

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi



Ministère de la Santé et de l'Action sociale



**Direction générale de la Santé publique
Cellule de Santé Communautaire**

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTE COMMUNAUTAIRE

2020-2024

Décembre 2020

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTE COMMUNAUTAIRE

2020-2024

**Direction générale de la Santé publique
Cellule de Santé Communautaire**

Préface



L'accès équitable à des services de santé de qualité est une priorité pour le Gouvernement du Sénégal et la santé communautaire constitue un pilier important de cette politique qui s'inscrit dans la vision du Plan Sénégal Émergent et du Plan national de Développement sanitaire et social 2019-2028.

Une quarantaine d'années après la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé primaires, l'objectif de la santé pour tous reste encore un défi majeur. Les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé l'ont réaffirmé lors de la conférence d'Astana au Kazakhstan qui s'est tenue du 25 au 26 octobre 2018.

La déclaration d'Astana est un engagement fort. A l'instar des autres pays, le Sénégal s'est engagé dans une dynamique de relance des Soins de Santé primaires en vue de l'atteinte de la Couverture Sanitaire universelle et des Objectifs du Développement durable. Cet engagement est inscrit en bonne place dans le Plan national de Développement sanitaire et social 2019-2028. Les Soins de Santé primaires représentent un moyen d'action particulièrement efficace face aux principaux facteurs et risques qui menacent la santé et le bien-être des populations.

L'évaluation du premier Plan stratégique national de Santé communautaire 2014-2018 a montré une amélioration de la couverture géographique, de la qualité et de l'élargissement de l'offre de services au niveau communautaire. Cependant, l'intégration de la gouvernance de la santé communautaire dans le système de santé n'est pas à la hauteur des attentes.

Ce deuxième Plan stratégique national de Santé communautaire 2020-2024 capitalise les acquis et enseignements tirés de l'exécution du plan précédent. Il a été élaboré selon une approche participative et consensuelle associant toutes les parties prenantes de la santé communautaire. Sa mise en œuvre nécessitera une mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines.

Je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui ont contribué techniquement et/ou financièrement à l'élaboration de ce Plan stratégique national de Santé communautaire 2020-2024. Je pense particulièrement aux acteurs communautaires de santé pour leur engagement et leur détermination, aux collectivités territoriales et aux Partenaires techniques et financiers pour leur précieux appui.

En conséquence, j'invite toutes les parties prenantes à s'approprier ce document de référence pour la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire au Sénégal en vue d'une résolution des problèmes de santé de nos populations.

Le Ministre de la Santé et de l'Action sociale,

Abdoulaye Diouf SARR



Abdoulaye Diouf SARR

Table des matières

Préface.....	4
Liste des sigles et abréviations	7
Clarification de quelques concepts.....	9
Résumé exécutif.....	13
Introduction.....	15
I. Etat des lieux.....	17
I.1. Contexte et justification	17
I.2. Organisation du système de santé	17
I.3. Contribution du niveau communautaire à l'atteinte des objectifs nationaux.....	19
I.3.1. Santé de la mère et du nouveau-né	19
I.3.2. Santé de l'enfant	20
I.3.3. Maladies transmissibles	20
I.3.4. Maladies non transmissibles	23
I.3.5. Eau, hygiène et assainissement	24
II. Goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la santé communautaire.....	26
II.1. Environnement programmatique	26
II.1.1. Insuffisance dans la coordination des interventions	26
II.1.2. Insuffisance de l'intégration des données communautaire dans la plateforme DHIS2.....	26
II.1.3. Insuffisance de financement des interventions communautaires de santé	27
II.2. Offre de services de santé communautaire	27
II.2.1. Insuffisance dans la disponibilité et la qualité des services de santé communautaires	27
II.2.2. Faiblesse dans le système de référence et contre-référence.....	27
II.3. Demande de services de santé communautaire	28
III. Théorie du changement du PSNSC 2020-2024.....	30
IV. Vision, but, objectifs, axes stratégiques et lignes d'action du PSNSC 2020-2024 .	34
IV.1. Vision	35

IV.2. But et objectifs stratégiques	35
IV.3. Axes stratégiques et lignes d'action	36
IV.3.1. Axe stratégique n° 1 : Accroissement de la demande des communautés pour l'utilisation des services de santé	37
IV.3.2. Axe stratégique n° 2 : Amélioration de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de services de santé au niveau communautaire	38
IV.3.3. Axe stratégique n° 3 : Renforcement de la coordination et de la gouvernance de la santé communautaire	41
IV.3.4. Axe stratégique n° 4 : Renforcement du plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des communautés pour la mise en œuvre de la santé communautaire	42
IV.3.5. Axe stratégique n° 5 : Renforcement de l'intégration du niveau communautaire dans le système d'information sanitaire et social	44
V. Cadre de mise en œuvre du PSNSC 2020-2024	46
V.1. Cadre institutionnel et organisationnel	47
V.1.1. Au niveau central	47
V.1.2. Au niveau déconcentré	49
V.2. Rôles et responsabilités des parties prenantes clés	49
V.3. Suivi et évaluation	51
V.3.1. Collecte des données	51
V.3.2. Circuit de collecte et transmission des données	52
V.3.3. Analyse des données	53
V.4. Budget et financement	54
V.4.1. Budget	54
V.4.2. Financement	54
V.5. Gestion des risques	56
Annexes	58
Annexe n° 1 : Paquets de services communautaires	58
Annexe n° 2 : Liste des médicaments et produits essentiels au niveau case de santé	65
Annexe n° 3 : Equipements niveau case de santé et niveau site communautaire	66
Annexe n° 4 : Cadre de performance du PSNSC 2020-2024	69
Remerciements	78

Sigles et abréviations

AC	Acteur communautaire
ACPP	Acteur Communautaire de Promotion et de Prévention
ACS	Acteur Communautaire de Santé
ACs	Acteur Communautaire de soins
ACT	Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémésinine
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
BG	Bajenu Gox
BRH	Brigade régionale d'Hygiène
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CDS	Comité de Développement sanitaire
CDSC	Comité départemental de la Santé communautaire
C4D	Communication pour le Développement
CLSC	Comité local de la Santé communautaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNPSC	Comité national de Pilotage de la Santé communautaire
CNRS	Centre national de Réinsertion sociale
CPC	Consultation primaire curative
CPN	Consultation prénatale
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
CPS	Chimio prévention du Paludisme saisonnière
CRSC	Comité régional de la Santé communautaire
CSC	Cellule de Santé Communautaire
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CVEXCOM	Cadre de Validation et de Passage à l'Echelle des Expériences Communautaires
DGSP	Direction générale de la Santé publique
DHIS2	District Health Information Software 2
DMM	Distribution de masse de médicaments
DMPA	Acétate de Médroxyprogestérone-dépot
DRSAS	Direction régionale de la Santé et de l'Action sociale
DSDOM	Dispensateur de soins à domicile
DSISS	Division du Système d'Information sanitaire et social
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquête démographique et de Santé
EPS	Etablissement public de Santé
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
HSR	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information Education Communication
IRA	Infection respiratoire aigue
MAM	Malnutrition aigüe modérée
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région

MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MJF	Méthode des jours fixes
MNT	Maladie non transmissible
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MTN	Maladie tropicale négligée
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PECADOM	Prise en charge du paludisme à domicile
PECMA	Prise en charge de la malnutrition aigue
PEV	Programme élargi de Vaccination
PF	Planification familiale
PMT	Praticien de la médecine traditionnelle
PNDSS	Plan national de Développement sanitaire et social
PNSC	Politique nationale de Santé communautaire
POCT	Plan opérationnel des Collectivités territoriales
PPS	Point de prestation de service
PSE	Plan Sénégal Émergent
PSNSC	Plan stratégique national de Santé communautaire
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SBH	Sous Brigade d'Hygiène
SDAS	Service départemental de l'Action sociale
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SPC	Suivi Promotion de la Croissance
SPNN	Soins Péri et Néonataux
SPS	Structure privée sanitaire
SRAS	Service régional de l'Action sociale
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SSP	Soins de Santé primaires
TDO	Traitement directement observé
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UREN	Unité de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle
VADI	Visite à domicile intégrée
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine



Clarification de quelques concepts

Clarification de quelques concepts

Santé communautaire : c'est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

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

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

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

Acteur communautaire (AC) : 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.

Acteur Communautaire de Santé (ACS) : nouvelle appellation proposée pour remplacer le terme générique d'acteur communautaire (excluant les membres des comités de santé).

Acteur Communautaire de soins (ACs) : en charge de délivrer un paquet de service curatif, préventif et promotionnel. Il peut s'agir d'un homme ou d'une femme officiant dans une case de santé ou à domicile (ASC, matrone, ASC / matrone, DSDOM). Il a reçu une formation homologuée, centrée sur un paquet de services normés (voir paquets de services communautaires en annexe 1).

Acteur Communautaire de Promotion et de Prévention (ACPP) : en charge de la création de la demande et de la diffusion des messages sanitaires (Relais, Bajenu Gox). Ils sont composés d'hommes et de femmes officiant dans une case de santé ou un site et qui ont reçu une formation homologuée centrée sur un paquet normé (voir paquets de services communautaires en annexe 1). Les praticiens de la médecine traditionnelle peuvent être

utilisés dans cette catégorie s'ils suivent la formation appropriée sur le paquet de services normés.

Agent de Santé Communautaire (ASC) : 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.

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

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

Dispensateur de soins à domicile (DSDOM) : 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).

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

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

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

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

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

Organisation communautaire de base (OCB) : 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 communautaires ou des acteurs communautaires de santé, ...

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

Comité de Développement sanitaire (CDS) : est une association de participation à l'effort de santé publique en remplacement des comités de gestion et comités de santé. Il est institué par le décret n° 2018-35 du 05 janvier 2018 portant statut types des CDS. Ce dernier comprend les trois (3) organes suivants : l'assemblée générale, le conseil de direction et le secrétariat exécutif.

Plan opérationnel de la collectivité territoriale (POCT) : est le plan opérationnel annuel de la collectivité territoriale dans le secteur de la santé. Il intègre aussi bien des activités d'investissement que promotionnelles financées avec les ressources de la collectivité territoriale, des CDS.

Résumé exécutif

Le Plan stratégique national de Santé communautaire (PSNSC) 2020-2024 tend à apporter sa contribution dans l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Ainsi, ce nouveau PSNSC 2020-2024 a tenu en compte dans son élaboration les acquis et les faiblesses du précédent plan ainsi que les nouvelles réformes du secteur de la santé et de l'action sociale.

Le PSNSC 2020-2024 s'inscrit dans la 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* ».

Son but est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité avec la participation effective des populations, des collectivités territoriales et des autres secteurs. Il est orienté vers l'impact des interventions communautaires pour l'amélioration de la santé de la population.

Les cinq (5) objectifs stratégiques poursuivis par le PSNSC 2020-2024 sont les suivants : i) accroître la demande des communautés pour l'utilisation des services de santé ; ii) améliorer l'accessibilité et la qualité de l'offre de services de santé au niveau communautaire ; iii) renforcer la coordination et la gouvernance de la santé communautaire ; iv) renforcer le plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des communautés pour la mise en œuvre de la santé communautaire ; v) renforcer l'intégration du niveau communautaire dans le système d'information sanitaire et social.

Les objectifs stratégiques constituent les axes qui sont mis en œuvre à travers dix-huit (18) lignes d'action. Ces lignes d'action ciblent principalement les activités suivantes : élaboration et mise en œuvre de la stratégie nationale d'engagement communautaire ; amélioration de la qualité de l'offre des services de santé et du système de référence et contre-référence au niveau communautaire ; renforcement de l'alignement des partenaires dans la gestion de la santé communautaire ; mobilisation de ressources financières durables en faveur de la santé communautaire ; renforcement des capacités des acteurs locaux de la gouvernance sanitaire sur la gestion de la santé communautaire ; mise en place d'un cadre réglementaire et de motivation des ACS ; promotion de la digitalisation des données communautaires ; promotion de la documentation des expériences et initiatives en santé communautaire.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 sera piloté à tous les niveaux du système de santé en étroite collaboration avec les autres secteurs de développement.

Le budget requis pour la mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 est estimé à 43,34 milliards F CFA. Il a été décliné par année et par source de financement à travers trois (3) stratégies de mobilisation des ressources financières : i) intensification de la mobilisation des ressources au niveau local ; ii) augmentation de la contribution de l'Etat ; iii) mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers.

Enfin, le PSNSC 2020-2024 s'articule autour de (5) chapitres : i) état des lieux ; ii) goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la santé communautaire ; iii) théorie du changement ; iv) vision, but, objectifs, axes stratégiques et lignes d'action ; v) cadre de mise en œuvre.



Introduction

Depuis plus de quatre décennies, le Sénégal a souscrit à l'approche des Soins de Santé primaires (SSP) telle que définie à la conférence d'Alma-Ata (1978) et renforcée par l'Initiative de Bamako (1987). A Astana en 2018, lors des 40 ans des SSP l'Etat a réaffirmé les engagements pris dans la déclaration ambitieuse et visionnaire d'Alma Ata et dans le programme de développement durable à l'horizon 2030, pour parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU).

Le pays a mis en œuvre diverses expériences de soins de santé au niveau communautaire avec la participation des organisations communautaires de base (OCB) et des organisations non gouvernementales (ONG), avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF). Ces organisations ont contribué à l'amélioration de l'offre de services de santé, malgré l'absence d'une politique coordonnée devant servir de cadre institutionnel à la santé communautaire.

C'est à ce titre qu'un document de Politique nationale de Santé communautaire (PNSC) a été élaboré en 2013 par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) à travers la Cellule de Santé Communautaire (CSC) de la Direction générale de la Santé publique (DGSP). Cette PNSC doit être opérationnalisée par un Plan stratégique national de Santé communautaire (PSNSC) quinquennal arrimé aux politiques et stratégies nationales, ainsi qu'aux directives et recommandations internationales.

Il est ressorti de l'évaluation du PSNSC 2014-2018 que la couverture géographique, la qualité et l'élargissement de l'offre de services communautaires ont été améliorés. Par contre le système de gouvernance de la santé communautaire mis en place a été peu fonctionnel surtout au niveau déconcentré. Le niveau d'intégration de la santé communautaire dans le système de santé ainsi que la promotion de la participation des communautés n'ont pas été à la hauteur des attentes.

Le PSNSC 2020-2024 repose sur une théorie de changement et vise à contribuer à l'amélioration de la santé des populations avec leur pleine participation. Son élaboration a été menée selon une approche participative et inclusive avec toutes les parties prenantes.

Le PSNSC 2020-2024 est structuré en cinq (5) chapitres : i) état des lieux ; ii) goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la santé communautaire ; iii) théorie du changement ; iv) vision, but, objectifs, axes stratégiques et lignes d'action ; v) cadre de mise en œuvre.



Etat des lieux

I. Etat des lieux

I.1. Contexte et justification

Le Gouvernement du Sénégal a érigé l'accès équitable à des services de santé de qualité au rang de priorité nationale, comme décrit dans le Plan Sénégal Emergent (PSE) et le Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS) 2019-2028. La santé communautaire est un pilier de cette politique et son ambition est de rapprocher davantage les prestations de services des populations en se focalisant sur des stratégies de proximité basées sur des activités préventives, curatives et promotionnelles.

La PNSC outil de régulation des initiatives communautaires, constitue désormais le cadre de référence pour les interventions communautaires. C'est ainsi qu'un premier PSNSC a été élaboré en 2014 et mis en œuvre sur une durée de cinq (5) années. Ce plan visait à systématiser, organiser et coordonner l'ensemble des interventions de santé communautaire sur tout le territoire national. Arrivé à son terme, l'évaluation a permis d'apprécier les performances des différents axes stratégiques, d'identifier de bonnes pratiques de santé communautaire, mais aussi des leçons apprises de la gestion globale des interventions à tous les niveaux.

C'est sur la base de cette analyse qu'un nouveau PSNSC 2020-2024 est élaboré. Ce plan capitalise les acquis et les faiblesses du précédent PSNSC, tout en prenant en compte les nouvelles réformes du secteur de la santé et de l'action sociale. Le processus de planification stratégique a mobilisé l'ensemble des parties prenantes de la santé communautaire au Sénégal.

