

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE



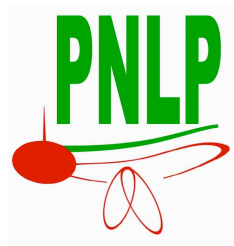
REPUBLIQUE DU
SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



**DIRECTIVES NATIONALES POUR LA
MISE EN ŒUVRE DE LA PRISE EN
CHARGE INTEGREE A DOMICILE DU
PALUDISME, DE LA DIARRHEE ET DES
INFECTIONS RESPIRATOIRE AIGUËS
AU SENEGAL**

Avril 2013

Préface

(Du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale, d'une autorité du Ministère)

SOMMAIRE (A charger)

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABCD : Atteindre les Bénéficiaires Communautaires à travers les Districts

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ASC : Agent de Santé Communautaire

CCC : Communication pour le Changement de Comportements

CHERG : ChildHealth Epidemiology Reference Group

CTA : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine

DANSE :

DLM : Direction la Lutte contre la Maladie

DOTS : Traitement Directement Observé

DSDOM : Dispensateur de soins à domicile

ECD : Equipe Cadre de District

ECR : Equipe Cadre de Région

EDS : Enquetes Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples

ESAM : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages

IEC : Information-Education-Communication

ICP : Infirmier Chef de Poste

IRA : Infections respiratoires aiguës

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé ONG : Organisation non Gouvernementale

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PEC : Prise En Charge

PECADOM : Prise en Charge des cas de Paludisme à Domicile

PMI : President's Malaria Initiative

PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

SRO : Sel de réhydratation orale

TIDC : Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires

TDR : Tests de Diagnostic rapide

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

USAID : Agence des Etats-Unis pour le Développement International

VIH /SIDA : Virus d'immunodéficience Humaine / Syndrome D'immunodéficience Acquise

Résumé

La décentralisation des services de santé est définie dans le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 dont un des objectifs est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs au secteur de la santé^{PNDS2009-2018 Sénégal}. Un des axes stratégiques de ce Plan porte sur l'extension de la couverture sanitaire par la mise en place de services de santé au niveau périphérique. La prise en charge des maladies au niveau communautaire est une volonté d'élargissement de la pyramide sanitaire dont la base a, pendant longtemps, été constituée par les cases de santé sous la responsabilité d'un agent de santé communautaire.

Aussi, en vue de rapprocher l'offre de soins aux communautés et d'améliorer le maillage sanitaire, le MSAS, à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), a introduit, en Octobre 2008, une stratégie communautaire de Prise en Charge du Paludisme à Domicile (PECADOM) qui a permis d'engranger des résultats très satisfaisants.

Cette stratégie qui a démarré par une phase pilote, a été, rapidement, mise à l'échelle eu égard aux succès obtenus et aux leçons apprises des différentes évaluations qui ont, aussi, recommandé la diversification du paquet d'interventions du Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM) aux maladies de l'enfant (Diarrhée et IRA) dans le but d'avoir un meilleur impact sur la mortalité infanto-juvénile.

La réussite de la présente phase intégrée passe par l'implication d'autres acteurs tels que la DANSE et les partenaires stratégiques mais, surtout, par l'élaboration de directives nationales constituant des outils pour tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les maladies. Les directives portent sur les informations essentielles permettant une harmonisation des différentes approches en matière de PEC du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire.

Ces directives nationales s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé telle que définie dans le Plan National de Développement Sanitaire. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et les partenaires impliqués vont, au besoin, procéder à une mise à jour périodique des éléments de ces directives nationales pour contribuer à l'amélioration des interventions et des activités menées dans le cadre de la prise en charge à domicile des maladies.

L'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé et, en particulier ceux relatifs à la santé de l'enfant, ne seront atteints sans l'implication des communautés dans les actions clés. La couverture universelle des interventions de lutte de maladies comme le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme passent par la responsabilisation des communautés dans la lutte contre les maladies.

L'atteinte des objectifs de lutte contre le paludisme, la diarrhée, les IRA et, en particulier, l'objectif de réduction de la mortalité infantile, passe par la diversification des acteurs impliqués dans la lutte contre les maladies au niveau communautaire.

Les directives portent, tout d'abord, sur le choix des communautés éligibles à la prise en charge du paludisme au niveau communautaire, les stratégies de soutien à la mise en œuvre, la mise en place des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA), des antibiotiques, du zinc, des tests de diagnostic rapide (TDR) et d'autres intrants, les acteurs pour la mise en œuvre avec leurs rôles et responsabilités. Ensuite, elles décrivent, de façon détaillée, la place particulière accordée aux dispensateurs de soins à domicile ainsi que l'interface entre le dispensateur de soins à domicile et le système national de santé qu'est l'infirmier chef de poste de santé dont dépendent des agents de santé communautaire. Enfin, ces directives portent sur la surveillance à base communautaire comme mesure d'accompagnement indispensable, sur le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre ainsi que sur les dispositions pratiques à prendre pour la mise en œuvre de la prise en charge intégrée à domicile du paludisme, de la diarrhée et des IRA.

1. Introduction

Au Sénégal, la mortalité infanto-juvénile est surtout causée par le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (IRA). Les résultats de l'EDS V ont montré que les enfants âgés de moins de cinq ans atteints de diarrhée et d'IRA avaient recours aux établissements sanitaires respectivement dans 35% et 50% des cas. Seuls 8,2 % des enfants qui ont la fièvre, ont été traités avec des antipaludiques appropriés (EDS 5).

D'emblée, la réduction significative de la mortalité infanto-juvénile exige d'adresser les défis liés à l'accès aux soins.

A ce propos, la problématique de la consolidation et de l'élargissement des interventions à base communautaire se pose avec beaucoup d'acuité. En effet, même si les structures sanitaires continuent toujours de jouer un rôle de premier plan dans la fourniture des soins de santé, il est aussi nécessaire que certains services puissent être disponibles hors de ces structures pour permettre à l'ensemble de la communauté de bénéficier, dans les meilleurs délais, d'un paquet intégré de soins de qualité.

