

La surveillance à base communautaire des maladies prioritaires au Sénégal

Leçons apprises dans les districts pilotes

mai 2018



La surveillance à base communautaire des maladies prioritaires au Sénégal

Leçons apprises dans les districts pilotes

Alioune Badara Ly, MD
Jenny Mwanza, MPH
Doudou Diop, MD
Judith Nguimfack Tsague, MSPH

mai 2018

MEASURE Evaluation
University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina 27516
Phone: +1-919-445-9359
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-18-247 FR

ISBN : 978-1-64232-025-1



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 Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), pour les succès de l'initiative de la surveillance à base communautaire (SBC).

Nous remercions tout particulièrement Dr Alioune Badara Ly du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire à Dakar, Sénégal (COUS), qui a partagé une vision claire du potentiel de la surveillance communautaire pour la détection précoce des maladies prioritaires afin de prévenir et de contrôler les épidémies de maladies infectieuses.

Merci à Dr Boly Diop de la Direction de la Prévention (DP), et Dr Ibrahima Sonko du COUS, qui ont renforcé les concepts de la gestion des alertes de maladies par les acteurs traditionnels de la surveillance et à Elhadji Mamadou Mbengue, informaticien du COUS, qui a configuré le logiciel mInfoSanté pour permettre l'envoi des alertes par SMS (Short Message Service) et la visualisation des indicateurs en ligne. Dr Abdoulaye Diaw, de la Division du Système d'Information Sanitaire et Social (DSISS), le Dr Khady Seck de la Cellule de la Santé Communautaire, Mouhamadou Lamine Mbaye de la Cellule Informatique et Bineta Bocoum Sarr du COUS ont également contribué de manière importante à notre projet.

Nous remercions Dr Seynabou Ndiaye et Dr Abib Ndiaye, les médecins chefs de régions de Saint-Louis et Tambacounda respectivement, pour leur leadership et l'assistance apportée aux équipes des districts. Nous remercions également les Médecins Chef de Districts : Dr Babacar Gueye, de Tambacounda, Dr Kalidou Ba, de Koumpentoum, Dr Mame Late Mbengue, de Podor, et Dr Bayal Cissé, de Pété, qui ont assuré la coordination générale et la mise en œuvre sur le terrain des formations en cascade, des réunions d'analyse des données et des supervisions formatives. Les infirmiers chef de poste de santé (ICP) pour tous les efforts et le temps mis à contribution pour la formation et la supervision des Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC), mais aussi pour leur engagement constant à la bonne marche de la surveillance à base communautaire. Nous voudrions aussi reconnaître les efforts remarquables des membres des CVAC qui ont investi de leur temps et intérêt pour rendre possible l'alerte précoce au niveau de la communauté.

Nous aimerions également remercier Ana Djapovic Scholl de l'USAID à Washington, Dr Philippe Mutwa de l'USAID à Dakar et Dr Jerlie Loko Roka des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) à Dakar pour leur soutien continu et leurs contributions au renforcement des systèmes de surveillance communautaires au Sénégal.

Merci à Jenny Mwanza, Allison Connolly, Sandhya Sukumaran et Scott Moreland de MEASURE Evaluation à Chapel Hill, et Judith Nguimfack Tsague et Dr Doudou Diop de MEASURE Evaluation à Dakar qui ont apporté un soutien technique au MSAS. Nos remerciements à Ann Fitzgerald de MEASURE Evaluation à l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill (UNC) qui a assuré la coordination globale du portefeuille.

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

Citation suggérée: Ly, A.B., Mwanza, J., Diop, D., & Nguimfack Tsague, J. (2018). La surveillance à base communautaire des maladies prioritaires au Sénégal : Leçons apprises dans les districts pilotes. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina at Chapel Hill

Photo de couverture par Xavier Dammon

TABLE DES MATIÈRES

Abbreviations.....	7
Résumé Exécutif.....	8
Introduction.....	9
Mise en Oeuvre.....	10
Résultats.....	15
Défis et Recommandations.....	16
Conclusion.....	20
Annexe.....	21

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Objectifs d'apprentissage des CVAC.....	11
Tableau 2. Objectifs d'apprentissage des ICP.....	11
Tableau 3. Formation en cascade.....	12
Tableau 4. Réunion d'analyse de données.....	13
Tableau 5. Visites de supervisions formatives.....	13
Tableau 6. Indicateurs de la SBC (au 13 Mars 2018).....	14

