégration de l'offre et de la demande de santé communautaire dans le système de santé national.

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire est articulé autour de 5 axes stratégiques qui sont : Améliorer la couverture géographique ; Renforcer l'intégration au système de santé ; Améliorer la qualité et élargir l'offre de services ; Renforcer la participation des communautés et des collectivités locales ; Mettre en place la gouvernance et le schéma général de mise en œuvre de la santé communautaire.

Les axes stratégiques sont mises en œuvre à partir de 17 lignes d'action centrées autour de priorités en rapport avec les besoins du secteur. Ces lignes d'action ciblent principalement des activités qui visent à formaliser, intégrer et développer la santé communautaire aux différents niveaux de la pyramide sanitaire : élaboration d'une cartographie nationale des interventions communautaire et son intégration dans la carte sanitaire ; mise en place et fonctionnement des structures de gestion de la santé communautaire aux niveaux national, régional et local ; harmonisation des paquets de services communautaires selon les profils des différents acteurs communautaires de santé ; mise en place d'un plan de formation centré sur les besoins identifiés ; renforcement du rôle des collectivités locales et des populations dans la gestion de la santé communautaire ; mise en place d'un système de motivation des acteurs communautaires tenant compte des ressources nationales disponibles ; renforcement de l'offre de services de qualité et la supervision de la santé communautaire par l'utilisation de personnels qualifiés itinérants ; introduction des technologies mobiles pour améliorer le système d'information et contribuer à la création de la demande.

# Introduction

La Politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui, à ses articles 9 et 17, garantit le droit à la santé à tous les citoyens et l'accès aux services de santé et de bien-être aux familles en général et celles vivant en milieu rural en particulier. Cette Politique de santé est décrite à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui repose sur une vision d'un Sénégal où les individus, les ménages et les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion.

En outre, le Sénégal dispose d'une Politique de santé communautaire qui est un outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires et constitue un cadre approprié pour l'impulsion, la coordination et le soutien des interventions des différents acteurs.

Les principes retenus dans la politique de santé communautaire sont l'équité, la qualité des services, la participation communautaire, la confidentialité, l'approche multisectorielle, la pluridisciplinarité et le devoir de rendre compte.

Cette politique de santé communautaire repose sur nos valeurs fondamentales d'éthique, du respect du bien commun, de la bienfaisance, de la responsabilité, de la solidarité et la protection des individus, groupes et communautés vulnérables.

Le présent document de Plan Stratégique National de Santé Communautaire opérationnalise la Politique de Santé Communautaire et fixe les priorités pour la période 2014 – 2018. Il se fonde sur les enjeux critiques de développement de la santé communautaire et propose des lignes d'actions spécifiques ainsi qu'un plan de mise en œuvre national orienté vers les objectifs assignés au secteur.

**La santé communautaire est un axe majeur de renforcement du système sanitaire sénégalais.**

# I. Etat des lieux

## A. Contexte et justifications

### A.1 Contexte réglementaire et législatif

La participation de la population à l'effort de développement a été formalisée au Sénégal par la loi n° 72-02 du 1<sup>er</sup> février 1972 portant réforme de l'administration territoriale et locale. Cette volonté politique s'est renforcée avec la mise en place des associations de promotion de la santé qui avaient pour rôle d'organiser les communautés autour d'activités de santé préventives et promotionnelles au sein des populations riveraines des structures de santé (postes de santé, centres de santé et hôpitaux). Cette participation des populations a été par la suite mieux organisée par la loi n° 92-07 du 15 janvier 1992 et le décret n° 92-118 du 17 janvier 1992 qui définissent le statut, l'organisation et le fonctionnement des comités de santé.

La cogestion des structures de santé s'est élargie avec l'«Initiative de Bamako» qui a permis le développement d'activités communautaires de santé par des acteurs identifiés au sein des populations riveraines. En plus des agents de santé communautaires, matrones et relais communautaires, de nouveaux profils d'acteurs de santé communautaire ont vu le jour. Il s'agit des Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC), des "Bajenu Gox" et des Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM). Les praticiens de la médecine traditionnelle apparaissent également comme une catégorie d'acteurs communautaires. La société civile, à travers les Organisations Non-Gouvernementales (ONG) et les Organisations Communautaires de Base (OCB), participe enfin aux activités de santé communautaire.

### A.2 Renforcement de la santé communautaire

L'Etat du Sénégal continue d'encourager la dynamique de participation des populations à l'effort de santé même si certains problèmes persistent dans la mise en œuvre de la santé communautaire. C'est ainsi qu'une Politique nationale de santé communautaire a été élaborée en 2013 et sert de base au présent Plan stratégique. Ceci est la manifestation d'une volonté politique certaine des plus hautes autorités du pays de renforcer la santé communautaire. A travers le discours de Politique générale du 29 octobre 2013, le Premier Ministre a confirmé cette volonté politique en affirmant que :

**... "Pour mieux rapprocher les prestations de services des populations, des stratégies de proximité seront développées à travers le programme de santé communautaire. Ce programme développera des activités préventives, curatives et promotionnelles en matière de santé, d'hygiène et d'assainissement" ...**

Les orientations définies à travers la déclaration de Politique générale ont servi de base au développement du Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) en septembre 2013. Le PSNSC prend en compte les travaux en cours sur l'Acte III de décentralisation et la Couverture Maladie Universelle (CMU).

**Le but du PSNSC est d'identifier les activités prioritaires à mettre en œuvre et les ressources supplémentaires nécessaires à une santé communautaire de meilleure qualité, plus accessible et équitable pour tous. Par ailleurs, ce plan vise à coordonner les acteurs et interventions autour d'objectifs partagés et à capitaliser sur les synergies potentielles.**

### **A.3 Approche d'élaboration du Plan Stratégique National de Santé Communautaire**

#### **■ Approche exhaustive**

Le plan intègre l'ensemble des domaines du Document de Politique Nationale de Santé Communautaire : santé de la reproduction, survie de l'enfant, alimentation et nutrition, lutte contre la maladie, eau, hygiène et assainissement..

#### **■ Approche participative et consensuelle**

L'élaboration du document a privilégié une approche participative et consensuelle intégrant l'ensemble des parties prenantes et acteurs de la santé communautaire : Ministère de la Santé et de l'Action sociale, autres départements ministériels (Femme, Famille et Enfance, Collectivités locales, Education nationale), élus locaux, partenaires techniques et financiers, société civile et institutions de formation en santé. Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire est le produit d'intenses échanges au cours d'ateliers, séances de travail, entretiens, focus groupes et réunions (comités techniques, comité de pilotage, coordination du Cabinet dont l'une présidée par Madame le Ministre de la Santé et de l'Action sociale).

ILLUSTRATION 1

#### **Approche méthodologique**

##### **Atelier de travail (Saly)**

Partage des expériences réussies et innovantes  
Identification des objectifs stratégiques  
Premier canevas de plan

##### **Travail en continu de l'équipe**

2 réunions du comité de pilotage  
6 réunions du groupe de rédaction  
4 séances du groupe de travail  
Travail continu de la Cellule et des consultants  
Réunions hebdomadaires avec DGS et séance avec Mme Le Ministre

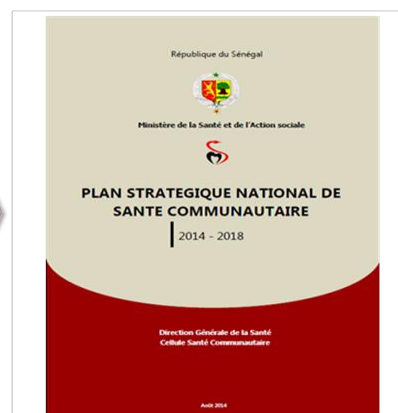
##### **Entretiens et partage avec les parties-prenantes**

Plus de 30 entretiens avec les parties prenantes  
Atelier de partage avec les réseaux des acteurs communautaires, des organisations communautaires de base et des mutuelles de santé

##### **Revue de littérature internationale**

Revue de la littérature sur la santé communautaire dans 10 pays

#### **Plan Stratégique National de Santé Communautaire**





## ■ Approche factuelle

L'état des lieux sur la santé communautaire a été réalisé à partir d'enquêtes de terrain, exploitation des rapports disponibles et analyses des données probantes. Les actions finalement retenues dans le Plan Stratégique National sont celles dont l'impact est avéré et confirmé.

## ■ Approche opérationnelle

Le plan s'appuie sur la capitalisation des expériences communautaires réussies, l'identification des activités à renforcer et la définition d'activités innovantes à mettre en œuvre. Les orientations définies au niveau national sont déclinées au niveau régional et district en activités opérationnelles en prenant en compte les spécificités locales.

## ■ Approche modulaire et innovante

Le plan propose une vision intégrée et exhaustive tout en dégageant des modules d'activités distincts et complémentaires permettant d'identifier des sources de financement pour chaque activité. Le plan est bâti sur les acquis et fondements des expériences réussies et sur les efforts importants déjà réalisés par le Gouvernement et les partenaires. Il est novateur et favorise :

- l'approche multisectorielle lors de la mise en place du plan ;
- l'amélioration de la coordination entre tous les partenaires ;
- l'objectif d'une couverture optimale des besoins de la population.

Le plan prend en compte aussi des projets spécifiques proposés ou mis en œuvre par des parties prenantes : sages-femmes itinérantes, sages-femmes en réseau, postes et centres de santé communautaires, recours aux technologies mobiles, projet des villages du Millénaire, projet *1 Million ASC*, Initiative *Back Pack Plus*.

### ILLUSTRATION1

<p><b>Sages-femmes itinérantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 800 SF d'ici 2017</li><li>▪ SF logées au niveau poste de santé</li></ul> 	<p><b>Technologies mobiles (en SRSE)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Création de demande, amélioration qualité de service et collecte de données</li></ul> 	<p><b>Sages-femmes en réseau</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 200 SF d'ici 2016</li><li>▪ SF logées niveau structure privée, case ou en équipe mobile</li></ul> 	<p><b>Centre et postes de santé communautaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Potentiellement jusqu'à 150 structures d'ici 2016</li></ul> 
<p><b>Villages du millénaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Appui à l'élaboration de Plans Locaux de Développement axés sur les OMD</li></ul> 	<p><b>Projet 1M ASC</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 15 000 acteurs comm. rémunérés avec paquet étendu</li><li>▪ Recours aux technologies mobiles</li></ul> 	<p><b>Back Pack Plus</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Equipement des acteurs de santé communautaire</li></ul> 	

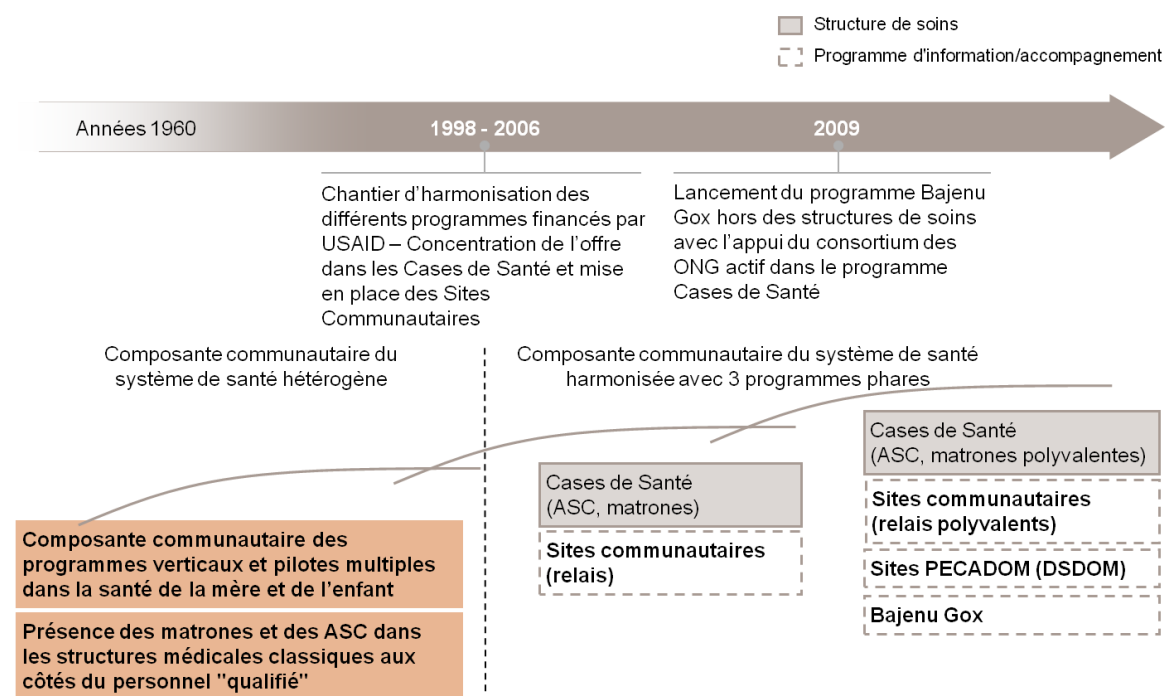
# B. Expérience de la santé communautaire au Sénégal

## B.1 Expériences réussies

Le Sénégal a développé la santé communautaire surtout au cours des dernières décennies. En 1972, le Sénégal a entrepris des réformes visant à faire participer davantage les populations à l'effort de développement et de santé. Avec l'avènement des Soins de Santé Primaires (1978), le Sénégal a initié d'autres réformes visant à organiser et à renforcer la participation des populations à la résolution des problèmes de santé.

Entre 1998 et 2006 une impulsion importante a été introduite avec l'approche stratégique basée sur l'élargissement et la systématisation des paquets de service, le renforcement de la fonctionnalité des cases de santé et la création de sites communautaires. (voir chronogramme ci-dessous).

ILLUSTRATION 2



Le système de santé communautaire du Sénégal repose sur plusieurs expériences réussies :

### ■ Couverture en infrastructures communautaires

Le dispositif d'intervention communautaire s'appuie sur une couverture en cases de santé et sites communautaires. Cette couverture a largement augmenté au cours des dernières années. En 2012, elle est de 2 160 cases de santé et 3 183 sites tous fonctionnels. Le nombre d'acteurs communautaires de santé en fonction s'élève à 17 417 (données PSSC, sept. 2012).

### ■ Paquets de services communautaires intégrés

Les acteurs de mise en œuvre de santé communautaire offrent un paquet de services basé sur les normes contenues dans les documents de mise en œuvre des Programmes de santé communautaire du

MSAS (POPAEN, Santé communautaire PSSC/USAID, Nutrition communautaire / PRN). Les domaines concernés sont : la santé de la reproduction, la planification familiale, la survie de l'enfant, la lutte contre les maladies prioritaires de l'enfant, la nutrition, les maladies tropicales négligées ...

#### ■ **Approches transversales de renforcement de la santé communautaire**

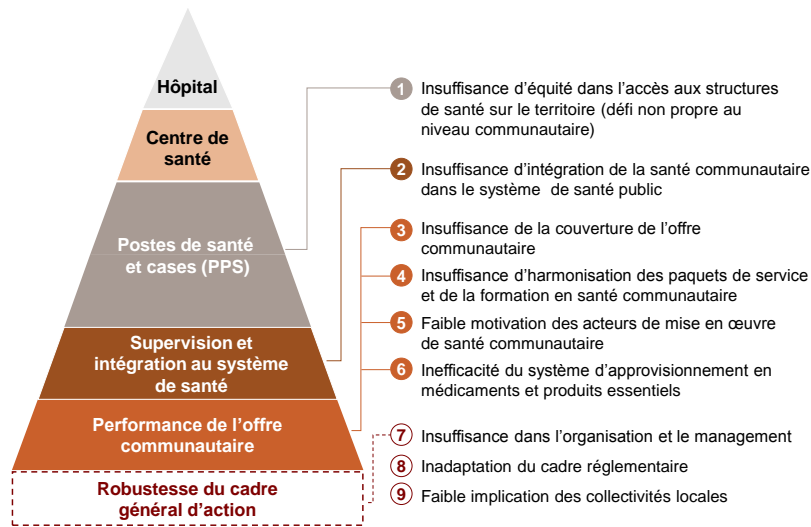
- Stratégies de communication : elles permettent d'améliorer la qualité et la disponibilité des informations et s'articulent autour de différents moyens : l'IEC-CCC de proximité, le plaidoyer, la communication interpersonnelle et de masse, les stratégies novatrices d'IEC, les visites à domicile intégrées...
- Renforcement de la participation communautaire : il permet aux Organisations Communautaires de Base (OCB) de participer et de s'impliquer plus efficacement dans la gestion de la santé communautaire pour assurer la pérennisation des actions entreprises.
- Transfert de l'encadrement des cases aux districts et communautés : il vise à renforcer l'appropriation et la pérennisation de la gestion des cases de santé par les districts, les communautés et les collectivités locales au moyen de divers processus et outils (stratégie de transfert, guides méthodologiques du transfert, mise en œuvre de plan de transfert par district...).

#### ■ **Autres expériences de mise en œuvre** : d'autres expériences ont contribué à l'amélioration de la couverture ou à l'élargissement du paquet d'activités communautaires. Deux expériences sont présentées à titre illustratif.

