



La Surveillance à base communautaire des maladies et zoonoses prioritaires au Sénégal

Rapport final: L'approche « Une Seule Santé »

Octobre 2019



La Surveillance à base communautaire des maladies et zoonoses prioritaires au Sénégal

Rapport final: L'approche « Une Seule Santé »

Octobre 2019

MEASURE Evaluation
University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, NC 27516 USA
Phone: +1 919-445-9350
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en oeuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis.
TR-20-402
ISBN: 978-1-64232-227-9



REMERCIEMENTS

L'équipe du projet MEASURE Evaluation, avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), tient à remercier le Haut Conseil National pour la sécurité Sanitaire Mondiale (HCNSSM) « Une Seule Santé » pour la coordination des interventions des parties prenantes pour la réussite de ce projet. Nous remercions spécialement le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), le Ministère de l'Elevage et des Productions Animales (MEPA), et le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD), qui ont tout mis en œuvre depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire (SBC) dans une approche « Une Seule Santé » dans les six districts pilotes.

Nous remercions les Docteurs Ousmane Fall et Seynabou Diack, les Chefs des Services Régionaux de l'Elevage de Tambacounda et Saint-Louis, les Chef de Services Départementaux de l'Elevage : Mr Yoro Diaw de Podor, Mr Papa Mbaye Diaode Tambacounda, et Mr Papa Anoune Sall de Koumpentoum, et Mr Mame Birame Bodian de Bakel.

Nous remercions les Docteurs Bayal Cissé et Seynabou Ndiaye, les Médecins Chefs de Région respectifs de Tambacounda et Saint-Louis.

Nos remerciements vont également à l'endroit des Médecins Chefs de Districts : Dr Kalidou Ba, de Koumpentoum, Dr. Tidiane Gadiaga, de Tambacounda, Dr. Omar Ghindo Diop de Kidira, Dr. Doudou Diallo, de Bakel, Dr. Mame Late Mbengue de Podor, et Dr. Mamadou Ndiaye de Pété, qui ont pris toutes les dispositions nécessaires à la bonne mise en œuvre du projet dans leurs districts respectifs.

Nous remercions également Dr Philippe Mutwa de l'USAID à Dakar pour son soutien et sa contribution à la réalisation de ce projet.

Nos remerciements à Ann Fitzgerald et Habib Haroun de MEASURE Evaluation à l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill (UNC) qui ont tour à tour assuré la coordination globale du portefeuille.

Merci également à Elizabeth Robinson et toute l'équipe de communication de MEASURE Evaluation à UNC pour la coordination, le travail de mise en page, et d'édition du présent rapport et d'autres publications du projet.

Photo : Atelier sur la Surveillance à base communautaire au Sénégal. Judith Nguimfack Tsague

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES MATIERES.....	4
FIGURES	6
TABLEAUX.....	6
ABREVIATIONS.....	7
RESUME	8
INTRODUCTION.....	9
Mise en œuvre.....	10
Sélection des zones d'intervention	10
Evaluation rapide des systèmes de surveillance.....	10
Définitions de cas communautaires	11
Coordination et concertation	11
Développement de la Plateforme Digitale mInfoSanté	11
Outils et matériels de formation	11
Engagement communautaire.....	12
Enquête communautaire	12
Formations en cascade	13
Démarrage de la surveillance communautaire des zoonoses	13
Réunions de revue de la SBC	14
Supervision.....	15
Guide technique d'opérationnalisation	15
Orientation des Lycéens.....	15
RESULTATS.....	16
Leçons apprises.....	18
Cartographie des acteurs communautaires	18
Détermination des zones de couverture des acteurs opérationnels (ICP, CPV et CPE).....	18
Défis et recommandations	18
Motivation des acteurs.....	18
Coordination au niveau opérationnel.....	19
Contacts des utilisateurs	20
Demande et utilisation des données.....	20
Pérennisation.....	21
CONCLUSION.....	22
Les perspectives.....	22

ANNEXES.....	23
Annexe 1 : Guide de formation ICP/CPV/CPE	23
Annexe 2 : Guide de formation CVAC.....	24
Annexe 3 : Flip chart	25
Annexe 4 : Aide-mémoire CVAC.....	26
Annexe 5 : Article résumé 1.....	27
Une Seule Santé en marche au niveau communautaire : La Surveillance à base communautaire des zoonoses prioritaires dans une approche « Une Seule Santé »	27
Annexe 6 : Article résumé 2.....	28
Surveillance à base communautaire dans une approche Une Seule Santé au Sénégal : Les étapes de mise en œuvre.....	28
Annexe 7 : Article résumé 3.....	29
La surveillance à temps réel au niveau communautaire Un SMS pour identifier de façon précoce....	29

FIGURES

Figure 1. Districts sanitaires pilotes	10
Figure 2. Schéma de la surveillance communautaire.....	13

TABLEAUX

Tableau 1. Prestataires et acteurs communautaires formés par district sanitaire.....	13
Tableau 2. Circuit de l'information de la SBC sur la plateforme digital mInfoSanté.....	14
Tableau 3. Sessions d'orientation des lycéens	16
Tableau 4. Signaux communautaires dans six districts sanitaires (novembre 2017–fév. 2019).....	16
Tableau 5. Signaux communautaires par période et par maladie (novembre 2017–août 2019).....	17
Tableau 6. Répartition des signaux par maladie.....	17

ABREVIATIONS

CMU	couverture maladie universelle
CPE	chef de poste de l'environnement
CPV	chef de poste vétérinaire
CSC	cellule de santé communautaire
CVAC	comité de veille et d'alerte communautaire
DCMS	Division du Contrôle Médical Scolaire
DHIS2	Logiciel d'information sanitaire de district version 2
DPN	Direction des Parcs Nationaux
ECD	équipe cadre de district
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
HCNSSM	Haut Conseil National de la Sécurité Sanitaire Mondiale
ICP	infirmier chef de poste
LNERV	Laboratoire National d'Elevage et de Recherches Vétérinaires
MEDD	Ministère de l'Environnement et du Développement du Durable
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MEPA	Ministère de l'Elevage et des Productions Animales
MSAS	Ministère de la santé et de l'action sociale
ONG	organisation non gouvernementale
PSSM	Programme de Sécurité Sanitaire Mondiale
RSI	Règlement Sanitaire International
SBC	surveillance à base communautaire
SDELPA	Service Départemental de l'Elevage et des Productions Animales
SIMR	surveillance intégrée de la maladie et la riposte
SMN	santé maternelle et néonatale
SMS	Short Message Service
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour la développement international
WASH	eau, hygiène, et assainissement
ZDAP	Plan stratégique pour le paquet d'action sur les zoonoses

RESUME

Le Sénégal est membre du Programme de Sécurité Sanitaire mondiale (PSSM), financé par l'USAID et visant à renforcer la capacité des pays à mieux prévenir, détecter et riposter aux menaces des maladies infectieuses, et à élever la sécurité sanitaire mondiale au rang de priorité nationale et mondiale. Dans le cadre de ce PSSM, MEASURE Evaluation, a apporté un appui technique pour la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire (SBC) des zoonoses prioritaires dans une approche « Une Seule Santé » dans six districts sanitaires dans les régions de Saint Louis et Tambacounda. Cette initiative met l'accent sur la collaboration multisectorielle et le partage de l'information à temps réel pour une réponse rapide. Elle est la continuité du projet de SBC des huit maladies prioritaires appuyé par MEASURE Evaluation entre Avril 2016 et Mars 2018.

Les contributions phares de cette activité comprennent tout d'abord l'élaboration des définitions de cas communautaires pour chacune des maladies prioritaires pour la SBC, en concertation avec les experts techniques des Ministères de la Santé, de l'Environnement, de l'Elevage et des partenaires techniques intervenants dans la surveillance.

MEASURE Evaluation a soutenu le développement de la plateforme électronique dénommée mInfoSanté, accessible via internet et permettant aux agents communautaires de la santé d'envoyer par SMS des signaux de maladies prioritaires sous surveillance et recevoir des instructions et retro informations des infirmiers et agents de l'élevage.

Un curriculum, des guides et outils de formation ont été développés dans un processus participatif en collaboration avec le Haut Conseil de la Sécurité Sanitaire Mondiale (HCNSSM) et les secteurs parties prenantes.

Des formations en cascade des professionnels des secteurs de la santé humaine, animale et environnementale et des comités de veille et d'alerte communautaire (CVAC) ont eu lieu dans les six district pilotes. En outre, MEASURE Evaluation a réalisé en collaboration avec le Ministère de l'éducation, l'orientation de 391 lycéens sur l'approche « Une Seule Santé » et les maladies prioritaires sous surveillance, dans un lycée de chacun des districts pilotes.

Enfin, le guide technique national pour l'opérationnalisation de la SBC dans une approche « Une Seule Santé » a été élaboré dans une approche participative.