ABBREVIATIONS

ACS	acteur(s) communautaires de santé
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
CSC	Cellule de la Santé Communautaire
CVAC	Comité(s) de Veille et d'Alerte Communautaire
DHIS 2	District Health Information Software - version 2
DP	Direction de la Prévention
DSISS	Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
ECD	équipe(s) cadre du district
GTT	groupe technique de travail
ICP	infirmier(s)/infirmière(s) chef de poste de santé
MCD	médecin(s) chef de district
MCR	médecin(s) chef de région
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PON	procédures opérationnelles normalisées
RSI	Règlement Sanitaire International
SBC	surveillance à base communautaire
SMI	santé maternelle et infantile
SIMR	surveillance intégrée de la maladie et la riposte
SMS	Short Message Service
SNEIPS	Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé
UNC	University of North Carolina / Université de Caroline du Nord
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	L'Agence des États-Unis pour le développement international

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal a lancé la surveillance à base communautaire (SBC) en 2016 avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

MEASURE Evaluation a fourni un appui technique pour la mise en œuvre de la phase pilote de la SBC dans quatre districts dans les régions de Saint-Louis et de Tambacounda. L'objectif global de cette initiative était de réduire le délai entre l'apparition des symptômes et la réponse du système sanitaire, dans le but de prévenir des épidémies de maladies infectieuses.

Ensemble, nous avons créé du matériel didactique pour la SBC, personnalisé la plateforme mHealth pour les notifications par SMS (Short Message Service) et la gestion des données, développé des procédures opérationnelles normalisées (PON) pour l'analyse des données et des *checklists* pour la supervision formative. Au total, 16 membres des équipes cadres du district (ECD), 106 infirmiers et infirmières chef de poste de santé (ICP) et 2 094 acteurs de santé communautaire (ACS) ont été formés pour mettre en œuvre la SBC.

À la date du 13 mars 2018, 360 alertes sur les maladies prioritaires ont été envoyées par SMS par les Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC), dont 72% ont fait l'objet d'une investigation par les ICP. Parmi les alertes investiguées, 43% ont été classées par les ICP comme correspondant aux symptômes cliniques des maladies prioritaires sous surveillance et devant être rapportées au district en tant que cas suspects. Dans ce rapport, nous décrivons le projet pilote de la mise en œuvre de la SBC, les résultats préliminaires ainsi que des recommandations pour soutenir un système de surveillance des maladies prioritaires au niveau communautaire.

INTRODUCTION

Face à la menace des maladies émergentes et pandémiques, la SBC est devenue une priorité pour les gouvernements, et les agences et bailleurs de fonds dans les pays en voie de développement. Au cours de la récente épidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, le Sénégal a eu un cas et a été en mesure d'en prévenir d'autres grâce à la riposte rigoureuse des autorités sanitaires. Avec l'augmentation de la couverture du réseau mobile au Sénégal, les communautés peuvent s'impliquer davantage dans le système de surveillance si elles sont formées à utiliser des téléphones portables pour envoyer des alertes aux professionnels de la santé sur des cas potentiels de maladies.

Plusieurs facteurs favorisent la mise en place de la SBC au Sénégal. Une évaluation faite en 2016 sur la capacité du Sénégal à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (RSI) a recommandé de renforcer la notification en temps réel des alertes et le suivi des épidémies éventuelles par la communauté. Le MSAS a intégré cette recommandation dans le nouveau Plan Stratégique National de Surveillance Intégrée des Maladies et de Riposte (SIMR), qui fait de la SBC une priorité nationale (2017-2021). La direction du COUS a acquis une expertise dans la gestion des données sur les épidémies de la maladie à virus Ebola en utilisant une plateforme mHealth appelée mInfoSanté qui a été soutenue par l'UNICEF. Par ailleurs, le MSAS a formé plus de 2 000 Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC) pour renforcer la santé maternelle et infantile (SMI). Ces CVAC étaient bien placés pour mettre en œuvre une initiative de détection précoce des maladies au sein des communautés.

Sous la direction du COUS, MEASURE Evaluation, financé par l'USAID, a apporté un soutien technique à la mise en œuvre du projet pilote de mise en œuvre de la SBC dans quatre districts dans les régions de Saint-Louis et Tambacounda. L'objectif global de cette initiative était de réduire le délai entre l'apparition des symptômes et la réponse du système sanitaire, dans le but de prévenir les épidémies de maladies infectieuses.

Dans ce rapport, nous décrivons le projet pilote de mise en œuvre de la SBC, les résultats préliminaires, ainsi que des recommandations pour soutenir un système de surveillance des maladies prioritaires au niveau communautaire. La SBC va permettre aux CVAC de détecter les symptômes des maladies prioritaires au sein de la communauté d'assurer une prise en charge rapide des cas et permettre aux équipes cadre de district (ECD) de mener des investigations qui contribueront à la lutte contre les maladies et à la prévention.