La politique de l'Etat du Sénégal est d'offrir des soins de qualité le plus proche possible des populations à travers les structures de santé et les services à base communautaire. Ainsi, dans le cadre de la stratégie de prise en charge des cas, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a initié la mise en œuvre d'un projet communautaire de Prise en Charge à Domicile du Paludisme (PECADOM). La PECADOM est une stratégie de prise en charge du paludisme visant à améliorer l'accès aux soins pour les populations vivant dans les zones où les structures sanitaires sont difficiles à atteindre. Elle a pour but de faire en sorte que les populations puissent bénéficier précocement de soins de qualité en cas d'accès palustre. Elle fait du domicile le « premier hôpital ». Cette intervention a débuté par une phase pilote en 2008 dans 20 villages de trois districts sanitaires et suite à son évaluation qui a montré des résultats encourageants, la phase d'extension a démarré depuis 2009 pour atteindre 408 villages, 861 en 2010, 976 en 2011 et près de 1200 nouveaux villages ont été enrôlés en 2012. Les différents exercices de documentation et d'évaluation de la PECADOM ont recommandé la diversification du paquet d'interventions du Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM) aux maladies de l'enfant (diarrhée et IRA) dans le but d'avoir un meilleur impact sur la mortalité infanto-juvénile.

L'implication communautaire dans la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie va permettre d'accélérer non seulement l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé mais aussi la couverture universelle des interventions de lutte contre le paludisme en droite ligne de l'engagement des Chefs d'Etat et de gouvernement africains exprimé en Mai 2006, à Abuja. La prise en charge intégrée de maladies va contribuer à réduire l'impact de la morbidité et de la mortalité. Elle va nécessiter une implication des communautés dans la lutte contre les maladies et celle de tous les partenaires de l'Etat engagés dans le secteur de la santé.

La diversité des acteurs impliqués dans la prise en charge intégrée à domicile du paludisme, de la diarrhée et des IRA, nécessite l'élaboration de directives nationales qui représentent un référentiel permettant l'harmonisation des interventions dans la lutte contre ces maladies, au Sénégal. La prise en charge intégrée des maladies au niveau communautaire doit se faire dans un cadre normalisé pour permettre que le système de santé et les partenaires de l'Etat aient les mêmes outils de travail et les mêmes éléments de référence. La recherche de l'atteinte des mêmes objectifs sera d'autant plus facile que les uns et les autres travaillent dans le même sens et de la même façon. Ces directives nationales contribuent à une mise en œuvre harmonieuse de la stratégie par tous les intervenants dans la santé au niveau communautaire et constituent un complément du document d'harmonisation des interventions au niveau périphérique.

Elles contribuent à renforcer la tutelle technique des autorités nationales en charge de la santé dans le cadre des orientations et de priorités établies par le Sénégal. Elles donnent l'opportunité d'avoir les mêmes éléments d'appréciation, de mesure, de suivi des performances et d'évaluation de l'impact. Le niveau communautaire est le lieu le mieux approprié pour l'atteinte des différents objectifs assignés à la lutte contre les différentes maladies.

Contexte et justification

Plusieurs raisons militent en faveur de l'implication communautaire dans la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA, au Sénégal. Ces maladies affectent beaucoup d'enfants.

a. Contexte

Le Sénégal est limité à l'Ouest par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Mali, au Nord par la Mauritanie, au Sud par la Guinée Bissau et la Guinée. La population du pays est estimée à 12.179.368 d'habitants dont 49% d'hommes contre 51% de femmes. Le pays couvre une superficie de 196772 km² et compte 159 communes et communes d'arrondissement. Il compte 370 communautés rurales et 13.187 villages. Avec la détérioration de la situation sécuritaire dans un pays voisin le Mali notamment, le Sénégal a vu arriver un afflux important de réfugiés. Ces derniers sont venus accroître la population de certains villages. La population est à majorité sédentaire et vit majoritairement en milieu rural. Les communautés qui ont un accès faible aux services de santé sont celles qui sont visées par la prise en charge intégrée à domicile du paludisme, de la diarrhée et des IRA.

Le Sénégal présente deux faciès épidémiologiques différents en ce qui concerne le paludisme, une des trois maladies visées par la prise en charge intégrée au niveau communautaire qui sont :

➤ **Le faciès sahélien**

Il couvre les régions situées au nord de la ligne reliant Mbour et Kidira. Il est caractérisé par une transmission saisonnière courte (< 4 mois), un niveau de transmission faible (0 à 20 piqûres infectées / homme /an). Le paludisme y est méso-endémique à hypo-endémique, de stabilité intermédiaire à instable et est transmis par *Anopheles gambiae*, *An. arabiensis*, *An. funestus*, *An. melas* et *An. pharoensis*).

La morbidité palustre est généralement faible avec des tendances épidémiques observables au cours des années de pluviométrie particulièrement importante.

Ce faciès est retrouvé surtout dans les parties nord des régions du centre (Kaolack, Fatick, Diourbel, Dakar et Thiès) et dans les régions du nord (Louga, Saint Louis et Matam). Les régions du centre appartiennent au domaine soudano-sahélien caractérisé par 02 à 03 mois de précipitations.

Les pluies sont enregistrées de Juillet à Octobre et la moyenne pluviométrique annuelle est inférieure à 500 mm.

➤ **Le faciès tropical**

Il couvre les régions situées au sud d'une ligne reliant Mbour et Kidira, correspondant aux zones de savane humide soudanienne et guinéenne dont la pluviométrie annuelle varie entre 800 et 1500 mm. Il est caractérisé par une transmission saisonnière longue qui dure 04 à 06

mois, couvrant la saison des pluies et le début de la saison sèche, un niveau de transmission assez élevé (20 à 100 piqûres infectées / homme / an) et une morbidité palustre élevée surtout pendant la période de transmission. Le paludisme y est holoendémique à méso-endémique stable, transmis par les vecteurs majeurs ou d'importance locale (*Anopheles gambiae*, *An. arabiensis*, *An. funestus* et *An. nili*)

Ce type de faciès est surtout retrouvé dans les régions sud (Ziguinchor, Kolda, Tambacounda et Kédougou), appartenant au domaine soudano-guinéen, (1250 mm de pluie en moyenne par année).

Dans ce faciès tropical, l'essentiel de la transmission s'effectue de Juillet à Décembre.

Les données de l'enquête MIS ont montré une faible prévalence parasitaire dans les régions nord alors que dans le sud du pays la prévalence est plus importante. Ceci traduit une circulation du parasite et donc une transmission moindre dans cette partie nord sujette aux épidémies.

Il est important de rapprocher les services des communautés. Il ressort de la seconde enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM 2) que l'accès aux services de santé est encore difficile au Sénégal, surtout pour les soins d'urgence. En effet, seuls 57% des populations sont à moins de 30 minutes d'un service de santé.

