



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

Proposition d'un modèle dans une approche "Une Seule Santé"

septembre 2019

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

Proposition d'un modèle dans une approche "Une Seule Santé"

septembre 2019

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

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en oeuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. TR-19-369 FR

ISBN: 978-1-64232-187-6



REMERCIEMENTS

L'équipe du projet MEASURE Evaluation, avec l'appui de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), tient à remercier le Haut Conseil National pour la Sécurité Sanitaire Mondiale (HCNSSM) One Health pour la coordination des interventions des parties prenantes nécessaires à la réussite de ce projet. Nous remercions tout particulièrement le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), le Ministère de l'Élevage et des Productions Animales (MEPA), ainsi que le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD), pour leur contribution importante à la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire (SBC) dans le cadre de l'approche « Une Seule Santé » dans les six districts pilotes.

Nos remerciements s'adressent également aux Docteurs Ousmane Fall et Seynabou Diack, directeurs respectifs des Services Régionaux de l'Élevage de Tambacounda et Saint-Louis, ainsi qu'aux directeurs des Services Départementaux de l'Élevage Yoro Diaw, de Podor, Papa Mbaye Diao, de Tambacounda, Papa Anoune Sall, de Koumpentoum et Mame Birame Bodian, de Bakel.

Nous remercions les Docteurs Bayal Cissé et Seynabou Ndiaye, les médecins-chefs de régions de Tambacounda et Saint-Louis, respectivement

Nous désirons également remercier les docteurs des districts : les Docteurs Kalidou Ba, de Koumpentoum, Tidiane Gadiaga, de Tambacounda, Omar Ghindo Diop, de Kidira, Doudou Diallo, de Bakel, Mame Late Mbengue, de Podor, et Mamadou Ndiaye, de Pété, qui ont pris toutes les mesures nécessaires pour la mise en œuvre adéquate du projet dans leur district respectif.

Nous remercions aussi le Docteur Philippe Mutwa, d'USAID à Dakar, pour son soutien et sa contribution à la réalisation de ce projet.

Ce rapport a été rendu possible par Sandhya Sukumaran, Allison Connolly et Scott Moreland, de l'équipe MEASURE Evaluation de Chapel Hill, en Caroline du Nord, États-Unis, et par Judith Nguimfack Tsague, Tafsir Abdoulaye Thiam et Doudou Diop, de l'équipe MEASURE Evaluation de Dakar, pour leur soutien technique à la mise en œuvre de ce projet.

Enfin, nous tenons à remercier l'équipe de communication de MEASURE Evaluation, de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, pour leurs services de rédaction, de mise en page et de production.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Figures	5
Tableaux	5
Abréviations.....	6
Contexte	7
Préparation de la SBC	8
Sélection des districts pilotes.....	8
Élaboration des définitions de cas communautaires	8
Élargissement de la plateforme mobile mInfoSanté	8
Organisation des agents communautaires.....	9
Formations et matériel didactique.....	9
Mise en œuvre de la SBC.....	10
Schéma de la surveillance communautaire.....	10
Réunions d'analyse des données.....	11
Défis et recommandations pour poursuivre et améliorer la SBC	12
Agents communautaires.....	12
Envoi et réception de messages.....	13
Vérification des signaux	13
Investigation conjointe.....	13
Confirmation par le laboratoire	14
La surveillance à base communautaire dans le cadre de la surveillance de routine.....	14
Plateforme mInfoSanté.....	15
L'approche « Une Seule Santé ».....	16
Évolution structurelle à long terme de la SBC	16

FIGURES

Figure 1 : Districts pilotes.....	8
Figure 2 : Schéma de la SBC au Sénégal.....	11

TABLEAUX

Tableau 1. Maladies humaines et zoonoses prioritaires.....	7
--	---

ABREVIATIONS

ASSM	Agenda de Sécurité Sanitaire Mondiale
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention (Centres de prévention et de contrôle des maladies)
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
CPV	chef de poste vétérinaire
CSC	cellule de la santé communautaire
CVAC	Comité de Veille et d'Alerte Communautaire
DHIS2	District Health Information Software Version 2
DP	Direction de la Prévention
DS	district sanitaire
DSV	Direction des Services Vétérinaires
ICP	infirmier/infirmière chef de poste
MCD	Médecin Chef de District
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
RM	région médicale
SBC	surveillance à base communautaire
SDEL	Service Départemental de l'Élevage
SREL	Service Régional de l'Élevage
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