MISE EN ŒUVRE

Développement du guide de surveillance communautaire

Le MSAS, sous la direction du COUS, a initié le processus de développement d'un système de SBC en 2016. Le COUS — avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le CDC et l'USAID — en collaboration avec la Direction de la Prévention (DP), la Cellule de Santé Communautaire (CSC) et le Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé (SNEIPS) a réalisé une adaptation du guide SIMR pour une application au niveau communautaire. Le groupe de travail technique (GTT) a mis au point un guide national de la SBC pour les huit maladies et affections prioritaires (la rougeole, la diarrhée sanglante, le tétanos néonatal, la méningite, la fièvre jaune, la paralysie flasque aiguë, le choléra et la fièvre hémorragique). Le guide explique les définitions de cas communautaires qui sont accompagnées d'images ainsi que les techniques de communication requises pour les acteurs communautaires.

Institutionnalisation des CVAC

Les CVAC ont été formés en 2015 par la CSC pour accompagner les initiatives de la SMI dans la communauté. Le CVAC est un groupe composé des 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 décidé d'élargir le mandat du CVAC afin d'inclure la détection des maladies prioritaires au niveau communautaire et d'alerter les infirmiers et infirmières chef de poste de santé (ICP).

Sélection des districts d'intervention

Plusieurs facteurs ont été pris en compte lors de la sélection des districts pour participer au projet pilote de la SBC. Premièrement, les districts devaient être parmi les régions bénéficiant du soutien de l'USAID, notamment Saint-Louis, Matam, Tambacounda, Kédougou, Kolda, Sédhiou et Ziguinchor. Ensuite ont été examinés le nombre de CVAC fonctionnels, l'exhaustivité des rapports hebdomadaires SIMR via le logiciel d'information sanitaire de district (DHIS 2) et l'épidémiologie des huit maladies prioritaires.

Personnalisation des solutions d'informatique

La plateforme mInfoSanté qui est utilisée pour améliorer la communication avec les postes de santé a été identifiée comme la meilleure option pour la SBC. MEASURE Evaluation a soutenu la collecte des spécifications et la configuration du logiciel. Les téléphones portables basiques dédiés aux CVAC et les *smartphones* dédiés aux ICP ont été achetés et les SMS entre les CVAC et les ICP ont été financés par un contrat établi par l'UNICEF avec les réseaux de télécommunication. Les *smartphones* permettent avec une connexion Internet de visualiser les tableaux de bord de la SBC.

Adaptation du matériel didactique

Le matériel didactique a été dérivé du guide national de la SBC et comprenait un guide du facilitateur ainsi que des documents adaptés pour les participants. Les matériaux étaient interactifs et adaptés à l'audience. Des graphiques ont été inclus pour démontrer les rôles et les responsabilités des différents acteurs dans le système de surveillance. Si disponibles, des images ont été incluses dans les fiches de travail aux côtés des définitions de cas communautaires des maladies prioritaires. Le matériel didactique a été validé par le COUS afin d'être utilisé dans les formations à la SBC dans les districts pilotes. La méthodologie de formation des formateurs exige que les ICP soient d'abord formés sur tous les sujets de la SBC, afin qu'ils puissent reproduire la formation. Les principaux éléments de la formation pour les membres du CVAC étaient les définitions de cas pour les alertes communautaires des maladies prioritaires, les techniques de communication avec les personnes de la communauté et les procédures opérationnelles normalisées (PON) pour la SBC. En outre, le CVAC a été formé à l'utilisation des téléphones portables basiques pour envoyer des SMS d'alerte aux ICP via la plateforme mInfoSanté. (Voir Tableau 1 et Tableau 2.)

Tableau 1. Objectifs d'apprentissage des CVAC

Comprendre le rôle du CVAC dans la SBC
Maîtriser les manifestations des 8 maladies prioritaires
Comprendre la conduite à tenir devant un(e) malade
Citer quelques bonnes pratiques de la communication lors d'une visite à domicile
Envoyer des SMS avec les téléphones portables basiques
Interpréter les indicateurs de la SBC
Remplir le registre des CVAC

Tableau 2. Objectifs d'apprentissage des ICP

Maîtriser les outils nécessaires pour la SBC
Accéder aux tableaux de bord de mInfoSanté et du DHIS 2
Maîtriser les rôles et responsabilités de la communauté, de la structure sanitaire et du district

Les ICP ont reçu une formation pour maîtriser, le contenu de la formation destinée aux CVAC, et d'autres compétences pour s'assurer qu'ils seront en mesure de gérer la SBC. Ces compétences comprenaient comment remplir les registres papier ou encore comment accéder aux tableaux de bord en ligne pour visualiser les indicateurs de la SBC. En outre, des sessions spécifiques traitaient des rôles et responsabilités du CVAC vis-à-vis des ICP et des ECD.