Ce taux est à 86,5% à Dakar mais chute à 41,2% en milieu rural du fait des difficultés de transport (Direction de la prévision et de la statistique, ESAM 2, 2004). Certains villages restent enclavés soit toute l'année soit pendant la saison pluvieuse avec un taux d'utilisation des structures sanitaires en milieu rural (11,7%) (Enquête pauvreté ANSD).

Le taux limité d'utilisation est en partie dû à l'accessibilité aux services. L'implication des prestataires communautaires dans la santé particulièrement l'implication des dispensateurs de soins à domicile dans la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA permet d'implanter les services au sein des communautés. Elle permet l'extension des services de santé qui est la première priorité du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. La PECADOM intégrée va permettre de vaincre la barrière de l'accessibilité géographique par la possibilité d'un recours à des prestataires de soins plus proches des populations. Elle est une réponse adéquate à la diversité de situations géographiques et à celle du mode de peuplement du pays.

b. Justification

Certes, au Sénégal, des initiatives allant dans le sens du rapprochement des services vers les populations ont été entreprises avec la disponibilité des ACT au niveau communautaire, dans plus de mille (1000) cases de santé, mais il existe de nombreux villages dépourvus de cases de santé et dont les populations sont obligées de parcourir plusieurs kilomètres avant d'avoir accès à une structure de santé. Cet état de fait pose de sérieux problèmes dans la prise en charge efficace et précoce des maladies de l'enfant.

Au Sénégal, les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre et la diarrhée sont des problèmes de santé importants chez les enfants (EDS). La population du Sénégal est très inégalement répartie. La densité est de 64 habitants au kilomètre carré (EDS). Il existe une inégalité d'accès aux services de santé qui varie aussi du milieu rural au milieu urbain. L'implication communautaire dans les activités de santé a pris des formes variées au Sénégal, la plus répandue ayant été notée à travers la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako et le recouvrement des coûts. Il s'agit, à présent, d'élargir l'implication des communautés en leur permettant d'assumer plus de responsabilités grâce à leur niveau d'information et à leur capacité renforcée. L'implication communautaire est déjà effective dans le traitement de

l'onchocercose, de la filariose lymphatique. Les communautés sont aussi impliquées dans la lutte contre le ver de guinée, contre la tuberculose à travers la DOTS communautaire. Dans sa politique de santé, le Sénégal a déjà commencé à élargir l'accès des communautés à travers le recours à des membres de la communauté formés pour différents types de prestations. Il s'agit d'élargir les responsabilités des dispensateurs de soins à domicile qui seront sous la responsabilité d'infirmiers chefs de poste. Le renforcement des capacités des ressources humaines et particulièrement, des prestataires communautaires, devient indispensable d'autant que les ressources humaines pour la santé sont limitées. Les agents de santé communautaire – dûment formés, encadrés et soutenus par, entre autres, un approvisionnement ininterrompu en fournitures et médicaments essentiels – peuvent bien identifier et traiter correctement la plupart des cas d'enfants souffrant de paludisme, d'IRA et de diarrhée. En 2004, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont publié des déclarations communes sur la prise en charge de la pneumonie dans la communauté et sur la prise en charge clinique de la diarrhée aiguë, soulignant, pour chaque affection, l'importance de la prise en charge dans la communauté. Une étude récente du ChildHealth Epidemiology Reference Group (CHERG) a estimé que la prise en charge dans la communauté de tous les cas de pneumonie infantile pourrait contribuer à une réduction de 70 % de la mortalité due à la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans. La prise en charge dans la communauté des cas de paludisme pourrait réduire la mortalité générale et la mortalité spécifique liée au paludisme respectivement de 40 et 60 % chez les enfants de moins de cinq ans et réduire la morbidité du paludisme de 53 %. Les sels de réhydratation orale (SRO) et le zinc sont efficaces pour lutter contre la mortalité liée à la diarrhée, à domicile et dans la communauté. On estime, en effet, que les SRO pourraient prévenir 70 à 90 % des décès dus à la diarrhée aiguë et que le zinc pourrait réduire la mortalité liée à la diarrhée de 11,5 %.(Déclaration OMS-UNICEF).

La prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire est une stratégie dont la faisabilité a été attestée dans un certain nombre de pays africains. Les interventions de lutte contre ces trois maladies sont menées, à l'échelle nationale, mais dans la plupart des cas, de manière séparée. L'intégration est destinée à avoir les effets conjugués et à accroître l'efficacité des interventions. Elle est aussi un moyen d'économiser. L'amélioration de la situation sanitaire n'est possible que par une plus grande implication de tous les acteurs et en particulier de ceux qui sont au niveau communautaire. Pour atteindre les OMD et en particulier ceux relatifs au secteur de la santé, il est nécessaire d'assurer la prise en charge intégrée des maladies à toutes les communautés éligibles à cette stratégie.

L'extension de la couverture en matière de prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire passe par l'implication des communautés et des partenaires de l'Etat. Ces acteurs sont variés et existent à différents niveaux. Il s'agit des agents de santé, des membres des communautés, des agents de santé communautaire, des dispensateurs de soins à domicile, des organisations communautaires de base, des associations, des groupements de femmes, de jeunes, des organisations non-gouvernementales, des leaders communautaires, des leaders religieux, des personnes-ressources investies de responsabilités données au sein des communautés. La mise en œuvre de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA nécessite qu'un certain nombre de règles et normes soient respectées. C'est pourquoi ces directives sont nécessaires pour l'atteinte des objectifs assignés à la lutte contre les trois maladies.

L'implication des dispensateurs de soins à domicile dans la prise en charge des maladies de l'enfant va permettre le renforcement des capacités des acteurs à différents niveaux. Elle va surtout contribuer à une plus grande appropriation des interventions et une plus grande

pérennité des acquis par la responsabilisation des communautés. Ces directives nationales sont nécessaires pour circonscrire l'action des différents acteurs à différents niveaux, dans la même direction, dans un cadre normalisé avec des exigences qui seront respectées par tous pour l'atteinte des résultats escomptés. Ces directives donnent des orientations à tous les acteurs qui interviennent, sur le territoire national, dans la prise en charge à domicile du paludisme, des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la diarrhée.

