

République du Sénégal

Un Peuple – Un But – Une Foi



Ministère de la Santé et de l'Action sociale



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

| 2014 - 2018

Synthèse

Décembre 2014

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

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

2014 - 2018

Synthèse

Décembre 2014

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
Résumé.....	iv
Introduction	1
1. Défis de la santé communautaire au sénégal	1
2. Vision, mission et but du plan	3
A. Vision	3
B. Mission	3
C. But	3
3. Objectifs stratégiques	4
4. Axes stratégiques	4
5. Lignes d’action stratégiques	5
6. Gestion du Plan : Cadres institutionnel et organisationnel	11
7. Suivi et évaluation	14
8. Budget et sources de financement	15
9. Engagement des parties prenantes	17
Annexes	18

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 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 communautaires 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 participation de la population à l'effort de développement a été formalisée au Sénégal par la loi n° 72- 02 du 1^{er} 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 (modifié par la suite) 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(PMT) 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.

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 (PNSC) a été élaborée en 2013 et sert de base au présent Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC). Le PSNSC prend également en compte les travaux en cours sur l'Acte III de la décentralisation et la Couverture Maladie Universelle (CMU). Il a été élaboré selon une approche inclusive, intégrée, participative et consensuelle.

Le présent document est une synthèse des éléments clés contenus dans le Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2014 – 2018 et vise à servir d'aide mémoire aux acteurs parties prenantes dans la gestion et la mise en œuvre de la santé communautaire au Sénégal. Il présente les défis aux quels doivent faire face le secteur, les objectifs stratégiques visés par le Plan, les lignes d'action prévues et le plan de mise en œuvre.

1. Défis de la santé communautaire au Sénégal

09 défis ont été identifiés au terme d'une analyse situationnelle conduite en 2013 dans le cadre des activités préparatoires à l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire.

- **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. 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.
- **Défi n°2 : intégrer 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. La multiplicité des acteurs communautaires de santé requiert un cadre harmonisé et une réglementation précise des responsabilités pour assurer une meilleure qualité de l'offre et la motivation des acteurs. 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 communautaires de santé et une remontée appropriée des données, des informations et des besoins. La santé communautaire n'est pas suffisamment prise en compte dans la pyramide sanitaire.

- **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. Des inégalités sont observées également dans la répartition territoriale des acteurs communautaires de santé.
- **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 des acteurs communautaires de santé. 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. La formation demeure relativement hétérogène ce qui retarde la délégation des tâches et affecte à certains endroits la qualité des services.
- **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. La motivation non-financière est 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).
- **Défi n°6 : assurer aux structures communautaires un approvisionnement régulier en médicaments et produits essentiels** : 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 défectueuse avec des ruptures de stocks fréquentes.
- **Défi n°7 : assurer une meilleure organisation et un management plus efficace** : la mise en cohérence de l'activité de santé communautaire présente différentes variables : multiplicité d'acteurs et de programmes communautaires avec une coordination et une harmonisation limitées et un déficit dans le partage des expériences et des informations ; fragmentation des profils communautaires du fait de la multiplicité des statuts et fonctions organisés autour de différentes 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 et évaluation ; fonctionnalité limitée des instances de gestion locale et nationale de la santé communautaire (comités de santé, comités de gestion...).
- **Défi n°8 : adapter le cadre réglementaire** : des retards importants dans la finalisation des changements réglementaires ont eu des répercussions fortes au niveau opérationnel (passage à l'échelle des expériences communautaires réussies).

- **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...

2. Vision, mission et but du Plan

a) Vision : "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".

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. Sa mission est de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité avec la pleine participation de la communauté.

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 par différentes actions dont :

- la mise en place d'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 ;
- l'opérationnalisation des orientations stratégiques de la Politique Nationale de Santé Communautaire en vue de l'atteinte des objectifs de santé ;
- la création des conditions favorables pour la promotion de la santé communautaire en mettant en place des mécanismes et des outils appropriés ;
- le renforcement de l'engagement et la participation des communautés et des collectivités locales dans la santé communautaire.

3. Objectifs stratégiques

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire ambitionne de faire évoluer l'architecture de la santé communautaire autour des trois objectifs stratégiques ci-dessous.