Dans cette phase pilote, un total de 1650 signaux a été reçus à la date du 31 mai 2019, soit 135 par les infirmiers chefs de poste (ICP) et chefs de poste vétérinaire (CPV) pour les zoonoses et 1515 par les ICP pour les autres maladies prioritaires. Parmi les signaux, 999 ont été vérifiés, dont 744 dans les 48 heures, pour 617 cas suspects. La proportion de signaux vérifiés est de 60%, celle des cas suspects parmi les signaux vérifiés est de 62%. La diarrhée sanglante est la maladie la plus signalée avec 976 signaux, soit 59% de l'ensemble des signaux. Vient ensuite la rougeole avec 322 signaux, soit 20%. Parmi les zoonoses, la tuberculose bovine reste la maladie la plus fréquemment signalée avec 58 signaux, soit 37% de tous les signaux de maladies zoonotiques y compris la maladie à virus Ebola, qui est sous surveillance depuis le début de la phase pilote en 2017. Elle est suivie de la rage avec 38 signaux, soit 24%.

INTRODUCTION

Ces dernières années, plusieurs crises sanitaires ont mis en évidence l'impact mondial des maladies émergentes et ré-émergentes sur la société, y compris des zoonoses telles que l'Influenza aviaire A de sous-type H5N1 ou la maladie à virus Ebola. Au Sénégal comme dans la sous-région, ces maladies constituent une menace importante pour la santé et le bien-être des communautés. Le Programme pour la Sécurité Sanitaire Mondiale (PSSM) a été lancé en 2015 avec la participation de plus de 50 pays du monde pour contribuer au renforcement des capacités des pays à faire face aux menaces de maladies infectieuses. Le Sénégal est l'un des pays membres du PSSM et s'est engagé au renforcement de la sécurité sanitaire mondiale à travers des initiatives telles que l'évaluation externe conjointe du Règlement Sanitaire International (RSI) et la priorisation des zoonoses dans une approche « Une Seule Santé ».

L'une des principales recommandations de l'évaluation externe conjointe du RSI au Sénégal en 2016 était de mettre en œuvre la surveillance des événements de santé publique d'origines diverses, d'adopter des approches multisectorielles, multidisciplinaires et de renforcer le système de surveillance nationale avec un dispositif d'alertes précoces et de réponses rapides face aux événements de santé publique. Le PSSM et le Plan stratégique pour le paquet d'action sur les zoonoses (ZDAP) 2015–2019 appellent à une approche « Une Seule Santé » pour minimiser le risque de maladie et la transmission des zoonoses aux populations humaines.

Le Sénégal est l'un des principaux pays de la sous-région à avoir initié ce programme. Le gouvernement du Sénégal a de ce fait identifié six (6) zoonoses prioritaires qui doivent faire l'objet d'une surveillance à travers l'approche Une Seule Santé. Il s'agit de la rage, des gripes aviennes zoonotiques, de la tuberculose bovine, des fièvres hémorragiques virales (Ebola et Marburg), de l'anthrax et de la fièvre de la vallée du Rift.

MEASURE Evaluation contribue depuis octobre 2017 au PSSM et plus spécifiquement, à la mise en place d'un système de surveillance à base communautaire (SBC) des zoonoses prioritaires dans six districts sanitaires pilotes en impliquant aussi bien les secteurs clés de l'approche Une Seule Santé que sont la santé, l'élevage et l'environnement, que les secteurs d'appuis membres de la « taskforce One Health ». Ce système de surveillance permet une prise en charge multisectorielle et pluridisciplinaire des événements liés à l'interface homme – animal – environnement. La mise en œuvre de l'approche Une Seule Santé au Sénégal exige en effet une collaboration étroite entre les trois ministères clés (santé, élevage, environnement) et les autres ministères d'appui, membres de la taskforce. Le Haut Conseil de la Sécurité Sanitaire Mondiale (HCSSM), créé en Décembre 2017, est l'instance qui définit l'orientation stratégique et coordonne l'approche « Une Seule Santé » au Sénégal.

Ce rapport présente les étapes de préparation et de mise en œuvre de la SBC dans les six districts pilotes, ainsi que les résultats préliminaires, les leçons apprises, les défis et recommandations pour orienter les responsables d'exécution de programme.

Mise en œuvre

Sélection des zones d'intervention

Plusieurs facteurs ont été pris en compte dans la sélection des districts pour la mise en œuvre de la SBC. Tout d'abord, cette activité est la continuité du projet de SBC des maladies prioritaires initié en 2016 par MEASURE Evaluation et financé par l'USAID. De ce fait, les quatre districts initialement retenus, à savoir Podor, Pété, Tambacounda et Koumpentoum, ont été reconduits pour cette activité. Deux autres districts à savoir Bakel et Kidira ont été ajoutés. Ces

districts ont été sélectionnés parmi les régions frontalières prioritaires bénéficiant du soutien de l'USAID, notamment Saint-Louis, Matam, Tambacounda, Kédougou, Kolda, Sédhiou et Ziguinchor. Le choix des districts c'est fait sur le nombre de CVAC fonctionnels, l'exhaustivité des rapports hebdomadaires de surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) via le logiciel d'information sanitaire de district (DHIS2) et l'épidémiologie des huit maladies prioritaires.

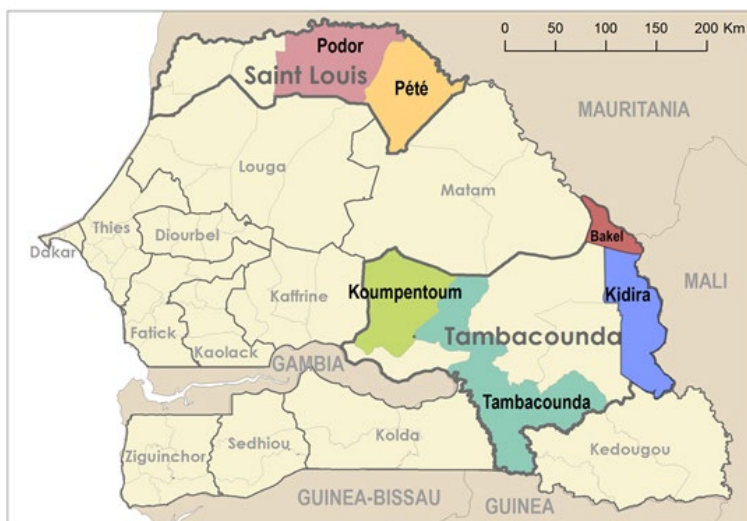


Figure 1. Districts sanitaires pilotes

Evaluation rapide des systèmes de surveillance

Une évaluation rapide menée au niveau central et dans les quatre districts pilotes susmentionnés, a permis d'apprécier le niveau de préparation des trois principaux secteurs concernés, à savoir la santé, l'élevage et l'environnement. Ils ont été évalués par rapport aux infrastructures disponibles, aux systèmes de surveillance et à la capacité du laboratoire à diagnostiquer les six maladies zoonotiques considérées. Mais aussi par rapport au niveau d'engagement de la communauté, au cadre institutionnel, au cadre juridique, et à l'existence d'initiatives ou d'une stratégie « Une Seule Santé » comme cadre de référence.

L'évaluation a révélé que le Sénégal disposait d'une instance nationale de coordination et de concertation multisectorielle « Une Seule Santé » offrant un cadre réglementaire pour la mise en œuvre de cette activité. Par ailleurs, il est apparu que le Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) disposait d'un système de surveillance et des capacités de laboratoire plus avancées comparés au Ministère de l'Élevage et des Productions Animales (MEPA). De plus, le système d'information sanitaire (DHIS2) du MSAS était fonctionnel et prenait en compte la notification de quelques maladies zoonotiques. Le secteur de l'élevage en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) était sur le point de mettre en place un système de surveillance appelé VGTropics. Toutefois, au moment où ce rapport est publié, le VGTropics a été remplacé par un autre outil dénommé Kobo Toolbox.

Le système de surveillance du secteur de l'environnement consistait à relayer les cas signalés dans les parcs nationaux au poste vétérinaire le plus proche.

Les secteurs de la santé et de l'élevage avaient tous les deux la capacité de diagnostiquer les six maladies zoonotiques prioritaires. Toutefois, les laboratoires régionaux, en particulier ceux du secteur de l'élevage n'étaient pas fonctionnels au moment de l'évaluation rapide. Les quatre districts pilotes disposaient également du personnel nécessaire à la mise en œuvre de la SBC. Par ailleurs, le secteur de la santé bénéficiait d'un engagement communautaire efficace par le biais des CVAC organisés dans chaque district

sanitaire, principalement pour des activités de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né (SMN), avec les ICP comme point de contact.

Définitions de cas communautaires

Des définitions simples, appelées définitions de cas communautaires, ont été élaborées pour chacune des six maladies prioritaires pour la surveillance à base communautaire, tant chez l'homme que chez l'animal. Elles ont été élaborées en concertation avec les experts techniques des Ministères de la Santé, de l'Environnement et de l'Élevage.

