

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

PLAN D'ACCELERATION DES INTERVENTIONS POUR LA SURVIE DE L'ENFANT 2013-2015



Table des Matières

Table de Matière	ii
Liste des Acronymes	iii
I. Contexte et justification	23
II. Analyse situationnelle	25
III. Synthèse des goulots pour les 3 composantes	29
IV. Démarche d'élaboration du Plan	31
V. Cadre conceptuel	34
VI. Les innovations du plan	35
VII. La Vision	37
VIII. Orientations Stratégiques et Objectifs	37
IX. Description Détaillée des Interventions	43
X. Synthèse des coûts des interventions.....	46
XI. Financement du plan.....	34
XII. Organisation institutionnelle et approche de mise en œuvre	36
XIII. Niveau d'intervention et arrangements contractuels par niveau	39
XIV. Mécanisme de Suivi-Evaluation	41
ANNEXES.....	43
Références bibliographiques.....	1

Liste des Acronymes

AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANJE	Alimentation du nouveau-né et du jeune enfant
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation
BG	Bajenou Gox
BIP	Bulletin d'information Périodique
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
CMU	Couverture Maladie Universelle au Sénégal
CPN	Consultations Pré natales
CPoN	Consultations Post Natales
CREN	Centre de Récupération Nutritionnelle
DLSI	Division de Lutte contre le SIDA et les IST
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DSDOM	Dispensateurs de Soins à Domicile
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'enfant
ECR	Equipe Cadre de Région
EDSV-MICS	Enquête Démographique et de Santé- Multiple Indicators Cluster Survey
FDR	Feuille de Route
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
ICP	Infirmier Chef de Poste
IRA	Infections Respiratoires Aigues
ITA	Institut de Technologie Alimentaire
LIST	Life Saving Tools
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MCR	Médecin Chef de Région
MILDA	Moustiquaires Imprégnés à Longue Durée d'action
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
NU	Nations Unies
OCB	Organisations Communautaires de Base
OMD	Objectifs du Millénum pour le Développement
PEC	Prise En Charge

PECADOM	Prise En Charge des cas de Paludisme à Domicile
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning Familial
POPAEN	Plan Opérationnel de Passage à l'Échelle National des Intervention à Haut
IHI/MIJ	Impact sur la Mortalité Infanto-Juvenile
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNP	Politiques Normes et Protocoles
PNSE	Plan National de Survie de l'Enfant
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PPS	Points de Prestation de Services
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RM	Région Médicale
SAMU	Service d'Assistance Médicale et d'Urgence
SE	Suivi-Evaluation
SENN	Soins Essentiels du Nouveau-Né
SIGL	Système d'Information de Gestion Logistique
SMK	Soins Maternels Kangourou
SMSE	Santé de la Mère et Survie de l'Enfant
SNEIPS	Service National d'Education et d'Information pour la Santé
SONUB	Soins Obstétricaux Urgents de Base
SPNN	Soins Post Natus et Néonatus
SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
SRO	Sels de Réhydratation Orale

I. Contexte et justification

Au Sénégal, d'importants efforts ont été déployés pour la mise en œuvre de la politique de santé déclinée dans le PNDS 2009-2018 dont l'objectif est de contribuer à l'atteinte des objectifs de la Politique Economique et Sociale et des Objectifs du Millénaire pour le Développement. La première priorité déclinée par le PNDS est la réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. La dynamique de baisse progressive de ces indicateurs s'est confirmée au cours des dernières années comme en attestent les résultats de l'EDSV-MICS 2010-2011. En effet la mortalité infanto-juvénile est passée de 121 ‰ en 2005 à 72 ‰ en 2010. La mortalité néonatale est passée de 35 ‰ en 2005 à 29‰ en 2010. Malgré les progrès enregistrés, la mortalité néonatale reste la proportion la moins évolutive de la mortalité infanto juvénile et représente à elle seule 40% de la mortalité dans cette tranche d'âge, ainsi elle continue d'être un frein considérable à la baisse du taux de mortalité.



Une accélération de la mise en œuvre des stratégies s'avère ainsi nécessaire et indispensable pour atteindre, en 2015, les OMD 4 et 5. La mise en œuvre du plan d'accélération pour la survie de l'enfant et la santé maternelle rentrera dans un cadre synergique et cohérent avec toutes les initiatives existantes.

