

République du Sénégal  
*Un Peuple – Un But – Une Foi*



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



# **POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

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

Décembre 2014





## **AVANT PROPOS**

En novembre 2012, le Gouvernement du Sénégal avec l'appui des partenaires au développement, a adopté une stratégie reposant sur la vision d'un Plan stratégique Sénégal Emergent (PSE) visant l'émergence économique à l'horizon 2035. Le Plan d'Actions Prioritaires, articulé sur la période 2014-2018, constitue le document de référence des interventions de l'Etat, des partenaires techniques et financiers, du partenariat public-privé et de la participation citoyenne, à moyen terme. Le PSE met l'accent, entre autres, sur l'accès des populations aux services sociaux de base, axe qui a toujours été inscrit dans l'ordre des priorités de la Stratégie de lutte contre la pauvreté et constitue la référence pour l'élaboration des stratégies sectorielles de la Santé et de l'Action sociale dont la présente Politique de santé communautaire. Le choix du secteur de la santé de se doter d'une Politique de santé communautaire répond au besoin de mieux systématiser les bonnes pratiques et expériences réussies dans ce domaine afin de consolider, renforcer et pérenniser les acquis issus de la participation des populations à l'effort de santé.

En effet, les enjeux et défis dont ceux de la Couverture Maladie Universelle exigent un changement de paradigme au niveau des différents acteurs de la santé, en particulier les professionnels de santé, les communautés et les collectivités locales.

La Politique Nationale de Santé Communautaire se veut un outil de régulation des initiatives communautaires. Elle offre un cadre de référence pour l'impulsion, la coordination et le soutien des interventions des différents acteurs et vise à assurer à la communauté un accès aux services de santé de base quel que soit le niveau socioéconomique. Les collectivités locales devront jouer pleinement leur rôle dans le financement, la planification et le suivi des activités de santé. L'approfondissement de la décentralisation et les efforts faits en matière de déconcentration des services de santé constituent des opportunités majeures.

Le présent document de Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) décrit, en premier lieu, les priorités déduites de l'analyse de la situation de la santé communautaire au Sénégal depuis l'avènement des Soins de Santé Primaires en 1978. Ensuite, il présente la place du niveau communautaire dans le système national de santé, les orientations stratégiques du secteur et enfin les normes en infrastructures et personnels communautaires.

Le document de Politique Nationale de la Santé Communautaire constitue désormais le document cadre de référence pour les interventions communautaires au Sénégal. Son opérationnalisation sera réalisée à travers un Plan Stratégique National de la Santé Communautaire (PSNSC) couvrant une période de 5 ans.

**Professeur Awa Marie Coll SECK**

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



## SOMMAIRE

<b>AVANT PROPOS</b> .....	i
<b>SOMMAIRE</b> .....	ii
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	iii
<b>DEFINITION DES CONCEPTS CLES RESUME</b> .....	iv
<b>RESUME</b> .....	viii
<b>CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	1
<b>I. LA SANTE COMMUNAUTAIRE DANS LE SYSTEME DE SANTE</b> .....	3
<b>II. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE</b> .....	4
<b>III. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE</b> .....	5
<b>1. Renforcement de la participation communautaire</b> .....	5
<b>2. Renforcement des capacités des acteurs communautaires</b> .....	6
<b>3. Développement de Paquets de services adaptés</b> .....	6
<b>4. Promotion de la collaboration multisectorielle</b> .....	7
<b>5. Accroissement du financement de la santé communautaire</b> .....	8
<b>6. Amélioration de la gouvernance</b> .....	8
<b>7. Motivation des Acteurs communautaires de santé</b> .....	10
<b>8. Développement de mesures de pérennisation des acquis</b> .....	10

## **SIGLE ET ACRONYMES**

<b>ADC</b>	Agent de Développement Communautaire
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>CDSC</b>	Comité Départemental de Santé Communautaire
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>CNSC</b>	Comité National de Santé Communautaire
<b>CRSC</b>	Comité Régional de Santé Communautaire
<b>CSC</b>	Cellule de Santé Communautaire
<b>DSDOM</b>	Dispensateur de Soins à Domicile
<b>EPS</b>	Etablissement Public de Santé
<b>ICP</b>	Infirmier Chef de Poste
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
<b>OCB</b>	Organisation Communautaire de Base
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PMT</b>	Praticien de la Médecine Traditionnelle
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNSC</b>	Politique Nationale de Santé Communautaire
<b>PSNSC</b>	Plan Stratégique National de Santé Communautaire
<b>RZ</b>	Responsable de Zone
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SIG</b>	Système d'Information et de Gestion
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## DEFINITION DES CONCEPTS CLES