Coordination et concertation

Le HCSSM, logé à la Primature, coordonne à travers son Secrétariat permanent, les initiatives avec « Une Seule Santé » au Sénégal et offre un cadre de concertation à travers la « Taskforce One Health ». Dans le cadre de ce projet, un groupe de concertation multisectoriel présidé par le Secrétariat du HCSSM, et constitué des trois ministères sectoriels clés (la santé, l'élevage, et l'environnement) et trois autres ministères d'appui (l'éducation, la femme la famille et le genre, et la gouvernance territoriale) a été formé pour la préparation et la mise en œuvre dans les districts pilotes.

Développement de la Plateforme Digitale mInfoSanté

La plateforme numérique dénommée mInfoSanté, développée par le MSAS avec un appui de l'UNICEF Sénégal, pour le suivi des cas Ebola et la communication d'urgence, a été adoptée pour la surveillance des maladies prioritaires et, plus tard, pour la surveillance communautaire des six zoonoses prioritaires avec l'appui technique de MEASURE Evaluation. Les spécifications de la composante communautaires de mInfoSanté ont été définies dans un processus participatif en concertation avec les parties prenantes membres de la Taskforce One Health et les acteurs du niveau opérationnel. mInfoSanté permet aux CVAC, équipés de téléphones basiques fournis par le projet, d'envoyer des signaux des maladies prioritaires par SMS et gratuitement, à l'ICP s'il s'agit d'un individu malade ou au CPV s'il s'agit d'un animal malade. mInfoSanté permet aussi aux CVAC de recevoir des rétro informations sur les signaux envoyés, et aux professionnels des trois secteurs clés (santé, élevage, environnement) d'échanger des informations sur les maladies sous surveillance. Une version « test » du système a été créée pour permettre aux CVAC de s'exercer à envoyer des signaux pendant et après la formation.

Outils et matériels de formation

Des supports didactiques ont été élaborés au cours d'une série d'ateliers multisectoriels avec la contribution des parties prenantes membres de la taskforce One Health. Deux versions de guides ont été élaborées pour la formation des différents acteurs. Un guide pour la formation des professionnels au niveau des postes de prestation des services (ICP, CPV, et chef de poste de l'environnement [CPE]), et un guide destiné à la formation des CVAC. Dans un souci d'harmonisation et de cohérence, le contenu du guide national de la surveillance communautaire des huit maladies a été incorporé dans les présents guides de formations pour en produire des versions consolidées. Le guide de formation des professionnels présente les maladies prioritaires sous surveillance, la visite à domicile intégrée et les bonnes pratiques d'hygiène et d'élevage, l'utilisation de la plateforme digitale – mInfoSanté – pour la transmission et le partage des données de surveillance, et les rôles et responsabilités des acteurs. Le guide de formation des CVAC a repris tous les modules du guide des professionnels, mais à la différence que le contenu a été simplifié pour l'adapter au niveau communautaire. Par ailleurs, plusieurs autres outils ont été développés pour la formation des CVAC, à savoir des affiches illustrant les principales caractéristiques des maladies à

surveiller et les conduites à tenir ; un aide-mémoire, traduit dans deux langues vernaculaires locales (Pulaar et Mandingue), pour les membres de CVAC.

Engagement communautaire

Les CVAC ont été formés en 2015 par la Cellule de la Santé Communautaire (CSC) pour accompagner les initiatives de la SMN dans la communauté. Le CVAC est un groupe composé de personnes influentes dans la communauté, y compris le guérisseur traditionnel, l'imam, le prêtre et l'enseignant qui sont nommés par les membres de la communauté à travers un processus participatif. En 2016, le MSAS a ajouté la surveillance au paquet de services du CVAC. L'année d'après, et en vue de mettre en œuvre l'approche « Une Seule Santé » au niveau communautaire, les secteurs de l'élevage et de l'environnement ont convenu de capitaliser les CVAC existants dans le secteur de la santé en y intégrant leurs acteurs communautaires, soit respectivement les auxiliaires d'élevage, et les écogardes et écoguides. La nouvelle cartographie des CVAC dans les districts pilotes intègre ces derniers. Au moins deux téléphones basiques ont été distribués à chaque groupe de CVAC et leurs numéros de carte SIM ont été paramétrés sur l'application mInfoSanté.

Il faut noter toutefois que le MSAS a adopté une nouvelle politique qui vise à intégrer les initiatives communautaires dans un paquet de services qui comprend la SMN, la surveillance épidémiologique, et la promotion de la couverture maladie universelle (CMU). Cette nouvelle approche de CVAC intégré (CVAC.i) n'est pas incompatible avec l'approche « Une Seule Santé » qui va certainement renforcer la sécurité sanitaire dans les communautés.

Enquête communautaire

En collaboration avec la Cellule de Santé Communautaire (CSC) du MSAS, une enquête qualitative sur la motivation des membres de CVAC impliqués dans la surveillance des maladies infectieuses a été faite en novembre 2018 dans huit (8) postes de santé des districts sanitaires pilotes de la phase 1. Dans chaque district, deux groupes de CVAC ont été sélectionnés pour des discussions de groupe respectivement dans un poste de santé performant par rapport à la SBC et un autre classé comme moins performant.

Les résultats de l'enquête ont été partagés avec le MSAS et les partenaires intervenant dans la santé communautaire et la surveillance épidémiologique lors d'une réunion de restitution tenue le 05 février 2019 au ministère de la santé. Lors de cette réunion, les résultats ainsi que les recommandations formulées ont été discutées et adoptées.

Globalement, les facteurs qui expliquent l'engagement des CVAC dans ce projet comprennent le symbolisme des formations reçues et leurs utilités dans leur travail, le suivi de leurs activités par les ICP/superviseurs, ainsi que leur appui et disponibilité quand ils rencontrent des difficultés dans leur travail (procédures, outils). Par ailleurs, en ce qui concerne les facteurs de démotivation, l'aspect pécuniaire, même s'il a été évoqué par certains répondants, n'occupe pas une place centrale. La rémunération est loin d'être le plus grand problème ou la principale préoccupation des membres de CVAC. En réalité les facteurs démotivants des CVAC se trouvent encore dans les moyens de travail (outils de gestion, de sensibilisation, et téléphones portables), les rapports sociaux (manque de considérations sociale et institutionnelle), et les défis sociaux et économiques (incapables face aux souffrances des populations).

A l'issue de cette enquête, les principales recommandations retenues étaient de :

- Continuer à assurer un suivi régulier des CVAC
- Renforcer la reconnaissance communautaire et institutionnelle des CVAC
- Confectionner des cartes conseils en couleur, en langues locales et français

- Offrir plus de téléphones aux membres de CVAC

Formations en cascade

La formation a débuté par un atelier national d'orientation qui a réuni les parties prenantes de tous les secteurs impliqués au niveau central, régional, départemental et district sanitaire. Par la suite, le secteur de la santé dans chacun des six districts pilotes a conduit les formations du niveau opérationnel en collaboration avec le Service Départemental de l'Élevage et des Productions Animales (SDELP) et le Conservateur du Parc (CP) pour les zones disposant d'un parc forestier. Les formations du niveau opérationnel ont consisté en une session de 3 jours pour les acteurs intervenants au niveau des postes de prestation des services (ICP, CPV, VP et CPE). Un planning de formation des CVAC a été adopté au sortir de chacune de ces formations. Les ICP, en collaboration avec les CPV et les CPE, ont conduit une ou plusieurs sessions de deux jours de formation des CVAC dans leurs zones de responsabilités.

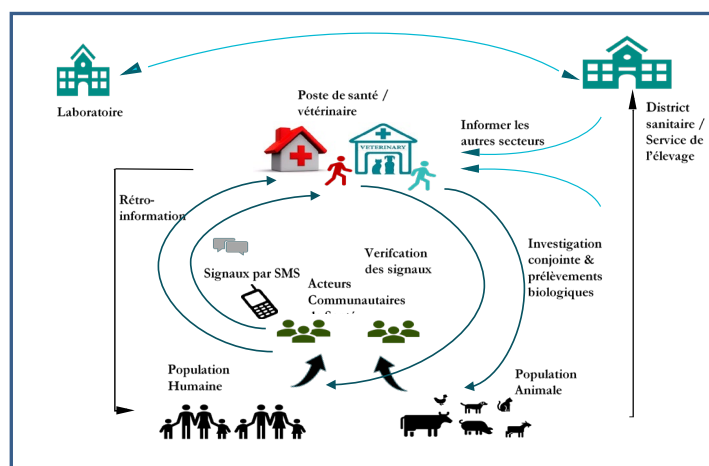
Tableau 1. Prestataires et acteurs communautaires formés par district sanitaire

Région	District	ICP	CPV	VP	CPE	CVAC
Saint Louis	Podor	35	8	2	1	727
	Pete	32	8	0	0	654
Tambacounda	Tambacounda	23	4	1	2	935
	Koumpentoum	20	7	1	0	626
	Bakel	20	3	1	2	175
	Kidira	20	2	0	1	260
Total		150	32	5	6	3377

Démarrage de la surveillance communautaire des zoonoses

Au sortir des formations, les CVAC pouvaient envoyer des signaux sur les maladies humaines et zoonotiques prioritaires sous surveillance au numéro court 21345. Le schéma de la Figure 2 ci-dessous décrit les étapes qui constituent la SBC. Le processus est initié dans la communauté puis implique les postes de prestation de services (santé et vétérinaires) et enfin les laboratoires d'analyse (humain et animaux).