- *Projet des Villages du Millénaire (PVM) : Le projet des villages du millénaire est un projet pilote de développement intégré qui vise à démontrer que des interventions à base scientifique, l'implication et le leadership des institutions et des communautés locales peuvent être combinés pour réaliser les OMD. Le projet est centré sur une approche de développement global au niveau local en vue d'atteindre les différentes OMD par diverses activités : lutte contre la faim et la malnutrition ; amélioration des sources de revenus ; éducation ; équité et genre ; nutrition ; santé reproductive ; survie de l'enfant ; lutte contre le VIH SIDA ; tuberculose et le paludisme ; environnement ; promotion de l'accès à l'eau ; hygiène ; assainissement ; nouvelles technologies de l'information et de la communication ; accès à l'énergie ; amélioration du système de référence ; renforcement institutionnel et développement communautaire.*
- *Polycliniques communautaires : L'initiative consiste à créer dans des zones peu ou mal couvertes des structures de santé dont la gestion est assurée par une association d'usagers ou une ONG. Les services sont offerts par des personnels qualifiés (médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes d'Etat, techniciens supérieurs de santé, autres spécialistes...). L'une des particularités de ces centres de santé dits communautaires est leur autonomie de gestion et leur accessibilité géographique pour des populations démunies.*

## **B.2 Défis de la santé communautaire au Sénégal**

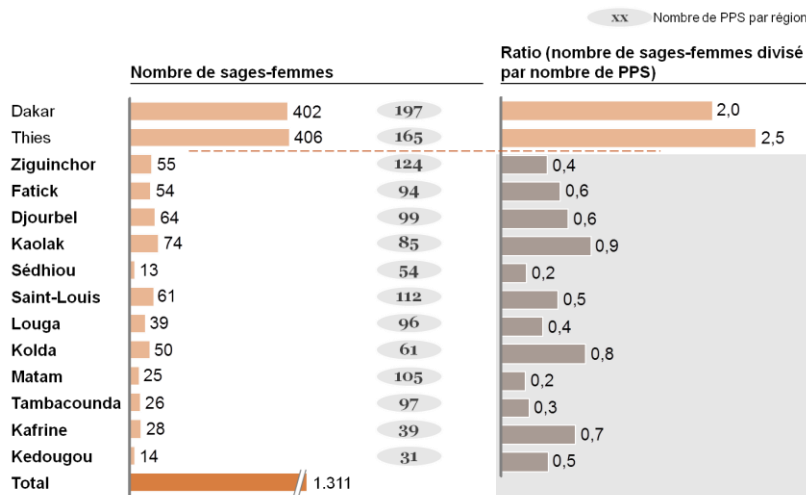
**La santé communautaire au Sénégal est confrontée à neuf défis majeurs.**



■ **Défi n°1 : Rétablir l'équité dans l'accès aux structures de santé pour les communautés :**

Le nombre de structures de santé décentralisées existantes (postes et cases de santé) ne permet pas à l'ensemble de la population du Sénégal de disposer d'une structure à moins de 5km de son lieu d'habitation. Même si ce défi n'est pas propre au niveau communautaire, il convient de le prendre en considération afin d'assurer une meilleure qualité des services à la population. Par ailleurs, la répartition des structures est inégale sur l'ensemble du territoire. Des zones mal couvertes persistent en certains endroits (Matam, Tambacounda, Kédougou). A ce déficit de structures s'ajoute celui des ressources humaines. Il existe par exemple environ 490 postes de santé dépourvus de sages-femmes (38%). Même si dans certaines régions (Dakar, Thiès) le ratio sages-femmes par point de prestation de service(PPS) est a priori satisfaisant, d'autres régions n'atteignent pas l'objectif d'au moins une sage-femme par point de prestation de service (recommandation du PDS 2007). Enfin, ce déficit ne se limite pas aux sages-femmes, mais concerne également d'autres personnels qualifiés, communautaires ou non communautaires (infirmiers, médecins...).

ILLUSTRATION 4



## ■ Défi n°2 : Intégrer de la santé communautaire dans le système de santé publique

La santé communautaire est insuffisamment intégrée au sein du système de santé. Ce fait est apparent sous plusieurs aspects : statut des acteurs de santé communautaire, supervision, suivi, cadre réglementaire et législatif...

Le statut et les tâches des acteurs de santé communautaire doivent être revus et précisés. En effet, la multitude des acteurs requiert un cadre harmonisé et une réglementation précise des responsabilités pour assurer une meilleure qualité de l'offre et la motivation des acteurs.

Par ailleurs, l'encadrement des acteurs de santé communautaire par le personnel qualifié est insuffisant (supervision et suivi). La plupart de ces personnels ne peut souvent réaliser les supervisions faute de temps, de logistique ou à cause d'un lien faible entre le poste de santé et la case de santé. Le manque de supervision limite également les possibilités d'un contrôle consistant de la qualité des services des acteurs de santé communautaire et une remontée appropriée des données, des informations et des besoins.

Enfin, la santé communautaire n'est pas suffisamment prise en compte dans la pyramide sanitaire. L'organisation du système de santé habituellement décrite à travers les documents de politiques et de stratégies du Ministère de la Santé et de l'Action sociale ne met pas suffisamment l'accent sur le niveau communautaire (PNDS, DPES...).

## ■ Défi n°3 : Assurer une couverture suffisante de l'offre communautaire (soins et création de la demande)

Des gaps persistent entre le nombre d'acteurs de santé communautaire présents sur le terrain et les objectifs fixés (*données issues des « Expériences communautaires réussies : le paquet communautaire intégré » – Ministère de la Santé et de l'Action sociale*). Des inégalités sont observées également dans la répartition territoriale des acteurs communautaire de santé.

- ASC et matrones : gap de 226 cases fonctionnelles soit un déficit d'environ 450 ASC/ matrones.
- Relais : l'objectif d'un site pour 500 habitants exige l'augmentation du nombre de relais dans des proportions importantes.
- Bajenu Gox : l'objectif est d'au moins 1 Bajenu Gox pour 1000 habitants en milieu urbain et au moins 1 Bajenu Gox par village ou hameau en zone rurale. Des gaps de couverture persistent encore à ce niveau.

## ■ Défi n°4 : Harmoniser les paquets de services et former les acteurs communautaires de santé

Les paquets de services des acteurs communautaires de santé ne couvrent pas encore les domaines en rapport avec les maladies non transmissibles. L'intégration dans les paquets de services de certaines offres de soins comme l'administration de contraceptifs injectables ou la prévention des hémorragies du post partum (HPP) est retardée par l'absence de directives administratives ou réglementaires et les insuffisances dans la supervision du personnel de santé communautaire.

De manière générale, il n'existe pas un cursus et un curriculum de formation uniques, homogènes et harmonisés couvrant tous les domaines de la santé et destinés aux acteurs communautaires de santé et qui soient adaptés de manière dynamique. La formation demeure relativement hétérogène ce qui retarde la délégation des tâches et affecte à certains endroits la qualité des services. L'analyse de la formation des acteurs communautaires de santé donne les constats suivants :

- ASC/ matrones : la formation initiale est satisfaisante et pourrait être améliorée (augmentation du nombre de formations et inclusion de l'offre initiale d'injectables et prévention des hémorragies du post partum-HPP- dans le cursus) ;
- Bajenu Gox : la durée de la formation doit être revue pour une meilleure assimilation des connaissances et compétences requises ;

- DSDOM : il y a un gap important dans le nombre de DSDOM formés sur le paquet élargi (paludisme, diarrhée, IRA). Il existe cependant des localités où les dispensateurs de soins à domicile (DSDOM) ont été formés sur le paquet élargi mais ces expériences restent circonscrites et ne sont pas encore mises à l'échelle.

■ **Défi n°5 : Mettre en place un système fiable de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire**

La motivation financière ou non financière des acteurs communautaires de santé demeure limitée et non harmonisée, ce qui entrave la pérennisation des activités et la sécurisation des ressources humaines. Il a été noté une absence ou une extrême faiblesse de la motivation financière des acteurs communautaires de santé ; la motivation non-financière est également faible et peu systématisée (manque de statut, formation continue irrégulière, déficit de supervision par les personnels qualifiés vécus par les acteurs communautaires comme un manque de reconnaissance).

ILLUSTRATION 5

---

---

*« À part une ONG, je n'ai jamais reçu une motivation dans le cadre de mon travail..... Tout ce que tu possèdes tu t'es débrouillé pour l'obtenir »*

– **Matrone**

---

*« Je ne gagne rien. C'est pourquoi je pars au champ des fois. Je n'ose pas aussi m'éloigner trop de la case à tel point que les gens me disent tu n'es plus au niveau case »*

– **ASC**

SOURCE: Etude descriptive sur la santé communautaire au Sénégal: analyse de la situation de trois districts, ChildFund, ABT Associates, CRDH, avril 2013

---

■ **Défi n°6 : Assurer aux structures communautaires un approvisionnement régulier en médicaments et produits essentiels (zéro rupture de stock)**

La faible intégration des cases de santé et des acteurs de santé communautaire dans le système de santé se traduit par une chaîne d'approvisionnement en produits défailante avec des ruptures de stock fréquentes. Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement exige également un personnel formé et motivé à la gestion de stock pour assurer la pérennisation des efforts.

■ **Défi n°7 : Assurer une meilleure organisation et un management plus efficace**

Le Document de Politique Nationale de Santé Communautaire insiste dès son introduction sur la persistance de « *problèmes organisationnels et managériaux* ». La mise en cohérence de l'activité de santé communautaire présente plusieurs variables :

- multiplicité d'acteurs (programmes nationaux, directions, partenaires techniques et financiers, agences d'exécution, communautés) et de programmes menés au niveau communautaire avec une coordination et une harmonisation limitées des activités et des financements et un manque de partage d'expériences et d'informations ;
- fragmentation des profils communautaires du fait de la multiplicité des statuts et fonctions (ASC, matrones, DSDOM, relais, Bajenu Gox) organisés autour d'une multitude de structures (cases, sites, organisations communautaires de base) ;
- manque de supervision intégrée et d'outils harmonisés ;
- insuffisance des systèmes d'information, de gestion de la santé communautaire et de suivi évaluation ;
- fonctionnalité limitée de certaines instances (comités de santé, comités de gestion...).

## ILLUSTRATION 6

<p><b>Coordonnateur de programme national</b> « Les différentes activités communautaires sont fragmentées ... cela nuit à la polyvalence des acteurs et à la cohérence des politiques de Santé »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D'abord, il faut <b>harmoniser avec tous les programmes</b>, toutes les divisions, tous les services, vraiment les interventions au niveau opérationnel. Que cette structure-là puisse avoir un tableau de bord qui lui permette de dire que pendant cette période, dans telle région, ils sont en train de faire telle chose, au-delà des PTA qui sont développés par chaque district.</li> <li>▪ Et deuxièmement, il faut que cette structure-là puisse véritablement <b>orienter et canaliser tous les partenaires dans le cadre des activités</b> qui sont menées... parce que parfois, ce qu'on constate, c'est que vous avez une division qui est là-bas, qui a un financement et qui vient directement au niveau opérationnel, parce qu'elle a un financement, qui développe son activité, <b>or le niveau central parfois n'est même pas au courant</b>, ou n'est même pas au fait de cette activité qui est développée. Si aujourd'hui, tous ces partenaires passent par la division de la santé communautaire, elles peuvent s'insérer dans le tableau de bord des activités de cette division là. C'est permettre à cette structure-là de pouvoir en fonction des problèmes identifiés, d'orienter les partenaires et le financement de ces activités-là.</li> <li>▪ Et que les gens aussi <b>se retrouvent aussi autour d'une structure qui permette de dire, on va évaluer ce qui se fait au niveau de la santé communautaire.</b></li> </ul>
<p><b>Médecin Chef de District</b> <b>A propos du rôle de la Cellule de Santé Communautaire</b> « D'abord harmoniser avec tous les programmes, toutes les divisions, tous les services de... que cette structure-là puisse avoir un tableau de bord qui lui permette de dire que pendant cette période, dans telle région, ils sont en train de faire telle chose... Et deuxièmement, il faut que cette structure-là puisse véritablement orienter et canaliser tous les partenaires ... »</p>	
<p><b>Responsable d'agence d'exécution</b> « Il n'existe pas de cadre commun régissant les activités communautaires : par exemple les niveaux de PerDiem ne sont pas harmonisés entre les différents partenaires ce qui peut parfois nuire à la motivation sur certaines activités »</p>	

SOURCE: Etude descriptive sur la santé communautaire au Sénégal : analyse de la situation de trois districts, ChildFund, ABT Associates, CRDH, avril 2013 ; entretiens

### ■ Défi n°8 : Adapter le cadre réglementaire

Des retards importants dans la finalisation des changements règlementaires ont eu des répercussions fortes au niveau opérationnel :

- retards dans la généralisation de l'administration des contraceptifs injectables et de la prévention des hémorragies du post partum (HPP) par les ASC/ matrones ;
- suivi non systématique des cas référés vers les postes de santé ;
- réglementation qui ne favorise pas une disponibilité communautaire des produits (ex. pas de quotas de produits pour les cases, prix de cession aux cases égal au prix de vente aux patientes...).

### ■ Défi n°9 : Impliquer les collectivités locales (dans la gestion de la santé communautaire)

Dans le cadre du renforcement de la décentralisation (acte III) et du transfert des domaines de compétences devant l'accompagner, il convient de préciser, de renforcer et d'accompagner les collectivités locales pour qu'elles jouent leur rôle dans la coordination, le financement et le suivi de la santé communautaire. Plusieurs aspects demandent à être clarifiés : responsabilités exactes des collectivités locales, liaison avec les districts et régions médicales, capacitation technique et de gestion des collectivités locales.

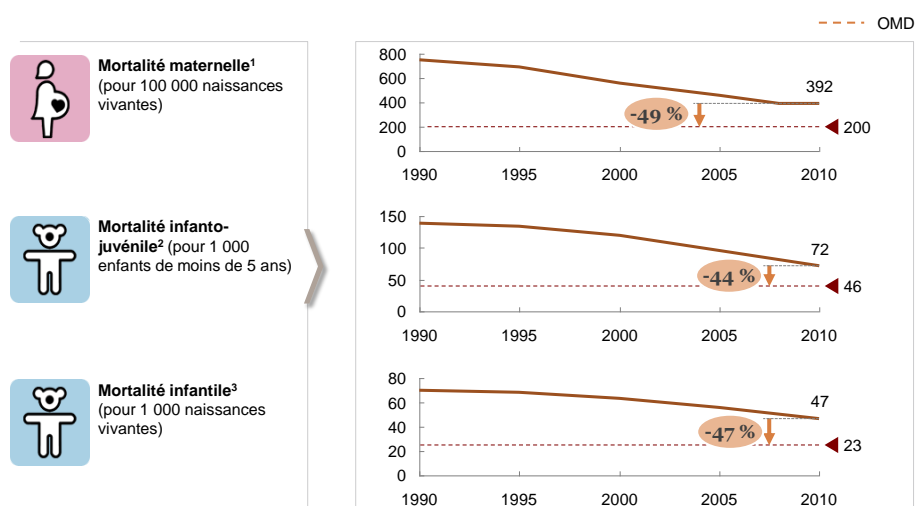
## II. Contribution à l'atteinte des OMD et des objectifs sanitaires nationaux

**La santé communautaire est un levier majeur pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).**

La prévalence de l'insuffisance pondérale a légèrement augmenté à 17,7 % en 2010 (OMD 1). Pour les OMD 4 et 5, les indicateurs de mortalité ont baissé depuis 2005 mais demeurent en deçà des Objectifs du Millénaire pour le Développement de 2015. A titre d'exemple, on citera les objectifs suivants en matière de mortalité maternelle, infanto juvénile et néonatale (voir graphique ci-dessous).

Pour le VIH/sida (OMD 6), le Sénégal a réussi à maintenir une prévalence de 0,7 % et est en très bonne posture par rapport à l'objectif fixé (objectif atteint et dépassé). Le taux d'incidence du paludisme est remonté à 21 cas pour 1000 en 2012 contre 14 cas sur 1000 en 2009 pour un objectif de 5 pour 1000 en 2015 (seuil de pré-élimination).

ILLUSTRATION 7



1 Méthode indirecte

2 Décès entre la naissance et le cinquième anniversaire

3 Nombre de naissances décédées avant d'atteindre leur premier anniversaire; cet indicateur n'est pas un OMD

SOURCE: DSR, Annuaire Statistique, Feuille de route du Sénégal concernant les OMD, OMS, Banque mondiale, UNFPA, UNICEF; EDS V-MICS 2010-2011



Sur chacun des domaines de santé, le Sénégal s'est fixé des objectifs nationaux plus détaillés. La santé communautaire s'est ainsi vu assigner une part des objectifs à atteindre selon les différents domaines sanitaires.

## ILLUSTRATION 8

OBJECTIFS PRELIMINAIRES A PRECISER LORS DE L'ATELIER DE DEFINITION DU CADRE LOGIQUE

	Indicateurs	Objectif global	Objectif de la santé communautaire	
<b>SRSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'enfants suivis par la santé communautaire</li> <li>Nombre d'utilisatrices de PF additionnelles en 2015 vs. 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>360 000 (2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>125 000</li> </ul>	
<b>Lutte contre les maladies</b>	<b>Paludisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée chez :               <ul style="list-style-type: none"> <li>L'enfant de moins de 5 ans</li> <li>La femme enceinte</li> <li>La population globale</li> </ul> </li> <li>Taux de prise en charge adéquat par le DSDOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 % (2015)</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 à 90 % de l'objectif global réalisé par la santé communautaire</li> <li>90 %</li> </ul>
	<b>Tuberculose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Détection de toute forme de tuberculose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 % de cas détectés par la santé communautaire</li> </ul>
	<b>VIH/ Sida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction des nouvelles infections</li> <li>Part des PVVIH bénéficiant d'une meilleure qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-50 % (2015)</li> <li>80 % (2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À préciser</li> <li>À préciser</li> </ul>
	<b>MNT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cancer</li> <li>HTA</li> <li>Maladie cardiaque</li> <li>Diabète</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cours d'élaboration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cours d'élaboration</li> </ul>
	<b>MTN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onchocercose</li> <li>Bilharziose</li> <li>Trachome</li> <li>Filariose lymphatique</li> <li>Parasites intestinaux</li> <li>Lèpre</li> <li>Rage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élimination (2025)</li> <li>&lt;10 % de prévalence en zone endémique</li> <li>Élimination (2020)</li> <li>Élimination (2020)</li> <li>&lt;10 % de prévalence en zone atteinte</li> <li>Élimination (2020)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 % de l'objectif</li> <li>80 % de l'objectif</li> <li>80 % de l'objectif</li> <li>80 % de l'objectif</li> <li>30-40 % de l'objectif</li> <li>30 % de l'objectif</li> </ul>
<b>Alimentation et nutrition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Part des enfants bénéficiant des services nutritionnels</li> <li>Part des 6 mois à 5 ans dépistés pour la malnutrition aigue</li> <li>Part des mères d'enfants de 0 à 5 ans participent aux activités de communication en vue de changements de comportement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 %</li> <li>80 %</li> <li>90 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 %</li> </ul>	
<b>Eau, hygiène et assainissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	

### ■ Santé de la Reproduction et Survie de l'Enfant

La santé communautaire est appelée à jouer un rôle majeur dans l'atteinte des objectifs de planification familiale et de survie de l'enfant. Le Plan National pour la Planification familiale prévoit le recrutement de 125 000 nouvelles utilisatrices additionnelles pour le niveau communautaire, soit 36 % de l'objectif à l'horizon 2015. Le plan d'accélération des interventions pour la survie de l'enfant se donne pour objectif en 2015 de réduire la mortalité maternelle de 392 à 200 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité néonatale de 29 à 20 pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité infanto juvénile de 72 à 46 pour 1 000 enfants de moins de cinq ans. La santé communautaire, pour les domaines santé de la reproduction et survie de l'enfant, participe largement à l'atteinte des objectifs fixés.

### ■ Lutte contre les maladies

— **Paludisme** : La santé communautaire joue un rôle majeur dans la lutte contre le paludisme à travers les actions de prévention et de prise en charge au niveau communautaire exécuté par les Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM), les ASC/matrone et les relais. Globalement entre 2005 et 2010, le taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 18% à 49% et chez les femmes enceintes de 39% à 52% (EDS V). En 2012, le taux d'utilisation de la mous-

tiquaire imprégnée dans la population générale est évalué à 41% et le taux de couverture en tests de diagnostic rapide (TDR) à 78% (EDS continue 2012 – 2013).