- **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.
- **L'engagement communautaire** 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 d'assurer le contrôle social. Il exprime l'idée d'intervention des communautés locales dans une activité de développement.
- **La participation communautaire** 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 la définition des 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.
- **L'approche de santé communautaire** 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.
- **La médecine traditionnelle**, dans le contexte du Sénégal, 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.
- **L'acteur communautaire** est un 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.

- **L'agent de santé communautaire** est une personne qui a reçu une formation et qui est chargée de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé.
- **La matrone** est une personne qui a reçu 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, orientation 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 l'ASC.
- **L'ASC matrone** est un acteur formé et polyvalent qui mène dans une case de santé des tâches intégrées d'ASC et de matrone.
- **Le relais communautaire** est une personne formée chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités préventives et des activités promotionnelles.
- **Le dispensateur de soins à domicile** est 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).
- **La bajenu gox** est la "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 réticence, conseille les familles, accompagne les femmes enceintes/mères au niveau des structures, fait le plaidoyer.
- **L'agent d'encadrement de la santé communautaire** est une fonction nouvelle proposée dans le cadre de la formalisation et de la coordination des activités de santé communautaire au niveau local et régional. Elle intègre toutes les actions de supervision, de formation et d'accompagnement des acteurs communautaires de santé.



- **Le point focal de la sante communautaire** (niveau PS) coordonne le travail des acteurs communautaires de santé intervenant dans l'aire du poste de santé (cases et sites) et assure la supervision. Il est également le superviseur des agents d'encadrement dans l'aire du poste (sages femmes ou autre prestataire qualifiée).
- **Le point focal de la santé communautaire du district** 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.
- **Le point focal de la santé communautaire de la Direction régionale de la Santé** 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.
- **Les acteurs communautaires de santé** est la nouvelle appellation proposée pour remplacer le terme générique d'acteur communautaire. Il n'intègre pas les membres des comités de santé de la case.
- **Le praticien de la médecine traditionnelle** est une 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 et / ou animale.
- **Le 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.
- **Le comité de gestion** est mis en place conformément à la loi 96-07 portant 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, 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.

- **L'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.
- **La 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 comme la désinfection, les 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.
- **Le site communautaire** est un lieu aménagé en dehors des structures sanitaires où la population reçoit un paquet de services délivrés par des relais ou un DSDOM.

## RESUME

Depuis 1972, le Sénégal a entrepris des réformes visant à faire participer davantage les populations à l'effort de développement en général et à l'effort de santé en particulier. Avec l'avènement des soins de santé primaires en 1978, le Sénégal a initié des réformes visant à organiser et à renforcer la participation des populations à la résolution des problèmes de santé. A côté des comités de santé, Agents de Santé Communautaires et Matrones, de nouveaux profils d'acteurs communautaires sont apparus comme les Relais polyvalents, les Distributeurs Communautaires de Soins à Domicile (DSDOM) et les « Bajenu Gox ». La mobilisation des organisations de la société civile s'est amplifiée et a permis la mise en œuvre de paquets élargis de soins préventifs, promotionnels et curatifs au bénéfice des communautés. Ces innovations ont permis d'enregistrer des succès dans la lutte contre les maladies endémiques, la malnutrition, mais aussi dans l'accès et l'utilisation des services de santé. Cependant, malgré tous ces efforts fournis pour mieux impliquer les populations dans la résolution de leurs problèmes de santé, il persiste des obstacles structurels, organisationnels et manageriels dans le processus de participation des populations à l'effort de santé.

Face à cette situation et pour garantir l'accès universel à des soins de santé de qualité, l'Etat du Sénégal a décidé d'élaborer une Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). 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 Abéba sur la santé communautaire (2006) et Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (2008). La Vision de cette Politique de santé communautaire s'inspire de celle contenue dans le Plan National de 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 ».*

Sept principes majeurs ont été dégagés pour servir de base à la Politique de Santé communautaire du Sénégal : l'équité ; la qualité des services ; la participation communautaire ; la confidentialité ; la multisectorialité ; la pluridisciplinarité ; le devoir de rendre compte. La Politique de santé communautaire capitalise également les valeurs cardinales suivantes : l'éthique ; le respect du bien commun ; la bienfaisance ; la responsabilité ; la solidarité ; la protection des individus, groupes et communautés vulnérables.