A. Au niveau global

Un appel est lancé à la communauté internationale à travailler ensemble pour sauver 167 millions de vies d'ici 2015, dans le cadre de l'initiative « Chaque Femme, chaque Enfant » (EWEC).

Cette stratégie globale est appuyée par plusieurs initiatives :

- « la commission des NU sur l'information et la redevabilité »,
- « l'initiative 2020 de la PF »
- L'initiative MUSKOKA

B. Au niveau régional et national

- le CARMMA,
- la FDR,
- les Plans stratégiques nationaux.

Le Sénégal dispose d'importants outils. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 consacre la rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. "Plus que par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre des services et au financement de la demande en santé". Il repose, en effet, sur une *vision ambitieuse* « *d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion.* »

Le plan stratégique de la santé de la reproduction (2011-2015) est complémentaire et synergique avec le Plan National Stratégique pour la Survie de l'Enfant (PNSE 2007-2015) qui est considéré comme un « véritable plan de guerre pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sur le court, moyen et long terme en vue de mobiliser les politiques et les stratégies pour l'atteinte des OMD relatifs à la santé ».

Le Plan Opérationnel de Passage à l'Echelle Nationale des interventions à haut impact sur la Mortalité infanto juvénile (POPAEN/IHI/MIJ) et le plan de mise à l'échelle du traitement de la diarrhée avec le SRO / Zinc, le Plan National Stratégique de Lutte contre le Paludisme, le Plan Pluriannuel Complet du PEV ainsi que le plan d'action national PF s'inscrivent dans ce cadre.

L'enjeu de l'accès aux soins de santé, notamment pour les mères, les nouveaux nés et les enfants, est de plus en plus pressant dans les pays en développement à mesure que l'échéance de 2015 se rapproche. Les contraintes sociales et économiques constituent un obstacle à l'accès aux services de santé qui deviennent de plus en plus chers.

Il y a dix ans, l'Assemblée Générale des Nations Unies adoptait sa résolution historique « **Un monde digne des enfants** » contribuant ainsi à sauver et améliorer la vie de millions d'enfants. En Novembre 2011, à la réunion de Washington, le Sénégal à l'instar d'autres pays africains s'est engagé pour la « Promesse Renouvelée » pour en finir avec les décès évitables chez les enfants avec comme objectif l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 mais aussi un objectif à long terme de moins de 20 décès pour 1000 naissances vivantes en 2035. L'élan suscité par cet engagement, les évidences scientifiques et les modèles de projections basés sur les tendances d'autres pays prouvent qu'un tel objectif est réalisable.

Le Sénégal a été aussi ciblé comme pays pionnier pour l'initiative de la Commission des Nations Unies pour la sécurisation des produits d'importance vitale.

Le Sénégal, en s'appuyant sur cet élan et avec le soutien de ses partenaires, ambitionne de développer et de mettre en œuvre un Plan d'Action National d'accélération des interventions pour la Survie de l'Enfant afin d'espérer être au rendez-vous de 2015. Ce plan est basé sur les interventions clés et la disponibilité des produits ayant un impact certain sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile.

II. Analyse situationnelle

Dans la dernière décennie, le Sénégal a fait des progrès considérables en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

En effet, de 2000 à 2010, le nombre de décès chez les enfants 0 à 28 jours a baissé de 24,74% passant de 46.108 décès à 34.703. Il s'agit d'une baisse de 11.405 en valeur absolue. Les progrès les plus significatifs ont été réalisés en agissant sur deux causes de décès : *la pneumonie et les diarrhées*.



Tableau 1: Comparaison du niveau de mortalité entre 2000 et 2010 (enfant 0 à 28 jours)

	Situation de départ		Période d'évaluation		Niveau de variation de la mortalité	
	Mortalité en 2000	Mortalité en 2010	Variation absolue	Variation relative (%)		
Tous les cas de décès d'enfants de moins de 5 ans	46 108	34 703	11 405	24,74		
Toutes causes confondues	13 902	12 671	1 231	8,85		
Pneumonie	2 522	1 436	1 086	43,05		
Complications avant le terme	4 652	4 426	226	4,86		
Événements en relation avec la grossesse	3 865	3 674	191	4,95		
Septicémie/méningite/tétanos*	1 367	1 676	-309	-22,61		
Autres conditions	497	463	34	6,87		
Anomalies congénitales*	683	868	-185	-27,06		
Diarrhée	316	128	188	59,51		

Pour ces deux causes de décès, une augmentation des cas de décès est notée entre 2000 et 2010.