Le Plan National Stratégique de Lutte contre le Paludisme (2011-2015) ambitionne d'atteindre une incidence inférieure à 5 cas sur 1000 pour atteindre le seuil de pré-élimination. En 2009, cet indicateur se situait à 14 cas sur 1000. Cependant, en 2012 le taux d'incidence est remonté à 21 cas pour 1 000. La santé communautaire doit contribuer de manière importante (estimé entre 80 et 90%) à l'atteinte des objectifs nationaux :

- taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée chez les enfants de moins de 5 ans (80%);
- taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée chez les femmes enceintes (80%) ;
- taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée dans la population générale (80%).

L'objectif fixé au niveau communautaire correspond à un taux de prise en charge adéquate pour 90% des patients. La prise en charge adéquate comprend : le Test de Diagnostic Rapide (TDR) ; la référence des cas négatifs et des cas positifs chez la femme enceinte et les enfants de moins de deux mois ; le traitement par ACT (Combinaison Thérapeutique à base de dérivés d'Artémisinine) des cas positifs pour les autres patients.

– **Tuberculose** : L'objectif de détection de toutes les formes de tuberculose est de 75% en 2015 tandis que l'objectif de guérison est de 90%. La contribution assignée à la santé communautaire est de détecter 10% des cas de tuberculose notifiés à l'horizon 2016 (contre 6% actuellement). Le MSAS s'appuie de manière importante sur les acteurs communautaires de santé pour lutter contre la tuberculose. En plus du dispositif communautaire existant, le Projet TB financé par le Fonds mondial contribue à la lutte avec 444 OCB (constituées chacune en moyenne de 14 relais) et met en œuvre le paquet d'activités suivant : orientation des tousseurs chroniques, recherche des perdus de vue, traitement directement observé, IEC.

– **VIH/SIDA** : Le niveau de prévalence du VIH, relativement faible au sein de la population générale (0.7%, EDS V), est stable. Des défis restent à relever surtout dans le domaine de la féminisation de l'épidémie et de la transmission mère enfant. La santé communautaire joue un rôle important dans la vision du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2011-2015 (« Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au sida et Zéro discrimination d'ici 2015 »). Le secteur communautaire contribue de manière significative à l'accès et à l'amélioration de la qualité des services à travers diverses activités : prévention ; prise en charge communautaire de la femme enceinte séropositive, du couple et de la famille ; référence vers les structures de santé ; suivi.

*La santé communautaire pourrait contribuer aux deux résultats attendus du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA (2011-2015) :*

- les nouvelles infections sont réduites de 50% ;
- au moins 80% des PVVIH suivies bénéficient d'une meilleure qualité de vie.

– **Maladies non transmissibles** : Seules des données parcellaires sont actuellement disponibles (notamment l'enquête réalisée en 2010 à Saint-Louis). L'enquête STEPS permettra de collecter les données de base sur les taux de prévalence des différentes pathologies. La santé communautaire pourrait contribuer à la réalisation des objectifs en matière de maladies non transmissibles. Le plan stratégique sur les maladies non transmissibles en cours d'élaboration devrait permettre de fixer des objectifs nationaux pour chaque pathologie ainsi que la part des objectifs que la santé communautaire pourrait aider à réaliser.

– **Maladies tropicales négligées** : La santé communautaire contribue de manière importante à la réalisation des objectifs de prévention, de détection et de traitement par la distribution de masse de médicaments (DMM) et l'IEC/CCC :

- Onchocercose : l'objectif est d'éliminer entièrement l'onchocercose en 2025 (objectif de l'OMS). Les acteurs de santé communautaire interviennent surtout dans les campagnes annuelles de distribu-

tion de masse de médicaments (DMM). Les acteurs communautaires pourraient contribuer significativement à l'atteinte de tous les objectifs.

- Bilharzioses : le Sénégal qui s'aligne sur les objectifs internationaux de contrôle des bilharzioses ambitionne de ne pas dépasser un taux de 10% de prévalence dans les zones endémiques. Ce taux varie entre 40 à 50% selon les zones. La santé communautaire est active au travers des campagnes de masse. Cependant dans le futur elle pourrait être aussi impliquée dans l'identification des cas, la sensibilisation et la distribution de médicaments de manière routinière. La santé communautaire pourrait donc contribuer à environ 80% de l'atteinte de l'objectif national.
- Trachome : l'objectif national est d'éliminer le trachome en 2020. La santé communautaire peut contribuer par une sensibilisation aux problèmes d'hygiène, un diagnostic rapide et la DMM. La contribution du niveau communautaire est estimée à 80% des objectifs.
- Filariose lymphatique : l'objectif national est d'éliminer la filariose en 2020. L'objectif fixé en 2018 est la prise en charge de 50% des cas de filariose lymphatique à travers la DMM dans les 52 districts endémiques ciblés durant trois années consécutives. Les acteurs de santé communautaire pourraient également aider dans la prise en charge de certaines complications (par exemple le lymphœdème). L'impact des interventions communautaires sur l'atteinte de l'objectif est estimé à 80%.
- Géo helminthiases : l'objectif est d'atteindre un taux de prévalence inférieur à 10 %. La santé communautaire est attendue pour réaliser 80% de l'objectif fixé.
- Lèpre : l'objectif est d'éliminer la lèpre en 2020. La santé communautaire à travers la sensibilisation et le suivi du traitement peut contribuer à environ 30 à 40% de l'objectif fixé.
- Rage : La santé communautaire pourrait contribuer à la sensibilisation des communautés, le nettoyage de la morsure et l'orientation rapide vers les structures de santé des victimes.

### ■ Alimentation et nutrition

Les interventions se font essentiellement au niveau communautaire. Elles visent surtout à améliorer l'état nutritionnel des enfants 0 et 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes. La contribution du niveau communautaire est estimée à 100% sur les trois objectifs spécifiques d'alimentation et de nutrition :

- 80 % des enfants doivent bénéficier des services nutritionnels au niveau communautaire ;
- 80 % des enfants entre 6 mois et 5 ans sont dépistés pour la malnutrition aigüe ;
- 90 % des mères d'enfants de 0 à 5 ans participent aux activités de communication en vue de changements de comportement.

### ■ Eau, hygiène et assainissement

Les interventions de ce volet ont un fort soubassement communautaire. Elles concourent à différents objectifs qui n'ont pas encore été quantifiés:

- améliorer la qualité des points d'eau (inclut l'élimination hygiénique des excréta et évacuation hygiénique des eaux usées) ;
- accélérer la mise en place de latrines ;
- systématiser le lavage des mains aux moments critiques ;
- améliorer la qualité du traitement des ordures.
- appliquer des mesures de lutte contre les gîtes larvaires ;
- participer à la pulvérisation intra-domiciliaire.

Lors de la rédaction des futurs plans d'action des différents programmes nationaux, il conviendra de prendre en compte l'apport de la santé communautaire en précisant les objectifs et les cibles qui lui sont assignés à tous les niveaux.

Les objectifs de la santé communautaire seront convertis en indicateurs clés qui seront suivis et évalués régulièrement lors de la mise en œuvre du plan national.

# III. Vision, mission, but et objectifs stratégiques

## A. Vision

Tous les membres de la communauté veillent et s'impliquent dans la construction durable d'une bonne santé individuelle et collective afin que chaque famille soit en bonne santé et ait accès à des services de santé essentiels. Cette vision est inscrite dans le Plan National du Développement Sanitaire (PNDS) et met l'accent sur la participation des communautés.

**"Un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité, avec leur pleine participation, sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif"**

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire est l'outil de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire. Il s'appuie sur cinq piliers qui sont des réponses pour relever les défis identifiés :

- faire du Sénégal une référence en matière de santé communautaire en améliorant la couverture et la qualité des services pour toutes les couches socio-économiques de la population ; renforcer la participation des communautés dans la résolution des problèmes de santé ; assurer la pérennisation des interventions communautaires
- assurer à l'horizon 2018 la disponibilité de paquets intégrés de services couvrant l'ensemble des domaines de santé sur tout le territoire national ainsi qu'une coordination fonctionnelle des interventions communautaires à tous les niveaux ;
- renforcer l'intégration de la santé communautaire dans le système de santé ;
- responsabiliser les collectivités locales dans leur rôle de planification, de mise en œuvre, de financement et de suivi des activités de santé ;
- s'appuyer sur des expériences innovantes pour élever le niveau des interventions.

## B. Mission

La mission du Ministère de la Santé et de l'Action sociale est de contribuer au bien-être des populations en améliorant leur état de santé et en le portant à un niveau socialement productif. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale veille à l'équité dans l'accès aux soins préventifs, promotionnels, curatifs et ré-adaptatifs pour la population notamment les groupes vulnérables. L'existence d'une Politique de santé communautaire constitue un cadre de référence pour organiser une participation efficiente des populations et de toutes les parties prenantes. Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) est un des instruments pour réaliser cette mission.

**Le PSNSC vise à contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité avec la pleine participation de la communauté.**

Dans le cadre de la décentralisation (acte III) les collectivités locales joueront un rôle essentiel dans la planification, le financement et le suivi des activités de santé. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale assurera la responsabilisation, l'implication et la capacitation des collectivités locales pour une gestion efficiente de la santé communautaire. Les communautés sont au cœur du processus : elles le suscitent au besoin et dans tous les cas y participent depuis l'identification des besoins, la conception des stratégies, la mise en œuvre des interventions et l'évaluation des performances. Elles mènent ou participent aux interventions à travers les organisations communautaires de base notamment les réseaux d'associations des acteurs communautaires. La communauté sélectionne et motive les acteurs de santé communautaire et contribue au financement et au suivi des activités à travers les comités locaux de santé communautaire. Il est par conséquent essentiel de renforcer leurs compétences techniques afin qu'elles assument pleinement ce rôle.

**La santé communautaire intègre des services de santé préventifs, promotionnels, curatifs et ré-adaptatifs destinés aux communautés et délivrés par elles-mêmes sous la supervision d'un personnel compétent.**

## C. But

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire vise à systématiser, organiser et coordonner l'ensemble des interventions communautaires sur tout le territoire national. Plus spécifiquement, il a pour objet de :

- mettre en place un cadre d'intervention fédérateur de l'ensemble des directions du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, des autres départements ministériels, des programmes nationaux, des partenaires techniques et financiers, de la société civile, des collectivités locales et des communautés autour d'orientations partagées en matière de santé communautaire ;
- opérationnaliser les orientations stratégiques de la Politique Nationale de Santé Communautaire en vue de l'atteinte des objectifs de santé ;

- créer les conditions favorables pour la promotion de la santé communautaire en mettant en place des mécanismes et des outils appropriés ;
- renforcer l'engagement et la participation des communautés et des collectivités locales dans la santé communautaire.

## D. Objectifs stratégiques

**Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire ambitionne de faire évoluer l'architecture de la santé communautaire autour de trois objectifs stratégiques :**

- **améliorer la couverture et la qualité des services de santé communautaire**
- **renforcer la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé**
- **assurer la pérennisation des interventions communautaires**

### 1) Améliorer la couverture et la qualité des services de santé communautaire

La population du Sénégal est confrontée à une inégalité importante dans la couverture sanitaire. Le Sénégal s'est fixé comme objectif stratégique de remédier à cette situation en développant une carte sanitaire nationale qui prendra également en compte les besoins en infrastructures communautaires. La construction et la réhabilitation de ces infrastructures constituent une priorité pour assurer à chacun un accès égal à des soins préventifs, promotionnels et curatifs.

Des services de santé communautaire appropriés impliquent non seulement une couverture géographique améliorée, mais aussi une offre de qualité. Les services offerts actuellement par les acteurs communautaires de santé demeurent variés dans le contenu des paquets et la qualité des services. Les imperfections observées semblent liées à différents facteurs comme le manque d'harmonisation dans la formation et des insuffisances dans la supervision ou la motivation. Ces facteurs doivent être adressés de manière intégrée et coordonnée. Un processus de révision continue des paquets de services et du plan de formation doit être mis en place, ainsi qu'un système de suivi évaluation.

### 2) Renforcer la participation communautaire dans la résolution de problèmes de santé

Les populations, à travers leurs différents groupes organisés, sont au centre du développement de la santé communautaire. Les membres de la communauté doivent s'impliquer dans la construction durable d'une bonne santé individuelle et collective.

Les communautés se mobilisent pour participer activement et soutenir les acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire. Les populations sont maîtres d'œuvre dans la planification, la prise de décision, la mise en œuvre, la mobilisation de ressources additionnelles, le suivi des interventions menées et la qualité des services. Une communauté mobilisée aide aussi à prioriser les domaines de santé, identifier et sélectionner les acteurs communautaires de santé, donner une légitimité locale au rôle des acteurs communautaires de santé et contribuer à leur motivation.

### **3) Assurer la pérennisation des interventions communautaires**

Des ressources substantielles devront être mobilisées pour financer les activités à base communautaire. Dans la mise en œuvre de ces interventions, l'accent doit être mis sur les mécanismes de pérennisation au niveau opérationnel et financier.

Le financement des partenaires pourrait être dégressif et les activités de santé communautaire prises en charge progressivement par l'Etat, les collectivités locales et les populations dans la limite de leurs possibilités. Les communautés doivent être responsabilisées dans le déroulement de toutes les activités et être accompagnées dans ce processus par les districts sanitaires, les collectivités locales, les comités de santé et les partenaires locaux (ONG).



# IV. Stratégie de Santé Communautaire

## A. Axes stratégiques

Cinq axes stratégiques ont été définis en s'appuyant sur les défis, les orientations de la Politique Nationale de Santé Communautaire et les objectifs stratégiques du Plan Stratégique National de Santé Communautaire.

### ■ **Axe n°1 : améliorer la couverture géographique**

L'objectif est d'assurer à chaque sénégalais l'accès aux services de santé de base. Il s'agit ici de réaliser une cartographie intégrée du niveau communautaire et de renforcer l'installation de cases et sites dans les zones de faible couverture. Les cases couvrant plus de 3000 habitants seront progressivement transformées en postes de santé.

### ■ **Axe n°2 : renforcer l'intégration au système de santé**

L'intégration du niveau communautaire au système de santé est un facteur essentiel de succès. Entre autres actions, cela suppose le renforcement de la supervision des acteurs communautaires par du personnel qualifié et l'introduction de technologies mobiles pour améliorer le système d'information et de collecte de données et contribuer à la création de la demande. Concrètement, il s'agira de réorganiser la supervision du niveau communautaire et l'intégration des données issues des activités communautaires (renforcement de l'effectif des postes de santé par des sages-femmes itinérantes, systématisation du monitoring communautaire, ...).

### ■ **Axe n°3 : améliorer la qualité et élargir l'offre**

L'objectif est de garantir une offre de service de qualité sur tout le territoire national. L'offre en services de qualité sera renforcée par du personnel qualifié itinérant (infirmiers/sages-femmes itinérants, organisation régulière de stratégies avancées intégrées...). De plus, des paquets de services élargis seront développés pour chaque catégorie d'acteur communautaire de santé. Un plan de formation intégré et coordonné au niveau national sera mis en place.

### ■ **Axe n°4 : renforcer la participation des communautés et des collectivités locales**

Les collectivités locales seront incitées à jouer pleinement leur rôle dans la planification, la mise en œuvre, le financement et le suivi des activités de santé. Le renforcement du partenariat entre les collectivités locales et les districts sanitaires est fondamental pour assurer une meilleure coordination des activités de santé communautaire et une supervision par le personnel qualifié.

La participation harmonieuse des populations est un préalable à la réussite de ce plan. Cette participation sera renforcée par des moyens institutionnels (promotion des mutuelles de santé et de toutes autres formes de solidarité au niveau local), des mécanismes d'engagement de la communauté (création de comités de santé et de gestion) et de capacitation des populations sur leurs rôles et responsabilités.

## ■ **Axe n°5 : mettre en place un système de gouvernance et un schéma général de mise en œuvre**

Il s'agit de mettre en place les conditions favorables à une mise en œuvre efficace et cohérente. Les contours d'un schéma général ont été définis en s'appuyant sur des expériences internationales réussies. Ce schéma définit une séparation claire des rôles : le Ministère de la santé et de l'Action sociale et la Direction Générale de la Santé est chargé d'un rôle clé d'agrément et de régulation, les acteurs privés (ONG, OCB...) sont responsabilisés dans l'opérationnalisation et la mise en œuvre sous le pilotage et la contractualisation avec les collectivités locales. Une innovation importante est la mise en place d'un mécanisme fonctionnel de nature à permettre une mutualisation des financements des activités transversales (formation, supervision, monitoring...).

## **B. Lignes d'action stratégiques et plan de mise en œuvre**

Les cinq axes stratégiques ont été déclinés en 17 lignes d'action. Ces lignes d'action stratégiques sont détaillées dans l'annexe contenant la totalité des activités, sous-activités et des coûts. La mise en œuvre de ces lignes d'action stratégiques se fera progressivement selon un schéma défini.

### ILLUSTRATION 9

---

<b>A Améliorer la couverture géographique</b>	<b>1</b> Cartographier les acteurs/ infrastructures communautaires et réaliser un plan de développement des infrastructures (cases à transformer en poste, cases/ sites nécessaires)
	<b>2</b> Mettre en œuvre le plan de passage des cases en postes de santé
	<b>3</b> Renforcer la couverture en cases de santé fonctionnelles
	<b>4</b> Renforcer la couverture en sites communautaires
<b>B Renforcer l'intégration au système de santé</b>	<b>5</b> Renforcer la supervision des acteurs de santé communautaire par du personnel qualifié (ex: personnel itinérant, sage-femme, infirmier, agent de développement, ...)
	<b>6</b> Introduire les technologies mobiles pour améliorer le système d'information et contribuer à la création de la demande
<b>C Améliorer la qualité et élargir l'offre</b>	<b>7</b> Renforcer l'offre en service de qualité par du personnel qualifié itinérant (par ex: sages-femmes itinérantes)
	<b>8</b> Harmoniser et enrichir les paquets de service des acteurs de santé communautaire
	<b>9</b> Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation intégré et coordonné pour les acteurs de santé communautaire
	<b>10</b> Assurer la disponibilité des médicaments et produits au niveau communautaire
<b>D Renforcer la participation des communautés et des collectivités locales</b>	<b>11</b> Renforcer le rôle des collectivités locales dans la gestion de la santé communautaire
	<b>12</b> Mettre en place et renforcer les capacités des comités de gestion et de santé et les réseaux d'acteurs de santé communautaire
	<b>13</b> Mettre en place un système de motivation pour les acteurs communautaire de santé
<b>E Mettre en place la gouvernance et le schéma général de mise en œuvre de la santé communautaire</b>	<b>14</b> Mettre en place ou renforcer les structures en charge de la gouvernance et du schéma de mise en œuvre
	<b>15</b> Mettre en place les mécanismes de financement
	<b>16</b> Assurer le suivi/ évaluation (incl. disponibilité d'outils de suivi harmonisés)
	<b>17</b> Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication autour de la santé communautaire

---

## **1. Cartographier les infrastructures, recenser les acteurs communautaires de santé et réaliser un plan de développement**

La cartographie vise à rendre disponibles les informations nécessaires pour la documentation du volet communautaire de la carte sanitaire. La cartographie communautaire a pour objet d'identifier la couverture actuelle et définir les besoins. Chaque district fera la situation des cases de santé existantes et fonctionnelles, les cases existantes et non fonctionnelles et les besoins. L'ensemble de ces données sera consolidé au niveau régional puis national. Un consultant accompagnera le processus et assurera la cohérence de la démarche et la bonne consolidation des données au niveau national.