L'objectif de la Politique de santé communautaire est de contribuer à la réduction de la morbidité, de la mortalité et des handicaps, avec la pleine participation des communautés. De façon spécifique elle vise à :

- mettre en place un cadre socio-sanitaire, législatif et réglementaire favorable à la promotion de la santé communautaire ;
- créer des conditions favorables à l'engagement et à la participation de toutes les parties prenantes de la santé communautaire ;
- améliorer le processus de planification, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des services de santé communautaire.

Ces objectifs sont réalisés à partir de la mise en opérations de 8 orientations stratégiques :

- renforcement de la participation communautaire ;
- renforcement des capacités des acteurs communautaires ;
- développement de paquets de services adaptés ;
- promotion de la collaboration multisectorielle ;
- accroissement du financement de la santé communautaire ;
- amélioration de la gouvernance sanitaire ;
- motivation des agents de santé communautaires ;
- développement de mesures de pérennisation.

## **CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS**

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, bien avant l'avènement des Soins de Santé Primaires préconisés par l'OMS lors de la Conférence d'Alma Ata en 1978. Cette volonté politique s'est renforcée avec la mise en place des Associations de Promotion de la Santé (APS) qui avaient pour rôle d'organiser les activités de santé préventives et promotionnelles au sein des populations riveraines des structures de santé (postes de santé, centres de santé et hôpitaux). La participation des populations à l'effort de santé a été par la suite renforcée par la loi n° 92-07 du 15 janvier 1992 et le décret n° 92-118 du 17 janvier 1992 (modifié par la suite) qui définit le statut, l'organisation et le fonctionnement des comités de santé.

La cogestion des structures de santé est intervenue avec l'avènement de "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 Communautaire (ASC) et des matrones ou ASC/Matrones, on a assisté à l'émergence de nouveaux profils d'acteurs communautaires de santé qui, sous la supervision des techniciens de la santé, sont chargés de mettre en œuvre des soins préventifs, promotionnels et curatifs au niveau des communautés. Il s'agit des Agents Relais Communautaires (ARC), des Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC), des « Bajenu Gox » (BG) et des Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM). Les Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) sont également restés actifs dans l'offre de soins traditionnels dans les communautés. Enfin, la société civile, à travers les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Organisations Communautaires de Base (OCB), participaient également aux activités de santé communautaire.

Avec le transfert des compétences en matière de santé survenu dans le contexte de la décentralisation en 1996, les collectivités locales sont devenues responsables du fonctionnement, de la gestion et de la maintenance des structures sanitaires. Au-delà de la simple participation financière, cette réforme a contribué au renforcement de l'implication des populations dans tout le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation des actions concernant leur santé.

La participation des populations à l'effort de santé s'est traduite par une amélioration de la disponibilité des médicaments et le relèvement de certains indicateurs de santé en rapport avec la lutte contre la maladie (onchocercose, paludisme, VIH/Sida, tuberculose,...). L'émergence d'associations de bénéficiaires a permis une meilleure prise en charge de certaines maladies non transmissibles (diabète, insuffisance rénale, HTA etc.). On a enregistré enfin le développement

d'initiatives privées dans le cadre de la résolution des problèmes de santé, avec une forte implication des partenaires au développement.

Malgré tous ces acquis et la volonté de l'Etat à encourager cette dynamique de participation des populations à l'effort de santé, des problèmes subsistent toujours autour du développement de la santé communautaire :

- la prise en compte insuffisante du niveau communautaire dans la pyramide sanitaire ;
- les capacités limitées des communautés à assurer les responsabilités sociales et techniques nécessaires au développement de la santé communautaire ;
- l'insuffisance dans le suivi et la supervision des activités de santé communautaire par les professionnels de la santé ;
- le manque d'harmonisation des approches et outils de mise en œuvre de la santé communautaire ;
- l'inexistence de mécanismes formels de partage d'informations et d'expériences entre les institutions et les partenaires qui soutiennent la participation communautaire à la santé ;
- des insuffisances notables dans le système d'information et de gestion de la santé communautaire ;
- l'absence d'approches transversales dans la mise en œuvre des programmes sur les maladies prioritaires ;
- une faible appropriation de la santé communautaire par les professionnels de santé ;
- un leadership peu développé dans le management et la gouvernance de la santé communautaire ;
- l'absence de mécanismes pour assurer la pérennisation des acquis.