I.2. Organisation du système de santé

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal en lien avec le découpage administratif du pays. Elle comprend :

- un niveau central stratégique qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés et les Centres nationaux de Réinsertion sociale (CNRS) ;
- Un niveau intermédiaire qui regroupe les Directions régionales de la Santé et de l'Action sociale (DRSAS), les Brigades régionales de l'Hygiène (BRH) et les Services régionaux de l'Action sociale (SRAS) ;
- Un niveau périphérique opérationnel avec les Districts sanitaires, les Sous Brigades d'Hygiène (SBH) et les Services départementaux de l'Action sociale (SDAS).

L'offre publique de soins de santé est assurée par :

- Etablissements publics de Santé (EPS) de niveau 1, 2 et 3 ;
- Centres de santé ;
- Postes de santé ;
- Cases de santé et sites communautaires.



Figure n° 1 : Organisation du système de santé du Sénégal (source PNDSS 2019-2028)

L'offre publique de santé compte également en 2019, 79 districts sanitaires constitués de 128 centres de santé, 1 618 postes de santé, 2 676 cases de santé et 4 869 sites communautaires.

Les structures d'hygiène sont constituées de : 14 BRH, 61 SBH et 12 postes d'hygiène.

Dans le sous-secteur de l'action sociale, l'offre publique de services sociaux est composée de : 4 CNRS, 14 SRAS, 45 SDAS et 49 Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS).

Au niveau communautaire, l'offre de services est assurée par des acteurs officiant dans les cases de santé et sites communautaires appelés Acteurs Communautaires de Santé (ACS). Ils sont classés en deux (2) catégories :

- Acteurs Communautaires de soins (ACs) :
 - Agent de Santé Communautaire (ASC) ;
 - Matrone ;
 - ASC / matrone ;
 - Dispensateur de soins à domicile (DSDOM).
- Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention :
 - Relais communautaire ;
 - Bajenu Gox (BG) ;
 - Praticien de la médecine traditionnelle (PMT) formé.

Au niveau du secteur privé, la cartographie réalisée en 2017 comptabilisait 2 754 structures privées sanitaires (SPS) avec :

- 1 225 SPS de soins dont 03 hôpitaux, 118 cliniques, 359 cabinets médicaux, 37 centres de santé, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise et 111 postes de santé privés ;
- 246 SPS dentaires dont 207 cabinets dentaires ;
- 33 SPS de diagnostic dont 26 laboratoires d'analyse biomédicale, 07 centres de radiologie et imagerie médicale ;
- 1 250 SPS pharmaceutiques dont 1 063 officines privées et 187 dépôts de médicaments.

I.3. Contribution du niveau communautaire à l'atteinte des objectifs nationaux

Selon le PNDSS 2019-2028, l'état de santé de la population sénégalaise est marqué par des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile, la persistance du fardeau des maladies transmissibles malgré des progrès significatifs depuis plusieurs décennies et un accroissement rapide du fardeau des maladies non transmissibles (MNT) qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux.

I.3.1. Santé de la mère et du nouveau-né

Le ratio de mortalité maternelle au Sénégal est passé de 401 à 392 puis à 236 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes respectivement selon les Enquêtes démographiques et de Santé (EDS) de 2005, 2010 et EDS-Continue 2017. Cette mortalité maternelle est due principalement aux hémorragies de la délivrance (39 %) ; ce qui avait motivé sa prévention au niveau communautaire par l'administration du misoprostol.

Les ACS ont contribué à l'atteinte des performances relatives à la santé de la mère et du nouveau-né par la sensibilisation pour le recours précoce aux soins et pour la promotion de la santé, par l'offre de services et par l'orientation des femmes vers les points de prestations de services (PPS) en cas de besoin.



I.3.2. Santé de l'enfant

La mortalité des enfants de moins de 5 ans, selon les EDS continues 2015, 2016 et 2017 est passée respectivement de 31 ‰ à 42 ‰, liée aux maladies de l'enfant évitables par la vaccination, au paludisme, aux infections respiratoires aiguës (IRA) et à la malnutrition.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSNSC 2014-2018, un paquet de services communautaires a été développé pour contribuer au plan d'accélération des interventions de la survie de l'enfant en vue d'une réduction de la mortalité infanto-juvénile.

La pneumonie est l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays sahéliens. Au Sénégal, selon l'EDS-Continue 2017, la prévalence des IRA se situe à 4 % parmi les enfants de moins de 5 ans. Cette prévalence n'a pas varié significativement depuis 2015. Parmi les enfants de moins de 5 ans, la recherche de conseils et de traitements s'est faite dans 60 % des cas. Selon le rapport de l'évaluation du PSNSC 2014-2018, les ACS ont pris en charge 6 816 cas d'IRA sur la période d'octobre 2017 à septembre 2018 dans les régions de Diourbel, Kédougou, Kolda, Matam, Saint-Louis, Sédhiou et Tambacounda.

Selon le Programme national de Lutte contre le Paludisme, le nombre de cas de fièvre vus au niveau communautaire est passé de 51 000 en 2014 à 115 112 en 2017, soit une augmentation notable du volume et de la qualité du diagnostic du paludisme avec la stratégie de la prise en charge du paludisme à domicile (PECADOM).

Concernant la diarrhée, les ACS ont traité 4 337 cas sur la période d'octobre 2017 à septembre 2018 dans les régions de Diourbel, Kédougou, Kolda, Matam, Saint-Louis, Sédhiou et Tambacounda.

En somme, le recours aux soins des enfants de moins de 5 ans reste faible, près de la moitié ne recourt et/ou n'a pas accès à l'offre de services disponible au niveau communautaire.

I.3.3. Maladies transmissibles

❖ VIH / SIDA

Au Sénégal, selon l'EDS-Continue 2017, la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est stable à 0,5 % dans la population générale âgée de 15 à 49 ans. Des disparités ont été notées selon le sexe (0,5 % chez les femmes contre 0,4 % chez les hommes) dans trois régions (Ziguinchor, Sédhiou et Kolda avec respectivement 1,5 %, 0,5 % et 1,5 %).



Le Sénégal avait adopté, depuis 2015, la stratégie « Tester tous, Traiter tous » dans le cadre de l'atteinte de l'objectif des 90 90 90. Il ressort cependant de l'EDS 2017 qu'il y a toujours un faible recours au test de dépistage du VIH.

Toutefois, les interventions communautaires en 2018 ont permis l'amélioration de certains indicateurs liés au dépistage à travers les conseils et l'observance du traitement ambulatoire, la recherche des perdus de vue et la distribution des kits nutritionnels.

Tableau n° 1: Contribution du niveau communautaire dans la lutte contre le VIH / SIDA en 2018 (Source : Division de Lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement transmissibles)

Indicateurs	2018	
	Cible	Réalisé
Conseils et dépistage des HSH	2 081	2 124
Professionnelles du sexe touchées par des activités de sensibilisation	3 357	3 587
Conseils et dépistage des professionnelles du sexe	2 685	3 213
Utilisateurs de drogues injectables touchés par des activités de sensibilisation	543	545
Conseils et dépistage des utilisateurs de drogues injectables	676	723
Conseils et dépistage des autres groupes vulnérables (orpailleurs, pêcheurs, migrants)	8 950	9 434
PVVIH touchées à travers les activités communautaires	-	3150
Conseils et dépistage des femmes enceintes et allaitantes	-	1304
Nombre de recherches d'enfants infectés par le VIH	-	302
Nombre de cercles de solidarité organisés	-	44
Nombre de visites à domicile pour appuyer le maintien des femmes VIH dans les traitements	-	566
Nombre de médiateurs	-	130
Nombre de kits nutritionnels distribués aux enfants et adultes vivant avec le VIH	-	1200
Nombre de clubs d'observance PVVIH	-	116
Recherche de perdus de vue PVVIH	-	1497

❖ Tuberculose

La tuberculose reste un problème majeur de santé publique au Sénégal. Avec un taux d'incidence de la tuberculose estimé à 122 cas pour 100 000 habitants (Plan stratégique national de Lutte contre la Tuberculose 2018-2022) soit près de 19 185 personnes atteintes. La couverture en traitement de la tuberculose (cas notifié / incidence estimée) se situe à 60 %. Cette situation montre que près du 1/3 cas de tuberculose soit 8 766 personnes dans le pays ne sont pas dépistées.

La santé communautaire a contribué à l'atteinte des cibles de la lutte contre la tuberculose dans le pays. Selon les données du Programme national de Lutte contre la Tuberculose, les infrastructures communautaires ont référé 54 011 tousseurs chroniques entre 2014 et 2018 dont 6 323 (soit 12 %) ont été dépistés tuberculeux pulmonaires.

Sur toute l'étendue du territoire national, par ailleurs, les OCB engagées dans les activités de sensibilisation sur la tuberculose ont dépassé leurs cibles initiales entre octobre 2017 et septembre 2018. Un total de 231 402 causeries éducatives a été délivré sur une prévision de 159 840.

❖ Paludisme

La prévalence parasitaire est de 0,4 % selon l'EDS-Continue de 2017 avec une baisse conséquente comparée à la prévalence de 3,29 % en 2016. Au niveau communautaire, les ACs prennent en charge les cas de paludisme simple confirmés par Test de Diagnostic Rapide (TDR) et assurent le traitement par les combinaisons thérapeutiques à base de dérivé d'Artémésinine (ACT).

Entre 2014 et 2017, les ACs au niveau des cases de santé ont enregistré 399 939 cas suspects de paludisme, réalisé 396 734 TDR dont 176 140 (soit 44,39 %) étaient positifs. Durant la même période, les DSDOM ont également enregistré 330 753 cas suspects de paludisme, réalisé 320 338 TDR dont 110 638 (soit 34,53 %) sont positifs. En dehors du dépistage et du traitement par ACT, les ACs ont également mené des activités de prévention et de promotion (distribution et suivi de l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA)).

Le nombre de cas de fièvre vus et de TDR réalisés par le niveau communautaire a triplé entre 2014 et 2017. La proportion de TDR réalisés sur les cas de fièvre qui se situait à 91 % en 2014 a atteint 99 % en 2017.

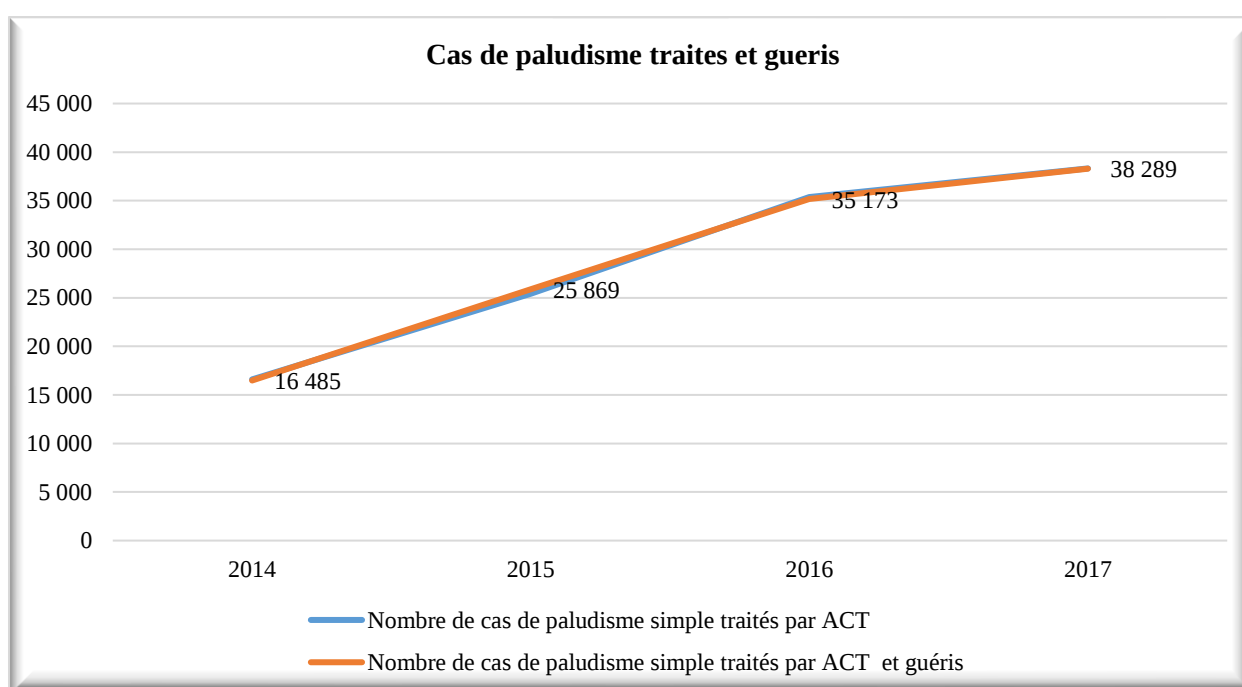


Figure n° 2 : Nombre de cas de paludisme traités et taux de guérison 2014 – 2017

Le nombre de cas de paludisme simple traités par ACT et guéris au niveau communautaire a doublé entre 2014 et 2017.

❖ **Maladies épidémiques sous surveillance à base communautaire**

Le Sénégal a une longue expérience dans la surveillance à base communautaire des maladies à potentiel épidémique : surveillance des paralysies flasques aiguës par les acteurs communautaires (AC), mise en place des comités de veille et de surveillance communautaire pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

Ainsi, avec la stratégie des comités de veille et d'alerte communautaire intégré, huit (8) maladies prioritaires sont sous surveillance au niveau communautaire à savoir : le tétanos néo-natal, la poliomyélite, la méningite, la rougeole, la fièvre jaune, le choléra, la diarrhée sanglante, la maladie à virus Ebola. Avec la pandémie de la covid-19, cette surveillance est élargie à la sensibilisation, au suivi et à la prise en charge des cas à domicile.

L'engagement communautaire s'est construit sur la créativité, la résilience et la dynamique des forces sociales des communautés face à la covid-19. Il est basé sur la dynamique de l'écoute, de la co-construction de réponses durables qui reproduisent les concepts culturels de discrétion, d'empathie et de civilité dans les familles, les concessions et les espaces communautaires à risque, principaux lieux de contamination.

❖ **Maladies tropicales négligées**

Parmi les vingt (20) maladies tropicales négligées (MTN) ciblées dans la région africaine de l'OMS treize (13) sont endémiques au Sénégal, dont cinq (05) dites à chimiothérapie préventive de masse (filariose lymphatique, onchocercose, schistosomiase, géo helminthiase et trachome) et huit (08) dites à prise en charge de cas (lèpre, maladie du ver de Guinée, rage humaine, leishmaniose cutanée, mycétome, gale, dengue et envenimations par morsures de serpent).

Dans le cadre de la lutte contre les MTN à chimiothérapie préventive, des campagnes de distribution de masse de médicaments (DMM) et de sensibilisation des populations sont mises en œuvre au niveau communautaire. En 2018, près de 9 912 AC et 6 442 enseignants des écoles primaires ont été formés et mobilisés pour administrer les médicaments requis aux différentes cibles concernées (source : rapport de la campagne de DMM contre les MTN, Sénégal 2018).

Aussi, la surveillance communautaire pour la détection précoce des cas et leur orientation vers les structures sanitaires est effective pour la rage humaine, la lèpre et les cas de morbidité liés à la filariose lymphatique et au trachome (trichiasis, lymphœdème, et éléphantiasis).

Toutefois, l'intégration de toutes les MTN dans le paquet d'interventions communautaires constitue un véritable défi pour le contrôle et l'élimination de ces maladies de la pauvreté.

I.3.4. Maladies non transmissibles

Les MNT sont pour la plupart liées à quatre facteurs de risque courants, à savoir le tabagisme (6,7 % des adultes), l'abus d'alcool (1,4 %), une alimentation pauvre en fruits et en légumes (67,9 % des adultes consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour) et le manque d'activité physique (66,4 % des adultes ne pratiquant aucune activité physique intense) selon l'enquête STEPS 2015 Sénégal.

Le profil pays dressé par l'OMS confirme que les 4 MNT majeures sont responsables de la majorité de la morbi-mortalité de la population au Sénégal. Il s'agit de :

- maladies cardio-vasculaires ;

- cancers (sein, col de l'utérus, foie) ;
- bronchopneumopathies chroniques ;
- diabète.

Le niveau communautaire contribue beaucoup dans la prévention des facteurs de risques des MNT à travers des activités d'Information Education Communication / Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC), de détection précoce et d'orientation vers les structures sanitaires qui constituent des éléments de leur paquet de services.

I.3.5. Eau, hygiène et assainissement

Les interventions de ce volet ont un fort soubassement communautaire. Il s'agit d'activités visant à :

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

Ainsi le rapport de l'année 2018 du Service national de l'Hygiène montre que 860 relais communautaires formés ont effectué 58 000 visites à domicile (VAD) et 465 causeries sur l'éducation à l'hygiène.