Figure 2. Schéma de la surveillance communautaire



- Le CVAC identifie (activement ou passivement) un cas de maladie prioritaire correspondant à la définition communautaire de cas puis envoie un message (signal) à l'ICP s'il s'agit d'un humain ou au CPV s'il s'agit d'un animal. Ce signal apparaît sur la plateforme mInfoSanté en ligne comme « signal reçu ».
- L'ICP/CPV doit se rendre dans la communauté dans les 48 heures après réception du signal pour le vérifier et le classer comme un « cas suspect » ou un « cas rejeté » selon l'examen clinique. Ce signal et son statut (Cas suspect/rejeté) apparaissent sur la plateforme mInfoSanté.
- S'il s'agit d'un cas suspect de zoonose, un prélèvement d'échantillons est effectué pour sa confirmation. De plus, l'équipe cadre de district (ECD) et le Service Départemental de l'Élevage (SDELPA) sont informés et sont appelés à organiser une investigation conjointe autour du cas.
- Si le cas est confirmé en laboratoire, les informations sont partagées avec les parties prenantes depuis le niveau central en suivant la structure pyramidale (hiérarchie) de chaque secteur. De plus le résultat du prélèvement de ce signal est mis à jour sur la plateforme mInfoSanté.

Tableau 2. Circuit de l'information de la SBC sur la plateforme digital mInfoSanté

1. Le CVAC identifie un cas dans la communauté en se basant sur la définition communautaire de cas et envoie un signal à l'ICP ou au CPV.
2. L'ICP ou le CPV se rend dans la communauté, vérifie le signal et détermine s'il correspond à la maladie suspectée.
3. L'ECD et le SDELPA mènent une investigation conjointe en collaboration avec les ICP et CPV s'il s'agit d'une zoonose. Des échantillons biologiques sont éventuellement prélevés et envoyés au laboratoire.
4. Si le cas est confirmé en laboratoire, les informations sont partagées avec les parties prenantes depuis le niveau central en suivant la structure pyramidale de chaque secteur et des décisions sont prises par les autorités.

Réunions de revue de la SBC

Des réunions de revue conduites par les districts sanitaires en collaboration avec les SDELPA et le CP, et regroupant les ICP, le CPV, les VP et les CPE, ont été organisées pour évaluer la mise en œuvre du projet, analyser les données de la surveillance, discuter des défis et émettre des recommandations pour une amélioration continue de la SBC. Chaque district a bénéficié d'une réunion de revue pendant la mise en œuvre.

Pendant ces réunions de revue, il a été établi parmi les quatre districts de la phase 1 (Pété, Podor, Koumpentoum, Tambacounda) une nette baisse du nombre de signaux reçus entre avril et décembre 2018, correspondant à la période de grève dans le secteur de la santé. De plus, une augmentation significative du nombre de signaux reçus a été constatée depuis fin février 2019, correspondant à la clôture des sessions de formations des prestataires (ICP, CPV, CPE). En ce qui concerne le rapportage des données, les cas suspects identifiés à travers la SBC ne sont pas toujours systématiquement intégrés dans les rapports hebdomadaires des postes de santé et le DHIS2. Ce point a été discuté lors des réunions. De même, l'ensemble des indicateurs de performance et de système ont fait l'objet de discussions. Cela a permis d'identifier des gaps et des points à améliorer, et de mettre en exergue les acquis.

Pour consolider les acquis et assurer une amélioration continue de la SBC, les recommandations suivantes ont été formulées :

Pour les ICP et CPV :

- Encourager les CVAC à continuer la recherche active des cas et l'envoi de signaux
- Assurer aux CVAC une formation continue
- Demander aux CVAC de signaler tous les problèmes liés à l'envoi de signaux
- Continuer à assurer la vérification des signaux
- Enregistrer les cas suspects issus de la SBC dans les registres de consultations et le DHIS2
- Déclarer tous les problèmes techniques/informatiques

Pour les ECD et SDELPA :

- Consulter régulièrement les différentes plateformes de rapportage (mInfosanté, DHIS2, Kobo Toolbox)
- Inciter les prestataires à accuser réception des signaux et effectuer les vérifications sur le terrain
- Inciter les ICP et les CPV à organiser des réunions mensuelles avec les CVAC
- Inclure un point sur la SBC lors des réunions de coordination mensuelles

Supervision

Des visites de supervisions formatives ont été organisées par l'ECD et le SDELPA avec le soutien des agents de district de MEASURE Evaluation. Ces visites se tenaient au niveau des postes de santé en présence de l'ICP et du CPV soumis à une grille de supervision administrée par un membre de l'ECD et du chef du SDELPA. Par la suite, les ICP et CPV étaient chargés de superviser les CVAC dont seuls les membres détenteurs de téléphones enregistrés sur la plateforme étaient invités à prendre part aux visites de supervision.

Guide technique d'opérationnalisation

A la demande du HCNSSM « Une Seule Santé », un guide technique national pour l'opérationnalisation de la SBC a été développé en concertation avec les parties prenantes du niveau central et opérationnel. MEASURE Evaluation a soutenu l'élaboration de la première ébauche qui sera revue tout d'abord dans un atelier multisectoriel le 12 Février 2019, avant d'être finalisé en présence des acteurs opérationnels les 26 et 27 Mars 2019. Le guide propose un cadre de référence et un plan pour la mise en œuvre de la surveillance communautaire des maladies zoonotiques prioritaires dans une approche « Une Seule Santé » ainsi que des maladies humaines prioritaires au Sénégal.

Les directives contenues dans le guide visent à orienter la mise en œuvre des activités de surveillance communautaire en liaison avec les systèmes de surveillance de routine des secteurs de l'élevage, de la santé et de l'environnement, afin de détecter précocement ces maladies et d'intervenir rapidement. Le guide décrit les processus et les étapes nécessaires à la mise en œuvre de la SBC, principalement au niveau des postes de santé, des postes vétérinaires et des parcs nationaux. Il peut être également utilisé comme un support pour la formation, la supervision et l'évaluation des activités de surveillance communautaire. Les lignes directrices contenues dans le guide peuvent être mises à jour si d'autres maladies et événements d'intérêt se manifestent. Le guide technique est en attente de validation par la taskforce One Health et par le Comité de Pilotage du HCNSSM « Une Seule Santé ».

Orientation des Lycéens

Dans le but de sensibiliser largement les communautés sur l'approche « Une Seule Santé », et les maladies zoonotiques, le choix a été porté sur l'orientation des élèves et enseignants des lycées. En effet, l'école constitue une bonne porte d'entrée dans la communauté et les élèves peuvent servir comme d'excellents relais. Dans chaque district, un lycée a été sélectionné. Cette activité a été préparée et déroulée en étroite collaboration avec la Division du Contrôle Médical Scolaire (DCMS) du Ministère de l'Éducation

Nationale (MEN). Le Tableau 3 ci-après donne le programme des sessions d'orientation et les effectifs des élèves qui ont été sensibilisés.

Tableau 3. Sessions d'orientation des lycéens

Dates	Etablissements	Nombre d'élèves
19 / 03 / 2019	Lycée Mame Cheikh Mbaye, Tambacounda	62
01 / 05 / 2019	Lycée de Pété, Pété	27
04 / 05 / 2019	Lycée Elhadj Baba Ndiongue, Podor	24
10 / 05 / 2019	Lycée Elhadj Bouna Sékou Niang, Koumpentoum	118
21 / 05 / 2019	Lycée Waoundé Ndiaye, Bakel	81
22 / 05 / 2019	Lycée de Kidira	79
TOTAL		391

RESULTATS

De Novembre 2017 à Aout 2019, 1910 signaux au total ont été reçus dans les six districts. Parmi ces signaux, 1138 ont été vérifiés, soit 843 dans les 48 heures. Au total, 725 cas suspects ont été identifiés à travers la SBC des maladies humaines prioritaires.

Tableau 4. Signaux communautaires dans six districts sanitaires (novembre 2017–août. 2019)

Signaux communautaires	Tambacounda n (%)	Koumpentoum n (%)	Podor n (%)	Pété n (%)	Bakel n (%)	Kidira n (%)	Total n (%)
Signaux reçus	545	349	616	317	37	46	1910
Signaux vérifiés	353 (65)	186(53)	419(68)	141(44)	15(41)	24(52)	1138(60)
Signaux vérifiés <48 H	249(46)	147(42)	316(51)	109(34)	7(19)	15(33)	843(44)
Cas suspects parmi les signaux vérifiés	219(62)	110(59)	347(83)	36(26)	5(33)	7(29)	725(64)

La surveillance des zoonoses prioritaires est effective dans les 6 districts sanitaires depuis Mars 2019. Entre le 1 mars et le 31 août 2019, au total 707 signaux ont été reçus (Tableau 5), soit 194 par les ICP et CPV pour les zoonoses et 513 par les ICP pour les autres maladies prioritaires. Parmi les zoonoses signalées, 40 et 154 concernaient respectivement les hommes et les animaux. Il ressort que les proportions des zoonoses vérifiées (43% et 40%) et vérifiées dans les 48 heures (23% et 18%) est relativement faible comparé aux autres maladies. La proportion des cas suspects chez les animaux (16%) est faible comparé aux cas humains (80%).