Dans le cadre de la gestion de ces différents problèmes, l'Etat du Sénégal a décidé d'élaborer une Politique Nationale de Santé Communautaire. Cette Politique de santé communautaire s'inspire de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) 2013-2017 et vise l'accès de toutes les populations à des services sociaux de base essentiels à une bonne santé individuelle et collective. La Politique de Santé Communautaire s'inscrit également dans la dynamique internationale d'impulsion de la santé communautaire.

## **I. LA SANTE COMMUNAUTAIRE DANS LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE**

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : un niveau central correspondant aux directions, services et programmes nationaux ; un niveau intermédiaire constitué par les directions régionales de santé ; un niveau périphérique représenté par le district sanitaire. Le Sénégal compte en 2013 soixante-seize (76) districts sanitaires qui constituent des subdivisions sanitaires proches des populations. Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé qui polarisent des cases de santé. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire qui met en œuvre les activités de santé dans sa perspective multidimensionnelle (curatif, préventif, social et éducatif). L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, les Etablissements Publics de Santé (EPS) de niveau III, au niveau intermédiaire les EPS de niveau II et au niveau périphérique les EPS de niveau I, les centres de santé, les postes de santé, les cases de santé et les sites communautaires. Le dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide.

Le système de santé communautaire est structuré autour des cases de santé et des sites communautaires. La place de la médecine traditionnelle est non négligeable dans le secteur de la santé publique. L'organisation du système de santé formellement décrite à travers les documents de politiques et de stratégies du Ministère de la Santé et de l'Action sociale met un accent marginal sur le niveau communautaire qui tranche fortement avec l'importance du secteur. En effet, il existe un important réseau de cases de santé (2245 cases en 2012) construites sous l'initiative des populations avec l'appui des organisations de la société civile et des partenaires au développement. Les personnels de santé communautaire qui offrent les services de base au niveau de ces structures sont constitués par un réseau dense de matrones, agents de santé communautaires, relais, « Bajenu Gox » et dispensateurs de soins à domicile qui jouent un rôle important dans l'offre de soins et l'éducation des populations pour la promotion de la santé. D'autres acteurs de la santé au niveau local, comme les comités de santé et les organisations communautaires de base, apportent un appui dans la gestion des cases et la mobilisation des ressources.

Il existe donc une dynamique qui s'est construite progressivement depuis plus de trente ans, avec comme soubassement les Soins de Santé Primaires (SSP) et diverses autres initiatives internationales, sous-régionales et nationales. L'Etat définit les activités promotionnelles, préventives, curatives et ré-adaptatives à confier aux acteurs communautaires de santé choisis dans la communauté et par la communauté. Il apporte un soutien pour la disponibilité des intrants et

autres produits de santé nécessaires à la mise en œuvre des activités. L'offre de service est répartie autour de différents profils d'acteurs communautaires selon que l'accent est mis sur les soins curatifs (Agents de Santé communautaire, DSDOM) ou préventif et promotionnel (relais, Bajen Gox, matrones). Il existe des cadres formels de coordination et de gestion au niveau local qui peuvent être arrimés aux structures (comités de santé) ou non (associations des acteurs communautaires de santé). Les activités de santé communautaire sont réalisées sous l'encadrement de l'infirmier chef de poste avec l'appui des organisations de la société civile, les partenaires au développement et la collectivité locale.

Au plan formel, les activités communautaires font l'objet d'une planification au même titre que les activités des postes de santé à travers les plans opérationnels des collectivités locales. Il reste néanmoins à régler toute cette dynamique de santé communautaire, en cohérence avec la politique de santé, afin d'éviter les écarts souvent observés notamment dans la supervision et la motivation des acteurs communautaires par les infirmiers chefs de poste.

## **II. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE**

La mission du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) est de contribuer au bien-être des populations en améliorant leur état de santé et en le portant à un niveau socialement productif. C'est ainsi que le MSAS 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 consensuelle constitue un enjeu important pour la participation harmonieuse des populations et de toutes les parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales aux niveaux central et local. Un document de Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) sera élaboré par la Cellule de Santé Communautaire (CSC) en partenariat avec toutes les parties prenantes pour fixer les priorités du secteur sur une période de 5 ans.