Réalisation de la formation en cascade

La formation en cascade a été initiée par un atelier national de trois jours qui a réuni le niveau central (MSAS), les régions médicales et les districts sanitaires de Tambacounda, Koumpentoum, Pété et Podor. Par la suite, les ECD ont organisé des ateliers de trois jours pour former les ICP avec l'appui des formateurs des niveaux central et régional. À la fin de chaque formation au niveau du district, un calendrier a été établi pour veiller à ce que chaque ICP organise une formation de deux jours pour les CVAC de son poste de santé, avec le soutien des ECD. (Voir Tableau 3.)

Tableau 3. Formation en cascade

Région	District	ICP	CVAC	ACS
Saint-Louis	Podor	33	64	632
Saint-Louis	Pété	32	60	479
Tambacounda	Tambacounda	23	64	511
Tambacounda	Koumpentoum	18	59	472
Total		106	247	2094

Mise en service du système mInfoSanté

Après la première série de formation de CVAC dans le district de Tambacounda, la composante communautaire du système mInfoSanté a été mise en service et a reçu sa première alerte (de méningite) dans le district de Podor le 31 octobre 2017. Pendant que les formations des CVAC se poursuivaient dans les autres districts, des alertes supplémentaires ont été envoyées. Au cours du premier mois, six alertes ont été envoyées, mais seulement deux (33%) alertes ont fait l'objet d'une enquête par les ICP. Pour résoudre ces problèmes de performance et clarifier les rôles et responsabilités de chaque acteur, des réunions d'analyse de données et des supervisions formatives ont été organisées.

Organisation de réunions d'analyse de données

Après l'achèvement des formations, les ECD ont organisé des réunions d'analyse de données afin d'examiner les données de la SBC avec les ICP. Les analyses de données ont été préparées par les points focaux de surveillance avec l'appui de MEASURE Evaluation. La performance de tous les acteurs a été revue en visualisant les données suivantes :

1. CVAC :
 - a. Nombre d'alertes envoyées aux ICP
 - b. Proportion de cas suspects parmi les alertes investiguées
2. ICP :
 - a. Proportion d'alertes investiguées
 - b. Proportion d'alertes investiguées dans les 48 heures
3. Point focal de surveillance du district :
 - a. Proportion de cas suspects pour lesquels un échantillon a été prélevé
 - b. Proportion de cas suspects confirmés

Les données de la SBC provenant de mInfoSanté ont été croisées avec des rapports SIMR hebdomadaires des ICP collectés par le DHIS 2. Les discussions ont porté sur la contribution de la SBC pour réduire le délai entre l'apparition des symptômes et l'investigation des alertes de maladies à potentiel épidémique. (Voir Tableau 4.)

Tableau 4. Réunion d'analyse de données

Région	District	Dates	ECD	ICP
Saint-Louis	Podor	2 février 2018	4	32
Saint-Louis	Pété	3 février 2018	6	31
Tambacounda	Tambacounda	5 mars 2018	4	23
Tambacounda	Koumpentoum	6 mars 2018	3	14
Total			17	100

Organisation de supervisions formatives

Des visites de supervisions formatives ont été effectuées par les ECD avec le soutien de l'équipe MEASURE Evaluation. Les ECD ont d'abord supervisé les ICP, puis les ICP et les ECD ont visité le CVAC détenteur du téléphone. La supervision visait prioritairement les ICP qui avaient des alertes communautaires non-investiguées. Les superviseurs ont également permis de réviser les définitions de cas avec les CVAC et clarifier les rôles et les responsabilités des ICP. (Voir Tableau 5.)

Tableau 5. Visites de supervisions formatives

Région	District	Date de début	Date de fin	ECD	ICP supervisé(e)s
Saint-Louis	Podor	25 janvier 2018	19 mars 2018	2	27
Saint-Louis	Pété	20 février 2018	12 mars 2018	4	25
Tambacounda	Tambacounda	28 janvier 2018	9 mars 2018	1	23
Tambacounda	Koumpentoum	21 février 2018	2 mars 2018	3	18
Total				10	93

RÉSULTATS

Les formations de CVAC ont débuté le 25 septembre 2017 et se sont terminées le 19 janvier 2018. A la date du 13 mars 2018, un total de 360 alertes ont été envoyées par SMS aux ICP via la plateforme mInfoSanté. Parmi celles-ci, 259 (72%) alertes communautaires ont été investiguées par les ICP, ce qui a nécessité une visite à la communauté pour évaluer les symptômes du/de la patient(e) afin de déterminer si ceux-ci répondaient à la définition de cas clinique. Au total, 206 investigations (57%) ont été menées dans le délai recommandé de 48 heures. En effet, 112 (43%) des alertes communautaires investiguées ont été jugées comme correspondant à la définition de cas clinique et ont été considérées comme de vrais cas suspects, justifiant la collecte d'échantillons pour le laboratoire. Les détails des alertes, des enquêtes et des cas suspects désagrégés par maladie sont présentés dans l'annexe. (Voir Tableau 6.)