Aussi, dans le cadre de l'amélioration de la santé des populations en milieu rural, les brigades d'hygiène ont eu à accompagner l'approche « Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) » au niveau de 628 villages et 285 parmi ces villages ont atteint le statut de fin de défécation à l'air libre, 66 % des concessions où l'eau de boisson est traitée et bien conservée et 51 % des concessions ayant un dispositif de lavage des mains au savon à la sortie des toilettes.



Goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la santé communautaire

II. Goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la santé communautaire

La mise en œuvre de la santé communautaire a été confrontée à quelques obstacles ayant fait l'objet d'une analyse causale. Ces goulots d'étranglement sont classés dans trois (3) rubriques : environnement programmatique, offre et demande de services communautaires.

II.1. Environnement programmatique

II.1.1. Insuffisance dans la coordination des interventions

Les organes de mise en œuvre du PSNSC 2014-2018 sont installés aux niveaux central (Comité national de Pilotage de la Santé communautaire (CNPSC) et régional (Comité régional de la Santé communautaire (CRSC)). Par contre pour les niveaux départemental et local (Comité départemental de la Santé communautaire (CDSC) et Comité local de la Santé communautaire (CLSC)), la mise en place est timide. La fonctionnalité demeure également faible pour l'ensemble des comités au niveau déconcentré liée à une faible prise en compte de la santé communautaire.

Nous notons aussi des conflits de compétences entre le superviseur des SSP avec celles du point focal de la santé communautaire au niveau régional et district sanitaire. A ce niveau, la réforme en cours devra intégrer la santé communautaire à une entité (division) en charge des SSP.

Par ailleurs, malgré l'existence de lois et autres textes législatifs relatifs à la décentralisation, les communes rencontrent des problèmes dans la mise en œuvre des compétences qui leur sont transférées. Ces difficultés sont essentiellement dues à l'insuffisance de ressources financières et la faiblesse de leurs capacités techniques et humaines en matière de gestion et de promotion de la santé communautaire.

L'analyse a montré aussi une insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières de la CSC et la nécessité de changement de statut en une entité de plus haut niveau pour pouvoir accomplir ses nouvelles missions en rapport avec le développement de la stratégie des SSP.

II.1.2. Insuffisance de l'intégration des données communautaire dans la plateforme DHIS2

Le système de santé au Sénégal dispose d'un système d'information sanitaire basé sur la plateforme nationale District Health Information Software 2 (DHIS2). Les données communautaires sont cependant disparates, non organisées, avec de multiples sources sectorielles et un surplus d'outils. Cette situation est due aux lenteurs dans le paramétrage des données communautaires dans le DHIS2 dont la saisie doit être effectuée à partir du poste de santé. Jusqu'ici, les formulaires de rapport des données communautaires ne sont pas assignés aux PPS de référence afin d'alimenter le DHIS2.

II.1.3. Insuffisance de financement des interventions en santé communautaire

A l'instar de plusieurs pays de la sous-région, le financement de la santé communautaire au Sénégal est insuffisant. Ceci est dû aux facteurs suivants :

- absence de textes concernant la santé communautaire dans le budget des collectivités territoriales ;
- absence d'un plan de mobilisation des ressources pour le financement de la santé communautaire ;
- faible mutualisation des investissements sur les programmes communautaires avec une insuffisance de l'estimation de la contribution du niveau communautaire dans l'amélioration de la santé des populations.

A cela s'ajoute la faible prise en compte dans les plans opérationnels des collectivités territoriales (POCT) des besoins des cases de santé / sites communautaires en termes d'investissement et d'appui au fonctionnement.

II.2. Offre de services de santé communautaire

II.2.1. Insuffisance dans la disponibilité et la qualité des services de santé communautaires

L'évaluation du PSNSC 2014-2018 a montré que cette situation est due aux facteurs suivants :

- une disparité dans la répartition géographique des infrastructures (cases de santé et sites communautaires) et ACS ;
- un déficit de formation continue / recyclage des ACS ;
- une offre de services limitée pour la prise en charge communautaire des MNT ;
- une insuffisance dans la supervision et des stratégies avancées par les prestataires au niveau communautaire ;
- des ruptures intempestives d'intrants favorisées par la non prise en compte des besoins du niveau communautaire par les PPS de référence ;
- des matériels et équipements standards absents ou obsolètes.

II.2.2. Faiblesse dans le système de référence et contre-référence

Le système de référence et contre-référence au niveau communautaire montre les éléments suivants :

- une insuffisance de moyens logistiques ou financiers au niveau communautaire pour assurer le transport des patients vers les PPS de référence ;
- une retro information non systématique des PPS de référence vers les structures communautaires ;
- un retard dans la prise de décision au sein de la famille ;
- une perception erronée de la référence au sein des communautés liée à des croyances socio-culturelles.

II.3. Demande de services de santé communautaire

La faible demande des services préventifs, curatifs et promotionnels au niveau communautaire est liée à certains facteurs dont :

- l'éloignement et l'enclavement des cases de santé et des sites communautaires ;
- certaines pratiques socio-culturelles ;
- la faiblesse des stratégies de communication sur la santé communautaire ;
- le faible pouvoir économique des ménages en milieu rural ; à cela s'ajoute le faible niveau d'instruction des femmes ainsi que leur faible pouvoir de décision.

Tout ceci constitue des obstacles à la demande de services au niveau communautaire.



Théorie du changement du PSNSC 2020 - 2024

III. Théorie du changement du PSNSC 2020-2024

Le PSNSC 2020-2024 se propose comme résultat en termes d'effet que 70 % de la population adoptent des comportements favorables à la santé d'ici 2024 (les femmes enceintes, le couple mère-enfant, les adolescent(e)s et utilisent le paquet communautaire intégré. Pour y arriver, les produits suivants doivent être atteints :

Produit n° 1	les familles et les communautés sont autonomisées et utilisent les paquets de services intégrés
Produit n° 2	les cases, les sites et les PPS avancés sont fonctionnels et offrent des paquets de services intégrés de qualité et accessibles à la population
Produit n° 3	les intervenants du niveau communautaire planifient, exécutent et suivent la mise en œuvre des paquets de services intégrés
Produit n° 4	les collectivités territoriales appuient la mise en œuvre des paquets de services intégrés du niveau communautaire dans leur localité
Produit n° 5	les données sur les interventions du niveau communautaire sont disponibles, intégrées dans le DHIS2 et utilisées dans le système de santé

L'atteinte de ces résultats dépendra des changements suivants qui sont nécessaires pour remédier aux goulots d'étranglement identifiés.

Au niveau des résultats, la théorie de changement est basée sur les hypothèses suivantes :

- si les communautés sont réceptives et s'engagent dans la promotion de leur santé pour faciliter la création de la demande ;
- s'il y a une responsabilisation des collectivités territoriales dans la gestion de la santé communautaire ;
- si les ressources locales pour la mise en œuvre de la santé communautaire sont inscrites dans le budget de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- si le dispositif de santé communautaire est fonctionnel pour assurer une offre de services communautaires de qualité ;
- si le gouvernement augmente les ressources et améliore les niveaux d'efficacité et d'efficience dans la mise en œuvre des stratégies et interventions planifiées en santé communautaire ;
- si les données concernant les interventions communautaires sont disponibles et utilisées dans le système de santé.

Alors, il y aura comme dividende, une réduction de 30 % de la charge de la mortalité maternelle et infantile au sein des communautés grâce aux interventions de santé communautaire.

Toutefois, les risques potentiels ci-dessous énumérés peuvent entraver l'atteinte des résultats planifiés :

- un faible niveau de financement du gouvernement pour la santé communautaire ;
- une faible appropriation de la stratégie nationale de santé communautaire par les leaders communautaires ;
- une faible capacité de mobilisation des ressources financières externes ;
- une persistance des barrières socio-culturelles ;
- une faible promotion de l'égalité entre les sexes et de l'équité entre les genres ;
- une faible adhésion des collectivités territoriales dans la mobilisation des ressources locales nécessaires à la mise en œuvre des interventions en santé communautaire ;
- une insuffisance de coordination de la santé communautaire à tous les niveaux.

Ces risques sont pris en compte dans la formulation des activités à réaliser au cours de la période 2020-2024.

En effet, cinq (05) mécanismes seront nécessaires et suffisants pour contribuer à la réduction de la mortalité générale et plus particulièrement les décès maternels et infanto-juvéniles par une meilleure prise en charge communautaire des problèmes de santé, notamment :

- l'autonomisation des familles et des communautés pour la création de la demande, l'utilisation des services et le soutien à l'offre de paquets de services communautaires ;
- l'offre par les cases de santé, les sites communautaires et les PPS avancées des paquets de services intégrés de santé de qualité et accessibles à la population ;
- l'appropriation de la planification, l'exécution et le suivi de la mise en œuvre des paquets de services communautaires par les intervenants ;
- l'accompagnement des collectivités territoriales et des communautés dans la gestion de la santé communautaire ;
- la disponibilité des données communautaires dans le DHIS2 pour leur prise en compte dans le système d'information sanitaire.

Ces mécanismes sont traduits en cinq (5) axes stratégiques :

1. Accroissement de la demande des communautés pour l'utilisation des services de santé ;
2. Amélioration de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de services de santé au niveau communautaire ;
3. Renforcement de la coordination et de la gouvernance de la santé communautaire ;
4. Renforcement du plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des communautés pour la mise en œuvre de la santé communautaire ;
5. Renforcement de l'intégration du niveau communautaire dans le système d'information sanitaire et social.

L'obtention de ces résultats passe par la mise en œuvre d'interventions à fort potentiel d'accélération, appelés « game-changers », de l'amélioration de la santé maternelle, infantile et de toute la population à travers une prise en charge communautaire.

Les principaux « game-changers » se concentreront autour des interventions stratégiques ayant eu un fort impact à tous les niveaux :

- la mise en place et l'opérationnalisation de la santé communautaire avec la participation des collectivités territoriales ;
- le renforcement des capacités des leaders communautaires pour s'approprier de la santé communautaire ;
- le renforcement de l'offre de services communautaires intégrés de qualité ;
- l'alignement de tout programme de santé et des partenaires aux paquets de services communautaires définis dans le PSNSC 2020-2024 ;
- le renforcement du leadership de la CSC pour le pilotage et la coordination de la santé communautaire.

La figure ci-dessous illustre la théorie de changement pour le PSNSC 2020-2024.

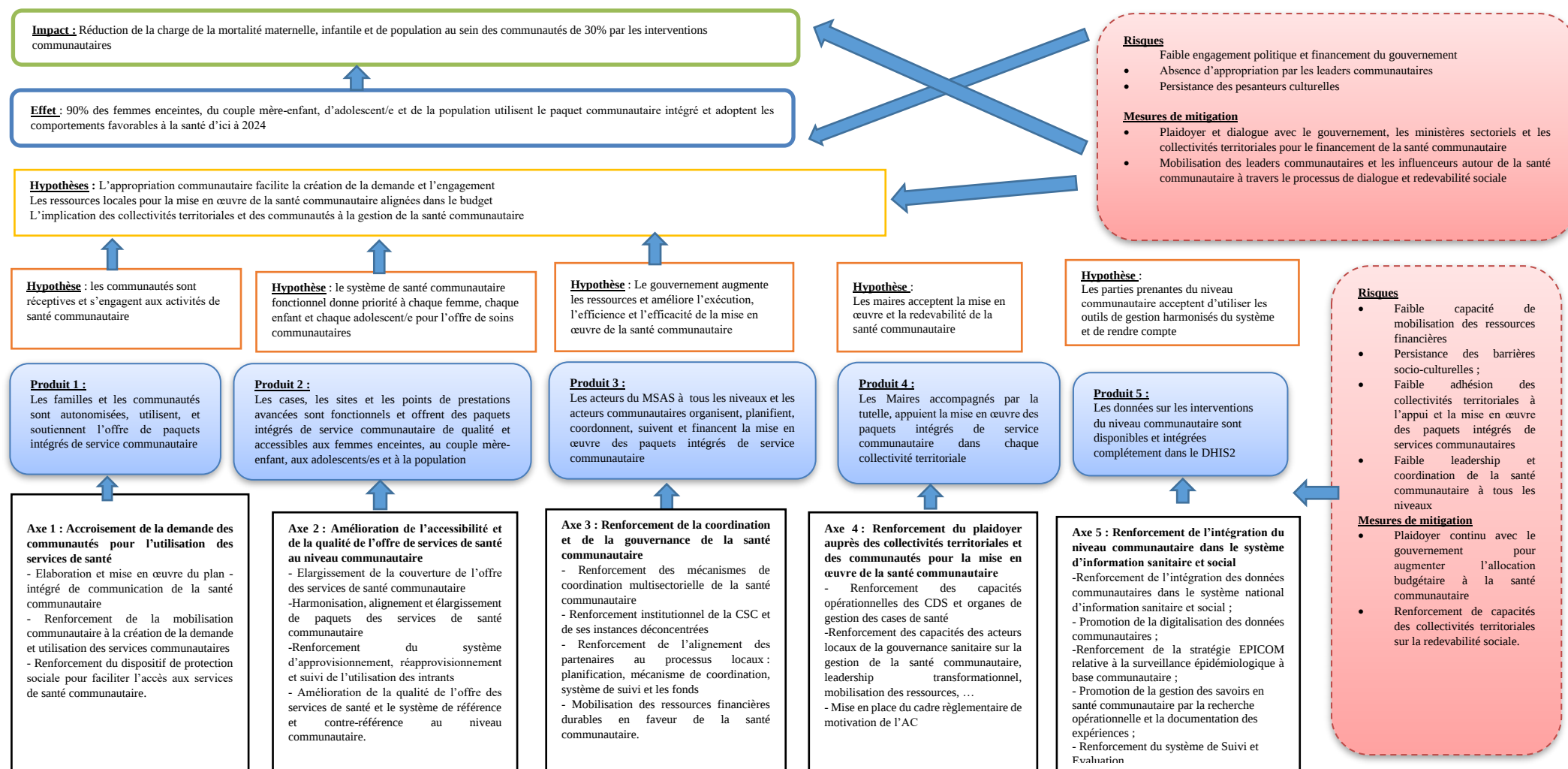


Figure n° 3 : Théorie du changement du PSNSC 2020-2024

**Vision, but, objectifs,
axes stratégiques et
lignes d'action du PSNSC
2020 - 2024**

IV. Vision, but, objectifs, axes stratégiques et lignes d'action du PSNSC 2020-2024

IV.1. Vision

La vision du PSNSC 2020-2024 s'aligne avec celle du PNDSS 2019-2028 qui 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, avec leur pleine participation, sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif* ».

❖ Principes

La PNSC s'articule autour de sept (7) principes essentiels :

- l'équité ;
- la qualité des services ;
- la participation communautaire ;
- la technologie appropriée ;
- la multisectorialité ;
- la pluridisciplinarité ;
- le devoir de rendre compte.

❖ Valeurs

Les valeurs de la santé communautaire comprennent :

- l'éthique ;
- le respect du bien commun ;
- la bienfaisance ;
- la responsabilité ;
- la solidarité ;
- la protection des individus, groupes et communautés vulnérables.

IV.2. But et objectifs stratégiques

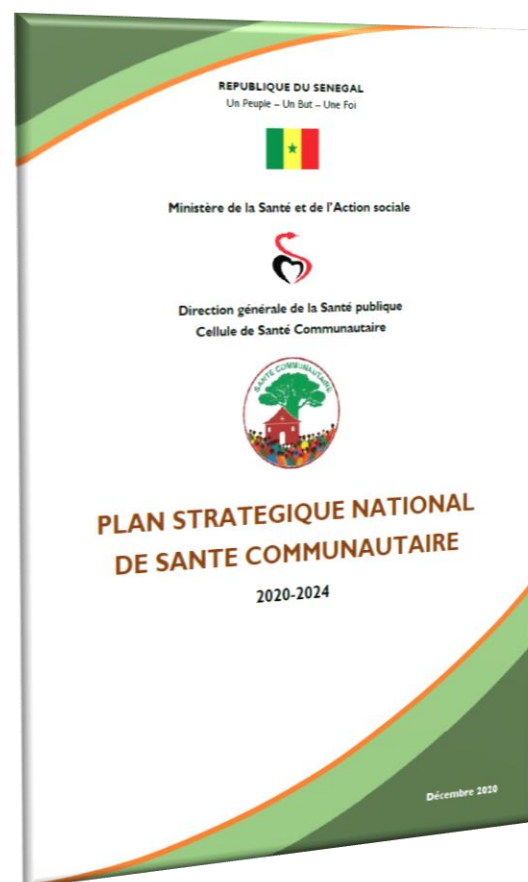
❖ But

Le PSNSC 2020-2024 vise à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité avec la participation effective des populations, des collectivités territoriales et des autres secteurs.