### ***2.1. Vision, valeurs et principes***

**La Vision** qui sous-tend la Politique de santé communautaire est inspirée du PNDS avec un accent marqué 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".

La Politique de santé communautaire est animée autour de **7 principes essentiels** : l'équité, la qualité des services, la participation communautaire, la technologie appropriée, la multisectorialité, la pluridisciplinarité et le devoir de rendre compte.



La Politique de santé communautaire est basée sur un système de **valeurs** qui comprend : l'éthique, le respect du bien commun, la bienfaisance, la responsabilité, la solidarité, la protection des individus, groupes et communautés vulnérables.

### **3.1. But et objectifs :**

La Politique de santé communautaire vise à contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité avec la pleine participation des communautés. 3 objectifs lui sont assignés :

- 1) mettre en place un cadre socio-sanitaire, législatif et réglementaire favorable à la promotion de la santé communautaire ;
- 2) créer des conditions favorables à l'engagement et à la participation de toutes les parties prenantes de la santé communautaire ;
- 3) améliorer le processus de planification, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des services de santé communautaire.

## **III. ORIENTATION STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE**

Huit orientations majeures sont définies autour des thèmes clés de la participation communautaire, la structure de l'offre de services communautaires, la gouvernance sanitaire et le financement de la santé communautaire.

### **1. Renforcement de la participation communautaire**

Les populations, à travers les différents groupes organisés, sont au début et à la fin du processus de développement de la santé communautaire. La participation individuelle et collective des membres de la communauté sera encouragée à partir d'actions spécifiques et appropriées qui feront l'objet d'une précision formelle dans tous les programmes de santé qui seront développés ou mis en œuvre au Sénégal. Les populations sont maîtres d'œuvre ou fortement impliquées dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions menées au sein de la communauté. Des cadres de gestion appropriés seront mis en place et évalués ou révisés périodiquement afin de garantir une participation active vers l'autonomie communautaire ou la conformité aux exigences de la Politique. Les actions menées seront orientées de façon marquée vers le renforcement des structures ou groupes communautaires existantes et la création de nouveaux cadres d'organisation communautaires à chaque fois que cela peut promouvoir une plus forte participation des communautés. L'Etat fera la promotion des mutuelles de santé, des groupes de soutien communautaire et de toute autre forme de solidarité au niveau local. La participation communautaire inclut le contrôle citoyen et ne pourrait déroger aux principes et valeurs définis dans

le cadre de la Politique de Santé Communautaire. Différentes stratégies dont les concertations et dialogues intra-communautaires ainsi que la promotion d'une organisation communautaire dynamique seront utilisées. La mobilisation sociale et le plaidoyer seront appliqués comme des leviers pour renforcer cette participation communautaire.

## **2. Renforcement des capacités des acteurs communautaires**

Les agents intervenant au niveau communautaire sont regroupés en trois entités : les Agents d'Encadrement Communautaires (AEC), les Acteurs Communautaires de soins (ACs) et les Acteurs Communautaires de Prévention et de Promotion (ACPP). Les différentes catégories recevront toutes une formation adaptée sur la base de curricula validés par le MSAS et centrés sur des paquets de services normés. Un plan de formation sera développé et mis en œuvre selon un calendrier défini par les services du MSAS en charge de la santé communautaire. Les modules de formation seront périodiquement révisés en tenant compte des nouvelles évidences scientifiques et de l'orientation des paquets de services.

## **3. Développement de Paquets de services adaptés**

La santé communautaire est mise en œuvre avec la contribution de tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Elle englobe les domaines de la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction et la planification familiale, la survie de l'enfant, l'alimentation et la nutrition, l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Les activités en rapport avec les différents domaines sont structurées autour de paquets de services par catégorie d'acteurs communautaires formalisés dans le cadre de normes et protocoles pour le niveau communautaire. Ces paquets de services comprennent des activités promotionnelles, préventives, curatives et ré-adaptatives.

*Les activités promotionnelles* mettront un accent particulier sur les bonnes pratiques reconnues au niveau national et international comme ayant un impact sur la santé des communautés notamment la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Elles nécessitent la contribution de tous les secteurs dont l'éducation, l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Des mécanismes intégrant la contractualisation pourront être utilisés par le Ministère chargé de la santé pour une meilleure implication de ces acteurs dans la mise en œuvre des volets techniques.