La cartographie permettra de connaître de façon précise le nombre et les types d'acteurs communautaires de santé (nombre, profil et niveau de formation) ainsi que les infrastructures communautaires se trouvant dans chaque district (nombre de cases, nombre de sites, fonctionnalité). La situation des infrastructures, le profil et le niveau de formation des acteurs de santé communautaire permettront de déterminer les besoins de formation et recyclage dans le secteur.

Au terme de la réalisation de la cartographie, un plan de développement des infrastructures communautaires dans chaque district à l'horizon 2018 sera élaboré. Ce plan permettra de prévoir :

- les cases à transformer en postes de santé ;
- les cases additionnelles à construire ;
- les cases à rendre fonctionnelles (équipements, besoins complémentaires en acteurs communautaires de santé, besoins de formation) ;
- les besoins en sites additionnels à mettre en place ;
- les sites à rendre fonctionnels (équipements, besoins complémentaires en acteurs communautaires de santé, besoins de formation).

## **2. Mettre en œuvre le plan de passage des cases aux postes de santé**

Sur la base de la carte sanitaire, certaines cases de santé pourraient être transformées en postes de santé. Les besoins d'érection de cases en postes ont été estimés à environ 450 à l'horizon 2018 en référence à la population couverte (chaque case couvrant plus de 3 000 personnes est éligible).

Les critères de passage de case de santé à poste de santé seront définis à partir du plan de développement communautaire. L'analyse des critères s'appuiera sur des consultations avec les équipes sanitaires des régions, et districts et les communautés concernées. Les critères pourraient être fondés sur la densité de la population, l'accessibilité des infrastructures de santé ou des caractéristiques particulières de la zone.

La transformation (incluant le recrutement de personnel qualifié) et l'assurance de la fonctionnalité continue des nouveaux postes relèvent du ressort du système de santé. Toutefois, il conviendra de prendre en considération les coûts afférents au recrutement lors de l'érection de nouveaux postes de santé (non budgétisés dans ce plan).

A titre expérimental, le PSNSC prévoit la mise en œuvre de trois projets de polycliniques communautaires en 2015 :

- création d'un centre de santé communautaire ;
- création de deux postes de santé communautaires ;
- transformation de deux cases en postes de santé communautaires.

Cette ambition pourrait évoluer à la hausse en fonction des résultats obtenus et des financements disponibles.

### **3. Renforcer la couverture en cases de santé fonctionnelles**

Des efforts importants ont été réalisés au cours des dernières années pour redynamiser le réseau de cases de santé. L'objectif est d'augmenter le nombre de cases fonctionnelles tout en assurant leur intégration dans le système de santé. Deux défis subsistent : rendre fonctionnelles les cases existantes et bénéficiant du soutien des communautés mais souffrant d'un manque de personnel formé et de matériels ; favoriser la construction de cases dans les zones faiblement couvertes pour assurer une couverture sanitaire adéquate.

La cartographie de l'existant et des besoins en couverture communautaire permettront de définir le gap exact en termes de cases à construire et à rendre fonctionnelles. Les analyses préliminaires donnent les résultats suivants :

- cases existantes à rendre fonctionnelles : le recensement effectué par PSSC/ChildFund consortium des ONG en 2013 identifie 2 140 cases fonctionnelles sur les 2 366 cases existantes soit un gap de 226 cases à rendre fonctionnelles dès 2014.
- cases à construire et à rendre fonctionnelles : il a été estimé que les populations construiront 145 nouvelles cases d'ici 2018 et qu'il conviendra de rendre fonctionnelles (75 cases en 2016, 50 en 2017 et 20 en 2018). Cette estimation pourrait évoluer en fonction des résultats de la cartographie des besoins en infrastructures communautaires (cf. ligne d'action 1). Le succès de cette procédure repose sur l'identification précise des besoins puis la mise en place d'actions de plaidoyer auprès des collectivités locales et des communautés pour encourager la construction de cases de santé si cela est approprié.

Un troisième défi concerne le renouvellement régulier du matériel sanitaire, des équipements des cases et le recyclage périodique des acteurs communautaires. Le renouvellement des équipements pourrait s'appuyer sur des initiatives innovantes telles que Back Pack Plus (1 000 à 2 000 \$ d'équipement prévu par acteur communautaire).

### **4. Renforcer la couverture en sites communautaires**

En s'appuyant sur les résultats de la cartographie communautaire, des critères et normes pour l'implantation des sites seront proposés. Sur la base d'une estimation d'un (1) site pour 500 habitants en zones urbaine et péri-urbaine, le nombre total de sites attendu est de 11 000 sites pour l'ensemble du pays. Le Sénégal compte environ 3183 sites fonctionnels animés par 7 435 Relais (source PSSC/ChildFund). Le gap de 7817 sites concerne essentiellement les régions de Dakar, St Louis, Louga et Kaolack. La " *Campagne 1 Million d'ASC* " estime les besoins du Sénégal à 7565 Relais supplémentaires. Selon les analyses nationales fondées sur un gap de 7817 sites, les besoins en relais supplémentaires pour animer ces sites seraient de 15634 (1 relais pour 250 habitants).

L'estimation des besoins précis d'enrôlement de sites pour chaque district impose la réalisation d'une cartographie exhaustive de l'ensemble des sites existants. Du fait de l'importance du gap existant, ce plan se donne pour objectif une augmentation progressive du nombre de sites pour arriver à terme à 7500 sites sur cinq ans. Enfin, il est nécessaire d'assurer la disponibilité des acteurs communautaires et des équipements dans les sites communautaires grâce au recours à des projets innovants et à des moyens financiers additionnels.

## **5. Renforcer la supervision des acteurs communautaires de santé par du personnel qualifié**

Les acteurs communautaires de santé doivent être responsabilisés et rendre compte de la qualité et de la fiabilité de leurs services. Il existe à ce jour deux catégories d'encadreurs communautaires responsable de la supervision des acteurs communautaires :

- a) le personnel de santé qualifié (les infirmiers chefs de poste et les sages-femmes rattachées aux postes de santé) ;
- b) les agents d'encadrement communautaire (ONG).

Le personnel de santé qualifié doit renforcer la supervision des acteurs communautaires (au moins six fois par an pour chaque case et site) en utilisant des outils intégrés et harmonisés. Il convient aussi de soutenir la régularité des réunions de coordination bimestrielles des interventions communautaires autour de l'infirmier chef de poste de santé (six fois par an au moins). Ce soutien s'accompagne de la valorisation des personnels qualifiés exerçant les tâches de supervision et de coordination. Cette valorisation peut se faire à travers des mécanismes d'incitation financière (financement basé sur les résultats, prime de performance) ou non financière (remise de prix et distinctions). Des mesures de rappel à l'ordre ou autres sanctions appropriées pourraient également jouer un rôle dissuasif pour les contreperformances et permettre d'améliorer la supervision. Les sages-femmes/personnels itinérants, au fur et à mesure qu'ils seront déployés, pourront renforcer la supervision des acteurs communautaires.

## **6. Introduire les technologies mobiles pour améliorer le système d'information et contribuer à la création de la demande**

Les technologies mobiles permettent une meilleure création de la demande et une amélioration de la qualité des services à l'échelle communautaire, à l'aide de systèmes d'information en temps réel améliorant les processus de prise de décisions et les opérations des programmes. Ils assurent également un meilleur suivi par la collecte et la transmission de données standardisées. Ces données doivent être prises en compte dans le système national pour renforcer l'intégration de la santé communautaire dans le système de santé publique.

Un exemple est représenté par le projet des Villages du Millénaire qui a doté les acteurs de santé communautaire de téléphones mobiles équipés avec le logiciel CommCare pour leur permettre de sauvegarder des données, générer des rapports et suivre des cibles en temps réel avec des alertes personnalisables soutenant les acteurs dans leur travail quotidien. Ce système peut être intégré avec d'autres systèmes publics ou privés. D'autres projets relatifs aux technologies mobiles sont en cours tels que le projet pilote en santé maternelle et néo-natale de Kolda (ChildFund/MI) ou encore le projet M-Health.

De nombreux pilotes et projets ont été menés par différents partenaires en faveur de l'introduction des technologies mobiles. Le défi actuel concerne la mise à l'échelle de ces technologies. La mise à l'échelle peut consister à étendre la couverture géographique de ces activités et / ou les domaines couverts. Cependant, il est crucial que le Ministère de la santé coordonne et sélectionne une solution intégrée et harmonisée. Cette mise à l'échelle implique des investissements importants dont :

- la mise à niveau des infrastructures ;
- la mise à niveau de la connectivité au niveau local ;

- les capacités techniques ;
- de nouveaux serveurs pour gérer la gestion de données.

Le Projet innovant de technologie mobile prévoit deux programmes de santé ciblant la santé maternelle et la survie de l'enfant. L'objectif est de renforcer la demande, d'informer les communautés par des messages standardisés et de faciliter la référence. La technologie mobile permet de i) sensibiliser les clients à travers une communication ciblée, ii) assurer un meilleur accès aux soins grâce aux rappels sur les visites des sages-femmes/ personnels itinérants, iii) améliorer la disponibilité des données et la génération automatique de rapport avec une base de données centrale. Pour le programme de santé maternelle, la communication vise les femmes enceintes et en post-partum avec des rappels pour les consultations prénatales, post-natales et les immunisations, ainsi que des informations sur les comportements encouragés, la santé du nouveau-né et la planification familiale. Le même concept s'applique du programme de santé infantile et survie de l'enfant avec des messages sur les soins durant la première année (paludisme, diarrhée, IRA...) ainsi que des rappels pour les vaccins et les suppléments en vitamine A.

## **7. Renforcer l'offre de services de qualité par du personnel qualifié itinérant**

Cette ligne d'action concerne essentiellement la mise en œuvre d'une intervention pilote utilisant des sages femmes en itinérance et une étude sur les sages femmes en réseaux.

### **7.1 Mettre en œuvre un projet pilote de sages-femmes itinérantes**

L'objectif prioritaire du projet de sages-femmes itinérantes est de renforcer l'offre de service au niveau des cases et des postes de santé ne disposant pas de sage-femme. Les sages-femmes itinérantes seront responsables des stratégies avancées dans les cases de santé ou autres lieux spécifiques (marchés hebdomadaires ...). Elles participent également à la formation continue et à la supervision des acteurs communautaires de santé.

Les sages femmes sont recrutées par appel à candidature au niveau local sous l'égide du Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Les candidates retenues signent un contrat avec l'autorité désignée par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale. Elles sont affectées au niveau des postes de santé et sont placées sous la supervision du Chef de Poste. Le MSAS mettra en place un mécanisme pour l'intégration progressive des sages-femmes itinérantes dans la Fonction publique.

Il est prévu de recruter au moins 250 sages femmes itinérantes pour les zones de moindre couverture ou d'accès difficile en cohérence avec les plans d'accélération pour l'atteinte des OMD. Le lancement du projet est prévu en 2015 dans les régions de Matam et Sédhiou. L'extension dans les régions de Tambacounda, Kédougou et Kolda est planifiée pour 2016. Les régions de Fatick, Louga, Diourbel et Kaffrine seront concernées en 2017.

### **7.2 Mettre en œuvre un projet pilote de sages-femmes en réseau**

Cette intervention s'inscrit dans le cadre de l'accélération des activités pour l'atteinte des OMD. Des régions prioritaires seront ciblées pour la première année sur la base de leur potentiel à contribuer à l'atteinte des OMD. Il est prévu d'expérimenter deux principales options :

- Franchise utilisant des sages femmes actuellement sans emploi : elles seront basées au niveau d'un poste de santé et seront responsables de l'offre de services professionnels au niveau d'un nombre variable de cases de santé. Elles offriront un paquet de services intégrés de santé de la mère et de l'enfant et assureront la supervision formative des acteurs communautaires de santé sous le contrôle des districts sanitaires et ICP.

- Création d'équipes mobiles de sages femmes : elles vont sillonner les marchés et les lieux de rassemblement pour offrir un paquet de services intégrés de santé de la mère et de l'enfant en collaboration avec les districts sanitaires et les communautés.

## 8. Harmoniser et élargir les paquets de services des acteurs communautaires de santé

Dans le système sanitaire sénégalais, les acteurs communautaires de santé sont composés de femmes et d'hommes qui sont choisis par leur communauté et qui acceptent de consacrer une partie de leur temps aux activités de développement sanitaire de leur localité. Il existe actuellement au Sénégal sept types d'acteurs communautaires de santé :

- **Agent de Santé Communautaire (ASC)** : chargé(e) de dispenser des soins curatifs de base ainsi que des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté ;
- **Matrone** : chargée d'assister la mère pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, de l'amener à respecter ses consultations prénatales et de l'orienter pour bénéficier d'une assistance par du personnel qualifié lors de l'accouchement ; la matrone dispense aussi des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté comme les ASC ;
- **ASC / Matrone** : c'est une matrone polyvalente qui cumule également des fonctions d'ASC (soins curatifs, préventifs et promotionnels) ;
- **Relais communautaire** : chargé(e) de mener des activités de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, ainsi que des activités préventives et promotionnelles dans sa communauté ;
- **Dispensateur (trice) de Soins à Domicile (DSDOM)** : chargé(e) de prendre en charge les cas de paludisme (TDR et ACT) dans sa communauté. Depuis peu, les DSDOM prennent en charge également les IRA et la diarrhée en plus du paludisme (PECADOM élargie). Les DSDOM offrent aussi des services préventifs et promotionnels en rapport avec les maladies de l'enfant ;
- **Bajenu Gox** : marraine de quartier ou de village ; elle appuie les relais dans la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire ;
- **Praticien(ne) de la Médecine Traditionnelle (PMT)** : reconnu par la communauté dans laquelle il vit comme compétent pour identifier des maladies et invalidités spécifiques, et dispenser des soins de santé grâce à des moyens spirituels, des techniques manuelles et exercices et /ou l'emploi de substances d'origine végétale ou animale (fonctionne dans le système alternatif de soins).

**Le schéma retenu est de regrouper les différents acteurs** en 2 catégories d'acteurs communautaires de santé :

- **Acteurs Communautaires de soins (ACs)** : en charge de délivrer un paquet de services curatif, préventif et promotionnel. Il peut s'agir d'un homme ou d'une femme officiant dans une case de santé ou à domicile (ASC, Matrone, ASC/matrone, DSDOM). Il/elle a reçu une formation homologuée, centrée sur un paquet de services normés (voir paquet de service en annexe)

- **Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention (ACPP)** : en charge de la création de la demande et de la diffusion des messages sanitaires (Relais, Banjenu gox). Ils sont composés d'hommes et de femmes officiant dans une case de santé ou un site et qui ont reçu une formation homologuée centrée sur un paquet normé (voir paquet de services en annexe). Les Praticiens de la Médecine traditionnelle peuvent être utilisés dans cette catégorie s'ils suivent la formation appropriée sur le paquet de services normés.

L'élaboration du Plan Stratégique National de Santé Communautaire a permis de **redéfinir les paquets de service de ces différentes catégories autour de trois principes** :

- extension des paquets de service :
  - services additionnels dans un domaine déjà couvert par le niveau communautaire (ex. injectables en plus de l'offre initiale de pilule dans la PF au niveau communautaire ; prévention HPP).
  - élargissement du paquet de services mis en œuvre au niveau communautaire à de nouveaux domaines (ex. maladies non-transmissibles) ;
- harmonisation des paquets de services par catégories d'acteurs communautaires ;
- révision périodique des paquets de service impliquant toutes les parties prenantes selon les priorités sanitaires du Sénégal et les recommandations internationales.

**Les acteurs communautaires de santé interviendront dans trois domaines :**

- **Promotion** : les Acteurs Communautaire de Santé (ACs et ACPP) préviennent la maladie et promeuvent la santé par du counseling et de l'éducation sanitaire. Des campagnes de sensibilisation et d'information sont conduites pour encourager la population à recourir aux interventions des acteurs communautaires de santé de la localité et à adopter les comportements clés d'une bonne santé individuelle et collective. Ces activités couvrent également l'incitation à l'adhésion aux mutuelles de santé dans le cadre de la mise en place de la Couverture Maladie Universelle.
- **Prévention** : les acteurs communautaires de santé (ACs et ACPP) réalisent des visites à domicile, assurent la référence des cas le nécessitant aux postes et centres de santé et appuient la communauté à organiser les moyens d'évacuation en cas de besoin.
- **Soins curatifs** : les acteurs communautaires de soins sont le premier point de contact pour des soins curatifs de base. Le paquet offert dépend des capacités et du profil de l'acteur communautaire. La formation et la supervision des acteurs de santé communautaire sont assurées par l'ICP seul ou en collaboration avec les agents de développement communautaire (ONG partenaires).

*Les paquets de services des acteurs communautaires de santé figurent en annexe du plan et sera largement diffusé.*

## **9. Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation intégré et coordonné pour les acteurs communautaires de santé**

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, en collaboration avec les autres acteurs (PTF, autres secteurs...) élaborera un plan de formation quinquennal (initiale et continue). Le plan précisera la durée de la formation initiale pour chaque catégorie d'acteurs, les modalités de la formation continue, le système de coordination, le suivi et l'évaluation du plan de formation.

Les acteurs communautaires de santé seront formés par les ICP et les sages-femmes selon les standards et les curricula du Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Toutes les formations seront



exécutées au niveau local à l'aide de modules intégrés et harmonisés. Le suivi de la qualité du plan formation sera assuré par la Cellule de Santé Communautaire.

La formation prendra en compte les concepts en rapport avec les compétences techniques dans les domaines cibles, la gestion de la santé communautaire, l'enregistrement des données, si possible, le recours à la technologie mobile. La formation continue (recyclage) considérera les domaines ou des déficiences de performances ont été observées pendant la supervision ou de nouveaux domaines non pris en compte dans la formation initiale.

## **10. Assurer la disponibilité des médicaments et produits essentiels au niveau communautaire**

Il convient d'assurer la disponibilité des médicaments et produits grâce à une dotation initiale des cases et sites intégrée dans les stocks des postes de santé. Cette dotation peut être financée à partir du fonds de dotation des collectivités locales ou avec l'aide des partenaires financiers et des comités de santé. Le médecin chef de district veillera à l'effectivité de cette disposition. Il fera notamment le plaidoyer nécessaire auprès des collectivités locales et des comités de santé.