❖ Objectifs stratégiques

Les principaux objectifs stratégiques poursuivis par le PSNSC 2020-2024 sont les suivants :

1. Accroître la demande des communautés pour l'utilisation des services de santé ;
2. Améliorer l'accessibilité et la qualité de l'offre de services de santé au niveau communautaire ;
3. Renforcer la coordination et la gouvernance de la santé communautaire ;



4. Renforcer le plaidoyer auprès des collectivités territoriales et les communautés pour la mise en œuvre de la santé communautaire ;
5. Renforcer l'intégration du niveau communautaire dans le système d'information sanitaire et social.

IV.3. Axes stratégiques et lignes d'action

Les interventions clés pour atteindre les objectifs seront basées sur cinq (5) axes stratégiques et dix-huit (18) lignes d'action placés sous le prisme de la théorie du changement pour l'amélioration de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire et la génération de plus d'effets positifs. Ainsi le tableau ci-dessous montre les axes stratégiques et les lignes d'action du PSNSC 2020-2024.

Tableau n° 2 : Axes stratégiques et lignes d'action du PSNSC 2020-2024

Axes stratégiques	Lignes d'action
1. Accroissement de la demande des communautés pour l'utilisation des services de santé	1.1. Élaboration d'un plan intégré de communication de la santé communautaire
	1.2. Elaboration et mise en œuvre de la stratégie nationale d'engagement communautaire
	1.3. Renforcement du dispositif de protection sociale pour faciliter l'accès aux services de santé
2. Amélioration de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de services de santé au niveau communautaire	2.1. Élargissement de la couverture de l'offre de services de santé au niveau communautaire
	2.2. Harmonisation et élargissement du paquet de services de santé au niveau communautaire
	2.3. Amélioration du système de gestion des médicaments et produits essentiels au niveau communautaire
	2.4. Amélioration de la qualité de l'offre des services de santé et du système de référence et contre-référence au niveau communautaire
3. Renforcement de la coordination et de la gouvernance de la santé communautaire	3.1. Renforcement des mécanismes de coordination multisectorielle de la santé communautaire
	3.2. Renforcement institutionnel de la CSC
	3.3. Renforcement de l'alignement des partenaires dans la gestion de la santé communautaire
	3.4. Mobilisation de ressources financières durables en faveur de la santé communautaire
4. Renforcement du plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des communautés pour la mise en œuvre de la santé communautaire	4.1. Renforcement des capacités opérationnelles des Comités de Développement sanitaires (CDS) et organes de gestion des cases de santé
	4.2. Renforcement des capacités des acteurs locaux de la gouvernance sanitaire sur la gestion de la santé communautaire
	4.3. Mise en place d'un cadre réglementaire et de motivation des ACS

5. Renforcement de l'intégration du niveau communautaire dans le système d'information sanitaire et social	5.1. Renforcement de l'intégration des données communautaires dans le système d'information sanitaire et social
	5.2. Promotion de la digitalisation des données communautaires
	5.3. Promotion de la documentation des expériences et initiatives en santé communautaire
	5.4. Renforcement du système de suivi et évaluation

IV.3.1. Axe stratégique n° 1 : Accroissement de la demande des communautés pour l'utilisation des services de santé

La mise en œuvre d'interventions de santé communautaire vise l'accès universel aux soins de santé de base à toutes les populations sans aucune exclusion. Pour la création de la demande, il s'agira de renforcer les activités de promotion et de prévention de la santé menées par les ACS (VADI, causeries, entretiens...) et aussi à travers les canaux de communication dans le cadre de la mobilisation des communautés.



❖ Ligne d'action 1.1 : Élaboration d'un plan intégré de communication de la santé communautaire

Les stratégies de communication pour accroître la création de la demande seront développées dans le plan intégré de communication de la santé communautaire. Ce plan sera axé sur les groupes de participants, les messages clés à délivrer et les canaux ou supports à utiliser, tenant compte des objectifs fixés.

Il s'agira de développer et d'opérationnaliser le plan de communication de la santé communautaire à tous les niveaux afin de renforcer la communication institutionnelle et sociale. Ainsi, la mise en œuvre du plan intégré de communication permettra d'avoir :

- une meilleure visibilité de la CSC ;
- une meilleure compréhension de la santé communautaire par tous les acteurs (activités de santé communautaire, dispositif communautaire, paquets de services communautaires).

❖ Ligne d'action 1.2 : Elaboration et mise en œuvre de la stratégie nationale d'engagement communautaire

Une stratégie nationale d'engagement communautaire pour la santé et le développement sera développée par la CSC en étroite collaboration avec toutes les parties prenantes. Le but est d'arriver à un niveau d'appropriation où la majorité des communautés sera consommatrice et productrice de services préventifs, curatifs et surtout promotionnels.



Un guide d'orientation avec des outils de mise en œuvre sera élaboré et va cibler la communauté, plus particulièrement les leaders et les personnes influentes (collectivités territoriales, leaders communautaires, autres secteurs, etc.). Il traitera des questions de développement liées aux déterminants de la santé en vue d'une meilleure implication dans la résolution de leurs problèmes de santé et en utilisant les données de la recherche sur les perceptions des populations. Dans ce cadre, des approches spécifiques dont la Communication pour le Développement (C4D) seront utilisées, consistant à promouvoir le changement social et de comportement en se basant sur des données probantes.

En effet, la compréhension et la perception de la santé communautaire par les communautés conditionnent leur niveau d'implication et d'appropriation.

❖ **Ligne d'action 1.3 : Renforcement du dispositif de protection sociale pour faciliter l'accès aux services de santé**

Il s'agira de renforcer la promotion de l'adhésion des populations aux mutuelles de santé dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et aussi de promouvoir la création de caisses de solidarité au niveau communautaire pour supporter les charges financières liées à l'accès aux soins en général (participation financière des familles et des individus, organisation et soutien de la référence, etc.) et pour la prise en charge des personnes vulnérables et/ou vivantes avec un handicap en particulier.

IV.3.2. Axe stratégique n° 2 : Amélioration de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de services de santé au niveau communautaire

❖ **Ligne d'action 2.1 : Élargissement de la couverture de l'offre de services de santé au niveau communautaire**

Le plan de développement de la santé communautaire constitue un outil d'analyse situationnelle et de prise de décision aux niveaux central et déconcentré pour améliorer l'accès aux soins de santé de base pour les populations et contribuer à la définition de politiques de tous les programmes qui interviennent dans les domaines de la santé communautaire. C'est aussi un outil de planification et de plaidoyer sur les ressources humaines, infrastructures et services communautaires pour les DRSAS.

L'harmonisation du paquet de services intégré de santé communautaire est centrée sur les orientations des programmes nationaux du MSAS. Il existe un paquet de services de base uniforme au niveau national et un paquet de services complémentaire en fonction du profil épidémiologique dont la mise en œuvre est assurée par les ACS formés.

Il sera procédé tous les deux ans à la mise à jour des paquets de services communautaires selon les nouveaux protocoles et orientations nationales et internationales.

[illegible]

❖ Ligne d'action 2.3 : Amélioration du système de gestion des médicaments et produits essentiels au niveau communautaire

La gestion des médicaments repose sur un système clairement conçu et efficace si elle est correctement mise en œuvre y compris au niveau communautaire. Le renforcement du système de gestion devra permettre de pallier aux ruptures intempestives des intrants au niveau communautaire. Pour ce faire, il faudra :

- intégrer dans la quantification nationale les besoins des produits et médicaments du niveau communautaire ;
- renforcer le dispositif de gestion des produits essentiels au niveau district / poste de santé ;
- assurer un approvisionnement régulier et durable de produits et médicaments au niveau communautaire ;
- assurer la supervision régulière de l'approvisionnement en médicaments et produits essentiels ;
- former et superviser les ACS ainsi que les membres des secrétariats exécutifs des CDS sur la gestion de la logistique des médicaments et produits essentiels.

Un système informatisé de suivi à temps réel de la disponibilité de stock et de l'utilisation des intrants au niveau communautaire sera étudié en pilote.

❖ Ligne d'action 2.4 : Amélioration de la qualité de l'offre des services de santé et du système de référence et contre-référence au niveau communautaire

La qualité des services de santé communautaire passe par le respect des normes de formation des ACS et de la mise en œuvre du paquet de services tels que édictés dans les normes et procédures en santé communautaire. Il s'agira de :

- réaliser une mise à jour régulière des normes et procédures en santé communautaire ;
- assurer la formation initiale et la formation continue des ACS ;
- assurer l'encadrement et la supervision des ACS par les prestataires ;
- assurer les disponibilités des matériels et équipements standards pour les cases de santé et sites communautaires ;
- organiser les communautés pour un meilleur système de référence et contre référence.

La référence menée par l'ACS est une activité qui consiste à orienter un bénéficiaire vers une structure sanitaire et à le revoir périodiquement afin de voir si les prescriptions, les conseils et les recommandations prodigués ont été bien respectés.

La mise en œuvre du paquet intégré implique qu'à chaque contact avec les ACS, les bénéficiaires reçoivent tous les services nécessaires à leurs besoins de santé.



IV.3.3. Axe stratégique n° 3 : Renforcement de la coordination et de la gouvernance de la santé communautaire

❖ Ligne d'action 3.1 : Renforcement des mécanismes de coordination multisectorielle de la santé communautaire

Le cadre organisationnel de travail mérite d'être redynamisé en renforçant la fonctionnalité, d'une part, au niveau central du CNPSC, et d'autre part, au niveau déconcentré, en intégrant une commission santé communautaire (en lieu et place des CRSC, CDSC et CLSC qui existaient) dans les cadres de concertation des acteurs et partenaires du secteur de la santé et de l'action sociale au niveau régional, départemental et local. Les médecins chefs de région (MCR) et de district (MCD) auront la charge de cette mission.

Il est important que ces commissions fédèrent toutes les interventions de santé communautaire sous le pilotage stratégique de la CSC. Leur niveau de fonctionnalité se traduira par l'organisation régulière de réunions de coordination centrées sur le monitoring et l'analyse du progrès vers l'atteinte de cibles communautaires, l'identification des goulots d'étranglement et leur résolution. Ces réunions de coordination seront organisées au rythme semestriel pour le CNPSC et les différentes commissions santé communautaire au niveau déconcentré.

Une matrice de suivi des activités de ces commissions ainsi que les recommandations des réunions seront les outils de base et le point focal régional de la santé communautaire assurera le suivi en collaboration avec les points focaux de santé communautaires des districts sanitaires.

❖ Ligne d'action 3.2 : Renforcement institutionnel de la CSC

Le rôle de la CSC devra être renforcé pour assurer le pilotage de la santé communautaire à tous les niveaux. Il consistera à :

- réviser le statut de la CSC pour en faire une direction de la santé communautaire ou des SSP rattachée à la DGSP, avec plus d'autonomie et de ressources ;
- renforcer l'alignement de tous les programmes nationaux et directions de la santé et de l'action sociale aux paquets des services communautaires ;
- assurer la formation continue du personnel de la CSC (formations adaptées aux besoins) ;
- participer aux rencontres nationales et internationales d'échanges sur la santé communautaire.

❖ Ligne d'action 3.3 : Renforcement de l'alignement des partenaires dans la gestion de la santé communautaire

L'alignement de tous les partenaires de mise en œuvre au processus de gestion de la santé communautaire s'avère indispensable notamment dans la priorisation, la planification, la coordination ainsi que le suivi et l'évaluation. Il facilitera la conjugaison synergique des efforts de tous et l'utilisation rationnelle des ressources. Pour ce faire, il faudra alors :

- prendre des mesures institutionnelles (notes de service, circulaires, arrêtés...) pour l'alignement de toutes les parties prenantes ;
- organiser des rencontres périodiques d'harmonisation et de suivi des actions de santé communautaire avec toutes les parties prenantes ;
- mettre en place un dispositif de capitalisation des interventions de toutes les parties prenantes de la santé communautaire ;
- réviser le document du « Guide des normes et procédures en santé communautaire ».

❖ **Ligne d'action 3.4 : Mobilisation de ressources financières durables en faveur de la santé communautaire**

Les stratégies de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 vont considérer en plus de l'apport de l'Etat et des ménages, les opportunités liées à la décentralisation, au partenariat public privé, etc.... Ces différentes ressources doivent être durables pour soutenir le renouvellement des équipements, l'approvisionnement permanent en intrants, la formation et la motivation des ACS et les autres aspects liés à la réalisation des prestations de services de santé communautaire.

Ainsi, les stratégies suivantes seront de mise :

- la création d'un Fonds commun pour le financement de la santé communautaire dans chaque district sanitaire avec des modalités d'organisation et de fonctionnement ;
- le plaidoyer auprès des PTF pour la mobilisation de ressources autour du Fonds commun pour le financement de la santé communautaire ;
- la prise en compte du financement de la santé communautaire dans le budget des collectivités territoriales ;
- l'organisation de tables rondes des bailleurs de fonds, des secteurs public et privé pour la mobilisation de ressources en faveur de la mise en œuvre de la santé communautaire.

La mise en œuvre du plan de mobilisation de ressources financières pour la santé communautaire permettra d'identifier les potentialités de synergie avec des mécanismes de financements innovants.

IV.3.4. Axe stratégique n° 4 : Renforcement du plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des communautés pour la mise en œuvre de la santé communautaire

L'appropriation par les collectivités territoriales de la mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 constitue un « game-changer » (élément déclencheur) pour faire la différence.

❖ **Ligne d'action 4.1 : Renforcement des capacités opérationnelles des CDS et organes de gestion des cases de santé**

Le décret n° 2018-35 du 05 janvier 2018 qui définit les statuts types des CDS abroge le décret n° 92-118 du 17 janvier 1992 qui définissent le statut, l'organisation et le fonctionnement des comités de santé afin de mieux articuler l'organisation de la politique de santé au niveau local avec les nouvelles compétences dévolues aux collectivités territoriales par la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités locales. Le CDS est mis en place au

niveau des centres et postes de santé et n'a pas pris en compte l'organe de gestion au niveau de la case de santé.

Les CDS, ainsi que les organes de gestion (comités de santé) des cases de santé constituent un maillon très important pour la concrétisation de la participation des communautés à la gestion de leur propre santé. Les CDS du poste ou du centre de santé doivent prendre en compte les besoins des cases de santé et sites communautaires polarisés par ces derniers lors de l'élaboration de leur plan d'action annuel budgétisé qui intégrera à son tour le POCT.

En conformité avec la réforme sur les CDS, il sera procédé au remplacement du comité de santé de la case de santé par un autre organe de gestion. Ainsi, les équipes cadres de district (ECD) vont s'assurer du respect strict par ces structures communautaires de gestion, des textes législatifs en rapport avec leur constitution et leur mise en place.

Au niveau central, la CSC en collaboration avec la Division du Partenariat et la Cellule des Affaires juridiques se chargera de définir les modalités pratiques (organisation, fonctionnement, etc...). Tout le processus se fera en étroite collaboration avec les collectivités territoriales.

❖ Ligne d'action 4.2 : Renforcement des capacités des acteurs locaux de la gouvernance sanitaire sur la gestion de la santé communautaire

Les acteurs locaux de la gouvernance sanitaire seront orientés en vue de leur permettre d'assumer efficacement leurs rôles dans le cadre de la mise en œuvre du PSNSC 2020-2024. Ce renforcement de capacités sera axé essentiellement sur le leadership transformationnel, la gouvernance locale et santé communautaire, la mobilisation des ressources pour la santé communautaire, etc.

Le programme de renforcement de capacités avec ses outils de mise en œuvre seront élaborés par le niveau central. La mise en œuvre sera assurée par les équipes cadres de région (ECR) et ECD.

❖ Ligne d'action 4.3 : Mise en place d'un cadre réglementaire et de motivation des ACS

L'octroi d'une motivation aux ACS est un gage de succès pour les programmes de santé car contribuant ainsi à la consolidation des acquis. La mise en place du cadre réglementaire met en exergue la reconnaissance de l'AC en tant que prestataire de services de santé au niveau communautaire. Il s'agit de ce fait d'élaborer les textes sur le statut de l'ACS, précisant son profil, les modalités de sélection et de formation, le paquet d'activités, les conditions de travail, les mécanismes de motivation et sa zone de responsabilité.