*Les activités préventives* concernent tous les domaines de la santé ciblés par les programmes nationaux de santé dont la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction, la nutrition et la survie de l'enfant. Elles intègrent mais ne se limitent pas à la vaccination, le suivi de la croissance des enfants, le dépistage de la malnutrition, la supplémentation, la distribution de moustiquaires

imprégnées à longue durée d'action et les campagnes de masse contre les maladies tropicales négligées. Elles mettent également le focus sur la surveillance communautaire de certaines maladies transmissibles ou non transmissibles ainsi que sur les comportements individuels et collectifs qui ont un impact sur la santé communautaire.

*Les activités curatives* menées au niveau communautaire sont fixées par le MSAS en collaboration avec les acteurs concernés et tenant compte des besoins exprimés par les communautés et les programmes ainsi que les expériences réussies dans ces domaines.

Les activités promotionnelles, préventives et curatives menées par les acteurs communautaires de santé sont regroupées en paquets de services périodiquement révisés sur la base des résultats de la recherche, des expériences réussies et des besoins nouveaux des communautés. Ces activités seront toutes intégrées et documentées périodiquement, au même titre que les autres données du système de santé, dans le système national d'information sanitaire. Le niveau communautaire est intégré comme échelon à part entière au système national de santé et inscrit dans le système de référence et contre-référence pour permettre la continuité de service. La supervision des acteurs communautaires par l'infirmier chef de poste revêt dès lors un caractère obligatoire et contractuel.

La Carte Sanitaire et le Programme de réalisation des infrastructures du Ministère chargé de la Santé tiendront désormais compte des besoins en infrastructures communautaires et contrôleront le niveau de mise en œuvre du volet communautaire de la Carte Sanitaire. L'Etat apportera sa contribution et fera le plaidoyer nécessaire au niveau des partenaires et des collectivités locales pour appuyer la prise en charge des constructions, rénovations, réhabilitations et des équipements de ces infrastructures de base.

#### **4. Promotion de la collaboration multisectorielle**

Les déterminants de la santé étant multifactoriels, la résolution des problèmes de santé des populations impliquera la collaboration de tous les secteurs de développement. La finalité de la santé communautaire est le bien-être social et économique des communautés. En conséquence, le Ministère en charge de la Santé veillera particulièrement à l'ouverture des acteurs communautaires de santé aux autres secteurs de développement.

## **5. Accroissement du financement de la santé communautaire**

La santé communautaire nécessite la mise en place d'un système de financement pérenne. L'Etat est conscient de la nécessité de mobiliser des ressources substantielles pour financer les activités à base communautaire. A ce titre, l'inscription des projets orientés vers la mise en œuvre opérationnelle des priorités du Plan stratégique de santé communautaire constitue un impératif. Des dispositions seront prises pour institutionnaliser la contribution financière des collectivités locales à la mise en œuvre de la Politique de santé communautaire. Au même moment, des initiatives seront prises pour impliquer les sociétés implantées au niveau local, les associations d'immigrés et d'autres formes de financement innovants (taxe sur le tabac ou sur les billets d'avion...). Des mesures incitatives seront également prises pour renforcer la participation financière des populations dans la limite de leurs possibilités. Les mutuelles à base communautaire seront encouragées pour mieux prendre en charge les dépenses de santé au niveau local. Le Ministère en charge de la Santé veillera à l'amélioration de la gestion des ressources et pour cela assurera de façon assidue la supervision des organes de gestion et prendra les mesures idoines pour corriger les manquements.

L'accent sera mis sur les mécanismes de pérennisation. Les communautés seront responsabilisées dans la prise en charge de toutes les activités et seront accompagnées dans ce processus par les districts sanitaires, les collectivités locales, les comités de santé et les autres partenaires communautaires. Le financement des partenaires techniques et financiers pourrait être dégressif et le relais pris en charge progressivement par l'Etat et les collectivités locales.

## **6. Amélioration de la gouvernance**

Les orientations de la Politique de santé communautaire seront soutenues par un leadership fort, un management approprié et une bonne gouvernance à tous les niveaux. Les rôles et responsabilités des différents acteurs à tous les niveaux ainsi que leurs relations sont définis ci-dessous.