Les ICP assurent le réapprovisionnement en prenant en compte les besoins réels exprimés par les acteurs communautaires lors de leurs commandes. Un guide de bonnes pratiques en matière d'approvisionnement des cases de santé sera élaboré et largement diffusé au niveau des postes de santé. La supervision des postes de santé par le district mettra le focus sur la disponibilité des produits au niveau communautaire. Enfin, il sera proposé d'inclure un indicateur récompensé dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) en rapport avec la disponibilité des médicaments et produits essentiels au niveau des cases de santé et sites communautaires. La mise en place du projet des sages-femmes / personnels itinérants et « *Informed push Model* » constitueront d'autres opportunités pour renforcer la disponibilité des médicaments et des produits.

## **11. Renforcer le rôle des collectivités locales dans la gestion de la santé communautaire**

La santé communautaire fait pleinement partie des prérogatives des collectivités locales. Ce plan favorise la responsabilisation et l'appropriation de ce domaine de la santé par les collectivités locales. Il vise à renforcer leurs capacités de gestion et à les inciter à se doter d'interlocuteurs en matière de santé communautaire. Ainsi, elles seront appuyées afin de mieux intégrer la santé communautaire lors de l'élaboration des POCL et la mise en œuvre des activités.

Les collectivités locales sont au centre du schéma général de mise en œuvre et de financement. Elles peuvent se regrouper et contractualiser avec des OCB ou ONG pour les appuyer dans la mise en œuvre ou la gestion de la santé communautaire. Elles pourront prétendre dans ce cadre ainsi qu'à d'autres à un appui des structures du MSAS.

Les collectivités locales participeront au financement de la santé communautaire. Il est attendu que leur contribution augmente au fur et à mesure de l'accroissement de leurs capacités financières. Ce modèle s'appuie sur les structures existantes et pourra évoluer en fonction des arbitrages rendus lors de la finalisation de l'acte III de la décentralisation.

## 12. Mettre en place et renforcer les capacités des comités de gestion, des comités de santé et des réseaux d'acteurs communautaires de santé

Il existe trois instances à renforcer au niveau communautaire : a) le comité de santé, b) le comité de gestion, c) les réseaux des associations d'acteurs communautaires.

Le comité de santé est l'organe de liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations. La participation des populations à l'effort de santé publique à travers les comités de santé a fait l'objet du décret 92-118 du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumises ces associations. Les comités de santé ont en charge la gestion des acteurs de santé communautaire. Ils facilitent l'exécution des activités de promotion de la santé et contribuent au financement de la santé communautaire (cases de santé et sites).

Le comité de gestion est mis en place conformément à la loi 96-07 portant sur le transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et du décret d'application 96-1135. Il est chargé de délibérer sur le projet de budget et les comptes et sur l'activité sanitaire, les réparations et l'action sociale des centres et postes de santé. Il existe un comité de gestion pour le centre de santé et le poste de santé. Ce comité intégrera également les cases de santé et sites implantées dans sa zone de responsabilité.

Les associations d'acteurs communautaires de santé se regroupent pour constituer des réseaux d'acteurs communautaires. Les réseaux constituent la porte d'entrée pour organiser le financement des activités génératrices de revenus et les autres activités de soutien aux acteurs communautaires de santé. Le MSAS appuiera le renforcement des capacités des réseaux et la formalisation de leur statut administratif (reconnaissance légale). Les réseaux seront utilisés comme prestataires de services dans tous les domaines de santé communautaire dont la promotion de la mutualité.

## 13. Mettre en place un système de motivation des acteurs communautaires de santé

Le document de Politique de santé communautaire indique que la motivation des acteurs communautaires de santé relève de la responsabilité de la communauté. Néanmoins, le MSAS et les partenaires, sous diverses formes, doivent contribuer à cette motivation. Les principes de base de cette motivation sont la reconnaissance et la valorisation de l'acteur communautaire de santé.

- **Communautés** : chaque communauté définira le système de motivation des acteurs communautaires de santé le plus adapté aux réalités locales : champ collectif, investissement humain au bénéfice de l'ACS, indemnité à partir des ressources tirées de la participation des populations, cession de terrain à usage d'habitation ou pour des activités agricoles...
- **Collectivités locales** : chaque collectivité locale accordera une subvention aux acteurs communautaires, notamment en contribuant au financement des réseaux (activités génératrices de revenus, primes de performance, indemnités ...)
- **Ministère de Santé et de l'Action sociale** : les actions à entreprendre par le MSAS sont :
  - la confection d'un badge d'identification des ACS et l'allocation de l'équipement standard ;
  - la formation initiale, le recyclage périodique et la supervision régulière de tous les acteurs communautaire de santé ;
  - la systématisation de la délivrance d'attestation à l'issue des formations ;

- l'autorisation d'un accès gratuit aux soins pour les ACS et leur famille au premier degré et, à terme, la subvention totale pour la prise en charge à travers les mutuelles de santé ;
- l'institutionnalisation d'un système de motivation viable des ACS à partir des collectivités locales ;
- l'appui à l'organisation des ACS et au renforcement des capacités des réseaux ;
- l'institutionnalisation d'une journée nationale de l'acteur communautaire de santé (JACS) ;
- l'institutionnalisation d'un Prix de l'acteur communautaire de santé ;
- l'octroi symbolique de billets pour le pèlerinage aux lieux saints à des ACS désignés par les réseaux.

- **Partenaires techniques et financiers** : ils appuieront, dans la mesure de leurs possibilités, les différentes sortes de motivations.

## **14. Mettre en place ou renforcer les structures en charge de la gouvernance et du schéma de mise en œuvre**

Afin de mettre en œuvre le PSNSC, des structures en charge de la gouvernance et du schéma de mise en œuvre seront créées tandis que d'autres demanderont à être renforcées. Il conviendra d'abord de mettre en place le Comité National de Santé Communautaire (CNSC). Ce comité aura pour tâche d'appuyer, d'impulser et de valider les différents enjeux afin de développer une approche multisectorielle utile à la santé communautaire.

La Cellule de Santé Communautaire, sous la supervision de la Direction Générale de la Santé, a un rôle crucial dans la définition des termes de référence et l'agrémentation des GIE, OCB et ONG. Il sera nécessaire de clarifier les attributions de la Cellule et de désigner les points focaux au sein des programmes, services et directions nationaux. Enfin, le plan prévoit le renforcement de la Cellule en personnel et équipement.

## **15. Mettre en place les mécanismes de financement**

La mise en œuvre des interventions communautaires requiert un modèle de financement pérenne avec une prise en charge progressive par l'Etat, les collectivités locales et la population ainsi qu'une contribution des partenaires techniques et financiers. Un dispositif qui permet une mutualisation des moyens débouchant sur des synergies importantes sera créé. Le MSAS cherchera à mobiliser les financements directs des collectivités locales, des comités de santé et des partenaires techniques et financiers. Des voies de financement innovant seront explorées. Il est enfin prévu de solliciter des entreprises locales (carrières, hôtels...) ou de s'appuyer sur la création d'activités génératrices de revenus à déterminer d'accord partie.

## **16. Assurer le suivi évaluation**

Il s'agit d'assurer une planification, un suivi et une évaluation continus des interventions de la santé communautaire. Pour cela plusieurs volets doivent être adressés :

- cadre logique de suivi évaluation avec des tableaux de bord ;
- activités de suivi au moyen de mécanismes de collecte et de gestion de données efficaces (ICP/SF des postes de santé, sages-femmes itinérantes, technologie mobile...), de réunions de coordination, des rapports périodiques et des revues régulières ;
- activités d'évaluation au moyen d'évaluations à mi-parcours et finales.

**Quatre types d'indicateurs seront suivis de manière régulière et détaillée :**

- Intrants : il s’agit des ressources utilisées dans le cadre du Plan Stratégique National de Santé Communautaire (ressources financières, humaines et matérielles).
- Activités et processus : ils sont définis par le Plan Stratégique National de Santé Communautaire en vue de la réalisation du plan et de l’atteinte des objectifs sanitaires (voir lignes d’action stratégiques).
- Impacts sanitaires (résultats) : il s’agit de l’impact observé sur l’évolution des indicateurs sanitaires (ex. le taux de mortalité maternelle).

**Un tableau de bord avec des indicateurs clés** a été défini. Il a pour objectif d’évaluer la mise en œuvre du plan ainsi que la contribution de la santé communautaire à l’atteinte des objectifs nationaux de santé et de soutenir l’atteinte des OMD. Pour chaque indicateur, les éléments suivants doivent être définis en collaboration avec les programmes et directions : la définition de l’indicateur, la donnée de référence, la cible par année, la fréquence, la source et le responsable pour la collecte et l’analyse.

Il conviendra en outre d’intégrer les indicateurs relatifs à la santé communautaire à la *scorecard* nationale (MNCH). Les mécanismes mis en place doivent assurer un enregistrement d’informations fiables et coordonnées, ainsi que des modalités de transmission de données à la structure de référence (poste, district) et au niveau régional (Région médicale) et central (DSISS).

Afin d’assurer la disponibilité d’outils pertinents, les outils existants seront améliorés, harmonisés et partagés avec toutes les parties prenantes. Des outils additionnels seront élaborés, s’il y a lieu. Il convient par ailleurs de mettre en place un dispositif de révision continue des outils de gestion de la santé communautaire. Les personnels et les acteurs seront orientés périodiquement sur l’utilisation des outils de suivi évaluation.

Le Plan stratégique bâtira sur l’existant et renforcera les instances de coordination nécessaires pour assurer un suivi et une évaluation de haute qualité. Il s’appuiera sur les réunions de coordination de district tout en bénéficiant du concours d’instances nouvellement créées (les comités locaux de santé communautaire et les comités départementaux de santé communautaire).

Le système sera renforcé par une unité de suivi et évaluation au niveau de la Cellule de Santé Communautaire qui assurera la coordination du suivi et engagera un dialogue pour améliorer le processus et les outils. Une revue à mi-parcours sera exécutée pour revoir l’état d’avancement et prendre des mesures correctrices. Enfin une revue finale permettra de tirer des conclusions quant à la bonne mise en œuvre du plan.

## **17. Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication autour de la santé communautaire**

L’objectif est d’élaborer un plan unique de communication intégré autour du Plan Stratégique National de Santé Communautaire pour assurer des messages clairs, coordonnés et harmonisés à travers les programmes, les directions, les régions et les acteurs de santé communautaire.

Le nouveau plan stratégique de santé communautaire sera diffusé auprès de cinq principales cibles :

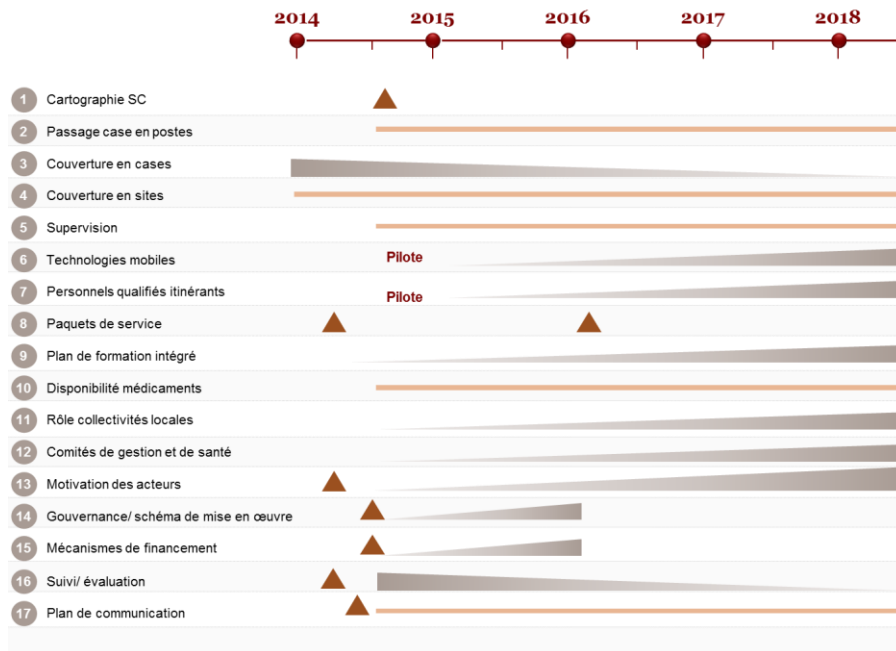
- population ;
- acteurs de santé communautaire ;
- personnels qualifiés ;
- état et collectivités locales ;
- partenaires techniques et financiers ;
- ONG.

Les populations seront informées sur la carte sanitaire et les paquets de service proposés pour chaque acteur de santé communautaire. Cette forme de sensibilisation permet non seulement d'informer et d'impliquer les populations, mais aussi de créer de la demande pour les services communautaires en renforçant l'aspect de qualité et d'élargissement de l'offre de service au niveau communautaire. Par exemple, l'information sanitaire est un premier pas pour susciter et appuyer la construction de cases additionnelles dans les régions ciblées. Le Plan de communication aura également comme objectif d'inciter les communautés et les organisations communautaires à accroître leur participation dans la santé communautaire et à s'engager pour le bien de leurs populations.

Les acteurs de santé communautaire seront informés des paquets de service à offrir et du plan de formation qui leur sera appliqué. Une journée de l'acteur communautaire sera institutionnalisée pour:

- démontrer la volonté et l'appui politique au plus haut niveau pour la santé communautaire ;
- annoncer des messages ou changements importants et assurer une information de masse des acteurs de santé communautaire ;
- célébrer les succès de la santé communautaire et partager des bonnes pratiques ;
- décerner le Prix de l'acteur communautaire.

#### ILLUSTRATION10



## C. Budget et sources de financement

Le coût total de ce plan sur cinq ans (2014-2018) est de 27,1 milliard de F CFA en coût opérationnel (représentant les coûts des activités, hors frais généraux, ressources humaines et infrastructure des agences, etc.). Par ailleurs, ce budget n'intègre pas les coûts des activités propres des directions et programmes (ex. distribution de médicaments, production de matériel de communication...).

L'amélioration de la qualité de service représente le premier poste de coût (11,2 milliards de F CFA sur cinq ans) ce qui représente environ 40% du budget global. Le recrutement de 250 sages-femmes/personnels itinérants représente une part significative des coûts associés à cet axe stratégique. Le deuxième axe stratégique en termes de coûts est le renforcement de l'intégration au système de santé (8,4 milliards de FCFA sur cinq ans) environ 34% et s'explique à la fois par l'introduction des technologies mobiles et le renforcement de la supervision des acteurs communautaires de santé. Le troisième poste de coût est l'amélioration de la couverture géographique qui est estimé à 3,5 milliards de F CFA sur cinq ans (environ 12%) et qui s'explique essentiellement par le renforcement de la couverture en case et sites fonctionnels. Enfin, le quatrième et cinquième poste de coût représentant respectivement la mise en place de la gouvernance et du schéma général de mise en œuvre de la santé communautaire (2,6 milliards de F CFA sur cinq ans soit 9%) et le renforcement de la participation des communautés et des collectivités locales (1,4 milliards de F CFA sur cinq ans soit 5%)

ILLUSTRATION11



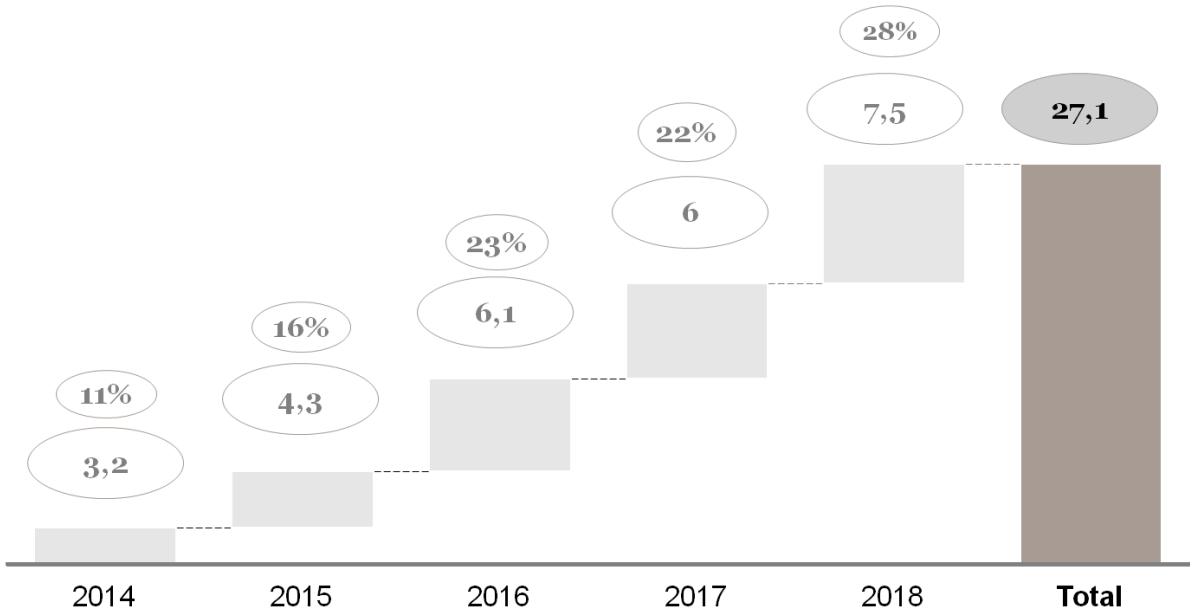
Le budget du PSNSC a été précisé pour chaque année d'ici 2018. Les coûts sont ainsi croissants d'une année sur l'autre du fait de la mise en place progressive des actions prévues (à titre d'exemple, le rythme auquel de nouveaux acteurs de santé communautaire sont formés augmente année après

année ce qui implique une croissance des coûts de formation mais aussi des coûts de supervision et de motivation financière).

ILLUSTRATION12

**Coûts**

2014-18, Milliards F CFA



Le budget du PSNSC a été détaillé pour chacune des 17 lignes d'action stratégiques.