2. But, objectifs et résultats attendus

- a. Les directives nationales ont pour **but** de fournir un cadre commun et normalisé pour tous les partenaires et acteurs dans la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire sur la base des orientations des autorités nationales.

b. Objectif Général

Harmoniser l'approche de PEC rapide et efficace des cas à domicile du paludisme, de la diarrhée et des IRA.

c. Objectifs Spécifiques

1. Définir la politique de traitement du paludisme, de la diarrhée et des IRA
2. Identifier les communautés éligibles
3. Décrire les différentes étapes du processus de mise en œuvre de la PECADOM intégrée dans le cadre de la mise à l'échelle nationale
4. Identifier et décrire les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans la PECADOM intégrée
5. Décrire le dispositif de mise en place des outils de diagnostic et de traitement et le mode de gestion approprié y relatif
6. Définir un dispositif de surveillance et de suivi-évaluation de la PECADOM intégrée

d. Résultats attendus

1. la politique de traitement du paludisme, de la diarrhée et des IRA est définie
2. les communautés éligibles sont identifiées
3. les différentes étapes du processus de mise en œuvre de la PECADOM intégrée dans le cadre de la mise à l'échelle nationale sont décrites
4. les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans la PECADOM intégrée sont identifiés et décrits
5. le dispositif de mise en place des outils de diagnostic et de traitement et le mode de gestion approprié y relatif sont décrits
6. Un dispositif de surveillance et de suivi-évaluation de la PECADOM intégrée est défini

3. La politique de traitement du paludisme, de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës au Sénégal

- ➡ La nouvelle politique recommande l'utilisation de la combinaison thérapeutique à base de dérivés d'Artémisinine (ACT) pour le traitement du paludisme simple. Les associations suivantes sont recommandées:

- ⊕ Artémether-Luméfantrine (3 jours)
- ⊕ Artésunate-Amodiaquine (3 jours)
- ⊕ Dihydro artémisinine-Pipéraquline

Le traitement est administré sur la base du diagnostic biologique qui sera fait, dans le cadre de la prise en charge intégrée au niveau communautaire pour le paludisme, avec des tests de diagnostic rapide (TDR)

- ➡ La prise en charge de la diarrhée repose sur :
 - ⊕ L'administration de SRO pour prévenir la déshydratation
 - ⊕ L'administration du Zinc
- ➡ Le traitement des IRA se fait avec les antibiotiques. L'antibiotique retenu au Sénégal comme médicament de première intention est le cotrimoxazole

 Posologies :

Artémether Luméfantrine :

- ⊕ Artémether : 4 mg/kg
- ⊕ Luméfantrine : 12 mg/kg

Artésunate amodiaquine

- ⊕ Artésunate : 4mg/Kg / jour
- ⊕ Amodiaquine : 10mg/Kg/jour

Dihydro artémisinine-Pipéraquline

- ⊕ Dihydro-artémisinine : 4 mg/kg/j
- ⊕ Pipéraquline: 18 mg/kg/j

Durée du traitement : 3 jours consécutifs.

Le zinc s'administre au cours d'un épisode de diarrhée comme suit:

- ⊕ Enfant de 2 à 6 mois : 1/2 comprimé de 20 mg par jour pendant 10 jours
- ⊕ Enfant 6 mois et plus : 1 comprimé de 20 mg par jour pendant 10 jours

Le cotrimoxazole est administré selon l'âge comme suit :

- ⊕ Enfant de 2 à 12 mois:
 - ⊕ Comprimés : 1/2 comprimé le matin et 1/2 comprimé le soir pendant 5 jours
- Ou

Sirop : 1 cuillère mesure le matin et 1 cuillère mesure le soir pendant 5 jours

- ⊕ Enfant de 12 mois à 5ans :
 - ⊕ Comprimés : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir pendant 5 jours
- Ou

Sirop : 1 cuillère mesure et demi le matin et 1 cuillère mesure et demi le soir pendant 5jours.

4. Les communautés concernées

- Les communautés vivant dans des zones inaccessibles (temporairement ou en permanence) et/ou dépourvues de structures sanitaires (situées à plus de 5 Km de la structure sanitaire la plus proche) seront concernées par la mise en œuvre de la prise

en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA. Les communautés éligibles peuvent être des villages, des campements, des hameaux ou tout site de peuplement.

5. Stratégies de soutien à la mise en œuvre

Les composantes sont les mêmes que celles de la PECADOM mise en place depuis 2008 dont le succès a reposé sur plusieurs interventions soutenues par des activités de soutien :

➤ **Information et IEC/CCC**

Elle sera faite de différentes manières à travers des activités de communication de masse, de communication interpersonnelle. L'information de tous les membres de la communauté est indispensable. Ils doivent savoir qu'ils peuvent avoir accès à un dispensateur de soins à domicile et connaître son rôle au sein de la communauté. L'information sur les critères de choix du DSDOM, mais aussi sur le paludisme, son traitement et les moyens de prévention, doit être donnée tout comme l'information sur la diarrhée et les IRA. Les membres de la communauté doivent être informés de toutes les dispositions prises pour faire face à ces maladies mais aussi pour surveiller leur survenue.

- **La mobilisation sociale :** elle est destinée à impliquer tous les membres de la communauté dans la lutte contre le paludisme, la diarrhée, les IRA et d'autres maladies. Il s'agit d'événements à organiser autour de la lutte contre ces maladies et qui vont impliquer tous les membres de la communauté. Cette mobilisation sociale sera l'occasion d'informer et d'engager les membres de la communauté dans des activités de lutte contre ces maladies. Elle permet de renforcer et de consolider la participation communautaire.
- **Le plaidoyer :** il est destiné à obtenir l'implication et le soutien des autorités, des leaders communautaires, des chefs de ménages, de tous ceux qui détiennent une autorité dans les prises de décision. Les structures de dialogue à différents niveaux seront ciblées. Les comités de santé à différents niveaux, les comités de gestion comprenant les membres de la société civile et les organes des mutuelles seront les cibles privilégiées des activités de plaidoyer. Il en est de même des associations communautaires de base, autorités administratives locales, élus locaux, des ONG intervenant sur le terrain. Le soutien portera sur l'adhésion à la stratégie de prise en charge intégrée, l'apport de ressources (financières, humaines), l'appui technique à la mise en œuvre de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire.

➤ **Renforcement des capacités**

Il s'agira d'abord d'orienter les ECR, ECD et les ICP sur la stratégie PECADOM intégrée et de procéder à la planification de la mise en œuvre dans le district.