CONTEXTE

Une activité de l'Agenda de Sécurité Sanitaire Mondiale (ASSM) visant à la surveillance à base communautaire (SBC) des zoonoses, dans le cadre de l'approche « Une Seule Santé », a été lancée au Sénégal et mise en œuvre de septembre 2017 à juin 2019 avec l'appui de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Cette activité faisait partie de la phase IV du projet MEASURE Evaluation, soutenu par l'USAID, dans le cadre du paquet d'action 2 de l'ASSM. Cette activité concernait particulièrement la SBC des maladies prioritaires au Sénégal, dont huit maladies infectieuses humaines et six zoonoses. Il s'agit de la mise en œuvre de la SBC dans quatre districts pilotes (Tambacounda, Koumpentoum, Podor et Pété), situés dans deux régions du Sénégal.

La mise en œuvre de la phase pilote de la SBC s'est accomplie à travers la formation des agents communautaires à la détection de ces maladies dès qu'elles surviennent dans leur communauté respective et envoyer des messages texte (SMS) au poste de santé ou vétérinaire le plus proche. L'objectif de cette activité était d'obtenir une détection et une intervention précoce afin de limiter la transmission à large échelle des maladies concernées.

L'expérience acquise au cours de cette phase pilote nous permet de faire des recommandations en vue d'élaborer un modèle de surveillance à base communautaire suivant l'approche « Une Seule Santé » pour le Sénégal et éventuellement pour d'autres pays.

Les maladies humaines et zoonoses prioritaires sont énumérées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Maladies humaines et zoonoses prioritaires

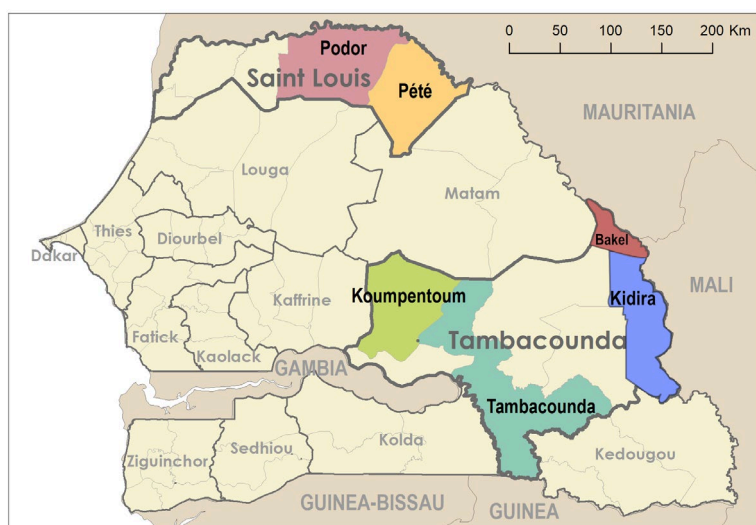
Maladies humaines	
Choléra	Diarrhée sanglante
Méningite	Tétanos néonatal
Fièvre jaune	Rougeole
Fièvre hémorragique	Poliomyélite (PFA)
Zoonoses	
Rage	Grippe aviaire zoonotique
Tuberculose bovine	Fièvres hémorragiques (Ebola/Marburg)
Anthrax	Fièvre de la vallée du Rift

PREPARATION DE LA SBC

Sélection des districts pilotes

La SBC a été mise en œuvre dans six districts : Tambacounda, Koumpentoum, Bakel et Kidira dans la région de Tambacounda ; Pété et Podor dans la région de Saint Louis. Plusieurs facteurs ont été pris en considération pour le choix des régions, notamment l'emplacement géographique (en donnant la priorité aux zones frontalières), les flambées de zoonoses signalées, la présence d'agents communautaires organisés, l'accès à la plateforme mobile mInfoSanté et son utilisation, ainsi que la présence d'autres partenaires de mise en œuvre dans la région.