## ILLUSTRATION13

Lignes d'action stratégiques	Coûts 2014-18, Milliards F CFA
1 Cartographier les acteurs/infrastructures communautaires et réaliser un plan de développement des infrastructures (cases à transformer en poste, cases/sites nécessaires)	0,1
2 Mettre en œuvre le plan de passage des cases en postes de santé	0,1
3 Renforcer la couverture en cases de santé fonctionnelles	0,9
4 Renforcer la couverture en sites communautaires	2,4
5 Renforcer la supervision des acteurs communautaires de santé par du personnel qualifié	3,9
6 Introduire les technologies mobiles pour améliorer le système d'information et contribuer à la création de la demande	4,4
7 Renforcer l'offre de services de qualité par du personnel qualifié itinérant	2,8
8 Harmoniser et élargir les paquets de services des acteurs communautaires de santé	0,3
9 Élaborer et mettre en œuvre un plan de formation intégré et coordonné pour les acteurs communautaires de santé	8,1
10 Assurer la disponibilité des médicaments et produits essentiels au niveau communautaire	0,01
11 Renforcer le rôle des collectivités locales dans la gestion de la santé communautaire	0,1
12 Mettre en place et renforcer les capacités des comités de gestion et de santé, des comités de santé et des réseaux d'acteurs communautaires	0,4
13 Mettre en place un système de motivation pour les acteurs communautaires de santé	0,9
14 Mettre en place ou renforcer les structures en charge de la gouvernance et du schéma de mise en œuvre	0,2
15 Mettre en place les mécanismes de financement	1,0
16 Assurer le suivi / évaluation	0,5
17 Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication autour de la santé communautaire	0,8
<b>Total</b>	<b>27,1</b>

Hypothèse : inflation annuelle à 1,4 % par an



# V. Mise en œuvre du Plan Stratégique National de Santé Communautaire

## A. Cadres institutionnel et organisationnel

Le cadre de mise en œuvre doit s'appuyer sur les structures existantes et prendre en compte l'aspect multisectoriel de la santé communautaire tout en créant les structures nécessaires à l'amélioration du système de santé communautaire. Il est primordial de mieux impliquer et responsabiliser la communauté et les collectivités locales dans la gestion des secteurs éminemment sociaux. L'engagement et la participation de la communauté et du niveau local sont des critères de succès du plan. Cependant, les synergies d'actions tardent à être opérées afin de pouvoir assurer une meilleure santé pour et par la communauté. Par conséquent, la définition claire d'un cadre institutionnel cohérent de la santé communautaire et de sa gestion est une priorité.

### 1) La Cellule de Santé Communautaire

Le cadre institutionnel actuel de la santé communautaire est régi par le décret 2012-1223 du 5 novembre 2012 portant répartition des services de l'Etat. En application de ce décret, un projet portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Action sociale a été élaboré et introduit dans le circuit administratif des visas. Ce projet de décret prévoit la création d'une Cellule de la Santé Communautaire au sein de la Direction Générale de la Santé. Il dispose en son article 32 que :

*"La Cellule de Santé Communautaire est chargée, en relation avec les services techniques :*

- *d'élaborer une politique de santé communautaire ;*
- *de définir des paquets d'activités communautaires intégrés aux différents échelons du système de santé ;*
- *de documenter les expériences communautaires".*

La Cellule de Santé Communautaire constitue la manifestation concrète de la volonté du Ministère de la Santé et de l'Action sociale de renforcer la gouvernance et le management de la santé communautaire. Le pilotage de la santé communautaire revient désormais à cette Cellule, qui a aussi en charge d'assurer la coordination des interventions avec les autres services techniques impliqués dans la santé communautaire. Le caractère à la fois multidimensionnel et transversal de la santé communautaire a été ainsi officialisé et il apparaît notamment que tous les échelons du système de santé sont concernés, ce qui confère à la Cellule une dimension nationale et multisectorielle.

#### ■ Missions de la Cellule

La première mission de la Cellule est d'élaborer une politique de santé communautaire. L'existence d'une politique consensuelle constitue un préalable pour le développement durable de services de santé communautaires efficaces avec la participation coordonnée de toutes les parties prenantes gouvernementales et non-gouvernementales aux niveaux central et local.

Les rôles et prérogatives de la Cellule de Santé Communautaire sont notamment :

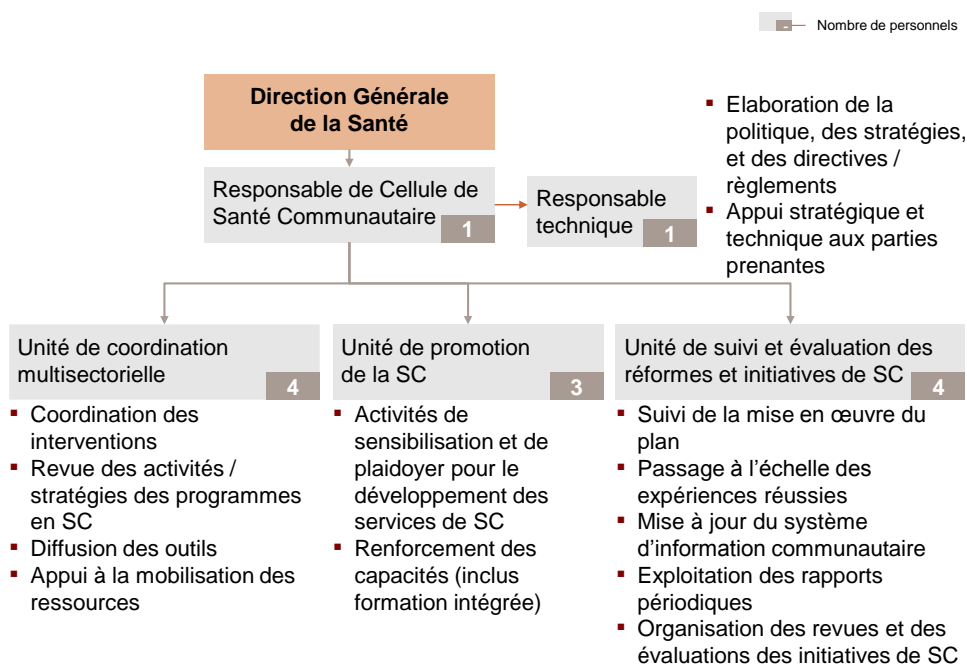
- l'élaboration et la révision des politiques et stratégies de santé communautaire ;
- la coordination des interventions de santé communautaire à travers les programmes et directions techniques ;
- les conventions avec les partenaires techniques et financiers ainsi que les structures régionales pour coordonner les activités et fournir un appui stratégique et technique aux parties prenantes ;
- la définition de termes de référence de base ou de normes minimales applicables dans le cadre du plan (la Cellule peut ainsi impliquer les districts sanitaires ou la région médicale si nécessaire) ;
- l'émission d'agrément avec les GIE, OCB et ONG ;
- l'émission de directives et règlements pour la santé communautaire tels que l'harmonisation des tarifs ou la supervision intégrée ;
- l'harmonisation et la révision des outils en relation avec la santé communautaire ;
- la création, l'harmonisation et la mise à jour des modules de formation ;
- le suivi et l'évaluation des performances des initiatives de santé communautaire (renforcement du système d'information communautaire et son intégration au système national d'informations sanitaires).

### ■ Organisation de la Cellule de Santé Communautaire

Sur la base des missions et du rôle de la Cellule, il convient de mettre en place une organisation qui lui permet de mener avec succès ses activités.

L'organisation de la Cellule doit être formalisée à travers un arrêté. Cet arrêté permettra de détailler les missions et prérogatives de la Cellule, de définir ses relations avec les parties prenantes et préciser sa composition et la répartition des tâches à l'intérieur des unités.

ILLUSTRATION14



Les quatre pôles ci-dessous se dégagent en rapport avec les missions de la Cellule.

- Responsable de la Cellule et agents qui lui sont directement rattachés : Le Responsable de la Cellule supervise la gestion générale et le suivi du Plan Stratégique National de Santé Communautaire, l'agrémentation des OCB, GIE et ONG, l'élaboration de la politique et la révision de la stratégie de santé communautaire.
- Unité de coordination multisectorielle : elle est chargée de la coordination des interventions (collectivités locales, autres départements ministériels, GIE, ONG, OCB, partenaires techniques et financiers), de la revue des activités/stratégies des programmes en santé communautaire, de la diffusion des outils et la mobilisation des ressources.
- Unité de promotion de la santé communautaire : cette unité est chargée entre autres du renforcement des capacités (incluant la formation intégrée) et de toutes les activités de sensibilisation et de plaidoyer au niveau des parties prenantes pour le développement des services de santé communautaires.
- Unité de suivi et évaluation des réformes et initiatives de santé communautaires : elle assure la mise en œuvre du plan, le passage à l'échelle des expériences communautaires réussies, le suivi et la mise à jour du système d'information communautaire, l'exploitation des rapports périodiques, l'organisation des revues et l'évaluation des initiatives de santé communautaire.

Une proposition des prérogatives, compétences et expériences recherchées pour chaque profil est disponible. Dans l'optique de mettre en synergie toutes les potentialités, la Cellule fera nommer au niveau de chaque programme/direction et service du Ministère de la Santé et de l'Action sociale un point focal santé communautaire.

## **2) Comité National de Santé Communautaire**

Les déterminants de la santé sont multifactoriels incluant les facteurs sociaux, environnementaux, comportementaux et ceux liés au système de santé. La résolution des problèmes de santé des populations implique donc la collaboration de tous les secteurs de développement.

Un Comité National de Santé Communautaire (CNSC) sera mis en place comme instance d'appui, d'impulsion et de validation des différents enjeux à prendre en charge. Afin de développer une approche multisectorielle utile à la santé communautaire, ce comité pourrait, en plus des points focaux Santé Communautaire, regrouper les représentants des structures suivantes (liste non exhaustive) :

- Société civile et représentants d'ONG
- Direction de la protection civile
- Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie
- Ministère de l'éducation
- Ministère de la Jeunesse
- Ministère de la Femme, de l'Enfance et de l'Entreprenariat féminin
- Ministère de l'Aménagement du Territoire et des collectivités locales/ Direction des collectivités locales
- Partenaires techniques et financiers
- Agences d'exécution et ONG
- Représentants des collectivités locales et des communautés

- Représentants du secteur privé.

### **3) Comité de pilotage de la Santé Communautaire**

Selon la note de service du Ministre de la Santé et de l'Action sociale, le Comité de Pilotage de la Santé Communautaire rassemble l'ensemble des parties prenantes en charge de la santé communautaire (Ministère de la Santé et de l'Action sociale, autres départements ministériels, agences d'exécution, partenaires techniques et financiers, représentants des collectivités locale...). Il assure le suivi de la mise en œuvre de la santé communautaire et notamment l'élaboration des plans stratégiques et plans d'action annuels. Il appuie la Cellule de Santé Communautaire dans la production d'outils de gestion utiles à la Santé Communautaire. Il assure la revue périodique du Plan Stratégique National et le partage des innovations et expériences réussies en santé communautaire. Dans la mise en œuvre, le comité de pilotage sera élargi aux représentants des acteurs, des organisations communautaires de base et des mutuelles de santé.

### **4) Organisation de la santé communautaire au niveau régional**

Le projet de décret créant les Directions Régionales de la Santé et de l'Action sociale en remplacement des Régions Médicales cite en ses articles 49 et 50 les divisions de la Direction Régionale de la santé dont la Division régionale des Soins de Santé Primaires. Cette Division Régionale des Soins de Santé Primaires servira d'ancrage pour la santé communautaire. Elle aura à ce titre des relations fonctionnelles étroites avec la Cellule de Santé Communautaire. Il faut relever la coexistence avec la Division de la Promotion de la Santé au niveau de la même Direction Régionale, ce qui suggère une coordination formelle entre ces deux divisions pour la gestion du volet promotion de la santé communautaire.

Ces différentes relations devraient être clairement définies à travers l'arrêté portant organisation et fonctionnement des Directions Régionales de la Santé et de l'Action sociale. A part la promotion de la santé communautaire, toutes les autres fonctions dévolues à la Cellule centrale sont de la responsabilité entière de la Division Régionale des Soins de Santé Primaires. Il conviendra ainsi de définir précisément la relation unissant l'équipe de la Direction Régionale en charge de la santé communautaire et le point focal santé communautaire du district sanitaire d'un côté et la Cellule de Santé Communautaire de l'autre.

A l'instar du niveau central, il est mis en place un comité régional de santé communautaire par arrêté du Gouverneur pour assurer la participation de toutes les parties prenantes à la mise en œuvre de la santé communautaire au niveau régional.

### **5) Organisation de la santé communautaire au niveau du district sanitaire**

Le décret portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Action sociale n'aborde pas la question du district sanitaire. Un choix doit être fait entre la création d'un bureau chargé de la santé communautaire au niveau du centre de santé ou la nomination d'un responsable de la santé communautaire au niveau de l'équipe de district. Chacune de ces deux options a ses avantages et ses inconvénients. Certes, l'Equipe Cadre de District est réduite mais elle peut assurer valablement le lien entre la Division régionale des SSP et les postes de santé en collaboration avec le centre de santé si l'expertise pour le transfert de certaines compétences au niveau communautaire n'existe qu'à ce niveau. Si l'ancrage est décidé au niveau de l'ECD, il faudra préciser les rôles et responsabilités de l'Infirmier chef de poste et de la collectivité locale dans la mise en œuvre de la Politique de santé communautaire soit dans le même arrêté soit à travers une circulaire plus détaillée.

Un Comité Départemental de Santé Communautaire (CDSC) sera mis en place et présidé par le préfet du département avec comme secrétaire le superviseur SSP du district. Il se réunira trimestriellement pour suivre et coordonner les activités. A l'image du CNSC, il sera composé de l'ensemble des parties prenantes concernées par la santé communautaire au niveau départemental. Un représentant du comité départemental sera présent aux réunions de coordination de district.

## **6) Organisation de la santé communautaire au niveau local**

### **■ Communauté**

La pleine participation et l'engagement des communautés, à travers des organisations comme les OCB, regroupements de femmes et autres formes d'associations actives dans le domaine de la santé communautaire, est fondamentale. La communauté est au centre du dispositif et participera largement à la mise en œuvre du PSNSC :

- constructions et gestion des cases de santé ;
- exécution des activités (les acteurs communautaires de santé sont des membres de la communauté choisis par la communauté) ;
- participation au financement (par exemple à travers les mutuelles de santé ou les comités de santé ou de façon plus directe) ;
- suivi des activités et informations sur les besoins et priorités sanitaires ;
- représentation dans les structures (comité national, comités locaux de santé communautaire...).

Afin d'accomplir ces tâches, les communautés doivent être appuyées. Cet appui visera une meilleure formation des représentants des communautés ou encore la motivation des acteurs de santé communautaire. La communauté sera ainsi encouragée et accompagnée pour entreprendre des projets de santé.

### **■ Comité local de santé communautaire**

Au niveau communautaire, le Comité Local de Santé Communautaire (CLSC) présidé par le sous-préfet collaborera avec les ICP de la zone. Il se réunira trimestriellement. A l'image du CNSC, il sera composé de l'ensemble des parties prenantes concernées par la santé communautaire au niveau local. La collectivité locale sera entièrement responsabilisée pour l'animation et le monitoring des activités de santé communautaire. Un plan de travail annuel sera élaboré et mis en œuvre. Un système de monitoring des activités de santé communautaire sera mis en place en ligne avec le système national d'information.

### **■ Comités de santé**

La participation des populations a été organisée par la loi n° 92-07 du 15 janvier 1992 et le décret n° 92-118 du 17 janvier 1992 qui définissent le statut, l'organisation et le fonctionnement des comités de santé. Ce décret précise également l'ensemble des prérogatives des comités de santé. Les comités de santé seront en charge de superviser les activités de santé communautaire, de participer aux activités de promotion de la santé et de contribuer à la motivation financière des acteurs de santé communautaire et au financement des activités de santé communautaire dans la localité (cases et sites).

## **B. Suivi et évaluation**

Afin d'assurer une mise en œuvre efficace de l'ensemble des lignes d'action prévues dans le plan et une réactivité dans les mesures à prendre, des mécanismes et un plan de suivi évaluation seront mis

en place. Ces mécanismes sont compatibles avec les structures de suivi évaluation existantes afin de permettre une harmonisation et une intégration avec le système national d'information. Le plan fera l'objet d'un suivi au plus haut niveau (le Ministre de la Santé et de l'Action sociale), la santé communautaire étant une priorité nationale affirmée.

Les principes suivants ont été suivis dans l'élaboration des mécanismes :

- gain d'efficacité et réelle possibilité de comparaison par l'utilisation d'un seul cadre de suivi évaluation par toutes les parties prenantes ;
- garantie de continuité : les mécanismes capitalisent sur le savoir-faire technique, les expériences réussies et les structures de suivi évaluation existantes ;
- souci d'harmonisation au travers des programmes et du système de santé global pour assurer une meilleure qualité des données et de suivi des indicateurs, ainsi qu'une flexibilité en cas de changements de personnels ;
- sélection des indicateurs sur la base des résultats au bénéfice des individus, optimisation des ressources, bonne gouvernance et pérennisation ;
- transparence et visibilité pour tous les acteurs de santé communautaire et parties prenantes ;
- formation et motivation à respecter ces procédures et mécanismes de suivi évaluation.

Les éléments suivants ont été mis en place :

- cadre logique de suivi évaluation avec des tableaux de bord ;
- activités de suivi au moyen de mécanismes de collecte et de gestion de données efficaces (par exemple par les sages-femmes itinérantes et la technologie mobile), de réunions de coordination, des rapports périodiques et des revues régulières ;
- activités d'évaluation au moyen d'évaluations à mi-parcours et finales.

## **B.1 Le cadre logique de suivi - évaluation**

Quatre types d'indicateurs seront suivis de manière régulière et détaillée :

- **Intrants : il s'agit de ressources utilisées dans le cadre du Plan Stratégique National de Santé Communautaire (ressources financières, humaines et matérielles)**
- **Activités et processus : ils sont définis par la Plan Stratégique National de Santé Communautaire en vue de la réalisation du plan et de l'atteinte des objectifs sanitaires (voir lignes d'action stratégiques)**
- **Impact sanitaires (résultats) : il s'agit de l'impact observé sur l'évolution des indicateurs sanitaires (ex. le taux de mortalité maternelle)**

Des outils et des tableaux de bord standardisés permettront de discuter de l'évolution des indicateurs dans les différentes régions et au niveau central. Chaque indicateur devra être affiné (description

détaillée, source, fréquence, responsable, base de référence, cible...) à l'occasion d'ateliers permettant de définir le cadre logique.

## **1) Intrants**

La mobilisation des intrants nécessaires à l'exécution du Plan Stratégique National de Santé Communautaire devra faire l'objet d'un suivi régulier assuré par la Cellule de Santé Communautaire en collaboration avec le comité national de santé communautaire. Les éléments suivants seront mesurés :

- le niveau de ressources mobilisées à terme pour chaque activité et sous-activité ;
- le gap de financement à combler pour chaque activité ;
- le ratio de ressources humaines opérationnelles (par exemple au sein de la Cellule de Santé Communautaire) comparé aux ressources prévues.

## **2) Activités et processus**

Le niveau d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action sera suivi par la Cellule de Santé Communautaire à travers deux types d'indicateurs :

- Indicateurs de réalisation des activités : le niveau d'exécution mensuelle et les éventuels points de blocage suivis et partagés avec le Comité de Pilotage.
- Indicateurs de processus : ces indicateurs permettront de suivre la réalisation des résultats attendus des activités du plan de manière focalisée. Ils seront suivis bi-annuellement par le Comité de Pilotage (rythme trimestriel pour la première année).