Un document d'orientation sur les mécanismes de motivation des ACS sera élaboré, tenant compte de plusieurs critères dont la performance, la charge de travail, etc.... La liste des activités basées sur la performance, ainsi que les cibles à atteindre pour lesquelles l'ACS devra être motivé, seront définies.

Il sera également question d'étudier au niveau local (collectivités territoriales) les différentes formes de motivation existantes qui pourraient être mises à contribution pour assurer la pérennisation de la motivation des ACS.

En plus des badges d'identification seront octroyés aux ACS et une journée nationale de l'ACS sera organisée chaque année pour primer les champions.

IV.3.5. Axe stratégique n° 5 : Renforcement de l'intégration du niveau communautaire dans le système d'information sanitaire et social

Un système d'information communautaire performant nécessite la disponibilité d'outils de gestion, le respect du circuit de remontée des données, l'encadrement des ACS et le suivi des interventions.

❖ Ligne d'action 5.1 : Renforcement de l'intégration des données communautaires dans le système d'information sanitaire et social

Les outils de collecte de données ont été révisés et harmonisés en 2018 afin de prendre en compte toutes les activités menées au niveau communautaire par tous les intervenants. Les données seront capitalisées à travers le rapport mensuel du niveau communautaire transmis au poste de santé par les ACS.

Les formulaires de données du niveau communautaire intégrant les activités curatives, préventives et promotionnelles menées par tous les ACS seront paramétrés dans la plateforme DHIS2 qui est l'entrepôt national de données du système de santé. Les capacités des ACS seront périodiquement renforcées sur l'utilisation des outils de collecte et de rapportage par les prestataires.

En plus il sera produit un bulletin semestriel d'informations sur la santé communautaires qui fera l'objet de partage avec toutes les parties prenantes.

❖ Ligne d'action 5.2 : Promotion de la digitalisation des données communautaires

L'utilisation du module mobile du DHIS2 par l'ACS sera expérimentée en phase pilote. Le passage à l'échelle se fera de façon graduelle au niveau de chaque district sanitaire. Cela permettra d'enregistrer même sans connexion des données communautaires dans le DHIS2 à l'aide de smartphone, ordinateur, tablette, etc.

Aussi dans le contexte de l'approche « One Health », une seule santé et avec la recrudescence des maladies à potentiel épidémique notamment les zoonoses (Ebola, SARS-cov, Covid-19, etc.), l'engagement communautaire est capital. La surveillance à base communautaire permet aux AC formés de signaler, à l'aide d'un téléphone mobile ou d'un autre moyen de communication, les maladies à potentiel épidémique et les événements inhabituels qui se produisent dans la communauté où ils vivent pour une intervention rapide.

La surveillance à base communautaire est conçue pour s'attaquer aux risques identifiés par les communautés et bénéficie particulièrement aux populations disposant d'un accès réduit ou

retardé aux services de santé. Elle peut capter à l'échelon communautaire des informations susceptibles d'être un premier indice de risque potentiel pour la santé d'une communauté.

❖ **Ligne d'action 5.3 : Promotion de la documentation des expériences et initiatives en santé communautaire**

La capitalisation des bonnes pratiques en santé communautaire pour leur passage à l'échelle passera par l'organisation de réunions de validation par le Cadre de Validation et de Passage à l'Echelle des Expériences Communautaires (CVEXCOM). A ce titre, la CSC va accompagner les districts sanitaires dans le processus.

Suite aux recommandations issues du premier forum régional sur la santé communautaire tenu à Dakar en mars 2018, il est prévu l'organisation de cette activité au niveau national tous les deux (2) ans pour partage d'expériences.

Un partenariat soutenu avec l'Unité de Formation et de Recherche / Santé et Développement Durable (santé communautaire) de l'Université Alioune Diop de Bambey est encouragé mais aussi avec les autres universités et instituts de recherche en santé publique et autres sciences sociales connexes.

❖ **Ligne d'action 5.4 : Renforcement du système de suivi et évaluation**

La réussite de la mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 nécessite un suivi et un ajustement continus du processus à travers des indicateurs de performance. Vue la multiplicité des intervenants en santé communautaire, il sera procédé chaque semestre à l'organisation d'une revue nationale des interventions de santé communautaire pour une meilleure capitalisation.

Parallèlement une liste des indicateurs prioritaires sera dressée et validée par les parties prenantes pour pouvoir apprécier la contribution du niveau communautaire dans l'atteinte des indicateurs nationaux.

En plus de la supervision des activités du niveau communautaire par les prestataires des postes de santé, les ECD, ECR et du niveau central, d'autres approches seront utilisées dont le tutorat, la supervision de type croisé (le poste A supervise le poste B et vice versa) etc.

Le suivi des performances au niveau communautaire sera renforcé à travers le tableau de bord appelé la carte de score communautaire développée en 2018 avec une étude pilote dans le district sanitaire de Touba à Diourbel. Son passage à l'échelle sera progressif au niveau national.

L'audit de la qualité des données du système national d'information sanitaire prendra en compte aussi celles du niveau communautaire.

Le PSNSC 2020-2024 fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours et d'une évaluation finale.





Cadre de mise en œuvre du PSNSC 2020 - 2024

V. Cadre de mise en œuvre du PSNSC 2020-2024

La mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 va s'appuyer sur les structures existantes à tous les niveaux du système de santé, prenant en compte la dimension multisectorielle de la santé communautaire.

V.1. Cadre institutionnel et organisationnel

V.1.1. Au niveau central

La structure de coordination de la mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 est la CSC. Le caractère à la fois multidimensionnel et transversal de ladite Cellule est ainsi officialisé par le décret **2020-936 du 03 avril 2020** portant organisation du MSAS.

❖ Cellule de Santé Communautaire

La CSC est chargée, en relation avec les services techniques de :

- promouvoir et impulser la politique de santé communautaire ;
- renforcer les systèmes locaux de santé ;
- développer la stratégie des SSP.

Les rôles et prérogatives de la CSC sont notamment :

- l'élaboration et la révision des politiques et stratégies de santé communautaire ;
- la coordination des interventions de santé communautaire à travers les programmes et directions techniques ;
- les conventions avec les PTF 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 CSC peut ainsi impliquer les districts sanitaires ou la DRSAS si nécessaire) ;
- l'émission de directives et règlements pour la santé communautaire tels que l'harmonisation des tarifs ou la supervision intégrée ;
- l'harmonisation et la révision des outils en relation avec la santé communautaire ;
- la création, l'harmonisation et la mise à jour des modules de formation ;
- la capitalisation des bonnes pratiques en matière de santé communautaire ;
- le suivi et l'évaluation des performances des initiatives de santé communautaire.

L'organigramme de fonction actuel de la CSC est représenté par la figure ci-après :

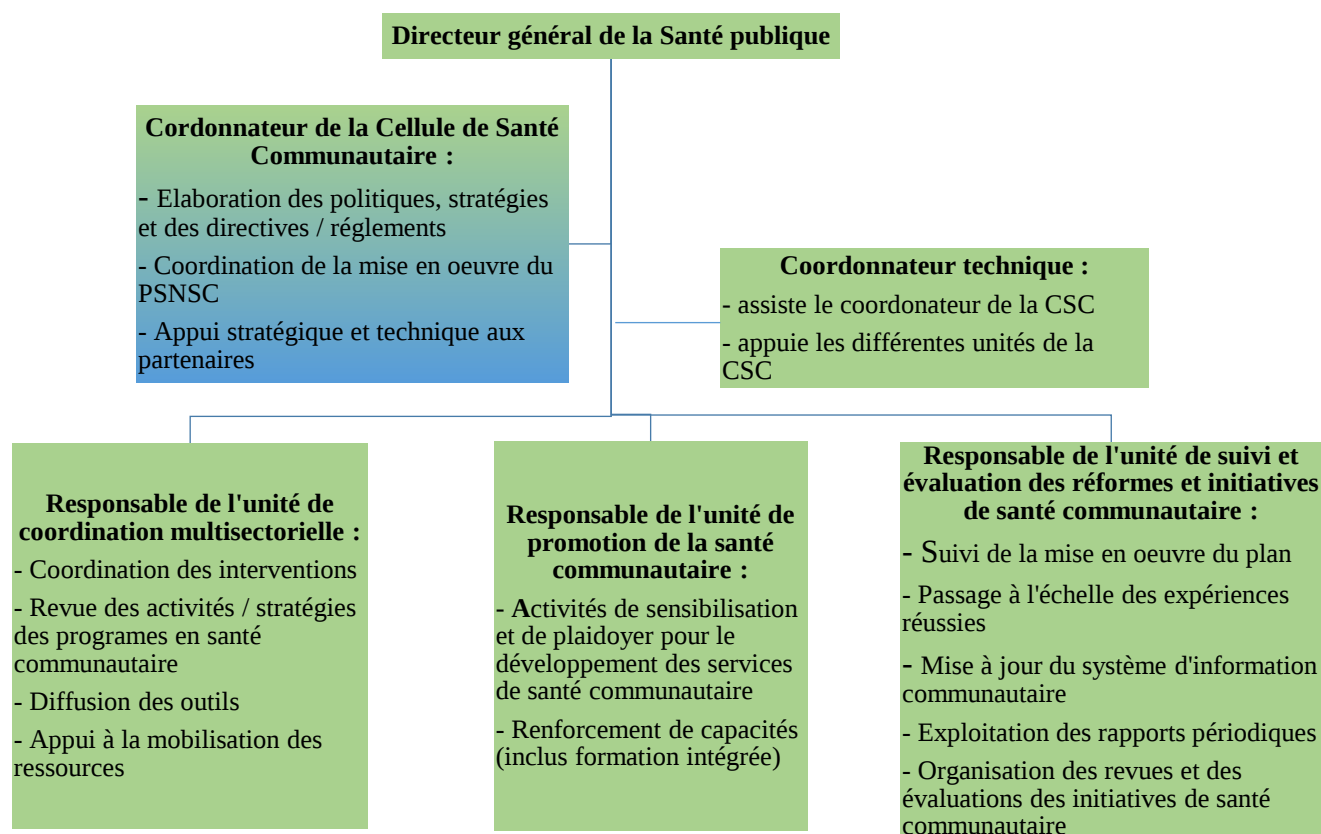


Figure n° 4 : Organigramme de fonction de la CSC

Enfin, cet organigramme fera l'objet d'une révision après la sortie des arrêtés accompagnant le décret 2020-936 du 03 avril 2020 portant organisation du MSAS et qui doivent fixer l'organisation et le fonctionnement des directions et services centraux ainsi que les DRSAS.

❖ Comité national de Pilotage de la Santé communautaire

La résolution des problèmes de santé des populations implique donc la collaboration de tous les secteurs de développement. Selon la note de service **MSAS/DGS/CSC n° 17285 du 18 décembre 2018**, ce comité rassemble l'ensemble des parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre de la santé communautaire (MSAS, autres départements ministériels, représentants des collectivités territoriales, PTF, agences d'exécution, etc.). Ses principales missions sont :

- l'élaboration des plans stratégiques, plans d'action annuels et la revue périodique du plan ;
- l'appui à la production d'outils de gestion et de supports utiles à la santé communautaire ;
- la validation des stratégies, supports et outils de mise en œuvre ;
- l'évaluation, le partage et l'organisation du passage à l'échelle des innovations, expériences réussies et services nouveaux de santé communautaire.

Le CNPSC sera élargi aux représentants des ACS, des OCB et des mutuelles de santé.

Dans l'optique de mettre en synergie toutes les potentialités, la CSC fait nommer au niveau de chaque programme / direction et service du MSAS ainsi que dans les autres secteurs un point focal de la santé communautaire.

V.1.2. Au niveau déconcentré

Le décret 2020-936 du 03 Avril 2020 portant organisation du MSAS a créé les DRSAS en remplacement des régions médicales. Elles ont pour mission d'assurer la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales et la coordination de toutes les structures de la région, y compris les EPS.

A ce effet, pour être en phase avec ce nouveau décret, toutes les missions dévolues à la CSC y compris le monitoring semestriel des activités, seront sous la responsabilité de l'entité (division) en charge des SSP au niveau de la DRSAS et du district sanitaire. Elle sera aussi chargée de la formation/recyclage, supervision et évaluation des CDS. Le poste de point focal de la santé communautaire sera supprimé et intégré dans celui du superviseur des SSP.

A l'instar du niveau central, il sera mis en place un comité ou une commission santé communautaire par arrêtés des autorités administratives y afférentes (Gouverneur, Préfet et Sous-Préfet) pour assurer la participation de toutes les parties prenantes à la mise en œuvre de la santé communautaire aux niveaux régional, départemental et local. Ces organes vont intégrer à chaque niveau le cadre de concertation multisectoriel et doivent se réunir au moins une fois par semestre.

A chaque niveau, la coordination technique est assurée respectivement par le MCR et le MCD. En outre, ces derniers vont nommer au sein de leurs équipes, un point focal de santé communautaire.

V.2. Rôles et responsabilités des parties prenantes clés

Le rôle des parties prenantes et acteurs clés est de contribuer à la mise en œuvre du PSNSC 2020-2024. Les rôles et/ou responsabilités des principaux partenaires sont consignés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 3 : rôles et responsabilités des parties prenantes

Niveaux	Acteurs	Rôles et responsabilités
Communauté	Membres de la communauté	- Construction / aménagement d'infrastructures communautaires (cases et sites) ; - Participation à la sélection des ACS ; - Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des interventions communautaires ; - Participation à l'identification des besoins et priorités sanitaires ; - Promotion de l'utilisation de services offerts par les ACS ; - Appui à la mise en œuvre des activités.
	ACS	Offre de paquets de services curatifs, préventifs et promotionnels au sein de la communauté ;

Niveaux	Acteurs	Rôles et responsabilités
		- Participation aux réunions de coordination des PPS ; - Elaboration et transmission de rapports périodiques.
Poste de santé	Infirmier chef de poste (ICP)	- Coordination des interventions communautaires de sa zone de responsabilité ; - Formation / encadrement technique et coaching des ACS relevant de la zone géographique du poste de santé ; - Approvisionnement des ACS en produits et médicaments essentiels, contrôle de leur utilisation ; - Compilation, analyse et validation des données pour prise de décision, puis intégration dans le rapport de zone ; - Supervision régulière des ACS ; - Application des directives du MSAS ; - Documentation et partage des résultats sur les interventions communautaires.
District sanitaire	ECD	- Coordination et suivi global des interventions communautaires ; - Suivi de l'approvisionnement, du réapprovisionnement des ACS en intrants et de leur utilisation ; - Compilation et analyse des données communautaires ; - Appui à la formation / encadrement des ACS ; - Nomination de points focaux santé communautaire ; - Supervision régulière des ACS ; - Suivi de l'application des directives du MSAS ; - Documentation et partage des résultats sur les interventions communautaires.
Région médicale	ECR	- Suivi de l'application des directives du MSAS sur la santé communautaire ; - Coordination globale des interventions de santé communautaire dans la région ; - Suivi de la mise en œuvre des actions et des interventions communautaires ; - Analyse et exploitation des données relatives aux interventions communautaires ; - Documentation et partage des résultats sur les interventions communautaires ; - Nomination de points focaux santé communautaire ; - Supervision régulière des ACS ; - Participation à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des interventions communautaires dans la région.
MSAS	CSC	- Elaboration des politiques, directives, réglementations et stratégies de santé communautaire ; - Appui stratégique et technique aux parties prenantes ; - Coordination générale des interventions communautaires ; - Suivi de la mise en œuvre des actions et des interventions communautaires ; - Diffusion des outils ;

Niveaux	Acteurs	Rôles et responsabilités
		- Analyse et exploitation des rapports périodiques ; - Mise à jour du système d'information communautaire ; - Recherche-documentation et partage des résultats sur les interventions communautaires ; - Organisation du passage à l'échelle des expériences communautaires ; - Plaidoyer pour le développement des services de santé communautaire ; - Renforcement de capacités ; - Suivi de l'application des directives du MSAS ; - Appui à la mobilisation des ressources à tous les niveaux (État, PTFs, Collectivités territoriales, secteur privé, ONGs, etc.).
	Directions et services du MSAS	- Mise en œuvre des politiques et stratégies de santé communautaire ; - Nomination de points focaux santé communautaire ; - Appui au suivi, à la supervision et à l'évaluation des interventions communautaires ; - Appui à la mobilisation des ressources.
Autres secteurs ministériels	Départements ministériels	- Harmonisation des interventions communautaires ; - Appui technique et financier aux interventions communautaires ; - Application des directives du MSAS ; - Nomination de points focaux santé communautaire.
Collectivités territoriales	Maires, Conseils municipaux et départementaux	- Intégration des interventions communautaires dans les plans d'action (plan d'action annuel CDS, POCT) ; - Suivi de la mise en œuvre des interventions communautaires ; - Affectation et mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des interventions communautaires y compris la motivation des ACS (plans d'action annuel CDS, POCT).
ONGs	ONGs	- Appui technique et financier pour la mise en œuvre des interventions communautaires ; - Application des directives du MSAS.