Ensuite, les DSDOM seront formés durant 04 jours sur la stratégie, les 3 pathologies et les outils de suivi-évaluation. Ces formations se feront au niveau des districts et devront être supervisées par le niveau régional. Les partenaires (OMS, USAID/PMI) seront sollicités pour apporter leur appui à ce processus de renforcement de capacités des DSDOM. Cette formation sera suivie d'un stage pratique de 15 jours au niveau des postes de santé dont dépendent les DSDOM.

6. La mise en place des ACT, SRO, antibiotiques, zinc, autres médicaments, Tests de diagnostic rapide (TDR) et supports de travail

La mise en place des outils et moyens de travail doit être au préalable assurée avant le démarrage. Elle doit être effective dans toutes les communautés concernées. Les moyens de travail comprennent les médicaments pour le traitement des trois maladies, les outils de travail, en particulier ceux à mettre à la disposition des dispensateurs de soins à domicile (registres, fiche de référence et de contre-référence, canevas de rapport, outils de diagnostic, outils de gestion des différents intrants)

7. La gestion des ACT, SRO, antibiotiques, zinc, autres médicaments, Tests de diagnostic rapide (TDR)

La disponibilité des médicaments (ACT, antibiotiques, SRO, zinc, autres), des intrants (TDR, minuteur,...) et des supports de travail, doit être permanente, à tous les niveaux. La rupture en intrants et outils de travail compromet l'effectivité de la mise en œuvre de la stratégie. Toutes mesures doivent être prises pour éviter les ruptures de stock à un niveau donné de la chaîne de distribution et d'approvisionnement.

Les DSDOM seront dotés d'une trousse médicale comportant, entre autres, des médicaments (ACT, SRO, Zinc, antibiotique et autres) des tests de diagnostic rapides (TDR) et des minuteurs. .

Une gestion rationnelle des intrants doit être assurée pour éviter la péremption. Les conditions de conservation à différents niveaux ne doivent pas affecter la qualité des intrants et mettre en cause leur efficacité. Ainsi, ils ne doivent pas être exposés à l'humidité, à la pluie, au soleil, à la chaleur. Les conditions de conservations au niveau communautaire doivent être dans les normes requises et elles seront régulièrement évaluées lors des activités de supervision qui seront menées par l'infirmier chef du poste de santé dont relève le DSDOM. Chaque DSDOM doit disposer en permanence d'outils de gestion, d'intrants pour éviter toutes ruptures et suivre l'évolution de leur consommation. Toutes les sorties, les entrées doivent être notifiées avec les dates et les quantités afin de permettre une gestion rationnelle des intrants.

Le dispensateur de soins à domicile doit veiller à éviter les ruptures de stock. A cet effet, il sera formé à la gestion des différents intrants.

L'approvisionnement en intrants va suivre le circuit habituel de la PNA. La mise en place des intrants doit être assurée par l'ICP dont dépend le DSDOM et auprès duquel il doit faire le renouvellement de son stock.

8. Les acteurs dans la mise en œuvre de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire

Les acteurs suivants doivent être impliqués dans la mise en œuvre :

- l'ICP
- la communauté (les membres, hommes, femmes, époux, épouses, pères, mères, grands-parents, gardiens d'enfants)
- les leaders communautaires (chefs de villages, chefs traditionnels, chefs religieux, les femmes leaders, les relais, les badjenou gokh,)
- les chefs de ménages
- les enseignants y compris les enseignants des écoles coraniques
- les accoucheuses traditionnelles

- les associations communautaires de base (associations d'hommes, associations de femmes, associations de jeunes, associations professionnelles)
- les dispensateurs de soins à domicile
- les tradipraticiens
- les ONG
- les autorités administratives et locales
- les agents locaux des autres programmes prioritaires de santé

Les différents acteurs sont investis de responsabilités et doivent jouer des rôles importants pour la réussite de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire.

➡ **Mise en place de la PECADOM Intégrée**

- **Installation des DSDOM**

A l'issue de la formation, une cérémonie d'installation des DSDOM et de lancement officiels de la stratégie sera organisée dans chaque district en présence des autorités administratives locales, des élus locaux et des autorités religieuses et coutumières. Cette cérémonie offrira aux districts l'opportunité de vulgariser cette approche, mais aussi de valoriser les DSDOM auprès des populations. Elle sera, également, une occasion pour remettre les dotations initiales en médicaments et matériels divers, nécessaires à la mise en œuvre des activités.

- **Démarrage des activités de prise en charge à domicile**

Il sera effectif dès la réception des produits et matériels par le village. Les outils de gestion seront également mis à la disposition des DSDOM.

Le principe du recouvrement des coûts sera appliqué en fonction des politiques et directives du Ministère.

➡ **Suivi-Evaluation**

Il s'articulera autour de la supervision, des réunions de coordination mensuelles au niveau du district et des postes de santé, des réunions de coordination bimestrielles avec le PNLP, la DANSE et la Région Médicale et, enfin, du suivi à distance.

9. Rôles et responsabilités des acteurs

Les différents acteurs sont investis de responsabilités et doivent jouer des rôles importants pour la réussite de la prise en charge intégrée à domicile du paludisme, de la diarrhée et des IRA.

■ Le niveau central : PNLP et DANSE

Son rôle consiste à :

- élaborer les outils de travail pour la mise en œuvre : manuel de formation des dispensateurs de soins à domicile, supports d'information et de sensibilisation des membres de la communauté, outils de plaidoyer pour la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des trois maladies, les outils de gestion du DSDOM comprenant le registre de traitement, la fiche de gestion des intrants, la fiche de référence et de contre-référence, les bons de commande, les bordereaux de livraison, les fiches de stock.

- contribuer à la micro-planification pour la mise en œuvre de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire
- assurer la mise en œuvre effective de la prise en charge intégrée de trois maladies au niveau communautaire par la supervision, le suivi et l'évaluation
- contribuer à faciliter la coordination des activités relatives à cette stratégie de la prise en charge intégrée.
- assurer la prise en compte de l'information provenant du niveau communautaire, des dispensateurs de soins à domicile sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme, à la diarrhée et aux IRA dans le système national d'information sanitaire
- veiller à l'approvisionnement continu en intrants
- contribuer à l'identification des formes de gratification pour soutenir la motivation du DSDOM
- chercher avec les membres des communautés des formes de soutien qu'elles pourraient consentir pour récompenser les efforts des DSDOM sans rien imposer.