1) Améliorer la couverture et la qualité des services de santé communautaire : 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 service et du plan de formation doit être mis en place, ainsi qu'un système de suivi et 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.

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.

4. 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 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.** 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, introduction de technologies mobiles...).

■ **Axe n°3 : améliorer la qualité et élargir l'offre.** L'offre en services de qualité sera renforcée par du personnel qualifié itinérant (infirmiers/sages-femmes itinérants, organisation régulière de stratégies avancées intégrées...). Des paquets de services élargis seront également développés pour chaque catégorie d'acteur communautaire de santé et 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.** 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.** Ce schéma définira une séparation claire des rôles : le Ministère de la santé et de l'Action sociale et la Direction Générale de la Santé sont chargés 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 contrôle et la contractualisation avec les collectivités locales.

5. Lignes d'action stratégique

Les cinq axes stratégiques ont été déclinés en 17 lignes d'action dont la mise en œuvre se fera progressivement selon un schéma défini.

ILLUSTRATION 1

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

5.1. 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. 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).

5.2. Mettre en œuvre le plan de passage des cases en 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.

5.3. 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. Un troisième défi concerne le renouvellement régulier du matériel sanitaire, des équipements des cases et le recyclage périodique des acteurs communautaires.

5.4. 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 3 183 sites fonctionnels animés par 7 435 Relais (source PSSC/ChildFund). Le gap de 7817 sites concerne surtout les régions de Dakar, St Louis, Louga et Kaolack. Les besoins en relais supplémentaires pour animer ces sites seraient de 15634 (1 relais pour 250 habitants). 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.

5.5. Renforcer la supervision des acteurs communautaires de santé par du personnel qualifié : 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). Les sages-femmes/personnels itinérants, au fur et à mesure qu'ils seront déployés, pourront renforcer la supervision des acteurs communautaires.

5.6. 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. 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. Il est crucial que le Ministère de la santé coordonne et sélectionne une solution intégrée et harmonisée. 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.

5.7. 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.

Le projet de sages-femmes ou infirmières itinérantes vise à renforcer l'offre de service au niveau des cases et des postes de santé ne disposant pas de sage-femme. Les prestataires itinérants seront responsables des stratégies avancées dans les cases de santé ou autres lieux spécifiques (marchés hebdomadaires ...). Ils participent également à la formation continue et à la supervision des acteurs communautaires de santé. Ils sont affectés au niveau des postes de santé et sont placés sous la supervision du Chef de Poste. Le MSAS mettra en place un mécanisme pour l'intégration progressive des prestataires itinérants 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 projet de sages-femmes en réseau 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 et création d'équipes mobiles. Les sages-femmes "en franchise" seront basées au niveau d'un poste de santé pour être responsables de l'offre de services professionnels au niveau d'un nombre variable de cases de santé et assurer la supervision formative des acteurs communautaires de santé sous le contrôle des districts sanitaires et ICP ; les équipes mobiles de sages-femmes 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.

5.8. Harmoniser et élargir les paquets de services des acteurs communautaires de

santé : 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. Le schéma retenu est de regrouper les différents acteurs en deux catégories :

- **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, dans un site ou à domicile (ASC, Matrone, ASC/matrone, DSDOM). Il / elle a reçu une formation
- **Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention (ACPP)** en charge de la création de la demande et de l'IEC/CCC (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 (PMT) peuvent être utilisés dans cette catégorie s'ils suivent la formation appropriée sur le paquet de services normé.

5.9. 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, ONG, 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 de formation sera assuré par la Cellule de Santé Communautaire (CSC).

5.10. 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 et des comités de santé. Le médecin chef de district veillera à l'effectivité de cette disposition. 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 « l'Informed push Model » constituent des opportunités pour renforcer la disponibilité des médicaments et des produits.

5.11. 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 visera également à renforcer leurs capacités de gestion et à se doter d'interlocuteurs en matière de santé communautaire. 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.

5.12. 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. 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 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.