Figure 1 : Districts pilotes



Élaboration des définitions de cas communautaires

La première étape dans l'élaboration de la SBC était de créer des définitions de cas communautaires pour les huit maladies humaines et les six zoonoses. Ces définitions étaient des versions simplifiées des définitions standardisées de cas, adaptées aux besoins des membres de la communauté et des agents communautaires. Elles représentent essentiellement la base sur laquelle repose le flux de données de la plateforme mobile qui permet à la communauté d'envoyer des messages concernant les flambées de maladies. Ces définitions ont été élaborées au cours de la première réunion de consultation multisectorielle d'une série de réunions organisées en vue de la planification et de la mise en œuvre de la SBC.

Élargissement de la plateforme mobile mInfoSanté

Après l'élaboration des définitions, l'étape suivante était de modifier la plateforme mobile existante dénommée mInfoSanté, basée sur RapidPro, pour inclure les six zoonoses prioritaires (les huit maladies humaines avaient déjà été programmées dans la plateforme logicielle au cours d'une activité antérieure de MEASURE Evaluation). Les flux de données ont été développés, à partir du moment du signalement par un agent communautaire au personnel infirmier/vétérinaire exerçant dans le poste de santé ou vétérinaire le plus proche. Plusieurs ateliers rassemblant des parties prenantes ont été menés pour aborder et valider les flux de données, et le logiciel a ensuite été programmé et testé.

Organisation des agents communautaires

Des groupes d'agents communautaires (Comités de Veille et d'Alerte Communautaire, CVAC) ont été établis dans l'ensemble du Sénégal par la Cellule de la Santé Communautaire (CSC), sous le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) pour le programme de la santé maternelle et infantile. La surveillance à base communautaire des huit maladies prioritaires humaines a été mise en œuvre par le biais de ces comités. Comme recommandé au cours de la première réunion de consultation multisectorielle, des auxiliaires d'élevage communautaires du secteur de l'élevage et des écogardes du secteur de l'environnement ont été identifiés et inclus dans les CVAC.

Formations et matériel didactique

Une fois la plateforme mobile programmée, l'étape suivante était de préparer des outils de formation. Une formation en cascade a été organisée, prévoyant une équipe nationale pour former le personnel infirmier et vétérinaire aux postes de santé et vétérinaires périphériques. Ce personnel infirmier et vétérinaire était alors chargé de la formation des CVAC. Pour ce faire, deux guides de formation ont été rédigés. Le guide à l'intention du personnel infirmier et vétérinaire donnait des détails techniques concernant les maladies prioritaires, les tâches et responsabilités ainsi que les informations nécessaires pour former les membres des CVAC, notamment les définitions de cas communautaires, la communication au cours des visites à domicile et l'envoi de messages à l'aide de la plateforme mobile. Une boîte à images portable avec des descriptions picturales des maladies et des outils de travail ont été élaborés et traduits en deux dialectes locaux (Mandingue et Pulaar), ainsi que le guide de formation des agents communautaires. La boîte à images, les outils de travail et le guide de formation ont été testés sur un CVAC dans chacun des quatre districts pilotes d'origine. Une considération essentielle lors de ce test était de valider les traductions des outils de travail.

Après la mise au point de la plateforme mInfoSanté, du matériel de formation et des outils de travail, la formation a été organisée. Les districts ont été cartographiés par rapport au personnel à former dans les secteurs de la santé, de l'élevage et de l'environnement ainsi qu'aux CVAC. Les considérations logistiques incluaient le matériel de formation, les téléphones mobiles à distribuer aux membres des CVAC et un calendrier de formation détaillé. Le directeur informatique de mInfoSanté a été chargé de l'enregistrement des numéros de téléphone des membres des CVAC et des fonctionnaires clés des secteurs de l'élevage, de la santé et de l'environnement pour que ceux-ci puissent recevoir des notifications de SBC sur la plateforme mobile. La formation a été organisée en trois phases : pour les formateurs au niveau national, pour le personnel infirmier, vétérinaire et environnemental dans les districts locaux, et pour les membres des CVAC aux postes de santé. Le personnel infirmier et vétérinaire a été formé sur une période de trois jours, et les membres des CVAC sur deux jours.