Tableau 6. Indicateurs de la SBC (au 13 mars 2018)

	Podor	Pété	Tambacounda	Koumpentoum	Total
Alertes envoyées par les CVAC	70	48	128	114	360
Investigation d'alertes effectuées par l'ICP	30	34	113	82	259
Investigation d'alertes effectuées par l'ICP dans les 48 heures	22	31	84	69	206
Cas suspects parmi les alertes investiguées	13	7	49	43	112
Proportion d'alertes investiguées	43%	71%	88%	72%	72%
Proportion d'alertes investiguées dans les 48 heures	31%	65%	66%	61%	57%
Proportion de cas suspects parmi les alertes investiguées	43%	21%	43%	52%	43%

DÉFIS ET RECOMMANDATIONS

Comités de Veille et d'Alerte Communautaire

Les listes des CVAC par poste de santé qui étaient disponibles au niveau central n'étaient pas les mêmes que les listes des CVAC disponibles au niveau du district. De plus, la distinction entre les CVAC établis et les CVAC opérationnels n'était souvent pas claire. Malheureusement, les PON de sélection des (ACS) comme membres du CVAC n'étaient souvent pas suivis, et le rôle de l'ACS n'était parfois pas clair pour les membres de la communauté. Enfin, les réunions de coordination communautaire dirigées par le président du CVAC et les réunions de supervision du CVAC menées par l'ICP étaient irrégulières. En plus de ces défis opérationnels, la nature verticale des programmes à l'échelle nationale a entraîné une approche de gestion des CVAC fragmentée.

Recommandations:

- Renforcer les capacités de suivi et d'évaluation de la CSC
- Proposer des critères de sélection des membres des CVAC
- Proposer le nombre de personnes que doit composer un CVAC fonctionnel
- Proposer des critères minimums pour déterminer si les CVAC sont fonctionnels
- Revoir les PON pour la sélection des ACS afin de s'assurer qu'ils sont applicables au niveau de la communauté
- Renforcer la capacité des ICP à assurer la supervision des CVAC et à convoquer des réunions de coordination

Matériel didactique communautaire

Des investissements considérables ont été consacrés à la conception de matériels didactiques appropriés pour les ICP; cependant, le matériel didactique n'était pas spécifiquement adapté au CVAC. Les ACS ne maîtrisaient pas toujours le français, et avaient souvent de la difficulté à lire et n'étaient peut-être pas familier(e)s à l'usage des téléphones portables. De plus, le matériel distribué n'était pas suffisamment durable et se détériorait rapidement.

Recommandations:

- Organiser un groupe de discussion qualitatif avec le CVAC pour identifier les points à améliorer
- Simplifier les concepts et traduire le matériel didactique dans les langues locales
- Créer un aide-mémoire avec des illustrations ou des images pour améliorer la compréhension
- S'assurer que suffisamment de temps est dédié à la pratique de l'usage de téléphones portables
- Améliorer le matériel didactique pour qu'il soit plus résistant et durer plus longtemps.

Accès au téléphone et à l'Internet

Bien que les réseaux téléphoniques commerciaux dans les zones rurales du Sénégal continuent de s'étendre, certains défis existent pour un système d'alerte qui repose sur les SMS. Les ACS ont affirmé avoir envoyé des messages SMS afin de communiquer une alerte de maladie prioritaire qui n'a jamais été reçu par l'ICP. De telles erreurs peuvent être dues à l'instabilité du réseau ou bien à une mauvaise manipulation du téléphone. En outre, aucun réseau ne garantit une couverture nationale. Par conséquent, différentes régions ont besoin de fournisseurs de services téléphoniques différents ce qui implique aussi de nombreux contrats différents pour s'assurer que les utilisateurs finaux ne soient pas soumis à des frais de SMS. Les fournisseurs

de services téléphoniques commerciaux étaient réticents à fournir des cartes SIM institutionnelles aux ACS, compte tenu de la réglementation gouvernementale relative à l'enregistrement de tous les numéros de téléphone avec une carte d'identité. Au cours du projet pilote, MEASURE Evaluation n'a pas été en mesure d'obtenir le nombre de cartes SIM requis. En conséquence, les CVAC ont accepté d'enregistrer leur numéro de téléphone personnel. Si un CVAC s'absentait de son village, la communauté n'avait pas de mécanisme pour envoyer une alerte de maladie. Enfin, l'accès à Internet n'a pas été universellement fourni aux postes de santé ni aux districts. Par conséquent, il était difficile pour les ICP et les points focaux de surveillance du district d'avoir accès au site web de mInfoSanté pour visualiser les tableaux de bord de la SBC.