V.3. Suivi et évaluation

La mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 nécessite un suivi et une évaluation périodique. Les outils de collecte et reporting existants seront périodiquement révisés en collaboration avec tous les acteurs afin de permettre une harmonisation des interventions.

V.3.1. Collecte des données

❖ Méthodologie de collecte des données

La méthodologie utilisée sera la combinaison d'une approche quantitative et d'une approche qualitative à différents niveaux de la pyramide sanitaire. La collecte des données se fera par l'exploitation des rapports d'activités, de supervisions, des données de routine à travers d'une

part, le DHIS2, et d'autre part, par des enquêtes appropriées auprès des bénéficiaires. La périodicité de la collecte et de l'analyse des données est trimestrielle, semestrielle ou annuelle selon la nature de l'indicateur et permettra de faire le suivi de la performance du PSNSC 2020-2024.

❖ Outils de collecte et reporting des données

Il existe des outils de collecte et de reporting mensuel des données du niveau communautaire (cases de santé et sites communautaires) pour tous les services offerts par les ACS. Il s'agit notamment des outils de :

- **collecte** : ce sont entre autres des cahiers et des fiches de remplissage des activités de consultation, de suivi des activités ou de gestion des stocks de médicaments conformément aux programmes éligibles au niveau des cases de santé et des sites communautaires.
- **reporting** : il s'agit du rapport mensuel du niveau communautaire.

V.3.2. Circuit de collecte et transmission des données

Le circuit de collecte et de transmission des données respecte l'organisation du système de santé à tous les niveaux. Il est fondamental que tous les acteurs soient impliqués et qu'ils puissent jouer leurs rôles comme définis plus haut.

Auparavant, la région médicale transmettait ses rapports à la Division du Système d'Information Sanitaire et Social (DSISS) ; cependant, depuis fin 2014 les districts sanitaires remplissent et transmettent directement leurs rapports à la DSISS à travers la plateforme DHIS2.

Il faut rappeler que les rapports d'activités des cases de santé ainsi que ceux des sites communautaires sont transmis mensuellement à l'ICP.



Le circuit de collecte et de transmission des données est illustré par la figure ci-après.

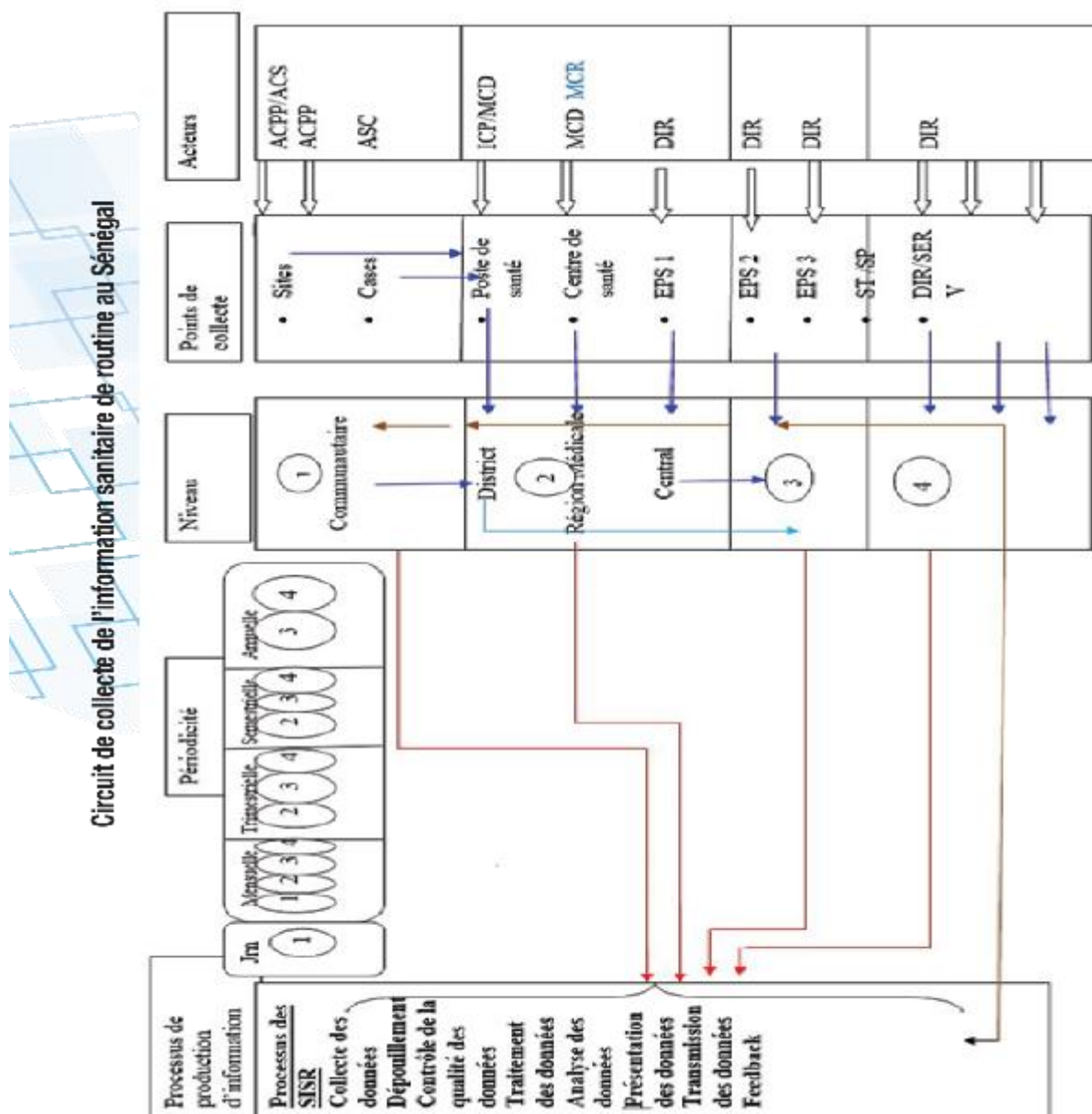


Figure n° 5 : Circuit de collecte et de transmission des données

V.3.3. Analyse des données

Le cadre de performance du PSNSC 2020-2024 sera d'abord basé sur le système de collecte de données de routine fournies par les districts sanitaires à travers la plateforme DHIS2. A ce titre, l'unité de suivi évaluation de la CSC aura la charge de vérifier l'intégration des données communautaires au niveau de cette plateforme et dans les différents supports utilisés par les PPS. Malgré l'existence de cette plateforme, il est nécessaire de s'appuyer sur le dispositif de suivi en place au niveau des districts sanitaires pour assurer la complétude, l'exhaustivité et la validation des données requises.

Le cadre de performance du PSNSC 2020-2024 est illustré en annexe 4 du document.

V.4. Budget et financement

V.4.1. Budget

Le coût total de la mise en œuvre du PSNSC 2020-2024 est estimé à **quarante-trois milliards trente-quatre millions de francs CFA (43.034. 000.000) F CFA** réparti comme suit :

- 4,15 milliards F CFA en 2020 ;
- 8,22 milliards F CFA en 2021 ;
- 9,96 milliards F CFA en 2022 ;
- 10,85 milliards F CFA en 2023 ;
- 10,16 milliards F CFA en 2024.

La figure ci-dessous montre une augmentation progressive des besoins de 2020 à 2023, suivi d'une légère baisse. Cette baisse est essentiellement due à une absence d'investissement (coût en capital) en 2024.

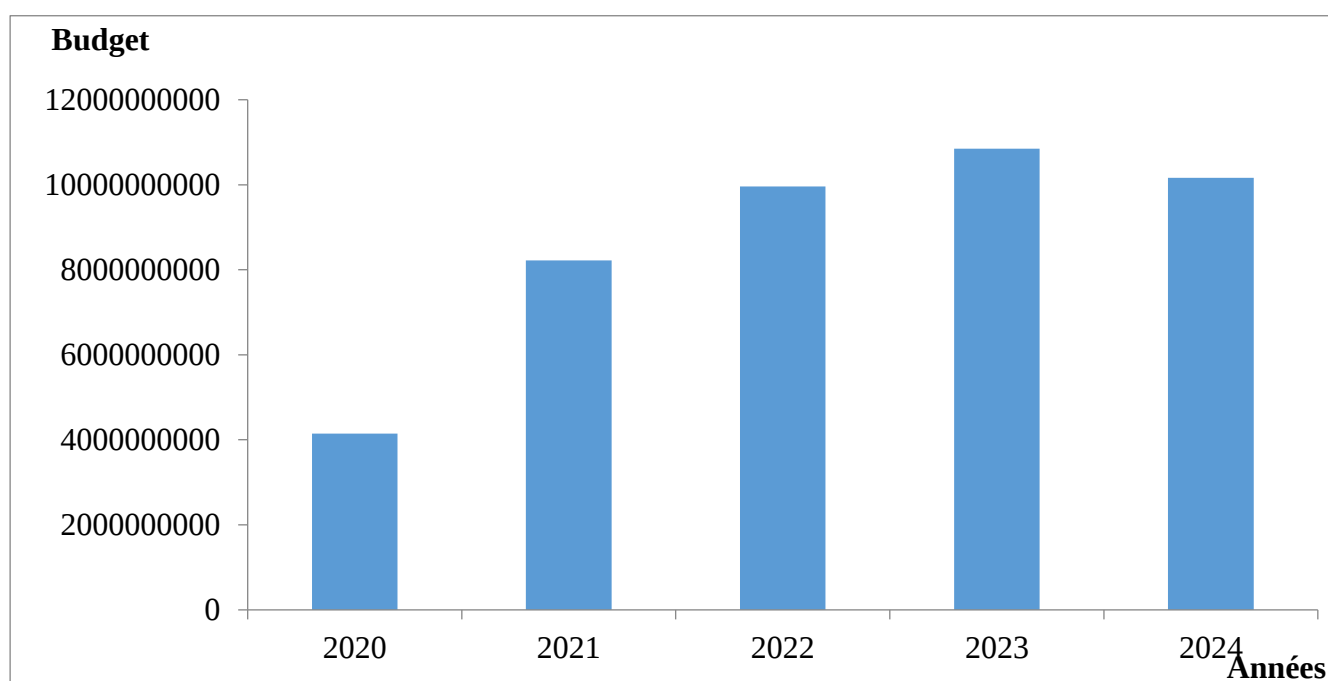


Figure n° 6 : Coût total du PSNSC 2020-2024 par année

V.4.2. Financement

Tout comme le PNDSS 2019-2028, le financement du coût global du PSNSC 2020-2024 se fera avec des ressources internes et externes conformément à la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU.

Les ressources internes proviennent de cinq sources :

- Etat ;
- Collectivités territoriales ;
- Secteur privé ;

- Ménages ;
- Autres (diaspora, mutuelle, fonds locaux).

Les ressources externes sont constituées des contributions suivantes :

- Fonds mondial & USAID ;
- Agences bilatérales ;
- Agences multilatérales (OMS, UNICEF, UNFPA, etc.) ;
- ONG & Fondations internationales.

Le tableau n°4 ci-dessous montre la contribution de chaque source dans le financement du PSNSC 2020-2024.

Tableau n°4 : Contribution au financement du PSNSC 2020-2024 par source

Sources	2020	2021	2022	2023	2024	Total Moyen
Intérieur	79,25%	80,42%	81,44%	82,00%	82,00%	81,02%
Etat	40,33%	42,52%	43,80%	45,10%	45,10%	43,37%
Collectivités territoriales	9,14%	9,14%	9,39%	9,50%	9,50%	9,33%
Ménages	19,22%	14,10%	10,99%	8,10%	6,10%	11,70%
Autres (Diasporas / Mutuelles / Fonds locaux)	5,00%	7,00%	9,00%	11,00%	13,00%	9,00%
Entreprises privées	5,56%	7,66%	8,26%	8,30%	8,30%	7,62%
Extérieur	20,75%	19,58%	18,56%	18,00%	18,00%	18,98%
Fonds mondial	12,75%	10,08%	7,56%	5,50%	5,50%	8,28%
Agences bilatérales	1,00%	1,25%	1,50%	1,75%	1,75%	1,45%
Agences multilatérales (OMS, UNICEF, etc.)	2,00%	2,25%	2,50%	2,75%	2,75%	2,45%
ONG & Fondations internationales	5,00%	6,00%	7,00%	8,00%	8,00%	6,80%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les stratégies de financement du PSNSC 2020-2024 mettront l'accent prioritairement sur la mobilisation des ressources au niveau local (diasporas / mutuelles de santé / fonds locaux, entreprises privées, collectivités territoriales) puis sur les fonds de l'Etat.

La recherche des financements auprès des PTF se poursuivra avec une priorité sur les ONG et fondations internationales. Pour ce faire, les trois (3) stratégies suivantes seront développées pour la mobilisation des ressources financières :

- **stratégie 1** : intensification de la mobilisation des ressources au niveau local ;
- **stratégie 2** : augmentation de la contribution de l'Etat ;
- **stratégie 3** : mobilisation des ressources auprès des PTF.

V.5. Gestion des risques

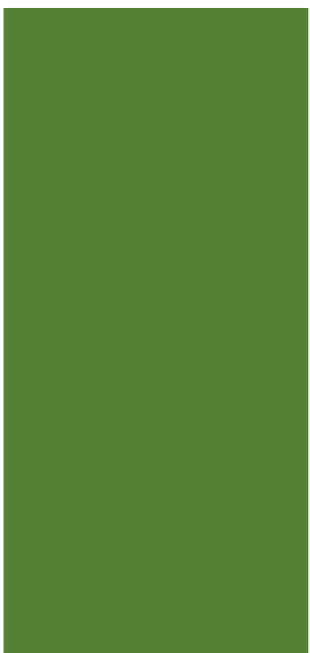
Les principaux risques identifiés se situent à deux (2) niveaux :

❖ Gouvernance

- absence d'engagement politique et financement du gouvernement ;
- faible capacité de mobilisation des ressources financières ;
- faible adhésion des collectivités territoriales à la stratégie communautaire ;
- faible leadership et coordination de la santé communautaire à tous les niveaux ;
- absence de changement de statut de la CSC en une entité de plus haut niveau (direction) et d'application du décret 2020-936 du 03 avril 2020 portant organisation du MSAS.

❖ Opérationnel

- insuffisance d'appropriation de la stratégie communautaire par les ECR, ECD et les prestataires ;
- faible alignement des programmes nationaux et partenaires à la stratégie communautaire ;
- insuffisance d'appropriation par les leaders communautaires ;
- persistance des pesanteurs socio-culturelles ;
- mouvement d'humeur des partenaires sociaux.