MISE EN ŒUVRE DE LA SBC

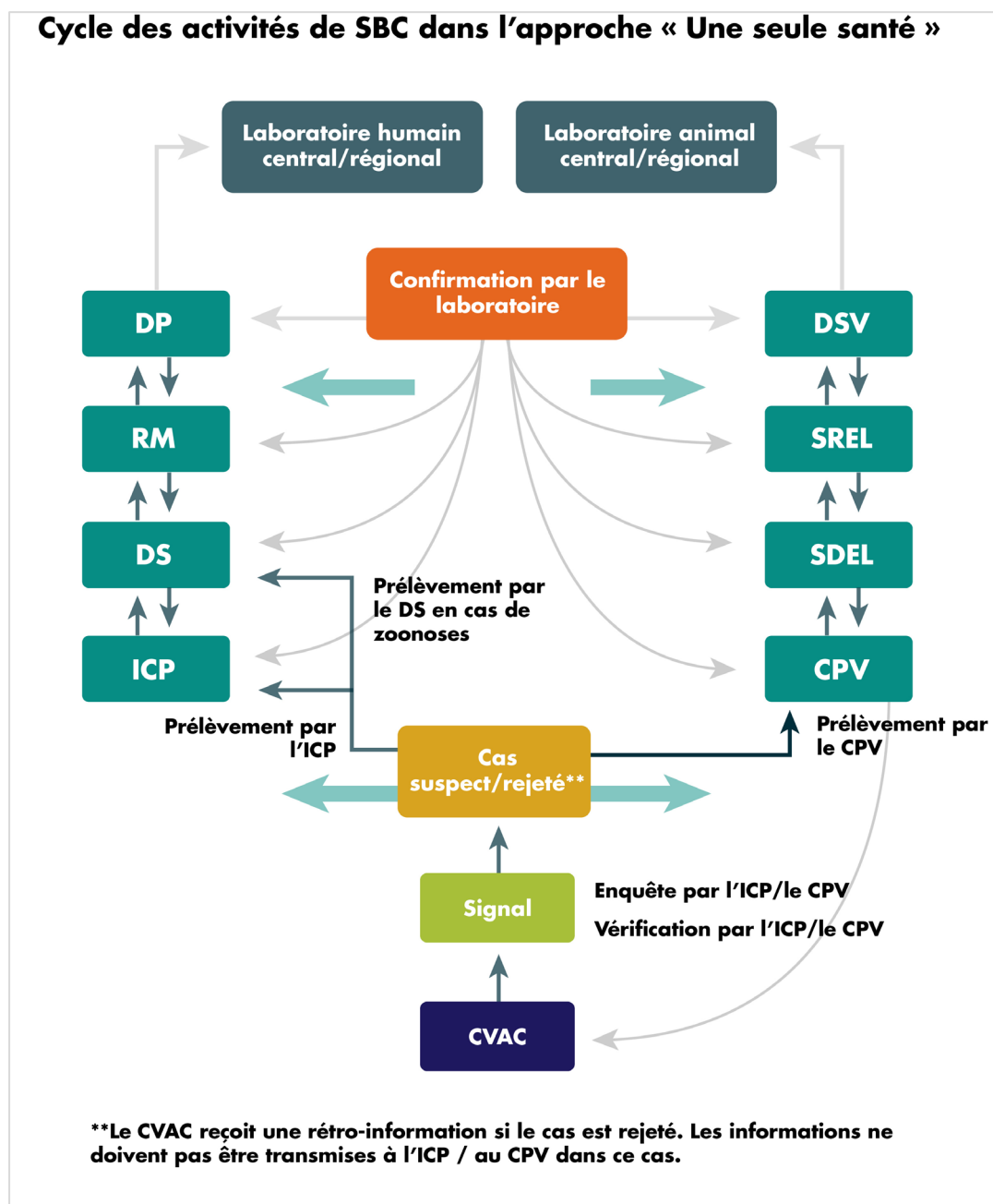
Une fois les membres des CVAC formés pour identifier les signaux des maladies humaines et zoonoses prioritaires, leurs numéros de téléphone mobile ont été enregistrés dans mInfoSanté. Cela leur permettait alors d'envoyer des signaux par SMS au numéro sans frais 21345. Ils sont ensuite rentrés dans leur communauté respective, ce qui a marqué le début de la mise en œuvre du programme de SBC.

Schéma de la surveillance communautaire

Les processus utilisés dans la surveillance communautaire sont illustrés dans la Figure 2. Comme le montre ce schéma, la SBC commence au niveau des CVAC et concerne les postes de santé et vétérinaires locaux.