Recommandations:

- Vérifier si les téléphones portables basiques indiquent qu'un message a été envoyé lorsque le réseau est instable
- Clarifier ce que le CVAC devrait faire lorsque le réseau est instable et qu'il devient impossible d'envoyer un message — idéalement, cela se ferait à travers des exercices pratiques pendant la formation
- Analyser les frais associés aux contrats des fournisseurs de services téléphoniques afin de déterminer la durabilité de la communication par SMS gratuite entre le CVAC et les ICP
- Envisager de fournir un accès permanent à l'Internet aux districts et aux ICP via *smartphone*

Nombre de téléphones par CVAC

Initialement, le plan de mise en œuvre de la SBC recommandait qu'un téléphone portable basique soit alloué au président de chaque CVAC. Cette stratégie visait à s'assurer que les alertes de maladie détectées par le CVAC seraient examinées par le président avant d'être communiquées à l'ICP. Il a été supposé que le président du CVAC a un niveau d'éducation plus élevé que celui des ACS, ce qui contribuerait à ce qu'il puisse détecter une proportion plus élevée de cas jugés suspects parmi les alertes de maladies. Cependant, si la SBC vise à réduire le délai entre l'apparition des symptômes et la réponse du système sanitaire, le CVAC devrait rechercher activement les cas de maladie lors des visites à domicile. Si nous limitons la possibilité des ACS à communiquer les alertes eux-mêmes en les obligeant à passer par le président du CVAC, nous empêchons la capacité du CVAC à alerter lorsqu'il est géographiquement loin du téléphone. Par ailleurs, l'achat d'un téléphone portable basique d'une valeur d'environ 6,000 F CFA pour chaque CVAC formé ne représente pas un coût supplémentaire important en plus du coût actuel de 16,000 F CFA par personne pour la formation en SBC.

Recommandations:

- Envisager de distribuer un téléphone portable basique par village
- Envisager de distribuer un téléphone portable basique par ACS
- Envisager d'acquérir des téléphones basiques supplémentaires pour les cas de vol, de perte ou de détérioration

Suivi des alertes

Dans certains cas, quand l'ICP a reçu une alerte du CVAC, l'ICP a hésité à visiter le village pour évaluer les symptômes du malade car cette investigation était considérée par les ICP comme une responsabilité supplémentaire ne relevant pas des fonctions habituelles des ICP. Les ICP ont régulièrement demandé des fonds supplémentaires pour compenser les coûts de transport pour mener des investigations dans les villages. De plus, les ICP n'ont pas encore systématiquement organisé des réunions mensuelles sur la santé communautaire pour réviser les activités du CVAC. Ces réunions devraient servir à relever les défis, trouver les solutions, et renforcer la formation du CVAC. Le contenu d'une telle réunion ne devrait pas être limité à la SBC mais devrait de préférence inclure tous les domaines de la santé communautaire.

Recommandations:

- Inciter les ICP à visiter les villages lorsque les alertes de maladies prioritaires sont signalées par le CVAC dans les 48 heures
- Inciter les ICP à organiser des réunions de coordination mensuelles intégrées avec le CVAC et à notifier ces réunions
- Envisager la formation des adjoints des ICP, qui dans la plupart des cas sont des sages-femmes, pour assurer le suivi en cas d'absence ou d'indisponibilité de l'ICP

Équipes Cadre du District

La mise en place réussie de la SBC dans le district pourrait être attribuée à une forte intégration des activités de la SBC sous la responsabilité de l'ECD. Le leadership, la coordination et les conseils techniques étaient nécessaires pendant les formations ; les réunions d'analyse de données et les visites de supervisions formatives étaient nécessaires pour le suivi. Par contre, dans certains cas, ces activités ont connu des retards importants en raison des priorités concurrentes et des négociations budgétaires.

Recommandations:

- Inciter les ECD à superviser les ICP qui n'effectuent pas les visites d'investigation d'alertes dans les 48 heures
- Inciter les ECD à intégrer la SBC dans les visites de supervision régulières des ICP
- Inciter les ECD à inclure un point sur la SBC dans les réunions mensuelles de coordination avec les ICP

Analyse et utilisation des données

Pour que la SBC soit fonctionnelle, il est essentiel que les ECD interagissent régulièrement avec cette nouvelle source de données de surveillance. Il est conseillé de croiser les données SBC sur mInfoSanté avec les rapports SIMR hebdomadaires du DHIS 2. Au cours de la phase pilote, nous avons relevé trois défis liés aux données de surveillance.