5.13. 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 et des collectivités locales. 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 : investissement humain au bénéfice de l'ACS (dont les champs collectifs, 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 ...) et en facilitant aux acteurs l'accès à des terrains pour usage d'habitation.
- **Ministère de Santé et de l'Action sociale :** les actions à entreprendre par 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 communautaires 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 (JAC) ;
 - 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 désignées par les réseaux.
- **Partenaires techniques et financiers :** ils appuieront, dans la mesure de leurs possibilités, les différentes sortes de motivations.

5.14. 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.

5.15. 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.

5.16. Assurer le suivi et évaluation : il s'agit d'assurer une planification, un suivi et une évaluation continus des interventions de la santé communautaire à partir de différents outils : cadre logique de suivi et 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 finale.

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. Les personnels et les acteurs seront orientés périodiquement sur l'utilisation des outils de suivi et 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 (CSC) 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.

5.17. 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. 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.

6. Gestion du Plan : 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.

6.1. 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.

■ **Missions de la Cellule :** les rôles et prérogatives de la Cellule de Santé Communautaire sont 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 (harmonisation des tarifs, 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 :** 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'agrément 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 :** elle 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.

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.

6.2. Comité National de Santé Communautaire

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 regrouper les représentants du MSAS et les représentants des structures suivantes (liste non exhaustive) :

- Ministère de l'Education
- Ministère de la Jeunesse
- Ministère de la Femme, de l'Enfance et de l'Entrepreneuriat féminin
- Ministère de l'Aménagement du Territoire et des collectivités locales/ Direction des collectivités locales
- Direction de la protection civile
- Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie
- Partenaires techniques et financiers
- Représentants Agences d'exécution et ONG
- Représentants des collectivités locales et des communautés
- Représentant du secteur privé.

6.3. Comité de pilotage de la Santé Communautaire

Il rassemble l'ensemble des parties prenantes en charge de la santé communautaire (points focaux de santé communautaire des directions, programmes et services nationaux du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, agences d'exécution, partenaires techniques et financiers, représentants des collectivités locales...). 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 réseaux d'ACS et des mutuelles de santé.

6.4. 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 (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.

6.5. 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 CRSC, 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.

6.6. 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** : 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).

7. 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 et évaluation seront mis en place. Ces mécanismes sont compatibles avec les structures de suivi et 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.

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.

■ **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 et 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 et 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 et évaluation supervise l'ensemble des opérations de suivi et 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 et 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.

8. Budget et sources de financement

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

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	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication autour de la santé communautaire	0,8
Total		27,1

Hypothèse : inflation annuelle à 1,4 % par an

9. Engagements des parties prenantes

a) Etat :

- Cadre institutionnel : décret définissant les structures communautaires privées et les obligations de gestion ; arrêté harmonisant les tarifs des 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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 ^{ème} jour et 7 ^{ème} 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

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
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
Secteur : Adolescents et jeunes			
IEC pour la prévention des grossesses précoces/non désirées, IST-SIDA, Mutilations Génitales Féminines	X	X	Case, Site, Domicile
Secteur : Planification familiale			
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
Secteur : Enfant			
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
Secteur : Nutrition			
Promotion de l'allaitement maternel dès la première heure après l'accouchement	X	X	Case, Site, Domicile

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
Promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	X	X	Case, Site, Domicile
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
Secteur : Paludisme			
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
Secteur : Tuberculose			
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
Secteur : IST et VIH SIDA			

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
IEC sur la prévention des IST et du VIH /SIDA	X	X	Case, Site, Domicile
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
Secteur : Eau, Hygiène et Assainissement			
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
Secteur : Maladies non transmissibles			
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
Secteur : Groupe des aînés (troisième âge)			
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
Secteur : Gouvernance			
Promotion du paquet de services de santé communautaire	X	X	Case, Site, Domicile
Secteur : Couverture Maladie Universelle			

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
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
Secteur : Mère et Nouveau-né			
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
Secteur : Enfant			
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
Secteur : Nutrition			
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

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
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
Secteur : Paludisme			
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
Secteur : Tuberculose			
Recherche active des irréguliers	X	X	Domicile
Secteur : Maladies Tropicales Négligées			
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			

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
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
- Centre des Objectifs du Millénaire pour le Développement/Millennium Promise (Projet des Villages du millénaire)
- Micronutrient Initiative
- Gynuity Health Project
- 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).