Il devra assurer un appui technique au niveau opérationnel chaque fois que de besoin. Il est chargé de mettre à la disposition des acteurs tous les supports IEC devant servir à la formation et au suivi de la mise en œuvre.

■ La région médicale :

Elle est chargée de faciliter l'action des partenaires intervenant dans la PECADOM intégrée. Elle doit veiller à ce que les districts exécutent correctement les activités prévues. L'équipe cadre de région appuie les supervisions et inscrit à l'ordre du jour de ses réunions de coordination un point sur l'état de la mise en œuvre de la PECADOM intégrée.

■ Le district sanitaire :

L'équipe cadre de district est chargée de la mise en œuvre du projet dans sa zone de responsabilité. A cet effet, le médecin chef de district est chargé de transmettre au PNLP la liste des villages d'accès difficiles à enrôler dans le cadre du projet.

Il est chargé de superviser la sélection et la formation des dispensateurs de soins à domicile. Par ailleurs, il devra veiller au suivi régulier par les ICP et les membres de l'ECD, des activités des DSDOM. Il est chargé de transmettre, tous les mois, à la région médicale avec copie au niveau central, les données relatives aux activités du projet.

■ Le poste de santé :

L'infirmier chef de poste (ICP) est le responsable chargé de la mise en œuvre et du suivi des activités des DSDOM dans sa zone d'intervention. A cet effet, il devra être associé au choix du DSDOM.

Il est chargé de valider le rapport du DSDOM. Il est chargé de réapprovisionner le DSDOM en médicaments et intrants. Il lui est demandé d'organiser des réunions mensuelles de coordination et d'échanges de tous les DSDOM de sa zone, de relever les contraintes de mise en œuvre et de les transmettre au médecin chef de district.

L'infirmier chef de poste et le personnel du poste participent à la sélection des DSDOM de leur zone de responsabilité même s'ils n'y jouent pas un rôle clé. Ils décrivent les

responsabilités qui sont dévolues aux dispensateurs de soins à domicile pour permettre aux membres de la communauté de faire le choix. Les infirmiers chef de poste sont chargés de former les DSDOM. Ils le supervisent et assurent la retro-formation de façon à apporter un appui permanent au DSDOM. Ils collectent, analysent et transmettent les données provenant des DSDOM. Ils formulent et élaborent les messages spécifiques liés à la prise en charge intégrée des trois maladies que les dispensateurs de soins à domicile et les autres acteurs communautaires doivent diffuser dans les zones qui sont sous leur responsabilité. Ils contribuent aussi au plaidoyer pour l'adhésion et le soutien des autorités locales à la prise en charge intégrée de la prise en charge du paludisme, de la diarrhée et des IRA.

■ **Le réseau communautaire de lutte contre le paludisme**

« C'est un ensemble d'acteurs intéressés par la problématique du paludisme, et engagés dans une entreprise d'échange d'idées, d'élaboration de stratégies communes et de mise en commun de leurs moyens afin d'optimiser les chances de succès dans leurs efforts de lutte contre le paludisme. »

Ils sont étroitement associés à la mise en œuvre du plan d'action de lutte contre le paludisme élaboré par le district dans le cadre du projet « ABCD » financé par le PNLP. A ce titre, ils doivent prendre en charge toute initiative allant dans le sens de l'accessibilité aux soins des populations de leur localité. Le réseau doit alors participer à la sensibilisation des populations sur l'importance de la PECADOM intégrée et appuyer le district dans le choix des DSDOM. Ils ne devront ménager aucun effort pour suivre l'exécution de la stratégie au niveau des villages de leur zone de responsabilité.

■ **Les dispensateurs de soins à domicile (DSDOM)**

Ils seront choisis par le village après que les techniciens auront échangé sur la question avec les responsables. Les équipes cadre de district devront être aidées dans ce travail de sensibilisation par les réseaux communautaires qui sont sensés être mieux imprégnés des réalités locales.

Ils recevront une formation sur la connaissance des signes de paludisme simple, la reconnaissance des signes de paludisme grave, l'organisation du système de référence/recours, les techniques de communication interpersonnelles au niveau communautaires et le remplissage des outils de gestion.

Ils sont tenus de rendre compte des cas pris en charge (cas traités, cas référés, nombre de TDR effectués, état du stock) conformément aux outils de « reporting » qui seront mis en place par le PNLP. La remise à l'ECD d'un rapport validé par l'ICP de la zone de responsabilité, conditionne le réapprovisionnement en médicaments ACT et TDR.

Le DSDOM assure des responsabilités importantes dans la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire. Il doit :

- faire le diagnostic du paludisme à l'aide des tests de diagnostic rapide (TDR), le diagnostic des IRA. Le recours sera fait aux moyens diagnostiques pour les maladies faisant l'objet de l'intégration sur la base de la politique de traitement de ces maladies au Sénégal.
- traiter avec les CTA tous les cas avec un TDR positif selon les directives de la politique nationale de traitement du paludisme

- prendre des actions de pré-transfert (traitement avec un médicament pour baisser la fièvre comme le paracétamol). La référence sera faite à la formation sanitaire dont relève le DSDOM ou au poste de santé dont il relève.
- traiter avec les médicaments appropriés tous les cas de diarrhée et de pneumonie
- enregistrer le malade avec toutes les informations requises dans le registre de traitement
- donner les conseils à la mère, au malade ou aux parents du malade
- assurer le suivi des malades
- s'approvisionner en intrants auprès de l'infirmier chef de poste dont il relève
- gérer tous les intrants y compris ceux pour le diagnostic
- sensibiliser spécialement sur la prévention
 - sensibiliser en abordant tout ce qui à trait aux valeurs culturelles
 - sensibiliser sur l'utilité de dormir sous moustiquaire imprégnée dans le cas du paludisme
 - sensibiliser sur les pratiques familiales essentielles contribuant à prévenir la diarrhée ou toute autre infection.
- faire des rapports d'activités portant sur les activités de prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA, sur les activités de prévention (sensibilisation, communication de masse, communication interpersonnelle à travers les réunions et les visites à domicile, sensibilisation à la référence)
- mobiliser la communauté pour les activités en faveur de la lutte contre le paludisme, la diarrhée et les IRA.

■ Les Partenaires :

Ils apportent un appui technique à la mise en œuvre du projet. Néanmoins, les communautés, de par leurs comités de santé, les collectivités locales et autres partenaires « FRP » locaux seront invitées à prendre part au financement. Le principe du « cost sharing » sera fortement encouragé.