1. *Les alertes qui n'ont pas fait l'objet d'investigations et qui ne sont pas été signalées par le poste de santé* : les ICP ne se sont pas rendus au village pour évaluer les symptômes du malade. Cela présente un problème potentiel pour la prise en charge du malade : le patient peut mourir dans la communauté sans jamais être vu dans l'établissement de santé ou peut infecter d'autres personnes parce que les mesures de contrôle appropriées n'ont pas été mises en place.

ICP (SIMR via DHIS 2)	CVAC (SBC via mInfoSanté)						
<table border="1"><thead><tr><th>Suspect</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td></tr></tbody></table>	Suspect	0	<table border="1"><thead><tr><th>Suspect</th><th>Alerte</th></tr></thead><tbody><tr><td>n/a</td><td>1</td></tr></tbody></table>	Suspect	Alerte	n/a	1
Suspect							
0							
Suspect	Alerte						
n/a	1						

2. *Les alertes qui ont fait l'objet d'une investigation ne sont pas signalées par le poste de santé* : les ICP se sont rendus au village, ont examiné les symptômes du malade et ont classifié le patient comme un cas suspect. Cependant, ce cas suspect n'a pas été notifié via le rapport hebdomadaire SIMR du poste de santé dans le DHIS 2.

ICP (SIMR via DHIS 2)		CVAC (SBC via mInfoSanté)						
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Suspect</th></tr> <tr><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">0</td></tr> </table>	Suspect	0	<	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Suspect</th><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Alerte</th></tr> <tr><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</td><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">2</td></tr> </table>	Suspect	Alerte	1	2
Suspect								
0								
Suspect	Alerte							
1	2							

3. *Les cas suspects ne sont pas détectés par la communauté* : Un potentiel cas présentant des symptômes des maladies prioritaires a échappé à la vigilance de l'ACS. Cela représente un problème potentiel car les cas suspects peuvent se présenter directement dans l'établissement de santé. Le délai entre l'apparition des symptômes et la prise en charge des cas par l'ICP peut entraîner la mort ou l'exposition de personnes supplémentaires à la maladie infectieuse.

ICP (SIMR via DHIS 2)		CVAC (SBC via mInfoSanté)						
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Suspect</th></tr> <tr><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</td></tr> </table>	Suspect	1	>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Suspect</th><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Alerte</th></tr> <tr><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">n/a</td><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">0</td></tr> </table>	Suspect	Alerte	n/a	0
Suspect								
1								
Suspect	Alerte							
n/a	0							

Lorsque la SBC sera pleinement fonctionnelle, la plupart des cas suspects signalés via les rapports hebdomadaires SIMR sur le DHIS 2 pourront d'abord être envoyés en tant qu'alertes de la SBC (via mInfoSanté). De même, toutes les alertes de la SBC (via mInfoSanté) classifiées comme des cas suspects devront être signalées dans les rapports hebdomadaires SIMR du DHIS 2. Par conséquent, les alertes de la SBC doivent être égales ou supérieures aux cas suspects de la SBC, et les cas suspects de la SBC doivent être égaux aux cas suspects du SIMR.

ICP (SIMR via DHIS 2)		CVAC (SBC via mInfoSanté)						
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Suspect</th></tr> <tr><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</td></tr> </table>	Suspect	1	=	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Suspect</th><th style="background-color: #8B4513; color: white;">Alerte</th></tr> <tr><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</td><td style="font-size: 24px; font-weight: bold;">2</td></tr> </table>	Suspect	Alerte	1	2
Suspect								
1								
Suspect	Alerte							
1	2							

Recommandations:

- Encourager les ECD à consulter régulièrement les tableaux de bord de mInfoSanté pour s'assurer que les alertes de maladies prioritaires sont examinées rapidement
- Encourager les ECD à croiser les alertes de la SBC dans mInfoSanté avec les rapports hebdomadaires SIMR du DHIS 2
- Encourager les ECD à intégrer l'analyse des données de la SBC dans les réunions de surveillance mensuelles avec les ICP

Pérennité du système

Pour assurer la pérennité de la SBC il est nécessaire que les informaticiens du MSAS soient encouragés à maintenir le logiciel mInfoSanté afin de répondre aux requêtes éventuelles des utilisateurs, résoudre les « bugs » et assurer des mises à jour. En plus des compétences des informaticiens, il faudra trouver une source de financement durable pour soutenir le coût des SMS et garantir l'accès internet au niveau des districts.

Recommandations:

- Encourager le MSAS à renforcer les capacités des informaticiens pour faciliter l'utilisation et la maintenance de mInfoSanté
- Encourager la MSAS à établir des contrats avec les opérateurs des réseaux de télécommunication pour assurer la communication par SMS pour les CVAC/ICP et l'internet pour les ECD.
- Envisager une négociation de partenariat public-privé avec les opérateurs des réseaux de télécommunication pour réduire le coût des SMS.