ANNEXES

Annexes

Annexe n° 1 : Paquets de services communautaires

I. Paquet de services communautaires de base

1.1 Domaine de la promotion et de la prévention

Secteurs	Contenu de l'intervention (activités)	ACS	
		ACs	ACPP
1. Santé de la mère	1.1.Recensement continu des femmes enceintes	x	x
	1.2.Suivi à domicile des femmes enceintes	x	x
	1.3.Promotion des 4 CPN ou plus	x	x
	1.4.IEC sur l'importance du carnet de santé de la mère et de l'enfant	x	x
	1.5.IEC sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum	x	x
	1.6.Promotion de la recherche précoce de soins pour la mère	x	x
	1.7.Promotion du plan d'accouchement	x	x
	1.8.Sensibilisation des femmes enceintes sur l'importance de la prise régulière du fer/acide folique	x	x
	1.9.Réapprovisionnement de la supplémentation en fer et acide folique de la femme enceinte	x	x
	1.10. Promotion d'une alimentation saine, variée et équilibrée chez la femme enceinte et allaitante (consommation des produits locaux, de sel iodé, ...)	x	x
	1.11. Promotion de l'utilisation de la MILDA par les femmes enceintes et allaitantes	x	x
	1.12. Administration du Misoprostol en prévention des hémorragies du postpartum	x	
	1.13. Visite de suivi de la femme allaitante dans les 24 heures suivant l'accouchement	x	x
	1.14. Plaidoyer auprès des hommes, leaders et personnes ressources pour promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né	x	x
	1.15. Promotion de la déclaration systématique des décès maternels et néonataux	x	x
2. Santé du nouveau-né	2.1.Administration de soins immédiats du nouveau-né (maintien de la température, mise au sein précoce, cordon sec, soins des yeux)	x	
	2.2.Visite de suivi du nouveau-né (de poids normal) J1, J3 et J7 après l'accouchement (volet postnatal soins à domicile)	x	x
	2.3.Reconnaissance des signes de danger chez le nouveau-né et orientation vers une structure de santé	x	x

Secteurs	Contenu de l'intervention (activités)	ACS	
		ACs	ACPP
	2.4. Visite de suivi du nouveau-né avec faible poids de naissance à J1, J2, J3, J7 et J14 après la naissance (volet suivi à domicile du nouveau-né)	x	x
	2.5. Promotion de l'enregistrement des naissances à l'Etat civil	x	x
3. Santé des jeunes et des adolescents	3.1. Promotion de l'abstinence jusqu'au mariage	x	x
	3.2. IEC sur les conséquences liées aux violences basées sur le genre	x	x
	3.3. IEC pour la prévention des traumatismes sexuels liés au genre (viol, excision, mariage précoce)	x	x
	3.4. IEC pour la prévention des grossesses précoces/non désirées, IST/SIDA, mutilations génitales féminines	x	x
	3.5. Promotion sur l'importance de la fréquentation des espaces adolescents/jeunes	x	x
	3.6. Promotion de la communication entre parents et adolescents/jeunes	x	x
4. Planification familiale	4.1. IEC sur l'importance de la PF	x	x
	4.2. Promotion des méthodes PF existantes au Sénégal	x	x
	4.3. Plaidoyer auprès des hommes, des leaders et des personnes ressources pour la promotion de la PF	x	x
	4.4. Offre initiale des méthodes contraceptives au niveau communautaire	x	x
	4.5. Réapprovisionnement en produits contraceptifs	x	x
	4.6. Promotion de l'offre du DMPA/SC en auto injection	x	x
5. Santé de l'enfant	5.1. Promotion de la vaccination des enfants de 0-23 mois	x	x
	5.2. Suivi de l'état vaccinal chez les enfants de 0 à 23 mois	x	x
	5.3. IEC sur le respect du calendrier vaccinal	x	x
	5.4. IEC sur les maladies prioritaires de l'enfant (diarrhée, paludisme, IRA)	x	x
	5.5. IEC sur les maladies cibles du PEV	x	x
	5.6. Dépistage actif des IRA chez les enfants de 2 à 59 mois	x	x
	5.7. Dépistage actif de la diarrhée chez les enfants de 2 à 59 mois	x	x
	5.8. Promotion de l'utilisation de la MILDA	x	x
	5.9. Visites de suivi de l'utilisation des MILDA	x	x
	5.10. Reconnaissance des signes de gravité des maladies y compris les maladies mentales et orientation vers les structures de santé	x	x
	5.11. IEC pour la prévention des lésions courantes (accidents domestiques)	x	x

Secteurs	Contenu de l'intervention (activités)	ACS	
		ACs	ACPP
	5.12. IEC pour la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	x	x
	5.13. IEC pour le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois	x	x
	5.14. Visite de suivi des enfants sains et malades	x	x
	5.15. Prévention contre les pratiques néfastes	x	x
	5.16. Promotion des activités de stimulation et d'éveil	x	x
6. Nutrition	6.1.Promotion de la mise au sein précoce dans l'heure qui suit la naissance	x	x
	6.2.Promotion de la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	x	x
	6.3.Promotion de l'allaitement continu jusqu'à 24 mois et des bonnes pratiques de sevrage	x	x
	6.4.Promotion de l'alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois	x	x
	6.5.Suivi promotion de la croissance des enfants 0-59 mois	x	x
	6.6.Dépistage actif de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 - 59 mois	x	x
	6.7.Reconnaissance des cas de malnutrition aigüe sévère, référence vers les structures de santé et suivi de la référence	x	x
	6.8.Promotion de l'alimentation appropriée de l'enfant malade	x	x
	6.9.Supplémentation systématique en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	x	
	6.10. Promotion de la fortification des aliments à domicile et la consommation	x	x
	6.11. Distribution des poudres enrichies en micronutriments pour la fortification des aliments	x	x
	6.12. Déparasitage systématique des enfants de 1 à 5 ans	x	
	6.13. Promotion des activités de stimulation et d'éveil	x	x
	6.14. Supplémentation hebdomadaire intermittente des adolescents en fer acide folique (projet)		x
	6.15. Promotion de la fabrication et de l'utilisation de la farine enrichie	x	x
	6.16. Promotion des mesures d'hygiène	x	x
7. Paludisme	7.1.Promotion de l'utilisation de la MILDA	x	x
	7.2.IEC sur les mesures de prévention du paludisme	x	x
	7.3.Reconnaissance précoce des cas suspects de paludisme (simple et grave) chez les personnes âgées de 2 à 59 mois et orientation vers une structure sanitaire	x	x

Secteurs	Contenu de l'intervention (activités)	ACS	
		ACs	ACPP
	7.4.Reconnaissance des cas de paludisme grave chez les personnes âgées de plus de 5 ans et orientation vers une structure de santé	x	x
	7.5.Visites de suivi de l'utilisation des MILDA	x	x
	7.6.Distribution de masse et routine de MILDA (Couverture universelle)	x	x
8. Surveillance intégrée des maladies et riposte	8.1.Surveillance à base communautaire des maladies à potentiel épidémique et riposte vaccinale ou tout autre événement inhabituel	x	x
	8.2.IEC sur les maladies sous surveillance	x	x
	8.3.Surveillance des décès maternels et néonataux	x	x
	8.4.Surveillance des cas de malnutrition	x	x
9. Tuberculose	9.1.IEC sur la prévention de la tuberculose	x	x
	9.2.Reconnaissance et orientation des touseurs de plus de 15 jours	x	x
	9.3.Recherche et orientation des personnes contacts (enfants et adultes)	x	x
	9.4.Relance des irréguliers au traitement	x	x
	9.5.Recherche active des perdus de vue	x	x
	9.6.Suivi et accompagnement des patients tuberculeux	x	x
	9.7.Prévention de l'infection	x	x
10. IST/VIH/ SIDA	10.1. IEC sur la prévention des IST et du VIH /SIDA	x	x
	10.2. Orientation des cas d'IST	x	x
	10.3. Promotion du dépistage volontaire du VIH	x	x
	10.4. IEC sur la PTME et le dépistage du couple	x	x
	10.5. Orientation des femmes enceintes pour le dépistage	x	x
11. Eau, Hygiène et Assainissement	11.1. IEC sur l'hygiène individuelle (corporelle et vestimentaire)	x	x
	11.2. IEC sur l'hygiène alimentaire	x	x
	11.3. Promotion de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC)	x	x
	11.4. Promotion du lavage régulier des mains	x	x
12. Maladies non transmissibles	12.1. IEC sur les principaux facteurs de risque des MNT	x	x
	12.2. IEC sur la prévention des facteurs de risque (promotion de bonnes pratiques)	x	x
	12.3. Identification des signes de danger d'une MNT et référence vers une structure de santé	x	x

Secteurs	Contenu de l'intervention (activités)	ACS	
		ACs	ACPP
	12.4. Promotion de l'hygiène des pieds chez le diabétique	x	x
	12.5. Identification des signes d'une crise d'asthme et référence	x	x
	12.6. IEC sur le recours précoce pour le traitement des angines	x	x
	12.7. Promotion de l'autopalpation des seins chez les femmes	x	x
	12.8. Promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus	x	x
	12.9. IEC sur le recours précoce aux soins	x	x
	12.10. Promotion du dépistage de l'HTA	x	x
	12.11. Promotion du dépistage du diabète	x	x
	12.12. Promotion du dépistage de la maladie rénale	x	x
13. Maladies tropicales négligées	13.1. Distribution de masse de médicaments chez les enfants de 5 – 15 ans	x	x

I.2 Domaine curatif

1. Paludisme	1.1.Diagnostic du paludisme simple par les TDR	x	
	1.2.Traitement du paludisme simple par les ACT	x	
	1.3.Reconnaissance des signes de gravité et référence des cas graves de paludisme	x	
	1.4.Traitement pré transfert du paludisme grave avec les rectocaps d'Artésunate chez les enfants de 2 à 59 mois	x	
2. Malnutrition	2.1.PEC de la MAM selon le protocole PECMA	x	
	2.2.Suivi communautaire des malnutris sévères PEC en ambulatoire au niveau de l'UREN	x	
	2.3.Recherche des absents (malnutris sévères en ambulatoire au niveau de l'UREN)	x	
	2.4.Suivi communautaire des malnutris sévères déchargés de l'UREN selon le protocole PECMA	x	
3. Maladies prioritaires de l'enfance	3.1.Traitement de la diarrhée simple avec SRO à faible osmolarité et Zinc chez les enfants de 2 à 59 mois	x	
	3.2.Traitement de la pneumonie simple avec amoxicilline dispersible chez les enfants de 2 à 59 mois	x	
	3.3.Diagnostic du paludisme simple avec TDR chez les enfants de 0 à 5 ans	x	
	3.4.Traitement du paludisme simple avec ACT chez les enfants de 2 à 59 mois	x	
	3.5.Traitement pré transfert du paludisme grave avec les rectocaps d'Artésunate chez les enfants de 0-5 ans	x	
	4.1.PEC des accouchements inopinés	x	

Secteurs	Contenu de l'intervention (activités)	ACS	
		ACs	ACPP
4. Santé maternelle et nouveau-né	4.2.Réanimation des nouveaux nés asphyxiés par aspiration manuelle et maintien de la température	x	
	4.3.PEC du nouveau-né de faible poids par la méthode Kangourou et référence	x	
	4.4.Diagnostic du paludisme en postpartum par le TDR	x	
	4.5.Traitement du paludisme en postpartum par les ACT	x	
5. Maladies tropicales négligées	5.1.Administration de Praziquantel dans le traitement de masse de la bilharziose	x	x
	5.2.Administration d'Ivermectine + Albendazole dans le traitement de masse de la filariose lymphatique et de l'onchocercose	x	x

II. Paquet de services communautaires complémentaire

2.1 Domaine de la prévention et de la promotion

Secteurs	Contenu de l'intervention (activités)	ACS	
		ACs	ACPP
1. Groupe des aînés (troisième âge)	1.1.IEC sur « bien vieillir » (alimentation, hygiène de vie)	x	x
	1.2.Reconnaissance et orientation des personnes âgées souffrant de troubles visuels, auditifs, de la marche, de la santé bucco-dentaire, modifications du comportement antérieur...	x	x
	1.3.Promotion de la recherche périodique d'un bilan de santé	x	x
	1.4.Education des membres de la famille sur le soutien et accompagnement des personnes âgées	x	x
2. Santé mentale	2.1.Détection précoce des signes de troubles mentaux	x	x
	2.2.Orientation des personnes présentant des troubles du comportement vers les structures spécialisées	x	x
	2.3.Suivi et accompagnement des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale	x	x
	2.4.Promotion de la santé mentale	x	x
	2.5.Immobilisation correcte des malades dangereux	x	x
3. Santé oculaire	3.1.Dépistage et référence des maladies des yeux	x	x
	3.2.Promotion de l'hygiène du visage et du milieu	x	x
	3.3.IEC sur le recours précoce aux soins des yeux vers une structure de santé	x	x
	3.4.IEC sur l'observance du traitement (respect des prescriptions, de la durée du traitement)	x	x
4. Santé bucco-dentaire	4.1.IEC sur les facteurs de risque des maladies de la bouche.	x	x
	4.2.IEC sur la prévention des facteurs de risque de la carie dentaire	x	x

Secteurs	Contenu de l'intervention (activités)	ACS	
		ACs	ACPP
	4.3.Promotion des bonnes pratiques pour une bonne hygiène bucco-dentaire	x	x
	4.4.IEC sur les complications des maladies bucco-dentaires chez la femme enceinte	x	x
	4.5.Reconnaissance des signes d'une maladie bucco-dentaire et référence	x	x
	4.6.IEC sur les facteurs de risque du Noma	x	x
	4.7.Reconnaissance des signes précurseurs du Noma et référence	x	x
	4.8.IEC contre la stigmatisation du Noma	x	x
	4.9.Suivi communautaire du traitement du Noma	x	x
	4.10. IEC pour un recours précoce aux soins bucco-dentaires	x	x
5. Médecine traditionnelle	5.1.Reconnaissance et orientation précoce de tous les cas de maladie vers les structures de prise en charge conventionnelles	x	x
6. Maladies tropicales négligées	6.1.Référence précoce des morsures d'animaux (chiens, cheval, singe, ...)	x	x
	6.2.Dépistage précoce des signes précurseurs de la lèpre et référence	x	x
	6.3.Suivi communautaire du traitement de la lèpre	x	x
	6.4.IEC sur la prévention de la maladie du ver de Guinée	x	x
	6.5.IEC sur la prévention des MTN (onchocercose, bilharziose, filariose lymphatique, lèpre et trachome)	x	x
	6.6.Promotion du lavage du visage chez les enfants dans les zones endémiques pour la lutte contre le trachome	x	x
	6.7.Reconnaissance précoce des MTN et orientation vers une structure de santé	x	x
7. Paludisme	7.1.Distribution de masse d'Amodiaquine et SP pour la CPS chez les enfants de 3 mois à 10 ans	x	x
	7.2.Surveillance communautaire dans les zones de pré élimination	x	x

2.2 Domaine curatif

1. Paludisme	1.1.Traitement pré transfert du paludisme grave avec les rectocaps d'Artésunate chez les enfants de 0-5 ans	x	
	1.2.Administration communautaire de la SP sous TDO aux femmes enceintes, à partir de la 2ème dose	x	
2. Maladies tropicales négligées	2.1.Administration de Praziquantel dans le traitement de masse de la bilharziose	x	x
	2.2.Administration d'Ivermectine + Albendazole dans le traitement de masse de la filariose lymphatique et de l'onchocercose	x	x

Annexe n° 2 : Liste des médicaments et produits essentiels au niveau case de santé

(Source : liste nationale des médicaments et produits essentiels du Sénégal révision 2018)

N°	DCI	Dosage	Forme	Référence
1	Amoxicillicine	250mg	comprimé dispersible	Clamoxyl
2	Artésunate/Amodiaquine	25 mg/67,5mg ; B/3cp	comprimé	ASAQ
3	Artésunate/Amodiaquine	50mg/135mg	comprimé	ASAQ
4	Artésunate/Amodiaquine	100mg/270mg ; B/3cp	comprimé	ASAQ
5	Artésunate/Amodiaquine	100mg/270mg ; B/6cp	comprimé	ASAQ
6	Artéméther/Luméfantrine	20mg/120mg ; B/24cp	comprimé	Coartem
7	Artéméther/Luméfantrine	20mg/120mg ; B18cp	comprimé	Coartem
8	Artéméther/Luméfantrine	20mg/120mg ; B/12cp	comprimé	Coartem
9	Artéméther/Luméfantrine	20mg/120mg; B/6cp	comprimé	Coartem
10	DihydroArtémisinine/Pipéraquine	40mg/320mg; B/9cp	comprimé	Duocotexcin
11	Sulfadoxine/Pyriméthamine + Amodiaquine	500mg/25mg + 150mg	comprimé	SPAQ-CO
12	Sulfadoxine/Pyriméthamine + Amodiaquine	250mg/12,5mg + 75mg	comprimé	SPAQ-CO
13	Artémèther/luméfantrine	80mg/480mg	comprimé	Coartem
14	Mébendazole	100mg	comprimé	Vermox
15	Mébendazole	500mg	comprimé	Vermox
16	Mébendazole	100mg/5ml	suspension buvable	Vermox
17	Acide acétylsalicylique	500mg	comprimé	Aspirine
18	Indométacine	25mg	comprimé	Indocid
19	Paracétamol	500mg	comprimé	Doliprane
20	Paracétamol	125mg/5ml	sirop	Doliprane
21	Fer + acide folique	60mg/0,4mg	comprimé	Folifer
22	Sels ferreux Forme adulte	80mg	comprimé	Fumafer
23	Misoprostol	200 µg	comprimé	Cytotec
24	Alcool	70°	liquide	Alcool
25	Eosine aqueuse	2%	Solution	Eosine
26	Hypochlorite de sodium	8°CF	solution	Eau de javel
27	Benzoate de benzyle	12,50%	solution	Ascabiol
28	Sels de réhydratation orale faible osmolarité	Glucose 13,5g/L ; NaCl 2,6g/L; KCl 1,5 g/L, Citrate trisodique dihydraté 2,9g/L	poudre en sachet	SRO