- Les membres des CVAC identifient de façon passive ou active les signaux des maladies prioritaires dans leur communauté, font une enquête préliminaire pour confirmer les symptômes en appliquant les définitions de cas communautaires, et envoient un message ou signal à l'Infirmier/Infirmière Chef de Poste (ICP) le plus proche s'il s'agit d'une maladie humaine ou au Chef de Poste Vétérinaire (CPV) le plus proche s'il s'agit d'une maladie animale.
- Le personnel infirmier ou vétérinaire est tenu de visiter la communauté dans un délai de 48 heures à compter de la réception du signal, de vérifier l'information reçue, de classer le cas comme suspect ou rejeté en appliquant la définition de cas clinique/standardisée et de le déclarer dans la plateforme mobile ainsi que dans les systèmes d'information de surveillance de routine des secteurs de la santé et vétérinaire, sur une base hebdomadaire et mensuelle.
- S'il s'agit d'un cas suspect de zoonose, le District Sanitaire (DS) ou le Service Départemental de l'Élevage (SDEL) est notifié, et une investigation conjointe est menée par les secteurs concernés. Des échantillons biologiques sont prélevés pour confirmation de la maladie en laboratoire, si nécessaire.
- Les informations sont transmises aux départements de surveillance régionaux et nationaux par le biais de leurs systèmes de surveillance de routine respectifs.
- Si le cas est confirmé par un laboratoire, ces informations sont transmises aux autres secteurs et aux autorités locales. À l'heure actuelle, il n'existe aucun protocole pour le partage des données entre le secteur de la santé et celui de l'élevage pour les cas confirmés.

Figure 2 : Schéma de la SBC au Sénégal



Réunions d'analyse des données

Les activités de surveillance à base communautaire sont suivies par des réunions mensuelles d'analyse des données, organisées au niveau du district par le Médecin Chef de District (MCD) et le spécialiste départemental de l'élevage (SDELPA). Les progrès de la surveillance à base communautaire sont évalués par rapport aux indicateurs mis en place dans ce but ainsi que par des rapports directs provenant du personnel infirmier, du personnel vétérinaire et des CVAC. Ce contrôle a été recommandé dans le cadre d'une surveillance de routine.

DEFIS ET RECOMMANDATIONS POUR POURSUIVRE ET AMELIORER LA SBC

Maintenant que la phase pilote de la SBC est terminée dans les six districts, les goulots d'étranglement et défis du programme de surveillance à base communautaire sont décrits dans le présent document, ainsi que des suggestions pour les surmonter.

Agents communautaires

Les agents communautaires sont les acteurs centraux de la SBC et la réussite du système entier dépend de leur niveau d'implication. Bien que ces agents aient initialement été chargés du travail d'expansion de la santé maternelle et infantile, la surveillance à base communautaire a été ajoutée à leurs responsabilités de bénévoles par la suite. La majorité des membres des CVAC au Sénégal sont des femmes. Les agents communautaires assument cette fonction en sachant que cela représente du temps qui aurait pu être consacré à leur travail de subsistance, ce qui implique un manque à gagner. Il est donc d'importance primordiale que les agents soient motivés à continuer leur contribution en tant que membres de CVAC.

MEASURE Evaluation a mené une enquête qualitative en organisant des discussions de groupe dans les quatre districts pilotes pour lesquels la surveillance à base communautaire avait déjà été mise en œuvre. Un problème important décrit par la plupart des participants était le manque de reconnaissance publique de leurs services. Il a également été observé que l'investissement des membres des CVAC ne suivait pas les lignes directrices du Ministère de la Santé. Les mesures suivantes sont recommandées en vue d'accroître la motivation des CVAC :