Financements mobilisés - MFCFA				
Lignes d'action stratégiques	Année 1		Année 2	
	Cible	Résultat	Gap	Gap
1	Cartographie et plan de développement des infrastructures			
2	Plan de passage des cases en postes de santé			
3	Couverture en cases de santé fonctionnelles			
4	Couverture en sites communautaires			
5	Supervision des acteurs de SC par du personnel qualifié			
6	Introduire les technologies mobiles			
7	Personnel qualifié itinérant (par ex: sages-femmes itinérantes)			
8	Paquets de service			
9	Plan de formation intégré et coordonné			
10	Disponibilité des médicaments et produits			
11	Renforcement du rôle des collectivités locales			
12	Comités de gestion et de santé			
13	Système de motivation pour les acteurs de SC			
14	Structures de gouvernance et schéma de mise en œuvre			
15	Mécanismes de financement			
16	Suivi / évaluation			
17	Plan de communication autour de la santé communautaire			



ILLUSTRATION16

Activités stratégiques	Etat d'avancement		Années				
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
1.1 Etablir une cartographie des acteurs/infrastructures communautaires et des besoins	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
1.2 Elaborer un plan de développement communautaire (caser) à transformer en poste, caser/ sites nécessaires)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
1.3 Communiquer les recommandations du plan de développement pour les intégrer dans la carte sanitaire	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
2.1 Décliner les critères de passage des caser en postes de santé	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
2.2 Promouvoir le partenariat public-privé pour la création de structures phares communautaires	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
2.3 Mettre en oeuvre le plan de passage de caser en postes de santé	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
3.1 Identifier les caser de santé à rendre fonctionnelles par district et par région	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
3.2 Enrôler les caser de santé non fonctionnelles	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
3.3 Promouvoir la construction de caser sur la base de critères liés	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
3.4 Assurer la fonctionnalité continue des caser (nouvelles et anciennes)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
4.1 Définir les critères et normes pour l'implantation de sites	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
4.2 Mettre en place les sites communautaires additionnels pour améliorer la couverture (APP et PSSC itinérants)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
4.3 Assurer la fonctionnalité continue des sites	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
5.1 Assurer la supervision mensuelle des caser de santé communautaire	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
5.2 Rendre effectives les réunions de programmation bimensuelles autour du chef de Poste de Santé	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
5.3 Mettre en place la supervision des activités communautaires par les sages-femmes itinérantes/ personnes itinérantes	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
6.1 Intégrer les technologies mobiles en SRPF en appui des sages-femmes itinérantes pour renforcer les communautés et assurer la collecte de données	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
6.2 Tester l'utilisation des technologies mobiles par les caser de santé communautaire en santé maternelle et néonatale (Child Fund à Kolda)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
6.3 Faire le bilan et prendre une décision sur la mise à l'échelle des technologies mobiles (fourmure d'un terminal à l'ensemble des caser de SC	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
7.1 Lancer le pilotage sur les sages-femmes itinérantes (BOOSF à terme)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
7.2 Lancer le pilotage sur les sages-femmes en réseau	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
7.3 Faire un bilan et prendre une décision sur la mise à l'échelle du projet de sages-femmes itinérantes/ en réseau	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
8.1 Développer des paquets de service harmonisés pour chaque caser de SC et être réviser annuellement	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
8.2 Diffuser les paquets de services harmonisés à l'ensemble des caser	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
9.1 Evaluer la performance des programmes de formation et identifier les besoins de formation intégrée	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
9.2 Développer un curriculum de formation intégré et des modules adaptés	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
9.3 Réaliser les formations des Prestataires de Santé Communautaire Capaérés	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
9.4 Réaliser les formations des Acteurs de Promotion et Prévention	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
9.5 Réaliser le recyclage des agents de SC	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
10.1 Mettre en place une dotation initiale en médicaments et produits pour les caser	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
10.2 Assurer la dotation régulière en médicaments et produits des caser (avant mise à l'échelle de l'Informed Push Model)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
10.3 Assurer l'intégration des besoins des caser de santé dans l'Informed Push Model	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
11.1 Appuyer les collectivités locales dans l'intégration de la SC dans leurs priorités (POCL, planification, désignation d'interlocuteurs)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
11.2 Réaliser un pilotage en faveur de la mobilisation des ressources des collectivités locales	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
11.3 Appuyer les collectivités locales dans la mise en place des OIE / groupements OIG	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
12.1 Mettre en place / renforcer les comités départementaux (CCSC) et locaux (CLSC) de santé communautaire	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
12.2 Renforcer les comités de santé et comités de gestion (renouveler et former)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
12.3 Renforcer les réseaux d'acteurs de santé communautaire	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
13.1 Fricter les mécanismes de motivation et rémunération des acteurs de SC	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
13.2 Mettre en place un dispositif de motivation financière des acteurs communautaires	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
13.3 Mettre en place un dispositif de motivation non-financière des acteurs communautaires	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
13.4 Publication d'un arrêté uniformisant les tarifs des activités de SC	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
14.1 Mettre en place le Comité national de santé communautaire (CNSC)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
14.2 Susciter la création de OIE / rassemblements d'ONG	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
14.3 Renforcer la cellule de santé communautaire	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
15.1 Mobiliser des financements des collectivités locales et des comités de santé	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
15.2 Mettre en place des financements innovants	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
16.1 Définir le cadre logique du suivi / évaluation	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
16.2 Renforcer la coordination (instances de coordination et de suivi du plan d'action)	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
16.3 Orienter le personnel au suivi / évaluation du plan	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
16.4 Mettre à disposition les outils harmonisés	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
16.5 Réaliser la revue régulière du plan d'action	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
17.1 Elaborer un plan de communication intégré	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
17.2 Réaliser la communication auprès des populations	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
17.3 Réaliser la communication auprès des acteurs de SO et candidats potentiels	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
17.4 Réaliser la communication auprès des personnels de santé qualifiés	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
17.5 Réaliser la communication auprès de l'Etat et des Collectivités locales	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	
17.6 Réaliser la communication auprès des partenaires techniques et financiers	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	●●●	

Lignes d'action stratégiques	Indicateurs	Année 1		Année 2	
		Valeur de base	Cible	Résultat	Cible
1 Cartographie et plan de développement des infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation de la cartographie</li> </ul>				
2 Plan de passage des cases en postes de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % des structures communautaires passant en postes de santé</li> </ul>				
3 Couverture en cases de santé fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % de cases fonctionnels</li> <li>▪ % de cases construites vs. prévus</li> </ul>				
4 Couverture en sites communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % de sites fonctionnels</li> <li>▪ % de sites mis en place vs. prévus</li> </ul>				
5 Supervision des acteurs de SC par du personnel qualifié	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % de supervision réalisées vs. prévus</li> </ul>				
6 Introduire les technologies mobiles	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ # acteurs formés et équipés vs. prévus</li> <li>▪ # de SMS envoyés</li> </ul>				
7 Personnel qualifié itinérant (par ex. sages-femmes itinérantes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ # de personnel itinérant déployés vs. prévus</li> </ul>				
8 Paquets de service	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation de la mise à jour annuelle des paquets</li> </ul>				
9 Plan de formation intégré et coordonné	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ # de ACs et APP formés vs. prévus</li> </ul>				
10 Disponibilité des médicaments et produits	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taux de rupture de stock</li> </ul>				
11 Renforcement du rôle des collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ # de collectivités locales ayant contractualisé avec GIE / ONG vs. prévus</li> </ul>				
12 Comités de gestion et de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taux de fonctionnalité (# de réunions)</li> </ul>				
13 Système de motivation pour les acteurs de SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ #de motivation non financière distribué sur le prévu</li> </ul>				
14 Structures de gouvernance et schéma de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ # de district ayant mis en place nouveau schéma vs. prévus</li> </ul>				
15 Mécanismes de financement (y compris Fonds Commun)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % de contribution de l'Etat</li> <li>▪ % de contribution des Collectivités locales</li> </ul>				
16 Suivi / évaluation (incl. disponibilité d'outils de suivi harmonisés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ # rapports de suivi vs. prévus</li> </ul>				
17 Plan de communication autour de la santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A détailler lors de l'étude d'impact</li> </ul>				

### 3) Indicateurs d'impact sanitaire

Les indicateurs d'impact sanitaire reflètent l'aspect transversal de la santé communautaire et les priorités nationales. Ils ont été sélectionnés avec les représentants des programmes et des directions concernés. Ils visent à mesurer la contribution du système de santé communautaire à l'amélioration des indicateurs sanitaires nationaux. Pour limiter le nombre d'indicateurs à suivre, une sélection a été effectuée sur la base de l'impact.

Ces indicateurs sont réunis dans un tableau de bord tant au niveau national que régional pour permettre d'identifier les priorités d'intervention et suivre les actions sur le terrain. Il conviendra de finaliser la collecte des indicateurs pertinents ainsi que de les détailler lors d'ateliers permettant de finaliser le cadre logique de suivi (description détaillée, source, fréquence, responsable, base de référence, cible...).

ILLUSTRATION18

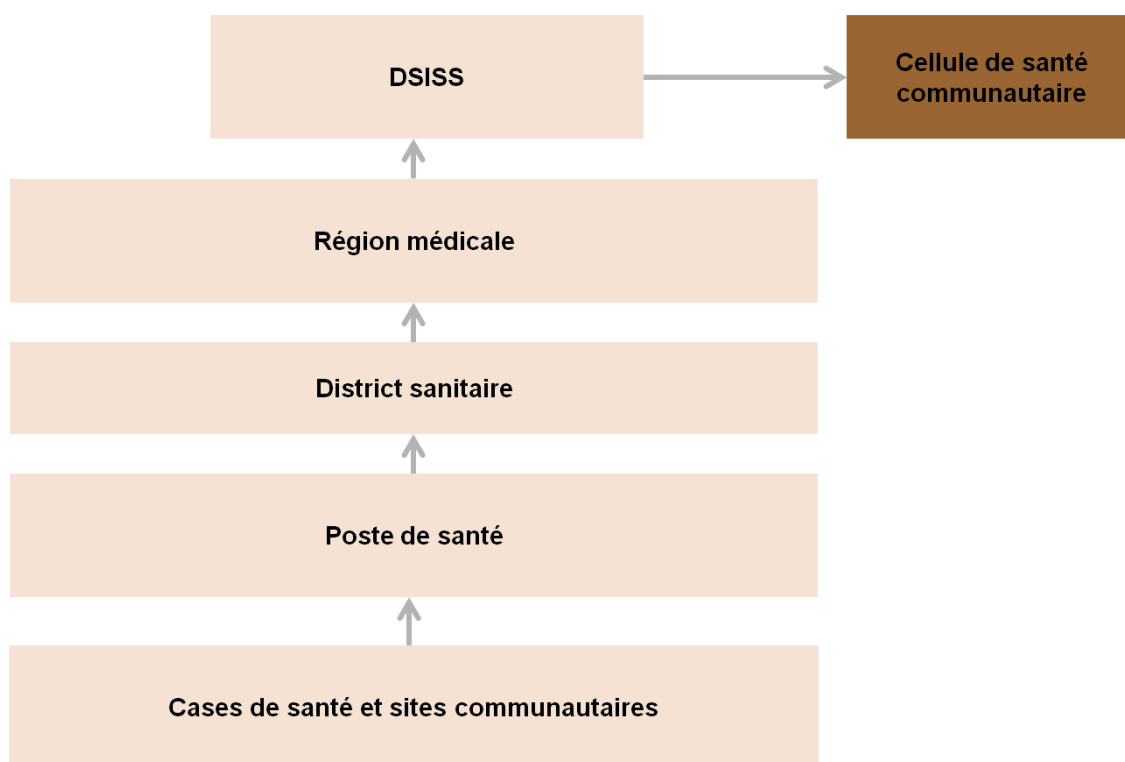
	Indicateurs	Objectif global	Objectif de la santé communautaire	
<b>SRSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'enfants suivis par la santé communautaire</li> <li>Nombre d'utilisatrices de PF additionnelles en 2015 vs. 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>360 000 (2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>125 000</li> </ul>	
<b>Lutte contre les maladies</b>	<b>Paludisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée chez :               <ul style="list-style-type: none"> <li>L'enfant de moins de 5 ans</li> <li>La femme enceinte</li> <li>La population globale</li> </ul> </li> <li>Taux de prise en charge adéquat par le DSDOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 % (2015)</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 à 90 % de l'objectif global réalisé par la santé communautaire</li> <li>90 %</li> </ul>
	<b>Tuberculose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Détection de toute forme de tuberculose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 % de cas détectés par la santé communautaire</li> </ul>
	<b>VIH/ Sida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction des nouvelles infections</li> <li>Part des PVVIH bénéficiant d'une meilleure qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-50 % (2015)</li> <li>80 % (2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À préciser</li> <li>À préciser</li> </ul>
	<b>MNT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cancer</li> <li>HTA</li> <li>Maladie cardiaque</li> <li>Diabète</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cours d'élaboration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cours d'élaboration</li> </ul>
	<b>MTN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onchocercose</li> <li>Bilharziose</li> <li>Trachome</li> <li>Filariose lymphatique</li> <li>Parasites intestinaux</li> <li>Lèpre</li> <li>Rage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élimination (2025)</li> <li>&lt;10 % de prévalence en zone endémique</li> <li>Élimination (2020)</li> <li>Élimination (2020)</li> <li>&lt;10 % de prévalence en zone atteinte</li> <li>Élimination (2020)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 % de l'objectif</li> <li>80 % de l'objectif</li> <li>80 % de l'objectif</li> <li>80 % de l'objectif</li> <li>30-40 % de l'objectif</li> <li>30 % de l'objectif</li> </ul>
<b>Alimentation et nutrition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Part des enfants bénéficiant des services nutritionnels</li> <li>Part des 6 mois à 5 ans dépistés pour la malnutrition aigue</li> <li>Part des mères d'enfants de 0 à 5 ans participant aux activités de communication en vue de changements de comportement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 %</li> <li>80 %</li> <li>90 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 %</li> </ul>	
<b>Eau, hygiène et assainissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<p>Les indicateurs seront précisés (ex. baseline, cible, source, responsable) lors de la définition du cadre logique de suivi</p>		

## B.2 Collecte, transmission et analyse des données

**Le système d'information de santé communautaire est intégré dans le système national d'information sanitaire.**

Le circuit de collecte de données respecte l'organisation du système de santé et ses niveaux. Il est fondamental que tous les acteurs soient impliqués et aient un rôle clair d'intervention selon leurs missions et compétences.

ILLUSTRATION19



### ■ Acteurs communautaires de santé

Tous les acteurs communautaires de santé (Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention et Acteurs Communautaires de soins) sont chargés de remplir les supports d'enregistrement de données de base (registres, fiches, cahiers ou dossiers de malades). Cette collecte d'information est faite de manière continue, standardisée et systématique. Une analyse locale est faite au niveau des cases et des sites dans le cadre des mécanismes de coordination existantes (réunion d'auto programmation et évaluation des cases et sites).

### ■ **Infirmier Chef de Poste**

Le poste de santé est le réceptacle de toutes les données issues du niveau communautaire. L'Infirmier Chef de Poste collecte mensuellement toutes les données des cases et sites en provenance des acteurs communautaires de soins et des acteurs de promotion et de prévention. Il est aidé par le personnel itinérant/sages femmes itinérantes (ou/et agents d'encadrement des ONG) qui appuient la collecte et la remontée de données. L'ICP compile et fait la synthèse des données du niveau communautaire et autres structures sous sa responsabilité, vérifie leur qualité et fait une première analyse. L'ICP fait participer les Acteurs Communautaires de Santé (ACS) au processus d'analyse lors des réunions des ACS autour de l'ICP. L'analyse des informations doit permettre à l'ICP d'identifier les zones nécessitant davantage d'efforts et les zones contribuant à l'amélioration des indicateurs de performance. Il transmet de manière mensuelle les rapports d'activités au district sanitaire et au Comité Local de Santé Communautaire (CLSC). Pour assurer un suivi efficace, un indicateur de performance sera mis en place pour l'ICP.

### ■ **Districts sanitaires**

Les équipes cadres de district, sous la responsabilité du Médecin Chef de District, assurent le contrôle de la qualité des données, alimentent la base de données et élaborent un rapport trimestriel d'activités transmis au niveau régional. Ils transmettent également les données au Comité Départemental de Santé Communautaire (CDSC). Pour assurer la collecte, l'analyse et la transmission régulières et complètes des données, des indicateurs liés au suivi évaluation seront mis en place comme critères de performance pour les districts.

### ■ **Régions médicales**

Les équipes cadres de région, sous la responsabilité du Médecin Chef de Région, sont chargées d'assister les équipes cadres de district dans le contrôle de la qualité des données et de procéder à leur vérification systématique. Elles doivent développer une base de données régionale à partir des données de districts. Elles élaborent un rapport d'activité semestriel au niveau national.

### ■ **Unité de suivi évaluation de la Cellule de Santé Communautaire**

Les responsables de gestion de données sont responsables de la collecte, vérification et transmission des données des régions. Ils sont en relation avec les équipes cadres de districts et de région ainsi que d'autres structures sanitaires pour coordonner le suivi des activités.

Le responsable suivi évaluation supervise l'ensemble des opérations de suivi évaluation. Il est en charge de l'évaluation périodique des résultats pour comprendre la pertinence, l'impact et la pérennisation des activités par rapport aux objectifs fixés.

En cas de nécessité, la cellule contractualise avec des partenaires tels que les instituts de recherche, structures de la société civile ou services décentralisés du système de santé. Elle coordonne aussi les interactions avec les partenaires techniques ou les ONG pour collecter tous les rapports et statistiques émis sur les activités de santé communautaire.

### ■ **Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale (DSISS)**

Dans le cadre du suivi évaluation de la santé communautaire, la DSISS doit intégrer les besoins de suivi de la santé communautaire dans les supports de collecte mis en place au niveau de la pyramide sanitaire. Il doit assurer la qualité et la cohérence des données et communiquer celles-ci à la Cellule de Santé Communautaire de manière régulière.