❖ Niveau central : le Ministère en charge de la Santé mettra en place une structure d'impulsion et de coordination de la santé communautaire chargée des tâches suivantes :

- élaborer les politiques et les outils propres à la santé communautaire ;
- apporter un appui stratégique, technique et financier à toutes les parties prenantes ;
- veiller à la coordination des interventions ;
- assurer le renforcement du système d'information communautaire et son intégration au SIG ;
- assurer le suivi et l'évaluation des performances des initiatives de santé communautaire ;
- réviser les politiques, stratégies et outils en relation avec la santé communautaire ;
- promouvoir la recherche opérationnelle en santé communautaire.

L'organisation et le fonctionnement de la structure centrale chargée de la santé communautaire sont régis par arrêté ministériel. Dans l'optique de mettre en synergie toutes les potentialités, le Ministère chargé de la Santé veillera à la nomination au niveau de chaque direction, service et programmes nationaux, d'un point focal santé communautaire. Il met en place un Comité National de Santé Communautaire (CNSC), instance d'impulsion et d'appui à la mise en œuvre de la Politique de santé communautaire.

Le Comité National de Santé Communautaire regroupera les représentants des structures suivantes (liste non exhaustive) :

- société civile ;
- ministère chargé de l'éducation nationale
- ministère chargé de l'Intérieur;
- agence nationale des statistiques et de la démographie ;
- ministère chargé de la jeunesse ;
- ministère chargé de la famille ;
- ministère chargé des collectivités locales ;
- ministère chargé de la communication
- partenaires techniques et financiers.

❖ Niveau régional : la division régionale des soins de santé primaires sert de point d'ancrage à la santé communautaire au sein de la direction régionale de la santé. Le directeur régional de la santé et de l'action sociale nomme un chef de division chargé de la coordination des activités de santé communautaire parmi le personnel de cette division. Il met en place un cadre formel de coordination entre cette division et les autres entités de la région. À l'instar du niveau central, il est mis en place un Comité Régional de Santé Communautaire (CRSC) 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.

❖ Niveau district sanitaire : le médecin chef de district nomme un point focal chargé de la coordination des activités de santé communautaire parmi les membres de l'équipe cadre du district. Le préfet prend un arrêté mettant en place un Comité Départemental de Santé Communautaire (CDSC).

❖ Niveau local : l'Etat renforcera éventuellement le personnel du poste de santé avec des agents d'encadrement communautaire chargés, entre autres, de la supervision des activités de santé

communautaire. Le sous préfet prend un arrêté qui met en place un Comité Local de Santé Communautaire (CLSC) avec l'infirmier chef de poste comme point focal.

### **7. Motivation des acteurs de santé communautaire**

Dans le contexte actuel, la forme de motivation qui sera privilégiée est celle qui concourt à la valorisation de l'acteur communautaire dans le système de santé et à l'intérieur de sa communauté. Les modalités de motivation de l'acteur communautaire sont définies et adoptées par les collectivités locales en collaboration avec les communautés et avec l'appui du MSAS sur la base des critères de performance préalablement établis par elles. Les facteurs incitatifs liés à la motivation des acteurs communautaires peuvent être financiers ou non financiers. L'avènement de la fonction publique locale dans le cadre de l'Acte III de la décentralisation pourrait constituer une opportunité pour le renforcement des facteurs de motivation extrinsèques ou financiers.

### **8. Développement de mesures de pérennisation des acquis**

Au Sénégal, les moyens des collectivités locales restent encore limités. Cependant, avec la communalisation intégrale en vue, les communes urbaines et rurales pourront bénéficier des avantages de la coopération décentralisée et contribuer à la pérennisation de la santé communautaire au même titre que l'État central. La pérennisation repose sur une assistance et un renforcement continus du système de santé intégrant le niveau communautaire.

Les accords de partenariat entre le Ministère en charge de la Santé et les collectivités locales sont des stratégies visant à mettre en place un mécanisme opérationnel qui implique les autorités locales et les leaders communautaires dans la recherche de ressources. Le renforcement du partenariat entre collectivités locales et districts sanitaires est fondamental pour assurer une meilleure coordination des activités de santé communautaire.

La supervision des activités de santé communautaire par le personnel qualifié relève de la responsabilité des districts sanitaires qui seront évalués sur ce point. La qualité et la régularité de cette supervision sont déterminantes pour la pérennisation des activités et les collectivités locales et les communautés veilleront à la réalisation selon les normes de cette supervision. L'érection de la case de santé en poste de santé sera prise en compte dans la carte sanitaire.