1. Organiser une cérémonie publique d'investiture des membres des CVAC, comme suggéré par les lignes directrices du Ministère de la Santé, pour leur donner plus de visibilité et une meilleure reconnaissance. Ceci doit être fait en collaboration avec le département de la santé. Pour les auxiliaires d'élevage, la collaboration doit se faire avec le secteur de l'élevage, et pour les écogardes, avec le secteur de l'environnement.
2. Octroyer aux membres du CVAC un badge reconnu par les autorités gouvernementales, afin de les aider à aborder le personnel des bureaux communautaires et gouvernementaux dans le cadre de l'exercice de leurs responsabilités.
3. Établir un programme annuel public visant à témoigner de la reconnaissance pour leur travail louable. Des critères d'évaluation des performances des CVAC peuvent être élaborés et les membres peuvent être reconnus au cours d'une Journée des agents communautaires.
4. Organiser des réunions mensuelles aux postes de santé et vétérinaires, où les membres des CVAC peuvent faire part des expériences et défis rencontrés sur le terrain et proposer des solutions. Un suivi permanent des activités sur le terrain ainsi qu'une rétro-information peuvent s'avérer très efficace pour les aider à maintenir le cap.

Les membres des CVAC sont généralement formés au début d'un projet. Leur participation dans ce cas a atteint un taux remarquable de 97 pour cent, mais pour la réussite totale du programme de SBC, tous les membres des CVAC doivent être formés plus rapidement. En outre, de nouveaux volontaires peuvent être ajoutés chaque année. *Il est par conséquent suggéré de fournir aux membres du CVAC des séances de remise à niveau annuelles et de prendre en charge tous les nouveaux membres.*

Envoi et réception de messages

La surveillance communautaire est mise en œuvre par le biais de la plateforme mobile mInfoSanté. Cette surveillance se fait en temps réel si la connectivité du réseau est assurée. Toutefois, l'expérience montre que la connectivité est souvent de mauvaise qualité, particulièrement dans les villages reculés. Il en va de même pour la réception aux postes de santé et vétérinaires.

En vue de maintenir les communications SMS entre les diverses parties prenantes, il est nécessaire de prévoir un mécanisme pour couvrir les coûts des fournisseurs de services mobiles. Ainsi, il est recommandé que le gouvernement du Sénégal négocie avec les divers prestataires du pays pour que ces derniers offrent des services gratuits dans le cadre de leur responsabilité sociale d'entreprise et qu'ils améliorent la connectivité des réseaux dans l'ensemble du pays.

Vérification des signaux

La première réponse à un signal communautaire par un poste de santé ou vétérinaire local est de se rendre dans la communauté en question et de vérifier si le cas suspect correspond à la définition de cas clinique. Dans l'idéal, cela se produit dans les 48 heures afin d'obtenir les résultats voulus. Quelques difficultés ont été rencontrées sur ce point.

1. Le problème le plus courant à cet égard concerne la logistique des déplacements. Lorsque les villages sont reculés et que les modes de transport public sont rares, les intervenants ont des difficultés à s'y rendre.
2. Le personnel infirmier est généralement débordé par son travail de routine aux postes de santé, ce qui rend difficile la vérification dans la période de temps prévue.
3. Le personnel vétérinaire couvre une zone de travail plus étendue que celle des districts de santé, ce qui rend la vérification plus fastidieuse à réaliser en plus de leurs activités habituelles.

Dans ce contexte, les mesures suivantes sont recommandées :

- Faire de la surveillance à base communautaire une activité de travail obligatoire du personnel infirmier et vétérinaire et mettre de côté les fonds requis dans le budget annuel des secteurs de la santé, de l'élevage et de l'environnement
- Affecter des assistants dans les postes vétérinaires et de santé lorsque cela est justifié pour prendre en charge les responsabilités additionnelles
- Coordonner les activités de surveillance à base communautaire avec le département de la gouvernance locale et rembourser les frais de transport/carburant liés aux visites de terrain menées pour vérifier les signaux communautaires

Investigation conjointe

Après vérification d'un signal communautaire par un membre du personnel infirmier ou vétérinaire et sa classification en tant que cas suspect, une équipe multisectorielle se rend dans la communauté pour faire une investigation en détail, qui inclut le prélèvement d'échantillons. Cette phase s'est avérée sujette aux mêmes problèmes logistiques que la vérification.

Comme suggéré auparavant, il est recommandé que le bureau de la gouvernance local ou le cabinet du maire mette une jeep ou un autre moyen de transport à la disposition du personnel pour les visites sur le terrain, la conduite des enquêtes et le prélèvement des échantillons.