- ➡ Les chefs traditionnels, les leaders communautaires, les chefs de factions, les chefs de groupements, les chefs de village, les élus locaux, les associations communautaires de base, les groupes de jeunes, les ONG et autres leaders doivent :
 - appuyer les dispensateurs de soins à domicile dans la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA
 - faire le plaidoyer pour les activités préventives au sein de la communauté et les activités de prise en charge assurées par le DSDOM
 - adhérer au paquet d'activités à mener dans le cadre de la prise en charge intégrée en montrant l'exemple
 - contribuer à l'identification du DSDOM

Les acteurs ci-dessus sont aussi des DSDOM en tant que personnes-ressources mais pas en tant que prestataires communautaires.

Ces acteurs doivent en plus :

- contribuer à animer les réunions en véhiculant des messages sur l'importance de la lutte contre les maladies qui font l'objet de la prise en charge intégrée
- contribuer à la recherche des formes de motivation des dispensateurs de soins à domicile

- Les tradipraticiens sont des prestataires de soins au niveau des communautés. Il est important de les informer et surtout de les impliquer. Ils peuvent être les premiers recours des mères lorsque l'information sur la mise en place de la PECADOM intégrée n'a pas été largement diffusée. La collaboration avec les tradipraticiens est importante car ils constituent des acteurs communautaires influents et écoutés dans la plupart des cas. Il est important qu'ils ne voient pas le DSDOM comme un prestataire concurrent.

Ils doivent être sensibilisés pour qu'ils :

- appuient les dispensateurs de soins à domicile dans la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA en leur envoyant les malades qui se présentent à eux et particulièrement les enfants
 - conseillent aux membres de la communauté de se rendre chez le DSDOM pour le traitement du paludisme, de la diarrhée et des IRA
 - adhèrent à la PECADOM intégrée en faisant le plaidoyer pour le recours au DSDOM.
- Les membres des communautés avec les différents acteurs communautaires y compris les différents leaders, les associations et organisations communautaires de base peuvent contribuer à la pérennité de la PECADOM intégrée. En plus de leur adhésion à la stratégie il est viable qu'ils :
 - mettent en place un système de motivation de leur DSDOM accepté de manière consensuelle. Cela peut prendre des formes variées comme des prestations de travail qui ont été faites par les membres de certaines communautés au bénéfice de leur DSDOM
 - facilitent les déplacements de leur DSDOM le cas échéant en mettant à sa disposition un moyen de déplacement de façon occasionnelle ou pérenne
 - envisagent une forme donnée de gratification financière ou sociale selon un mécanisme à définir d'un commun accord avec tous les membres de la communauté.
 - Les agents des autres secteurs connexes (Environnement, Elevage, pêche, éducation) doivent :
 - apporter un appui à la mise en œuvre des activités menées par le DSDOM et les communautés dans le cadre de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire.
 - Les autorités locales doivent :
 - apporter un appui pour les activités de prise en charge intégrée de la lutte contre les maladies dans leur zone
 - contribuer aux activités d'information et de mobilisation sociales
 - mettre en place un cadre catalytique de la mise en œuvre ou bien par un système de valorisation ou de gratification au sein de leur zone.
 - apporter tout autre soutien qui serait sollicité par le DSDOM

10. La surveillance à base communautaire comme mesure d'accompagnement de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire

La mise en place de la surveillance à base communautaire est du ressort du système de santé. Mais elle va nécessiter des responsabilités spécifiques relevant de tous les acteurs de la pyramide sanitaire.

Ainsi, les Programmes Nationaux en charge de la Lutte contre la maladie ont les charges suivantes :

- élaborer, reproduire, vulgariser et disséminer les différents outils de gestion
- assurer la formation de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la PECADOM intégrée
- assurer le plaidoyer en direction des partenaires et des autres acteurs pour la disponibilité des ressources financières et matérielles en vue de la mise en œuvre de la PECADOM intégrée
- veiller au respect des normes d'élaboration et de transmission de l'information et des rapports relatifs à la PECADOM intégrée
- équiper les DSDOM (mallette, dossard casquettes...)
- assurer la contractualisation avec les compagnies de téléphonies mobiles en vue de garantir un système de reporting rapide

■ Le District Sanitaire est chargé de :

- compiler les rapports provenant des postes de santé
- doter les dispensateurs de soins à domicile d'outils de gestion
- veiller à la promptitude et à la complétude des rapports transmis par les infirmiers des postes de santé sur la PECADOM intégrée
- compiler, analyser et valider les données reçues des postes de santé
- assurer la retro-information aux infirmiers des postes de santé
- veiller à l'Approvisionnement continu en intrants

■ Le poste de santé est chargé de:

- mettre les outils de collecte des données à la disposition des dispensateurs de soins à domicile qui sont sous sa responsabilité
- veiller à la promptitude et à la complétude des rapports transmis par les infirmiers des postes de santé sur la PECADOM intégrée
- compiler, analyser et valider les données reçues des DSDOM
- faire la retro-information aux dispensateurs de soins à domicile
- assurer la collecte, l'analyse et la transmission des données au district sanitaire
- assurer l'Approvisionnement continu en intrants

■ Le niveau communautaire : le DSDOM

- informer et sensibiliser les membres de la communauté sur la nécessité de déclarer les cas de maladies qui surviennent au sein de leurs ménages
- faire le plaidoyer auprès des leaders communautaires, les chefs de ménages pour appuyer la surveillance à base communautaire
- faire des visites à domicile dans le cadre de la surveillance à base communautaire
- collecter, analyser et transmettre les données de sa communauté de façon hebdomadaire à l'ICP (tous les cas de paludisme, de diarrhée, de pneumonie, tous les cas de décès liés au paludisme, à la diarrhée et aux IRA et tous les autres cas de décès)

Les données provenant de la surveillance à base communautaire une fois reçues, traitées et analysées par les Programmes Nationaux en charge de la lutte contre le paludisme, la diarrhée

et les IRA, seront transmises au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, à la Division surveillance épidémiologique de la direction de la lutte contre la maladie (DLM). Elles seront compilées, traitées et analysées pour contribuer à l'élaboration de rapports au niveau national. Les données de la surveillance à base communautaire seront prises en compte dans les statistiques pour alimenter le Système National d'Information Sanitaire.

11. Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la prise en charge de la PECADOM intégrée au niveau communautaire

- La Supervision intégrée sera assurée à chaque niveau de la pyramide sanitaire en collaboration avec les partenaires.

Le niveau national va conduire, dans l'année, deux supervisions pour s'assurer de la mise en œuvre effective de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire. La supervision est destinée à corriger les insuffisances constatées à différents niveaux et à assurer le succès escompté.

La supervision vise à assurer un bon suivi de la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des trois maladies.

L'équipe cadre de district va faire la supervision 04 fois dans l'année tandis que l'infirmier chef de poste va assurer une supervision mensuelle de tous les dispensateurs de soins qui sont dans sa zone de responsabilité.

Une évaluation sera faite tous les deux ans. Elle sera davantage axée sur le processus, sur l'effectivité de la mise en œuvre de l'intégration, sur les responsabilités de tous ceux qui sont impliqués et sur certains résultats au niveau communautaire en termes d'information, d'implication des membres de la communauté et de renforcement des capacités. Les résultats des évaluations serviront à améliorer la mise en œuvre et à proposer, au besoin, de nouvelles mesures ou actions pour garantir l'atteinte des objectifs escomptés de la mise en œuvre de la PECADOM intégrée au niveau communautaire.

Une évaluation approfondie sera menée au bout de deux ans. Elle va porter sur tous les aspects de la mise en œuvre de la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire y compris, le processus, les intrants, les résultats, les effets produits ainsi que l'impact sur la morbidité et la mortalité.

Les données provenant de la supervision et surtout du suivi et de l'évaluation à chaque niveau seront traitées, analysées par ceux qui ont mené les activités et les rapports seront transmis, à chaque fois, au niveau supérieur, du niveau périphérique au niveau national. Le Ministère de la Santé va produire, périodiquement, les informations sur la lutte contre le paludisme, la diarrhée et les IRA au Sénégal avec toutes les informations relatives à la mise en œuvre de la prise en charge intégrée de ces maladies au niveau communautaire. Les résultats seront diffusés à tous les niveaux pour le partage de l'information et pour la prise de décisions en vue d'améliorer la mise en œuvre de la PECADOM intégrée.

12. Les dispositions à prendre pour la mise en œuvre de la PECADOM Intégrée

Le système de santé a un rôle important dans la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des trois maladies au niveau communautaire. Des responsabilités sont déléguées aux acteurs

communautaires que sont les DSDOM. Ces derniers prolongent le système de santé au niveau le plus périphérique. A ce titre, les DSDOM constituent la porte d'entrée dans le système de santé pour les communautés où la prise en charge intégrée est mise en place.

Des dispositions utiles doivent être prises à tous les niveaux pour la mise en œuvre effective de la PECADOM intégrée en amont et en aval. Ces dispositions en amont de la mise en œuvre sont :

- La responsabilisation d'un point focal pour la mise en œuvre de la prise en charge intégrée à différents niveaux ou d'une équipe
- L'identification des communautés éligibles à la prise en charge intégrée au niveau communautaire
- Le plaidoyer pour l'implication des différents acteurs et pour la mobilisation des ressources
- La sensibilisation de tous les acteurs autour d'une vision commune et des objectifs partagés
- La mise en place des outils de mise en œuvre (guides, manuel de formation des dispensateurs de soins à domicile, dépliants sur le traitement des trois maladies, matériels d'information et de sensibilisation de différente nature du grand public)
- L'identification des acteurs clés à tous les niveaux
- La formation en cascade
- La dotation en intrants et matériels
- La détermination de la taille de la population par dispensateur de soins à domicile
- Les directives de mise en œuvre
- L'élaboration de plans opérationnels
- L'élaboration de plans d'action et des micros plans

Pendant la mise en œuvre et en aval :

- L'information, la sensibilisation des membres des communautés retenues pour la mise en œuvre
- Le choix des dispensateurs de soins à domicile
- La mise en place effective comprenant la formation des dispensateurs de soins à domicile et leur dotation en moyens de travail : CTA, TDR, SRO, Zinc, outils de gestion de l'activité, supports de travail pour l'information, la sensibilisation
- La phase pratique de la formation des DSDOM dans le poste ou centre de santé le plus proche sous la responsabilité de l'infirmier chef de poste. La durée de cette phase pratique est de 15 jours
- La cérémonie d'installation des DSDOM,
- La supervision de la prise en charge intégrée des cas des trois maladies
- Le suivi- évaluation déjà abordé
- La tenue des réunions de revue de la mise en œuvre au niveau régional et national
- La tenue de réunions de coordination au niveau district. Elles doivent être mensuelles ou trimestrielles.
- La documentation de la mise en œuvre : elle est très importante car elle permet non seulement de montrer les résultats obtenus mais aussi de tirer des leçons apprises de l'expérience de prise en charge intégrée des trois maladies au niveau communautaire
- Le partage de l'expérience à travers la diffusion des résultats des évaluations et surtout de la documentation. Ce partage peut être fait lors des réunions de revues au niveau régional et national mais aussi pendant les réunions internationales au niveau de la sous- région ou au niveau de la Région Africaine.

Conclusion

La prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire élargit le champ de compétence des communautés dans la lutte contre les maladies. Elle diversifie les domaines de l'implication et de la participation des communautés aux programmes et permet d'améliorer l'accès des populations aux prestations de santé tout en contribuant à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement.

Les directives Nationales sur la prise en charge intégrée de ces trois maladies sont destinées à fournir un cadre de référence pour tous les acteurs impliqués à différents niveaux du système de santé. L'implication communautaire a fait ses preuves au Sénégal dans certains programmes de santé. Les expériences d'implication des communautés dans la lutte contre les maladies au Sénégal seront renforcées par la PECADOM intégrée.

Les directives nationales constituent un document dynamique qui pourrait être révisé, au besoin, en concertation avec tous les acteurs du système de santé.

Références :

1. EDS-MICS :
2. Déclaration OMS/UNICEF : Prise en charge des maladies de l'enfant au niveau communautaire
3. Enquête nationale sur la pauvreté au Sénégal ANSD
4. Plan National de Développement sanitaire 2009-2018
5. PNLP : Plan Stratégique 2011-2015
6. PNLP : Rapport d'activités 2006 Juillet 2007
7. PNLP : Rapport d'activités 2008 Avril 2009
8. PNLP : Rapport statistiques 2009 Juillet 2000