CONCLUSION

Interprétation des résultats

Pendant la phase pilote de la SBC dans quatre districts du Sénégal, 360 alertes des maladies prioritaires ont été envoyées par les CVAC. Chacune des 260 alertes investiguées a présenté une opportunité pour l'ICP de s'engager dans le renforcement de la compréhension des symptômes des maladies prioritaires par l'ACS ainsi que des procédures à suivre face à une maladie infectieuse éventuelle. À la date du 13 mars 2018, 55 alertes de la rougeole avaient fait l'objet d'une investigation dans le district de Tambacounda qui a révélé 11 cas suspects selon la définition clinique (voir le tableau d'annexe). Nous prévoyons que la gestion des cas de ces maladies prioritaires s'améliorera, de même que la capacité des ECD à organiser plus rapidement des investigations et à mettre en place des mesures de prévention. L'enthousiasme pour la SBC au Sénégal augmentera lorsque les autorités de santé publique auront vu comment la détection des maladies prioritaires au niveau communautaire et leur notification en temps réel améliore la prévention et le contrôle des épidémies.

Questions pour une réflexion plus approfondie

Cette phase pilote visait à mettre en place un système d'alerte précoce au niveau communautaire et a révélé certaines faiblesses du système de surveillance actuel au sein duquel les ICP envoient des rapports hebdomadaires SIMR au district. Les ICP jouent un rôle important au cœur de la surveillance : nous comptons sur les ICP pour s'engager activement avec le CVAC dans l'amélioration de la complétude et de la promptitude de leurs rapports hebdomadaires SIMR sur les cas suspects. Malgré des efforts considérables pour renforcer le système SIMR, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour motiver les postes de santé « silencieux » qui ont effectivement arrêté de déclarer les cas suspects. Les ICP de ces mêmes postes négligent également de mener des investigations sur les alertes communautaires. Manifestement, le suivi des alertes communautaires représente une « nouvelle » responsabilité pour les ICP. Les ECD devront déterminer les ressources nécessaires pour que les ICP puissent améliorer leur performance par rapport à la surveillance du point de vue global.

Recherches nécessaires

Malgré le potentiel de la SBC pour la détection précoce et l'éventuelle prévention des épidémies de maladie infectieuse en Afrique, les protocoles internationaux sont à présent insuffisants. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur la manière de sélectionner des maladies prioritaires communautaires, sur l'adaptation des définitions de cas cliniques pour la détection par les acteurs communautaires et sur la terminologie pour la classification des cas alertés par la communauté. Les ACS sans formation médicale ne peuvent pas être soumis aux mêmes normes que les ICP. En effet, chaque aspect du système de surveillance doit être adapté à son contexte. Actuellement, les principes de la surveillance basée sur les événements sont mal compris et la surveillance de routine basée sur des indicateurs, au sein de laquelle les ICP rapportent régulièrement, n'est pas un modèle qui peut facilement être appliqué au niveau communautaire. Par conséquent, les indicateurs de performance qui mesurent la contribution des acteurs communautaires aux systèmes de surveillance globaux devraient être validés et figurer dans les documents normatifs du MSAS avant la mise à l'échelle.

Perspectives

Cette initiative pilote de mise en œuvre de la SBC dans quatre districts du Sénégal a relevé et surmonté des défis importants, et l'impact de la SBC sur le système de surveillance global commence tout juste à se faire sentir. L'espoir est que les leçons apprises puissent être appliquées aux futures initiatives du MSAS pour élargir le champ d'application de la SBC afin d'inclure à la fois la détection d'événements inhabituels ainsi que les zoonoses dans les populations animales.

ANNEXE

Tableau d'annexe : Alertes de maladies prioritaires par les CVAC (au 13 mars 2018)

	Tamba			Koumpentoum			Podor			Pété		
	Alerte	Invest.	Suspect	Alerte	Invest.	Suspect	Alerte	Invest.	Suspect	Alerte	Invest.	Suspect
Diarrhée sanglante	51	46	32	59	45	38	43	15	11	26	17	7
Méningite	0	0	0	4	2	1	2	1	0	2	2	0
Rougeole	64	55	11	40	26	0	9	4	2	9	7	0
Fièvre jaune	8	7	6	9	7	4	5	2	0	6	4	0
Tétanos néonatal	0	0	0	0	0	0	3	1	0	4	3	0
Paralyse flasque	3	3	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
Choléra	1	1	0	2	2	0	4	3	0	1	1	0
Ebola	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Total	128	113	49	114	82	43	70	30	13	48	34	7

Invest. = investigué

MEASURE Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill

123 West Franklin Street, Suite 330

Chapel Hill, North Carolina 27516

Phone: +1-919-445-9359

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-18-247 FR

ISBN : 978-1-64232-025-1