Confirmation par le laboratoire

Les échantillons recueillis lors d'une investigation conjointe sont envoyés vers un laboratoire du secteur médical ou vétérinaire pour confirmation. Le pays dispose d'un laboratoire national dans chacun de ces secteurs en vue de confirmer les zoonoses. Tout échantillon prélevé au poste de santé ou vétérinaire d'une région quelconque du pays doit être envoyé vers le laboratoire national par le service de livraison de colis d'un fournisseur de transport terrestre privé, ce qui peut prendre entre trois et sept jours, selon l'itinéraire et le mécanisme de signalement utilisé, qu'il s'agisse de l'unité de surveillance de district, régionale ou nationale du secteur vétérinaire ou médical. Ce délai potentiel dans la confirmation du diagnostic peut provoquer une flambée plus importante de la maladie.

Le secteur de la santé dispose de laboratoires régionaux fonctionnels, mais ils ne sont pas équipés pour le diagnostic des zoonoses. Il est donc vivement recommandé d'augmenter leurs capacités à cet égard.

Le secteur vétérinaire dispose de six laboratoires régionaux désignés, mais ils ne sont pas encore fonctionnels. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a soutenu les efforts du Ministère de l'Élevage visant à établir les laboratoires régionaux. *Ces laboratoires régionaux doivent également être équipés pour le diagnostic des zoonoses. Des kits de diagnostic sur le terrain sont utilisés pour diagnostiquer les maladies du bétail et se sont avérés d'une grande efficacité dans des contextes comparables. Par exemple, le test cutané à la tuberculine est un moyen efficace et bon marché de dépistage de la tuberculose bovine.*

La surveillance à base communautaire dans le cadre de la surveillance de routine

MEASURE Evaluation a mis en œuvre la surveillance à base communautaire des huit maladies humaines et des six zoonoses prioritaires dans les six districts. Catholic Relief Services, avec le soutien des Centres de prévention et de contrôle des maladies (CDC), a mis en place une SBC des maladies prioritaires dans la région de Diourbel. Étant donné les résultats encourageants obtenus dans ces districts pilotes, les autorités ont déjà proposé et projeté d'étendre la SBC des huit maladies prioritaires humaines dans toutes les autres régions du Sénégal. La SBC des zoonoses devrait également être étendue dans un avenir proche. L'analyse des données de la plateforme mobile organisée aux centres de santé des districts nous a montré l'efficacité avec laquelle ces mécanismes capturent les flambées de ces maladies. Les observations suivantes sont pertinentes :

- Les réunions mensuelles d'analyse des données sont la plateforme permettant de visualiser le tableau de bord mInfoSanté et d'examiner de façon critique les activités de SBC après examen des données et la rétro-information du personnel infirmier et vétérinaire ainsi que des CVAC. Un examen mensuel avec l'équipe est essentiel au succès du programme et à la mise en œuvre des modifications éventuellement nécessaires.
- Comme la SBC est dans sa phase pilote, et malgré toutes les mesures prises pour assurer la durabilité de cette activité, il est possible que celle-ci passe au second plan face à la hausse d'activités de surveillance régulière et que moins d'activités soient signalées pour les zoonoses.
- Les systèmes d'information de surveillance sont vitaux pour la collecte des données et les mesures de riposte. Le secteur de la santé a développé DHIS2 pour le signalement des maladies humaines, mais les zoonoses ne sont pas incluses dans ce système.
- Le secteur de l'élevage n'a pas encore établi de système d'information de surveillance pour la déclaration de maladies animales. Une tentative d'utilisation du système d'information de santé vétérinaire VGTropics a été faite, mais elle a été annulée suite à des problèmes de mise en œuvre ; ce système doit être remplacé par KoBo Toolbox.

- Maintenant que la phase pilote de SBC des zoonoses est sur pied, la communication entre secteurs est une priorité pour la mise en œuvre de l'approche « Une Seule Santé ». La transmission d'informations doit se produire à tous les niveaux, et pas seulement dans le groupe de travail national « Une Seule Santé ». Les informations concernant les flambées de zoonoses doivent être transmises aux autres secteurs, et les systèmes d'information de santé pourraient servir de plateforme principale pour ce faire. Malheureusement, cela n'est pas encore le cas au Sénégal à l'heure actuelle.
- Pour encourager une participation régulière au programme de surveillance à base communautaire et sa mise en œuvre, une équipe dédiée de surveillance nationale et régionale est requise. Un dirigeant national responsable de la supervision des activités de surveillance à base communautaire et appuyé par les comités de travail technique régionaux « Une Seule Santé » pourrait faire sensiblement progresser ce programme.
- Des mesures immédiates doivent être prises pour inclure les zoonoses dans le DHIS2, de façon à ce que le système d'information de santé puisse détecter des cas après la mise en place des activités de surveillance à base communautaire et le renforcement des capacités des laboratoires régionaux. Le secteur de l'élevage doit établir et utiliser un système d'information de surveillance fiable, interopérable avec l'interface DHIS2, pour transmettre les informations liées aux zoonoses entre les secteurs pertinents.