Tableau 5. Signaux communautaires pour les zoonoses et les maladies infectieuses humaines pendant Mars- Aout, 2019

Signaux communautaires	Zoonose		Maladies infectieuses humaines	Total
	Chez l'homme	Chez l'animal		
Signaux reçus	40	154	513	707
Signaux vérifiés	17 (43)	62 (40)	333(65)	412 (58)
Signaux vérifiés <48 H	9(23)	27(18)	260(61)	296(42)
Cas suspects parmi les signaux vérifiés	14(82)	10(16)	266(80)	290(70)

L'analyse des données indique que la diarrhée sanglante est la maladie la plus signalée avec 1154 signaux soit 60 % de l'ensemble des signaux. La seconde maladie humaine la plus signalée est la rougeole avec 342 signaux, soit 18%.

Parmi les zoonoses, la tuberculose bovine est la maladie la plus fréquemment signalée avec 68 signaux soit 33% de tous les signaux de maladies zoonotiques y compris la maladie à virus Ebola qui est sous surveillance depuis le début de la phase pilote en 2017. Elle est suivie de la rage avec 66 signaux soit 32%.

L'outil mInfoSanté a été renforcé pendant la phase 2 pour permettre l'enregistrement du résultat pour les cas prélevés. Ainsi, deux (2) cas ont été confirmés au laboratoire pour la rougeole, 1 cas à Sadatou dans le district sanitaire de Kidira et un autre à Dodel dans le district de Podor.

Tableau 6. Répartition des signaux par maladie

Maladies prioritaires	Nb. Signaux N	Signaux vérifiés n (%)	Cas suspects n (%)
Sept (7) maladies prioritaires			
Diarrhée	1154	735 (64)	626 (85)
Rougeole	342	216(63)	16 (7)
Fièvre Jaune	96	56(58)	9 (16)
Choléra	39	12(31)	2 (17)
PFA	29	18(62)	4 (22)
Tétanos	28	11(39)	3 (27)
Méningite	16	9(56)	2 (22)
Six (6) zoonoses			
TB Bovine	68	25 (37)	1 (4)
Rage	66	24 (36)	19 (79)
Ebola	20	12 (60)	0 (0)
FVR	19	8 (42)	1 (13)
Grippe aviaire	22	10 (45)	1 (10)
Anthrax	11	2 (18)	0 (0)
TOTAL	1910	1138 (59)	684 (60)

Leçons apprises

Cartographie des acteurs communautaires

La cartographie des CVAC est bien documentée et mise à jour régulièrement par le MSAS à travers la CSC. Cependant, il n'était pas toujours facile de définir leur statut de fonctionnalité. Il avait été convenu pendant les réunions de concertation multisectorielles de renforcer les CVAC existants en y intégrant les auxiliaires d'élevage et les écogardes et ecoguides affiliés respectivement aux secteurs de l'élevage et de l'environnement pour cette activité de SBC des zoonoses prioritaires dans une approche « Une Seule Santé ». Pourtant, le secteur de l'élevage ne disposait pas d'une cartographie des auxiliaires d'élevage prête à l'emploi. Pour pallier cette limitation, une cartographie des acteurs de l'élevage et l'environnement a été effectuée avec l'assistance des SDELPA, des vétérinaires privés et des conservateurs de parcs.

Détermination des zones de couverture des acteurs opérationnels (ICP, CPV et CPE)

L'un des objectifs spécifiques de ce projet était le partage de l'information en temps réel entre les acteurs intervenant dans la surveillance pour une réponse rapide et la prévention des épidémies. Ce partage d'information devait se faire dans le respect de la pyramide hiérarchique dans les secteurs parties prenantes.

Cependant, la détermination des zones de couverture des acteurs intervenant au niveau des postes de prestation des services s'est avérée difficile à cause de disparité des ressources humaines entre les trois secteurs clés. En effet, la zone de couverture d'un CPV correspondait à celle d'au moins quatre (4) ICP. De plus le découpage institutionnel et la logique de répartition des acteurs diffèrent d'un secteur à l'autre. Par ailleurs, les acteurs de l'environnement n'étaient présents que dans les localités à proximité des parcs ou des aires protégées. C'est ainsi qu'une répartition de fortune faisant correspondre les acteurs de la santé et ceux de l'élevage et de l'environnement a été mise en place et configurée dans la plateforme mInfoSanté pour faciliter l'échange d'information entre les acteurs.

Défis et recommandations

Motivation des acteurs

Les CVAC jouent un rôle extrêmement important dans la bonne marche de la SBC. Le rôle du CVAC dans la santé communautaire au Sénégal a beaucoup évolué depuis sa création en 2012. En effet, le paquet de service initial qui jadis comprenait exclusivement la SMN, englobe aujourd'hui la surveillance épidémiologique et la CMU. La question de motivation est revenue plusieurs fois pendant les réunions autour des postes. De plus, l'enquête communautaire conduite par MEASURE Evaluation et portant sur la question de la motivation a permis de d'établir un certain nombre de recommandations.

Recommandations :

- Renforcer la supervision des CVAC par les ICP. Cette supervision peut se faire à travers les réunions mensuelles autour du poste et à l'occasion des vérifications des signaux.
- Inciter les CVAC à tenir les réunions mensuelles du groupe au niveau de leur communauté.
- Accorder aux CVAC une reconnaissance institutionnelle auprès des ICP, des CPV et des médecins.
- Doter les CVAC d'outils de reconnaissance unique (badge, t-shirts, casquette, etc.) pour les distinguer de la population générale.
- Fournir aux CVAC des cartes conseils en couleur, en langues locales, et en français.

Attribution des téléphones aux CVAC

Dans le cadre de la SBC, le MSAS recommande d'attribuer un téléphone portable basique au président de chaque CVAC. L'approche retenue consistait pour chaque membre du CVAC à communiquer tout cas identifié au président qui à son tour le transmet à l'ICP à travers le téléphone.

Toutefois, pendant la mise en œuvre dans les districts pilotes, MEASURE Evaluation a entrepris d'estimer la valeur ajoutée qu'apporteraient plusieurs téléphones comparés à un seul téléphone par groupe CVAC. C'est ainsi que la plus grande proportion de signaux a été observée dans les districts sanitaires de Podor et Tambacounda ayant reçu en moyenne cinq téléphones par groupe de CVAC. En effet, l'objectif dans ces deux districts était de distribuer un téléphone à chaque membre du CVAC. Cependant, cela n'a pas été possible en raison de l'incapacité d'utilisation du téléphone par certains.

En outre, il a été convenu par les parties prenantes, dans le cadre de la SBC des zoonoses, d'octroyer deux téléphones par CVAC. Ainsi, en plus du président du CVAC, un autre membre issu du secteur de l'élevage ou de l'environnement devrait recevoir un téléphone.

En définitive, les visites de supervision ont révélé des défis liés à l'insuffisance des téléphones, avec pour conséquence la contrainte de devoir se déplacer sur une longue distance ou de supporter les frais de communication pour informer le président du CVAC d'un cas. Par ailleurs, il a été souligné que certains membres du CVAC ont choisi d'utiliser leurs téléphones personnels jugés plus performants ou de meilleure qualité, à la place du téléphone reçu du projet.

Recommandations :

- Envisager de distribuer un téléphone par membre du CVAC, ou au minimum un téléphone par village
- Envisager d'acquérir des téléphones basiques supplémentaires pour les cas de vol, de perte ou de détérioration
- Encourager les acteurs communautaires à enregistrer et utiliser leurs téléphones personnels pour la SBC

Coordination au niveau opérationnel

La mise en œuvre de ce projet de surveillance communautaire dans une approche « Une Seule Santé » a nécessité une collaboration effective entre le secteur de la santé, de l'élevage et de l'environnement au niveau opérationnel. L'évaluation rapide du système de surveillance des maladies et évènements au Sénégal a révélé que ces trois secteurs sont à des niveaux différents.

Le secteur de la santé dispose d'un système de surveillance épidémiologique bien huilé et soutenu par des laboratoires d'analyse au niveau district, régional et central, et par une plateforme de rapportage appelée DHIS2 en application dans tous les établissements de santé du pays. Tandis que le secteur de l'élevage, bien que disposant d'un système de surveillance qui fonctionne bien à travers un rapportage manuel, est dans la phase d'essai avec sa plateforme de rapportage appelée Kobo Toolbox. De plus, ce secteur dispose des compétences requises pour faire un diagnostic de certitude des zoonoses prioritaires. Néanmoins, seul le Laboratoire National d'Élevage et de Recherches Vétérinaires (LNERV) était disponible, les laboratoires régionaux étant non-opérationnels. Le secteur de l'environnement dépend des ressources de l'élevage pour ses besoins de surveillance dans les parcs nationaux. Toutefois, au moment de la mise en œuvre de ce projet, la Direction des Parcs Nationaux (DPN) s'appliquait à la formation de son personnel en matière de surveillance épidémiologique.