29	Kit SRO/Zinc			
30	ReSoMal	294 mEq/L		
31	Zinc (sulfate)	20mg	comprimé dispersible et sirop	
32	Solution antiseptique pour bain de bouche			
33	Chlortétracycline ou Tétracycline	1%	pommade ophtalmique	Auréomycine
34	Iodate de potassium	1kg	sachet	
35	Rétinol	100.000 UI	capsules	Vit A
36	Rétinol	200.000 UI	capsules	Vit A
37	ASPE			Plumpy sup
38	Préservatif féminin			
39	Préservatif masculin			
40	Collier			
41	Ethinylestradiol + norgestrel+fumarate ferreux	0,03/0,3mg/75mg	comprimé	Adépal
42	Ethinylestradiol+levonorgestrel+fumarate ferreux	0,03mg/0,15mg/75mg	comprimé	Microgynon
43	Lévonorgestrel	0,03mg	comprimé	microlut
44	Acétate médroxyprogestérone	150mg	injectable	dépo provéra
45	Anneau vaginal a progestérone	2g	anneau	Anneau Vaginal a progestatif AVP
46	Acétate médroxyprogestérone	104mg/0,65 ml	injectable sous cutané	Sayana press
47	Crésylol			
48	Deltaméthrine			
49	Moustiquaires imprégnées			
50	Perméthrine			
51	Test de diagnostic rapide du paludisme	HRP2	Cassette	
52	Test de diagnostic rapide du paludisme	PLDH	Cassette	

Annexe n° 3 : Equipements aux niveaux d'une case de santé et d'un site communautaire

Case de santé	Site communautaire
Mobilier case de santé	Mobilier Site
Table/lit d'accouchement	Banc châssis long
Table bureau	Grandes nattes
Meuble de rangement	Tableau d'affichage 1 m2
Chaises	Matériel SPC/démonstration culinaire
Tabouret	Balance Salter avec 2 culottes
Banc châssis long	Marmite 15 litres
Natte	Bol en plastique 1 litre
Porte manteau	Cuillère à soupe
Tableaux d'affichage 1 m ²	Cuillère à café
Matériel de soins	Pot de 1 litre
Ciseaux droits	Pot de ¼ litre
Ciseaux courbes	Ecumoire
Pincés avec griffes	Louche
Pincés sans griffes	Bol à servir 15 litres
Poire	Supports IEC
Haricot	Carte Conseils Nutrition
Plateau rectangulaire	Carte conseils Mère/Nouveau-né
Réchaud à gaz	Carte conseils PF
Lampe à gaz	Carte conseils SE
Stéthoscope obstétrical	Présentoir PF
Thermomètre médical	Canevas VADI
Torche	Outils de gestion
Toile cirée 5 m	Registre grand format Nutrition
Ruban mètre	Cahier de supervision
Boite à instruments métalliques	Cahier VADI
Bassin de lit	Cahiers CVAC (Femme enceinte, Mère/Nouveau-né)
Seau Poubelle 12 l	Cahier IEC
Incinérateur artisanal type PICOM	Fiches de croissance
Bassines PM	Tableaux gain de poids
Bouilloire	Fiches ou cahiers de stock
Pèse bébé	Fiches de recensement des cibles
Brosse à ongles	
Porte savon	
Marmite 5 litres	
Matériel SPC/démonstration culinaire	
Balance Salter avec 2 culottes	
Marmite 15 litres	
Bol en plastic 1 litre	
Cuillère à soupe	
Cuillère à café	
Pot de 1 litre	
Pot de ¼ litre	

Ecumoire	
Louche	
Torche	
Balai	
Matériel et produits SPNN	
Petite table matelassée	
Clamp de barre	
Aspirateur manuel	
Savon liquide litre	
Eau de javel litre	
Outils de gestion	
Registre grand format (CPC, SPC, Maternité, PF)	
Cahier de supervision	
Cahier VADI	
Cahiers du Comité de Veille et d'Alerte Communautaire (Femme enceinte, Mère/Nouveau-né)	
Cahier IEC	
Cahier de suivi PF	
Fiches de croissance	
Tableaux gain de poids	
Fiches de stock	
Fiches de recensement	
Fichier communautaire PF	
Supports IEC	
Carte conseils Nutrition	
Carte conseils Mère/Nouveau-né	
Carte conseils PF	
Carte conseils SE	
Présentoir PF artisanal	
Canevas VADI	

Annexe n° 4 : Cadre de performance du PSNSC 2020-2024

Impact	Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité de la population générale avec la participation effective des communautés, des collectivités territoriales et des autres secteurs												
Indicateur	Mortalité maternelle, néonatale et infantile												
Axe 1 : Accroissement de la demande des communautés pour l'utilisation des services de santé													
Effet 1. L'utilisation des services de santé est accrue													
Produits	Indicateur	Mode de calcul	Périodicité de collecte	Niveau de collecte	Source de données	Situation de référence		Cibles annuelles					Responsable
						année	valeur	2020	2021	2022	2023	2024	
P.1.1. Un Plan de communication intégré pour la santé communautaire existe et est mis en œuvre	nombre de plan de communication intégré pour la santé communautaire réactualisé	Décompte	NA	Central	CSC	2018	1	0	1	0	0	0	CSC
P.1.2. Une stratégie nationale d'engagement communautaire pour la santé et le développement existe est mise en œuvre	nombre de document sur la stratégie nationale d'engagement communautaire pour la santé et le développement élaboré	Décompte	NA	Central	CSC	2019	0	0	1	0	0	0	CSC

P.1.3. Le dispositif de protection sociale pour faciliter l'accès aux services de santé est renforcé	Taux de couverture de la population par les mutuelles de santé à base communautaire	Nombre de personnes couvertes par les mutuelles à base communautaire/ population totale de l'année pour une localité donnée*100	semestrielle	opérationnel	A CMU	2019	ND	17,4 %	30 %	45 %	55 %	65 %	ACMU
Axe 2 : Amélioration de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de services de santé au niveau communautaire													
Effet 2. La couverture et la qualité de l'offre de services de santé au niveau communautaire sont renforcées d'ici à fin 2024													
P.2.1. La couverture de l'offre de services de santé au niveau communautaire est élargie	proportion de district sanitaire ayant un plan de développement de la santé communautaire mis à jour	nombre district ayant mis à jour leur plan de développement/ Nombre total de districts	Régional	Annuelle	rapport d'activités/maquettes plan de développement	2018	100%	100%	100%	100%	100%	100%	MCR
P.2.2. Le paquet de service de santé communautaire est harmonisé	Nombre de paquets de services communautaires révisés	Décompte	Central	Tous les deux ans	Rapports d'activités	2016	1	0	0	1	0	1	CSC
P.2.3. Le système de gestion des médicaments et produits essentiels au niveau communautaire est amélioré	proportion de PPS ayant intégré les besoins du niveau communautaire en médicaments et produits essentiels dans leurs commandes	Nombre de PPS ayant intégré les besoins du niveau communautaire en médicaments et produits essentiels /	Régional	annuel	rapports d'activités	2019	ND	60%	80%	100%	100%	100%	MCR

		Nombre total de PPS												
P.2.4. La qualité de l'offre de services au niveau communautaire est améliorée	pourcentage chez les moins de 5 ans de cas de paludisme simple qui ont reçu un traitement anti paludique approprié conformément à la politique nationale	Nombres d'enfants de moins de 5 ans présentant un paludisme simple confirmé et qui ont reçu un traitement anti paludique approprié conformément à la politique nationale / Nombre total d'enfants de moins de 5 ans vue pour fièvre	Annuelle	central	DHIS2	2019	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	CSC
	proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une IRA et pris en charge selon les directives nationales	nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une IRA et pris en charge selon les directives nationales/ Nombre total d'enfants de moins de 5 ans vue pour IRA	Annuelle	central	DHIS2	2019	7%	10%	12%	15%	20%	25%		CSC

	proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une diarrhée et pris en charge selon les directives nationales	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une diarrhée et pris en charge selon les directives nationales/ Nombre total d'enfants de moins de 5 ans vue pour diarrhée	Annuelle	central	DHIS2	2019	91%	92%	93%	95%	97%	98%	CSC
Axe 3 : Renforcement de la coordination et de la gouvernance de la santé communautaire													
Effet 3. La coordination et la gouvernance de la santé communautaire sont renforcées													
P.3.1. Les mécanismes de coordination multisectorielle de la santé communautaire sont fonctionnels	Nombre de réunions du CNPSC tenues	Décompte	Semestrielle	Central	rapports	2019	01	02	02	02	02	02	CSC
	Proportion de réunions des commissions santé communautaire des cadres de concertation régionaux tenues	Décompte	Semestrielle	Régional	rapport	2019	ND	50%	55%	60%	70%	80%	MCR
	Proportion de réunions des commissions santé communautaire des cadres de concertation	Décompte	Semestrielle	Départemental	rapports	2019	ND	25%	30%	40%	50%	60%	MCR

	départementaux tenues												
	Proportion de réunions des commissions santé communautaire des cadres de concertation locaux tenues	Décompte	Semestrielle	Local	rapports	2019	ND	10%	15%	25%	30%	40%	MCR
P.3.2. Les capacités institutionnelles de la CSC sont renforcées	Nombre d'arrêté portant organisation de la CSC signé	décompte	annuelle	Central	note de service	2019	0	0	1	0	0	0	CSC
P.3.3. L'alignement des partenaires dans la gestion de la santé communautaire est renforcé	Proportion d'intervenants du niveau communautaire dont le plan d'action est partagé avec la CSC	Nombre de plan d'action des intervenants du niveau communautaire reçus/ Nombre total d'intervenants du niveau communautaire	annuelle	central	Plans d'action s	2019	ND	30%	40%	50%	60%	70%	CSC
P.3.4 Des ressources financières durables en faveur de la santé communautaire sont mobilisées	Proportion de distrcits sanitaires disposant d'un fond commun pour le financement de la santé communautaire	Nombre de distrcits sanitaires disposant d'un fond commun pour le financement de la santé	annuelle	régional	note de services / arrêtés	2019	0	2%	5%	10%	15%	20%	CSC

		communautaire/ Nombre total de districts											
Axe 4 : Renforcement du plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des communautés pour la mise en œuvre de la santé communautaire													
Effet 4. Le leadership des collectivités territoriales et des communautés pour la mise en œuvre de la santé communautaire est renforcé													
P.4.1. Les capacités opérationnelles des structures de gestion des cases de santé sont renforcées	Nombre d'arrêtés portant la mise en place d'un organe de gestion de la case de santé conformément à la réforme sur les CDS	décompte	Une fois	Central	arrêtés	2019	0	0	1	0	0	0	CSC
	Proportion de cases de santé disposant d'un organe de gestion de la case de santé conformément à la réforme sur les CDS	Nombres de cases de santé disposant d'un organe de gestion de la case de santé conformément à la réforme sur les CDS/Nombres total de cases de santé	Annuelle	régional	arrêtés	2019	0	0	20%	60%	100%	0%	CSC
P.4.2. Les capacités des élus locaux, sur la gestion de la santé communautaire, sont renforcées	Proportion de collectivités territoriales ayant bénéficié d'un renforcement de capacité sur la	Nombre de collectivités territoriales ayant bénéficié d'un renforcement de capacité sur la	Une fois	régional	rapports	2019	ND	10%	25%	50%	80%	100%	CSC

	gestion de la santé communautaire	gestion de la santé communautaire/ Nombre total de collectivités territoriales											
P.4.3. Un cadre réglementaire et de motivation des ACS est mis en place	Nombre de document d'orientation sur les mécanismes de motivation des ACS disponible	Décompte	une fois	Central	document	2019	0	0	1	0	0	0	CSC
Axe 5 : Renforcement de l'intégration du niveau communautaire dans le système d'information sanitaire et social													
Effets 5. l'intégration du niveau communautaire dans le système d'information sanitaire et social est renforcée													
P.5.1. Les données du niveau communautaire sont intégrées durablement dans le système d'information sanitaire et social	Complétude des données du niveau communautaire dans le DHIS2	Nombre de rapports des cases/sites saisis/ Nombre de rapports attendus	mensuelle	A tous les niveaux	DHIS2	2019	ND	15%	20%	50%	80%	100%	CSC
P.5.2. La transmission régulière des données communautaires aux PPS est améliorée	Proportion de cases de santé utilisant le module mobile du DHIS2	Nombre de cases de santé utilisant le module mobile du DHIS2/ Nombre total de cases	mensuelle	Central	DHIS2	2019	ND	1%	5%	30%	70%	100%	CSC
P.5.3. La documentation	Nombre d'expériences et	Décompte	Annuelle	central	rapport	2019	ND	1	2	4	5	6	CSC

des expériences et initiatives en santé communautaire est renforcée	initiatives en santé communautaire validées par le CVEXCOM												
P.5.4. La supervision des interventions communautaires est effectuée	Nombre de supervisions des interventions communautaires effectuées	décompte	semestrielle	central	rapports	2016	1	2	2	2	2	2	CSC
	Proportion de PPS ayant supervisés les interventions communautaires	Nombre de PPS ayant supervisés les interventions communautaires/ Nombre total de PPS	trimestrielle	central	rapports grilles	2019	ND	20%	40%	60%	70%	80%	CSC
P.5.5. La revue des interventions communautaires est réalisée	Nombre de revues des interventions communautaires réalisées	décompte	semestrielle	central	rapports	2017	1	2	2	2	2	2	CSC
P.5.6. La revue de la mise en œuvre du PSNSC est menée	Nombre de revues de la mise en œuvre du PSNSC réalisées	décompte	annuelle	central	rapports	2019	ND	0	0	1	0	1	CSC
P.5.7. L'évaluation à mi-parcours du PSNSC est effectuée	Nombre d'évaluation à mi-parcours effectuée	décompte	Une fois	central	rapport	2019	ND	0	0	1	0	0	CSC

P.5.8. L'évaluation à finale du PSNSC est effectuée	Nombre d'évaluation finale effectuée	décompte	une fois	central	rapport	2019	1	0	0	0	0	1	CSC
--	--	----------	----------	---------	---------	------	---	---	---	---	---	---	-----

Remerciements

La production du « **Plan stratégique national de Santé communautaire 2020-2024** » par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale rentre dans le cadre de l'opérationnalisation de la Politique nationale de Santé communautaire de 2013.

Elle a été pilotée par la Cellule de Santé Communautaire sous la supervision du Directeur général de la Santé publique.

Ainsi, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale remercie tous ceux qui ont bien voulu apporter leurs contributions pour l'amélioration de la qualité du document et tient à féliciter toutes les personnes, les institutions, les organisations et les partenaires au développement pour leur appui technique, financier et matériel notamment :

- Services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé et de l'Action sociale ;
- Cellule de la Lutte contre la Malnutrition ;
- Conseil National de Lutte contre le SIDA ;
- Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle ;
- Ministère des Collectivités territoriales, du Développement et de l'Aménagement des Territoires ;
- Union des Associations d'Elus Locaux ;
- Comités de Développement sanitaire ;
- Acteurs Communautaires de Santé ;
- Institut Santé Et Développement de l'UCAD de Dakar ;
- Unité de Formation et de Recherche / Santé et Développement Durable de l'UAD Bambey ;
- Ecole nationale de Développement sanitaire et social ;
- OMS ;
- Expertise France ;
- UNICEF ;
- USAID / Programme Santé ;
- USAID / Neema / IntraHealth ;
- USAID / Neema / Child Fund ;
- USAID / RSS+ / Abt Associates ;
- USAID / FHI360 / Helen Keller International.;
- USAID / Gouvernance Locale pour le Développement ;
- Plan International Sénégal ;
- Catholic Relief Service ;
- World Vision Sénégal ;
- Africare ;
- Action Contre la Faim ;
- Eau Vie Environnement.

Direction générale de la Santé publique

Cellule de Santé Communautaire

Adresse: Fann Résidence, Rue Aimé Césaire

Telephone: 221 33 869 42 97

Fax : 221 33 869 42 06

Email : direction_sante@yahoo.fr