### ■ **Les partenaires techniques et financiers**

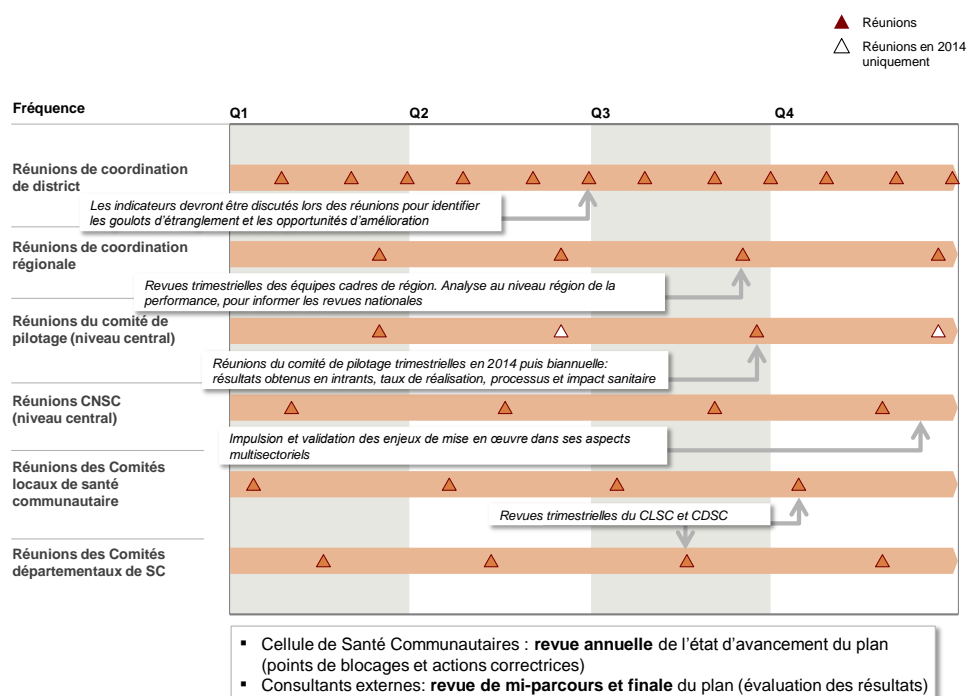
Les partenaires s'engagent à coordonner autant que possible les outils et les indicateurs afin de simplifier le processus. Ils participent aux missions d'évaluation et de supervision et fournissent les résultats à la Cellule de Santé Communautaire.

## B.3 Coordination du plan national

Les indicateurs de réalisation des activités, de processus et de résultat devront être discutés lors des réunions de coordination au niveau district (mensuellement) et régional (trimestriellement). Ils seront également évoqués trimestriellement par les Comités Locaux de Santé Communautaire (CLSC) et par les Comités Départementaux de Santé Communautaire (CDSC).

Au niveau central, le comité de pilotage se réunira trimestriellement la première année et à un rythme bimensuel par la suite. Il analysera les résultats obtenus en matière d'intrants, d'activités, de processus et d'impact sanitaire. Ces rendez-vous permettront d'identifier les blocages et les opportunités et de les prioriser. Cela facilitera l'adaptation des plans de travail sur la base de faits concrets.

ILLUSTRATION20



## B.4 Revues et évaluations

Des revues seront organisées chaque année afin d'évaluer l'état de mise en œuvre du plan et prendre les mesures correctrices nécessaires. D'autres formes d'évaluation sont prévues (évaluation à mi-parcours et évaluation finale).

## C. Gestion des risques

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de Santé Communautaire requiert de surmonter quatre types de risques

### ■ **Risque opérationnel**

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire s'appuie sur un nombre important d'activités à mettre en œuvre. Cette mise en œuvre devra être réalisée dans un temps réduit avec une multiplicité d'acteurs à impliquer (directions, programmes, agences d'exécution, partenaires techniques et financiers, collectivités locales, GIE, ONG...), ce qui pourrait retarder la mise en œuvre. Un suivi régulier de la réalisation et un pilotage robuste à haut niveau pourraient permettre de répondre à ce risque.

Par ailleurs, l'ampleur des modifications réglementaires et législatives à réaliser exige un plaidoyer efficace mené en amont de la mise en œuvre du plan pour s'assurer que ces évolutions sont réalisées rapidement. Un engagement fort de l'Etat est requis pour assurer une accélération dans les procédures.

Le chronogramme de mise en œuvre permet d'exécuter en premier lieu des activités de préparation (par exemple atelier pour valider les paquets de service, définition du curriculum de formation) et des interventions ne dépendant pas de changements réglementaires (cartographie, définition du cadre logique de suivi évaluation). Par ailleurs, l'opérationnalisation se fera d'abord dans deux régions pilotes à partir de 2014 avant de s'étendre progressivement à l'ensemble du territoire.

### ■ **Risque sur la réalisation de l'impact attendu**

Une "démédicalisation" trop forte ou qui ne serait pas accompagnée de la formation et de la supervision adéquates pourrait produire des résultats sanitaires contestables et nuire à l'image de la santé communautaire. Le processus de validation régulière du paquet de service impliquant l'ensemble des parties-prenantes permettra de s'assurer du bon niveau de "démédicalisation". De la même manière les actions visant à renforcer la supervision et la formation permettront d'assurer le niveau nécessaire de qualification des acteurs de mise en œuvre de santé communautaire.

### ■ **Risque social**

Le renforcement de la santé communautaire, notamment l'extension des paquets de services des acteurs communautaires de santé, pourrait susciter de la résistance de la part des personnels de santé qualifiés. C'est ainsi qu'un plan de communication exhaustif visera à justifier le caractère essentiel de la santé communautaire.

Il s'agit de s'assurer que la santé communautaire continue à être centrée sur la communauté. Le niveau central doit appuyer et assurer une meilleure intégration dans le système de santé, une meilleure coordination et un usage efficace des moyens.

### ■ **Risque de centralisation excessive**

Ce plan ambitionne de coordonner les activités au niveau central et de mettre en place des mécanismes permettant d'assurer des synergies. Cette ambition pourrait entraîner une centralisation excessive des activités de santé communautaire.

Une trop faible implication des communautés ou des collectivités locales pourrait nuire à la participation des populations aux activités et nuire à l'atteinte des objectifs. A ce titre, le PSNSC prévoit l'implication importante du niveau régional et local (collectivités locales et communauté). De la même manière, les programmes et directions techniques devront continuer à participer pleinement à la mise en œuvre technique des activités de santé communautaire.

# VI. Engagements des parties prenantes

## 1. Etat

- Cadre institutionnel :
  - Décret définissant les structures communautaires privées et les obligations de gestion ;
  - Arrêté harmonisant les tarifs pour les activités communautaires.
- Organes de gestion : arrêté définissant le rôle et la gouvernance de la Cellule de Santé Communautaire et de(s) potentielle(s) institution(s) d'exécution.
- Normes et protocoles de prise en charge : circulaire définissant les paquets de services de santé communautaire.
- Le renforcement de la Cellule de Santé Communautaire en tant que structure nationale de coordination du Plan Stratégique National et le recrutement de 10-15 agents présentant le profil approprié.
- Le recrutement de 250 sages-femmes itinérantes à l'horizon 2018.

## 2. Collectivités locales

- Participation financière à la mise en œuvre des activités de santé communautaire
- Participation au processus de planification
- Partenariat avec les districts sanitaires pour la coordination des activités de santé communautaire
- Appui à la supervision et à la motivation des acteurs communautaires.

## 3. Communautés

- Participation à l'identification des besoins et à la planification des interventions
- Sélection des acteurs communautaires de santé
- Participation au suivi et à l'évaluation des interventions communautaires
- Motivation des acteurs communautaires.

## 4. Partenaires techniques et financiers

- Appui technique et financier à la mise en œuvre des activités de santé communautaire.



## **ANNEXES**

## Annexe 1 : Les Paquets de services

Les paquets de services ont été validés lors d'un atelier réunissant l'ensemble des parties prenantes. Ci-dessous le détail des paquets de service élaborés à partir des propositions des programmes et directions.

### 1. Paquets de services communautaires de base

#### 1. a. DOMAINE DE LA PROMOTION ET DE LA PREVENTION

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
Secteur : Mère et Nouveau-né			
Recensement continu des femmes enceintes	X	X	Case, Site, Domicile
Suivi à domicile de la femme enceinte (volet prénatal)	X	X	Domicile
Promotion des 4 CPN	X	X	Case, Site, Domicile
IEC sur les signes de danger (Grossesse / Accouchement / Post-partum)	X	X	Case, Site, Domicile
Détection des signes de danger (Grossesse / Accouchement / Post-partum) et orientation vers une structure de santé	X	X	Site, Domicile
Promotion de la recherche précoce de soins pour la mère (Grossesse / Accouchement / Post-partum)	X	X	Case, Site, Domicile
Supplémentation en fer et acide folique de la femme enceinte	X		Case, Site, Domicile
Promotion d'une alimentation saine, variée et équilibrée chez la femme enceinte et allaitante (consommation des produits locaux, de sel iodé, ...)	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de l'utilisation de la MILDA par les femmes enceintes	X	X	Case, Site, Domicile
Administration du misoprostole en prévention des hémorragies du post-partum	X		Case
Visite de suivi de la femme allaitante dans les 24 heures suivant l'accouchement (volet postnatal des soins à domicile)	X	X	Domicile
Administration de soins immédiats du nouveau-né (maintien de la température, mise au sein précoce, soin du cordon, soins des yeux)	X		Case
Visite de suivi du nouveau-né dans les 24 heures, au 3 <sup>ème</sup> jour et 7 <sup>ème</sup> jour après l'accouchement (volet postnatal soins à domicile)	X	X	Domicile
Détection des signes de danger chez le nouveau-né et orientation vers une structure de santé	X	X	Case, Site, Domicile
Visite supplémentaire de suivi du nouveau-né avec faible poids de naissance à 2 jours et 14 jours après la naissance (volet Suivi à domicile du nouveau-né)	X	X	Domicile

<b>Services offerts</b>	<b>ACS</b>	<b>ACPP</b>	<b>Niveau</b>
<b>Secteur : Adolescents et jeunes</b>			
IEC pour la prévention des grossesses précoces/non désirées, IST-SIDA, Mutilations Génitales Féminines	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : Planification familiale</b>			
Promotion des méthodes PF existantes au Sénégal	X	X	Case, Site, Domicile
IEC sur l'importance de la planification familiale	X	X	Case, Site, Domicile
Offre initiale des méthodes contraceptives au niveau communautaire	X		Case
Réapprovisionnement en produits contraceptifs	X		Case
<b>Secteur : Enfant</b>			
Suivi de l'état vaccinal chez les enfants de 0-11 mois	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de l'utilisation de la MILDA	X	X	Case, Site, Domicile
Distribution de masse et routine de MILDA	X	X	Case, Site
Visites de suivi de l'utilisation des MILDA	X	X	Domicile
IEC sur les principales maladies de l'enfant (diarrhée, IRA, paludisme)	X	X	Case, Site, Domicile
Visite de suivi des enfants (sains, malades, ...)	X	X	Domicile
Détection des cas de maladie grave y compris les maladies mentales et orientation vers structures de santé	X	X	Site, Domicile
IEC pour la prévention des lésions courantes (accidents domestiques)	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : Nutrition</b>			
Promotion de l'allaitement maternel dès la première heure après l'accouchement	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	X	X	Case, Site, Domicile

<b>Services offerts</b>	<b>ACS</b>	<b>ACPP</b>	<b>Niveau</b>
Promotion de l'allaitement continu jusqu'à 24 mois	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de l'alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois	X	X	Case, Site, Domicile
Suivi promotion de la croissance des enfants 0-24 mois	X	X	Case, Site, Domicile
Dépistage actif de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois	X	X	Site
Détection des cas de malnutrition aigüe sévère, référence vers les structures de santé et suivi de la référence	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de l'alimentation appropriée de l'enfant malade	X	X	Case, Site, Domicile
Supplémentation systématique en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de la fortification des aliments à domicile et la consommation	X	X	Domicile
Distribution des poudres enrichies en micronutriments pour la fortification des aliments			
Déparasitage systématique des enfants de 1 à 5 ans	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : Paludisme</b>			
IEC sur la prévention du paludisme / Promotion de l'utilisation de la MILDA	X	X	Case, Site, Domicile
Détection des cas de paludisme graves chez les personnes âgées de plus de 5 ans et orientation vers une structure de santé	X		Case, Domicile
Visites de suivi de l'utilisation des MILDA	X	X	Domicile
<b>Secteur : Tuberculose</b>			
IEC sur la prévention de la tuberculose	X	X	Case, Site, Domicile
Détection et orientations des touseurs de plus de 15 jours	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : IST et VIH SIDA</b>			
IEC sur la prévention des IST et du VIH /SIDA	X	X	Case, Site, Domicile

<b>Services offerts</b>	<b>ACS</b>	<b>ACPP</b>	<b>Niveau</b>
Promotion du dépistage volontaire du VIH	X	X	Case, Site, Domicile
IEC sur la PTME et le dépistage du couple	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : Eau, Hygiène et Assainissement</b>			
IEC sur l'hygiène, alimentaire, corporelle et vestimentaire	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion utilisation d'installations hygiéniques (latrines ; puisard, poubelles réglementaires)	X	X	Case, Site, Domicile
IEC sur l'importance de l'assainissement du milieu (collecte, ramassage et élimination hygiénique des ordures)	X	X	Case, Site, Domicile
Organisation d'activités d'assainissement du milieu	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion du lavage des mains au savon	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion des techniques de stérilisation de l'eau à usage domestique	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : Maladies non transmissibles</b>			
IEC sur la prévention des facteurs de risque	X	X	Case, Site, Domicile
IEC sur l'hygiène de vie et le recours précoce aux soins	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : Groupe des aînés (troisième âge)</b>			
IEC sur "Bien vieillir" (alimentation, hygiène de vie, ...)	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de la recherche périodique d'un bilan de santé (tous les 6 mois)	X	X	Case, Site, Domicile
Education des membres de la famille sur le soutien et accompagnement des personnes âgées	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : Gouvernance</b>			
Promotion du paquet de services de santé communautaire	X	X	Case, Site, Domicile
<b>Secteur : Couverture Maladie Universelle</b>			
Promotion de l'adhésion aux mutuelles de santé	X	X	Case, Site, Domicile
Vulgarisation des initiatives de gratuité	X	X	Case, Site, Domicile

## 1. b. DOMAINE CURATIF ET RE-ADAPTATIF

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
<b>Secteur : Mère et Nouveau-né</b>			
Prise en charge des accouchements inopinés	X		Case
Dépistage du paludisme en post-partum par le TDR	X		Case, Domicile
Traitement du paludisme en post-partum par les ACT	X		Case, Domicile
Réanimation des nouveau-nés asphyxiés par aspiration manuelle et maintien de la température	X		Case
Prise en charge du nouveau-né de faible poids par la méthode Kangourou et référence	X		Case, Domicile
<b>Secteur : Enfant</b>			
Traitement de la diarrhée simple avec SRO à faible osmolarité et Zinc chez les enfants 0-5 ans	X	X	Case, Site, Domicile
Traitement de la pneumonie simple par antibiotique chez les enfants 0-5 ans	X		Case, Domicile
Dépistage du paludisme simple avec TDR chez les enfants de 0-5 ans	X		Case, Domicile
Traitement du paludisme simple avec ACT chez les enfants de 0-5 ans	X		Case, Domicile
<b>Secteur : Nutrition</b>			
Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée selon le protocole PECMA	X	X	Case, Site, Domicile
Suivi communautaire des malnutris sévères pris en charge en ambulatoire au niveau de l'UREN	X	X	Site, Domicile
Recherche des absents (malnutris sévères en traitement ambulatoire au niveau de l'UREN)	X	X	Domicile
Suivi communautaire des malnutris aigus sévères déchargés de l'UREN selon le protocole PECMA	X	X	Domicile
<b>Secteur : Paludisme</b>			
Détection du paludisme simple avec TDR chez les personnes âgées de plus de 5 ans	X		Case, Domicile
Traitement du paludisme simple avec ACT chez les personnes âgées de plus de 5 ans	X		Case, Domicile
<b>Secteur : Tuberculose</b>			
Recherche active des irréguliers	X	X	Domicile
<b>Secteur : Maladies Tropicales Négligées</b>			
Suivi communautaire du traitement de la lèpre	X	X	Case, Domicile

## 2. Paquets de services communautaires complémentaires :

### 2. a. DOMAINE PROMOTION ET PREVENTION

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
Secteur : Maladies Tropicales Négligées			
IEC sur la prévention des maladies tropicales négligées (onchocercose, bilharziose, filariose lymphatique, lèpre et trachome)	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion du lavage du visage chez les enfants dans les zones endémiques pour la lutte contre le trachome	X	X	Case, Site, Domicile
Secteur: Paludisme			
Distribution de masse d'amodiaquine et SP pour la chimio-prévention saisonnier du paludisme chez les enfants de 3-9 ans	X	X	Site, Domicile

### 2. b. DOMAINE CURATIF ET RE-ADAPTATIF

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
Secteur : Maladies Tropicales Négligées			
Distribution routinière de médicaments contre les MTN (bilharziose, onchocercose, trachome, Filariose lymphatique)	X	X	Site, Domicile
Suivi des complications de la Filariose lymphatique	X	X	Case, Domicile
Détection précoce des MTN et orientation vers une structure de santé	X	X	Case, Site, Domicile

## **Annexe 2 : Remerciements**

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale tient à remercier toutes les personnes, organisations et institutions qui ont contribué à la réalisation de ce document. La rédaction a été pilotée par la Cellule de Santé Communautaire sous la supervision du Directeur Général de la Santé.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale remercie particulièrement le groupe de rédaction composé de :

- Dr Papa Amadou Diack, Direction Générale de la Santé
- Dr Matar Camara, Direction Générale de la Santé
- Dr Mame Coumba Codou Faye, Cellule de Santé Communautaire
- Mme Binty Touré Niang, Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
- Dr Samba Cor Sarr, Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
- Mme Ramatoulaye Dioum, USAID
- M. Mamadou Diagne, Programme Santé USAID/Santé Communautaire, ChildFund
- Pr Ibrahima Seck, Institut Santé et Développement (ISED)
- Dr Mame Cor Ndour, Abt Associate / USAID
- Dr Awa Gaye, Université Alioune Diop de Bambey/ UFR SDD
- Dr Mariam Sylla Diéne, UNICEF
- Dr Fatim Tall Thiam, OMS
- Cabinet McKinsey & Company.

Le Ministère de la Santé adresse également ses sincères remerciements aux partenaires qui ont accompagné le processus de rédaction.

- USAID
- Programme Santé USAID/Santé Communautaire (ChildFund et consortium des ONG)
- Abt Associates
- OMS
- Fondation Gates
- UNICEF
- CLM/PRN
- Micronutrient Initiative
- Gynuity Health Project
- Centre des Objectifs du Millénaire pour le Développement/Millennium Promise (Projet Village du Millénaire)
- Dr Jean Michel Ndiaye
- Les associations des professionnelles de la santé
- Les partenaires sociaux
- Les réseaux d'acteurs communautaires de santé
- Les Associations d'usagers
- Les organisations de la société civile (Aficare, World Vision, Plan, CRS, Enda Santé, Enda Graf, ACDEV, ADEMAs, ANCS, SIDA Service, SWAA, AWA, RESSIP CONGAD).