Plateforme mInfoSanté

La plateforme mobile mInfoSanté est un programme basé sur RapidPro qui nécessite un soutien technique permanent pour l'application et la maintenance du serveur. mInfoSanté comporte deux composantes : l'application RapidPro, hébergée dans le nuage, et un serveur de données hébergé par le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) du Sénégal. UNICEF fournit actuellement une assistance technique et financière pour RapidPro, et le COUS se charge de l'assistance technique pour le serveur de données. mInfoSanté est un élément essentiel de l'activité de surveillance à base communautaire. Pour maintenir le système, particulièrement dans l'optique de son étendue aux autres régions, il est suggéré :

- que les autorités recherchent un mécanisme permanent pour maintenir le serveur de données et se charger des problèmes associés. La meilleure option consisterait à l'intégrer dans le service informatique de l'un des secteurs concernés, avec le serveur principal. Par exemple, une copie locale de RapidPro pourrait être installée dans le pays pour permettre son utilisation durable.
- que la gestion du serveur inclue une maintenance et une mise à jour régulières du programme par un personnel informatique compétent — un groupe d'experts dans le pays chargés de maintenir le serveur ainsi que le programme.

L'APPROCHE « UNE SEULE SANTE »

Même si l'approche « Une Seule Santé » de la SBC des zoonoses n'en est encore qu'à la phase pilote, le Sénégal a une longueur d'avance sur les autres pays de la région. Toutefois, beaucoup reste à faire pour mettre en œuvre l'approche « Une Seule Santé » de façon efficace, afin que les activités s'étendent à tous les niveaux administratifs. Les zoonoses sont généralement sous-diagnostiquées et sous-signalées ; elles ne font souvent pas partie de la surveillance de routine. En outre, peu d'informations sont disponibles concernant la prévalence et la surveillance des zoonoses au Sénégal. Il est donc recommandé de soutenir les activités suivantes :

1. Établissement de groupes de travail technique « Une Seule Santé » au niveau régional et des districts, qui se réunissent régulièrement pour discuter de la surveillance des zoonoses et des activités connexes et disséminer les informations
2. Mise au point d'un mécanisme de communication régulière entre secteurs au niveau du district par le biais des groupes de travail technique et d'autres voies, qu'il y ait ou non un signalement de zoonoses
3. Formation continue de tout le personnel médical, vétérinaire et environnemental concernant les zoonoses, par le biais de cursus comme le programme de formation en épidémiologie de terrain soutenu par le CDC
4. Recherche portant sur les zoonoses, en particulier concernant la prévalence et l'incidence au Sénégal

Évolution structurelle à long terme de la SBC

Comme mentionné ci-dessus, les membres des CVAC ont été formés à l'envoi de signaux au poste de santé le plus proche lorsqu'ils observent ce qu'ils estiment être un cas à signaler de maladie zoonotique ou humaine prioritaire selon les définitions de cas élaborées par le projet pilote. Cependant, le diagnostic préliminaire d'un cas suspect de maladie peut être difficile à poser pour un volontaire communautaire sans formation médicale. De nombreuses maladies présentent des symptômes similaires, et si la SBC est étendue pour inclure d'autres maladies, les difficultés seront encore plus importantes. Comme c'est le personnel infirmier ou vétérinaire qui détermine en fin de compte si un cas est réel, une approche possible serait de coder les symptômes chez les sujets humains et animaux qui justifient l'envoi d'un signal ; le personnel infirmier ou vétérinaire ferait alors l'investigation. Cette modification du protocole ne changerait pas fondamentalement la surveillance à base communautaire.

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

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en oeuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. TR-19-369 FR

ISBN: 978-1-64232-187-6