Recommandations :

- Confier officiellement le lead opérationnel de la SBC au MSAS qui dispose d'un maillage géographique et des ressources plus avantageuses pour la surveillance communautaire

- Mettre en place et rendre fonctionnelles des plateformes « Une Seule Santé » au niveau décentralisé. Ces plateformes permettront de tenir des réunions multisectorielles « Une Seule Santé » pour discuter de la SBC et d'autres initiatives multisectorielles pour la santé publique
- Former et autonomiser les vétérinaires des parcs dans la prise en charge des cas de maladies animales pour une meilleure rapidité des réponses
- Inscrire un point sur la SBC lors des réunions mensuelles de coordination sectorielles et multisectorielles
- Inclure la SBC dans les activités de monitoring menées par l'ECD du MSAS
- Institutionnaliser l'utilisation des outils de la SBC (supervision, investigation, cahier CVAC, etc.)

Contacts des utilisateurs

Le rapportage des maladies prioritaires à travers le téléphone mobile nécessite l'existence d'une base de données fiable et des contacts de tous les utilisateurs à jour. Les contacts des CVAC, ICP, CPV, VP et CPE étaient recueillis et enregistrés dans mInfoSanté pendant les ateliers de formations. Toutefois, il s'est avéré que certains CVAC ayant reçu de nouveaux téléphones les jours de formation n'avaient pas encore pu souscrire à un abonnement auprès de l'opérateur téléphonique Orange ou Tigo afin d'obtenir une carte SIM et un numéro associé. Ceci n'a été fait qu'après les formations et parfois des erreurs se sont glissées dans l'enregistrement de ces contacts dans mInfoSanté. Par ailleurs, certains anciens contacts étaient devenus obsolètes du fait des changements de SIM ou de perte de vue des utilisateurs.

Recommandations :

- Actualiser les listes des CVAC, ICP, VP, CPE et des superviseurs des districts, départements, régions et niveau central au moins une semaine avant les formations
- Confier la mise à jour des contacts des membres du CVAC à l'ICP
- Confier la mise à jour des contacts des ICP, CPV et VP, et CPV respectivement aux points focaux de surveillance, au SDELPA, et au Conservateur de Parc
- Confier la mise à jour de tous les autres contacts à la cellule informatique du MSAS
- Etablir une procédure systématique bimensuelle ou mensuelle de mise à jour des contacts

Demande et utilisation des données

Tout système de santé est renforcé par des interventions qui favorisent la demande locale d'information et promeuvent leur utilisation. Plus l'expérience du décideur en matière d'utilisation des données pour la prise de décision est positive, plus l'engagement pour améliorer la qualité et la promptitude des systèmes de collecte de données sera important.

Le système mInfoSanté mis en œuvre dans ce projet offre la possibilité aux acteurs du niveau central au niveau opérationnel de visualiser les données en temps réel et faire des analyses permettant d'évaluer la performance du programme, prendre des mesures correctrices et éventuellement concevoir des interventions ciblées. Comme nous pouvons l'observer dans les Tableaux 4, 5 et 6, en moyenne 50% des signaux envoyés par les CVAC n'ont pas été vérifiés. Par conséquent, au-delà des conséquences du point de vue santé publique et l'impact sur la motivation des CVAC, il se pose le problème de complétude des données. De plus, les visites de supervisions ont révélé que les ICP et les CPV ne rapportent pas systématiquement les cas suspects détectés par la SBC dans leurs systèmes d'information de surveillance de routine.

Recommandations :

- Mettre à la disposition des ICP et CPV des moyens logistiques (motos/carburant) pour la vérification des signaux et les investigations conjointes
- Encourager le suivi des signaux non vérifiés par les ECD et SDELPA auprès des ICP et CPV

- Promouvoir les investigations conjointes des cas suspects de zoonoses
- Utiliser les données sur la plateforme mInfoSanté pour la prise de décision

Pérennisation

La pérennité de tout système eSanté dépend essentiellement de sa pertinence, sa facilité d'utilisation, la disponibilité des fonds, la participation des utilisateurs, et l'assistance technique. Ainsi, les recommandons suivantes permettront de répondre à ces exigences.

Recommandations :

- Mettre en place une task-force RapidPro avec une note circulaire de la Direction General Générale de la Santé DGS et renforcer les capacités de la task-force de façon continue
- Expérimenter et mettre en service la version RapidPro locale déjà installée
- Faire de mInfoSanté un Systeme d'Alerte Précoce (SAP) dédié à la SBC et regroupant les secteurs de la santé, de l'élevage et l'environnement
- Créer un lien d'interopérabilité entre mInfoSanté et le système national d'information sanitaire de routine (DHIS2) afin d'intégrer les données de la SBC dans les rapports de surveillance
- Négocier un partenariat public-privé entre le MSAS et les opérateurs de téléphonie pour amoindrir le coût du SMS
- Inciter les opérateurs de télécommunication à améliorer les infrastructures situées dans des zones reculées.

CONCLUSION

Ce projet a permis de mettre en œuvre dans six districts pilotes de deux régions frontalières du Sénégal la SBC dans une approche « Une Seule Santé ». Ainsi MEASURE Evaluation a collaboré avec le HCNSSM qui est l'instance de coordination de l'approche « Une Seule Santé », les secteurs clés (santé, élevage et environnement) et les secteurs d'appuis pour concevoir le système, développer les outils, et former les acteurs au niveau opérationnel pour le lancement effectif de la SBC. Ainsi, le système a permis aux CVAC de signaler au total 135 maladies zoonotiques parmi lesquelles 18 étaient des cas suspects reconnus par l'ICP ou le CPV. Ces 18 cas ont représenté des opportunités de collaboration pour l'ICP en plus des responsables de la santé publique et pour le CPV en plus des responsables de la santé animale au niveau départemental et d'autres secteurs en fonctions des cas. De plus, les groupes de CVAC dans les districts pilotes sont désormais plus représentatifs des secteurs et rendent ainsi l'approche multisectorielle effective même au niveau communautaire.

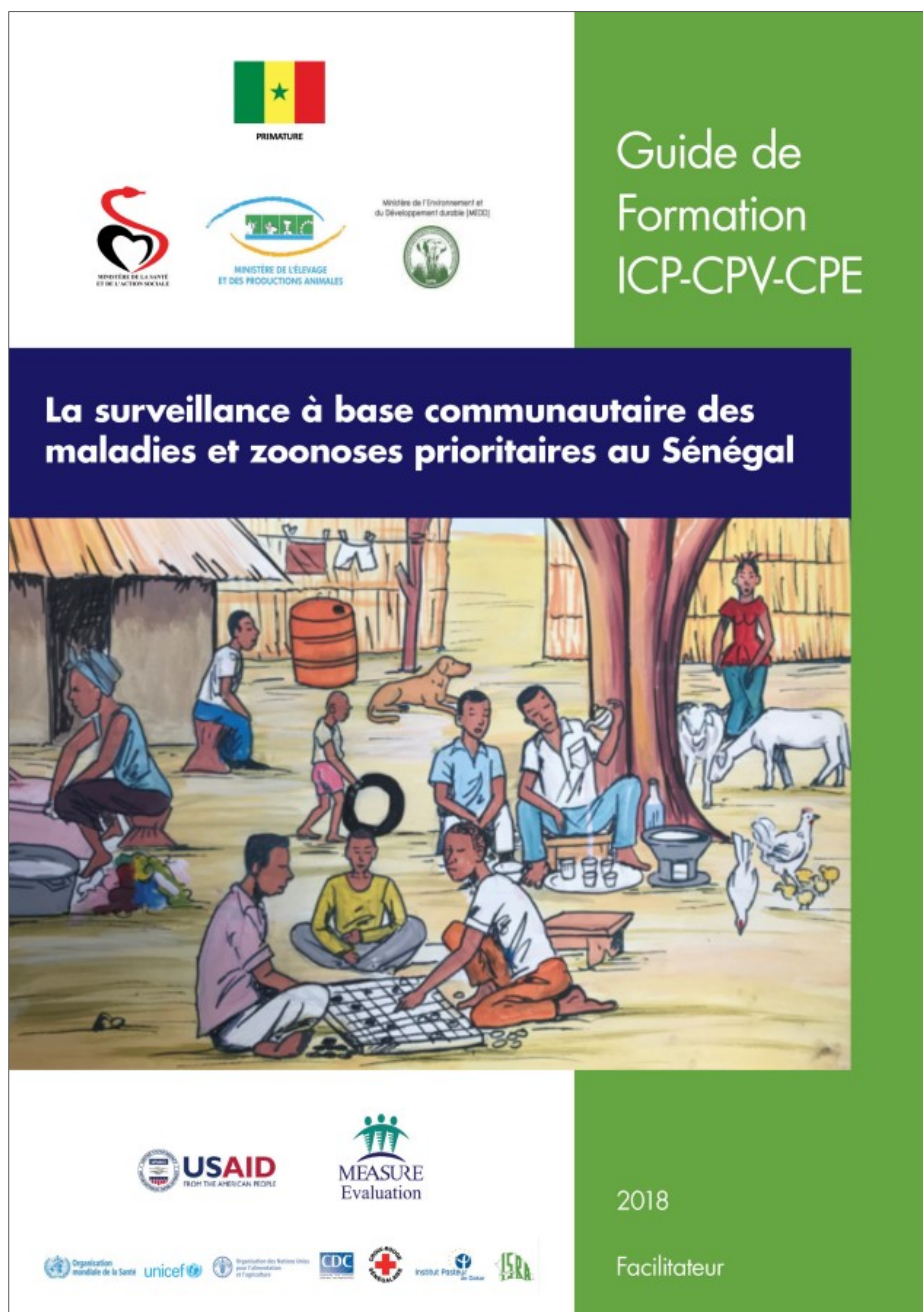
Les perspectives

Comme le recommande le RSI, le Sénégal comme certains autres pays a priorisé les maladies et notamment les zoonoses pour faire l'objet de surveillance. Toutefois la réalité reste que les menaces de maladies infectieuses sont nombreuses et le contexte et les priorités peuvent évoluer. Ainsi, il faudra s'attendre à ce que la liste des maladies prioritaires évolue ou s'agrandisse. Seulement, les CVAC sont formés à identifier et signaler des cas précis de maladies zoonotiques ou humaines prioritaires, sur la base des définitions de cas développées par le projet pilote. Cependant, le constat préliminaire d'un cas de maladie par un volontaire de la communauté sans formation médicale peut être un défi, d'autant plus que les symptômes de nombreuses maladies sont similaires. De plus, si la SBC est élargi pour inclure d'autres maladies, il sera plus difficile pour le CVAC de différencier une maladie parmi plusieurs. Puisque, en définitive, c'est l'infirmière ou l'agent vétérinaire qui déterminera, le cas échéant, un cas suspect, une autre approche consisterait à développer un ensemble de symptômes chez l'homme et l'animal qui feront l'objet d'un signal qu'ensuite l'infirmière ou l'agent vétérinaire peut vérifier.

ANNEXES

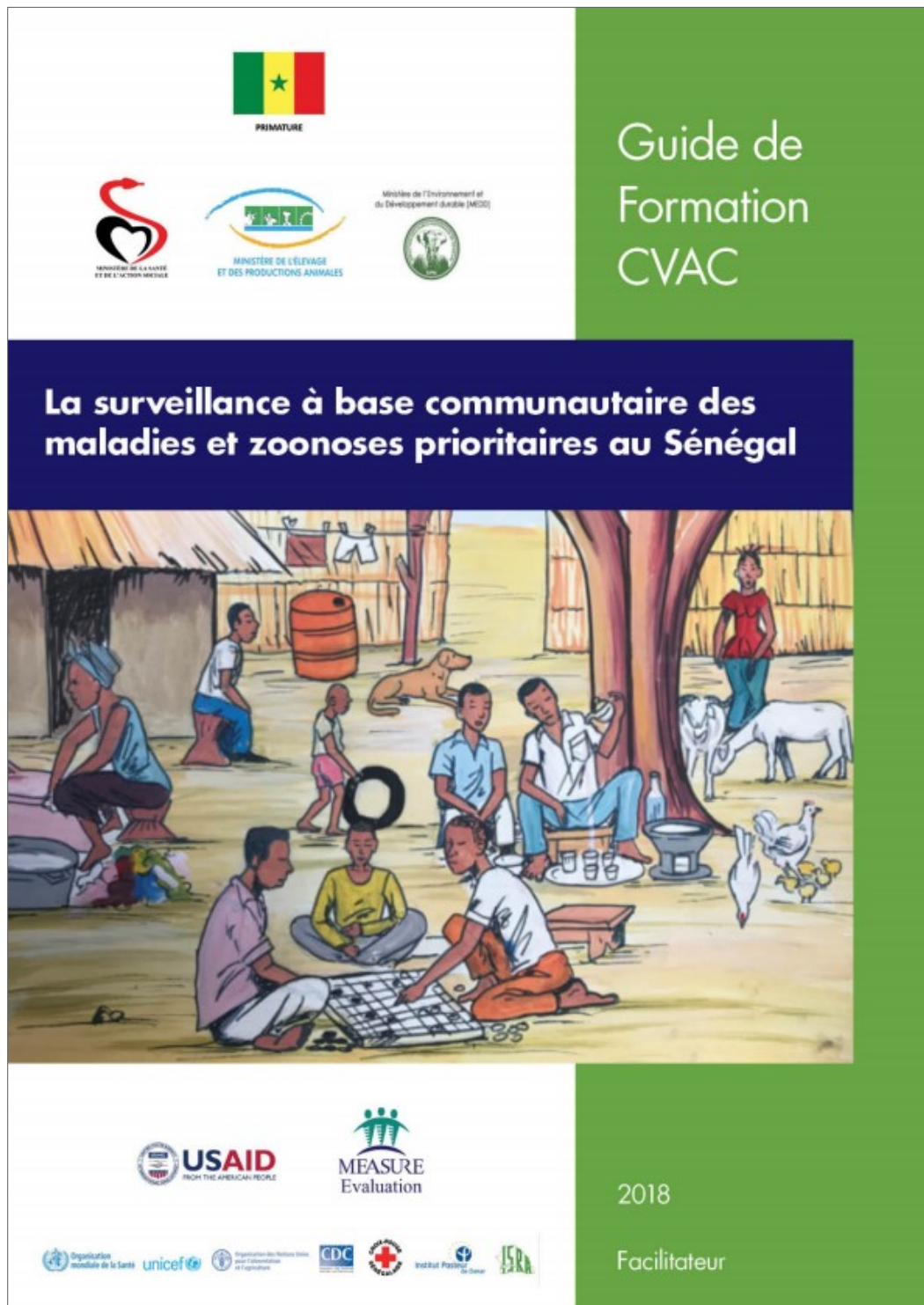
Annexe 1 : La surveillance à base communautaire des maladies et zoonoses prioritaires au Sénégal : Guide de Formation ICP-CPV-CPE

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-18-156>



Annexe 2 : La surveillance à base communautaire des maladies et zoonoses prioritaires au Sénégal : Guide de formation des Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC)

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-18-155>



Annexe 3 : La surveillance à base communautaire des maladies et zoonoses prioritaires au Sénégal : Flip chart de Formation ICP-CPV-GAP

The cover of the flipchart features the following elements:

- Logos at the top:** The flag of Senegal, the text 'République du Sénégal Primature', and logos for 'Ministère de la Santé', 'Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire', 'Ministère de l'Agriculture', and 'Ministère de l'Élevage'.
- Central Title:** 'La surveillance à base communautaire des maladies et zoonoses prioritaires au Sénégal' and 'Flipchart de Formation ICP-CPV-GAP' on a yellow background.
- Illustration:** A colorful scene of a rural village with people engaged in daily activities like washing clothes, playing a board game, and tending to animals under a large tree.
- Logos at the bottom:** USAID (FROM THE AMERICAN PEOPLE), MEASURE Evaluation, OMS (Organisation mondiale de la Santé), OIE (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture), CDC, UNICEF, Institut Pasteur du Sénégal, and ISRA.

Annexe 4 : La surveillance à base communautaire des maladies et zoonoses prioritaires au Sénégal : Aide-mémoire CVAC

République du Sénégal
Primature

Ministère de la Santé
et de la Prévention

Centre des Opérations
d'Urgence Sanitaire

INSA
Institut National
de Contrôle et de Sécurité
Alimentaire

**La surveillance à base communautaire des
maladies et zoonoses prioritaires au Sénégal**
AIDE MÉMOIRE | FRANÇAIS

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE
MEASURE Evaluation

Organisation
nationale de la Santé

Organisation des Nations Unies
pour l'Alimentation
et l'Agriculture

CDC

UNICEF

Institut Pasteur

Annexe 5 : Article résumé 1

Une Seule Santé en marche au niveau communautaire : La Surveillance à base communautaire des zoonoses prioritaires dans une approche « Une Seule Santé »

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/fs-19-375>

MEASURE Evaluation

Juin 2019

Une Seule Santé en marche au niveau communautaire La Surveillance à base communautaire des zoonoses prioritaires dans une approche « Une Seule Santé »

Contexte et justification

Le Programme de Sécurité Sanitaire Mondiale (PSSM), est un partenariat de plus de 60 pays, organisations internationales et parties prenantes non-gouvernementales visant à renforcer la capacité des pays à mieux prévenir, détecter et riposter aux menaces des maladies infectieuses, et à élever la sécurité sanitaire mondiale au rang de priorité nationale et mondiale.

Au Sénégal, le Haut Conseil de la Sécurité Sanitaire Mondiale (HCSSM), coordonne la mise en œuvre du PSSM depuis 2015. En 2016, MEASURE Evaluation, Financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), a aidé à la mise en place d'un système de surveillance à base communautaire (SBC) dans quatre districts pilotes en collaboration avec le Ministère de la santé du Sénégal. Par la suite, un nouveau financement de l'USAID, a permis d'étendre ce système de surveillance pour inclure les zoonoses prioritaires et adopter une approche Une Seule Santé dans les mêmes districts et deux additionnels.

Ces zoonoses prioritaires sont la rage, la grippe aviaire zoonotique, la tuberculose bovine, l'anthrax, les fièvres Hémorragiques (Marburg et Ebola) et la Fièvre de la Vallée du Rift. Cette initiative met l'accent sur la collaboration multisectorielle et le partage de l'information

entre les parties prenantes à tous les niveaux. Ce système de surveillance permet une prise en charge des événements liés à l'interface homme-animal-environnement.

Contribution

- Elaboration des définitions de cas communautaires pour chacune des maladies prioritaires pour la SBC, en concertation avec les experts techniques des ministères de la Santé, de l'Environnement, de l'Élevage et des partenaires techniques intervenant dans la surveillance.
- Réorganisation des comités de veille et d'alerte communautaire (CVAC) existants, en y intégrant les auxiliaires d'élevage, affiliés au secteur de l'élevage, et les éco-guides et éco-gardes affiliés au secteur de l'environnement.
- Développement de la plateforme électronique dénommée mInfoSanté, accessible via internet et permettant aux agents communautaires d'envoyer par SMS des signaux de maladies prioritaires sous surveillance et recevoir des instructions et retro informations des infirmiers et agents de l'élevage. mInfoSanté permet également la visualisation et le partage d'informations entre les professionnels de la santé, de l'élevage, de l'environnement, les agents des collectivités territoriales et les autorités administratives.



Saint-Louis, Sénégal. Photo: Goodwine, Flickr Creative Commons

Annexe 6 : Article résumé 2

Surveillance à base communautaire dans une approche Une Seule Santé au Sénégal : Les étapes de mise en œuvre

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/fs-19-376>

MEASURE Evaluation Juin 2019

Surveillance à base communautaire dans une approche Une Seule Santé au Sénégal

Les étapes de mise en œuvre

Avant-propos
Le projet MEASURE Evaluation, avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), a mis en œuvre un nouveau système pour la surveillance à base communautaire (SBC) des maladies infectieuses au Sénégal. Les étapes de cette mise en œuvre sont décrites ci-dessous.

1 Élaboration de définitions communautaires de cas
Des définitions de cas simplifiées ont été élaborées pour chacune des maladies prioritaires pour la SBC, tant chez l'homme que chez l'animal. Elles ont été élaborées en concertation avec les experts techniques des Ministères de la Santé, de l'Environnement et de l'Élevage.

2 Développement de la plateforme mobile mInfoSanté
La plateforme mobile mInfoSanté a été développée par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) avec un appui de l'UNICEF Sénégal, pour le suivi des cas d'Ebola et la communication d'urgence. Elle a été adoptée par la suite pour la surveillance communautaire des maladies humaines prioritaires d'abord et ensuite des six zoonoses avec l'appui de MEASURE Evaluation.

Pendant la phase de planification, les différentes parties prenantes clés ont indiqué leur intérêt d'utiliser la même plateforme (mInfoSanté) pour la surveillance des zoonoses dans une approche Une Seule Santé. mInfoSanté facilite la surveillance en temps réel, à travers l'envoi et la réception de SMS gratuitement pour les utilisateurs.

3 Organisation des CVAC pour la SBC
Les groupes de comités de veille et d'alerte communautaire (CVAC) existants dans le secteur de la santé ont été élargis aux auxiliaires d'élevages et aux écogardes et écoguides pour former un seul et même groupe afin de répondre aux exigences du concept Une Seule Santé.

4 Élaboration d'un curriculum, des guides de formation et des aide-mémoires
Un curriculum de formation des acteurs opérationnels—infirmiers chef de poste (ICP), chefs de poste vétérinaire (CPV), chefs de poste de l'environnement (CPE), et CVAC—a été élaboré de façon participative, avec la collaboration des secteurs clés (santé, élevage, environnement) et d'appui.


Les principaux objectifs du programme de formation sont de :

- Développer les connaissances des participants sur les maladies sous surveillance communautaire
- Apprendre aux CVAC à utiliser la plateforme mobile mInfoSanté, pour envoyer et recevoir des messages
- Décrire les rôles et tâches de tous ceux qui participent à la surveillance communautaire

Un guide de formation des ICP, CPV, et CPE contenant des informations complètes sur les différents aspects des maladies et l'ensemble des procédures de la SBC a été développé et une version simplifiée destinée à la formation des CVAC. Un flipchart a été élaboré pour être utilisé comme support de formation des CVAC.

Les aide-mémoires élaborés sont destinés aux CVAC et contiennent des images reflétant les différents éléments qui permettent d'identifier et de retenir facilement les maladies sous surveillance.

Figure 1 : Guides et flipchart de formation



5 Formation des acteurs
Des formations en cascade ont été organisées à l'attention des professionnels et des acteurs communautaires comme suit :

- Formation des formateurs au niveau national : les professionnels des trois ministères clés des niveaux national, régional, départemental et de district sont formés pour pouvoir assurer à leur tour la formation des ICP, des CPV et des CPE de leurs départements/districts
- Formation des ICP, CPV et CPE au niveau des départements/districts sur la SBC des maladies humaines et zoonotiques

Annexe 7 : Article résumé 3

La surveillance à temps réel au niveau communautaire : Un SMS pour identifier de façon précoce

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/fs-19-377>

MEASURE Evaluation Juin 2019

La surveillance à temps réel au niveau communautaire

Un SMS pour identifier de façon précoce

Introduction

mInfoSanté est un système d'alerte précoce (SAP) basé sur l'application opensource RapidPro. Il a été introduit au Sénégal en 2015, à la suite de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, par le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) avec l'appui de l'UNICEF pour faciliter le suivi des cas et la communication d'urgence.

mInfoSanté, introduit au début sous l'appellation « mEbola », est utilisé à ce jour au Sénégal au niveau des districts sanitaires et des postes de santé dans sept régions pour la surveillance épidémiologique et la communication d'urgence.

Avec le soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), le projet MEASURE Evaluation a adopté mInfoSanté pour la surveillance à base communautaire (SBC) des maladies et zoonoses prioritaires dans une approche « Une Seule Santé » dans six districts sanitaires de deux régions (Saint-Louis et Tambacounda).

Figure 1. Interface web de mInfoSanté



Le serveur de données de mInfoSanté est hébergé au COUS, tandis que l'application RapidPro qui la constitue est hébergée sur le Cloud.

Utilisation

Envoi du signal par le CVAC

mInfoSanté permet aux membres des comités de veille et d'alerte communautaire (CVAC) d'envoyer des signaux de maladies et zoonoses prioritaires et de recevoir des conseils et retro informations des infirmiers chef de postes (ICP) et des chefs de postes vétérinaires (CPV). Pour signaler un cas, le CVAC envoie le mot « SIGNAL » par SMS au numéro vert « 21345 ». Le SMS est gratuit pour le CVAC et tous les utilisateurs. Le coût est pris en charge par l'UNICEF par des paiements mensuels aux opérateurs de téléphonie mobile.

Les maladies humaines prioritaires

Choléra, tétanos néonatal, méningite, rougeole, fièvre jaune, paralysies flasques aiguës, et la diarrhée sanglante

Les zoonoses prioritaires

Rage, gripes aviaires zoonotiques, tuberculose bovine, fièvres hémorragiques virales (Ebola et Marburg), anthrax et fièvre de la vallée du Rift

Figure 2. Procédure d'envoi d'un signal par le CVAC



Envoi **Retro-information**

Vérification du signal par l'ICP ou le CPV

L'ICP ou le CPV enregistre le résultat de la vérification du signal en envoyant le mot « MENU » par SMS au « 21345 ». L'ICP ou le CPV vérifie les signaux des zoonoses, tandis que seul l'ICP vérifie les signaux des sept autres maladies (humaines). Les signaux vérifiés sont visibles sur le tableau de bord mInfoSanté.

Enregistrement des prélèvements et des résultats de laboratoire

Tous les cas suspects, sauf quelques exceptions, sont prélevés et l'information est enregistrée sur la plateforme mInfoSanté.

Partage systématique de l'information entre acteurs multisectoriels

Dès qu'un signal est déclaré cas suspect, l'information est partagée automatiquement par SMS entre les secteurs (santé, élevage et environnement). De plus, les autorités administratives sont automatiquement informées par email de tout cas suspect de zoonose confirmé au laboratoire.

Visualisation des tableaux de bord

Les utilisateurs, du niveau central au niveau opérationnel, ont des comptes pour accéder à mInfoSanté à travers l'adresse suivante : <https://mis.cous.cloud/>

MEASURE Evaluation
University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, NC 27516 USA
Phone: +1 919-445-9350
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en oeuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis.
TR-20-402
ISBN: 978-1-64232-227-9