Tableau 2: Comparaison du niveau de mortalité entre 2000 et 2010 (enfants de 1 à 59 mois)

	Situation de départ	Période d'évaluation	Niveau de variation de la mortalité	
	Mortalité en 2000	Mortalité en 2010	Variation absolue	Variation relative (%)
Toutes causes	32206	22032	10174	31,59
Diarrhée	4192	2847	1344	32,07
Rougeole	5119	834	4285	83,71
Traumatisme	1111	1463	-352	-31,72
Paludisme	9781	4968	4813	49,21
Infection à VIH	365	512	-147	-40,16
Méningite	727	570	157	21,65
Autres conditions	6014	6756	-743	-12,35
Pneumonie	4898	4082	816	16,66

Source : Source données de base: Robert E Black et Al (2013) : Global Child Mortality: Estimates of Levels and Causes for 2000-2010, John Hopking Bloomberg school of health.

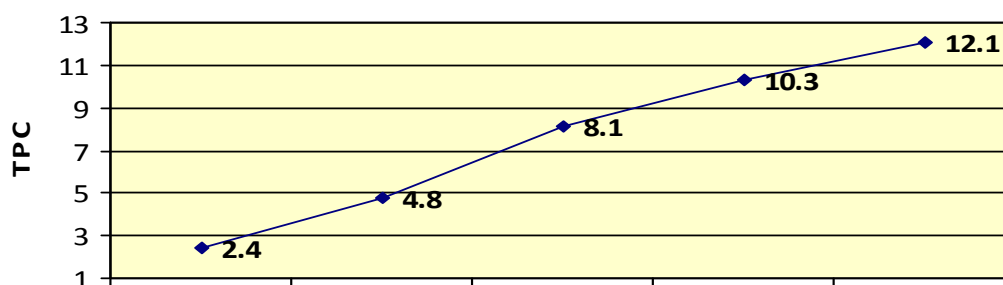
Quant à la mortalité maternelle, elle a évolué certes favorablement depuis la première enquête démographique et de santé (EDS) (510 pour 100 000 naissances vivantes en 1997 à 392 en 2010) mais le rythme de progression de ce taux reste assez faible et demeure toujours très préoccupant notamment au niveau des régions périphériques pauvres et difficiles d'accès ainsi qu'en milieu rural.

La plupart des décès maternels interviennent durant l'accouchement et le post partum suite à des causes directes évitables telles que les hémorragies (25%), les dystocies, les infections, l'hypertension artérielle et ses complications et à des causes indirectes. Les décès dus aux avortements et ses suites constituent environ 20% de l'ensemble des décès.

L'anémie et le paludisme sont aussi des causes indirectes responsables d'une grande partie de la mortalité maternelle et néonatale.

La prévalence contraceptive moderne est encore faible (12,1% en 2010) avec une faible évolution au cours des vingt dernières années (voir graphique ci-dessous): . Elle est encore 3 fois plus faible en milieu rural (7%) comparativement à la zone urbaine (22%).

Evolution du TPC selon les EDS



En dépit des progrès réalisés, des efforts consistants restent à faire sur **(i) la disponibilité et la qualité des services** (ii) **l'accessibilité financière et l'utilisation des services** pour s'aligner sur les projections des OMD à l'horizon 2015.

A. Disponibilité et qualité du service

L'offre des soins ou services recourant aux interventions prioritaires à haut impact et produits essentiels sur la survie de la mère et de l'enfant est limitée par les contraintes liées à la disponibilité du service au niveau des points de prestation mais aussi au niveau communautaire. A l'analyse, les facteurs clefs limitant l'offre de services les plus cités sont : le nombre insuffisant de personnel qualifié et sa mauvaise répartition, le non-respect des normes et protocoles en vue de fournir des prestations de qualité et les ruptures fréquentes de médicaments et produits essentiels au niveau des formations sanitaires.

B. Accessibilité financière et utilisation des services

- Le CDSMT 2012 estime le financement global de la santé à 155,640,718,286 de francs CFA. La plus importante contribution (80%) vient du budget de l'état. En effet, en 2012, les fonds publics destinés à la santé s'élèvent à 96 441 288 086 F CFA soit 62% de l'ensemble des fonds mobilisés. La contribution de l'Etat représentant 59,1% du financement global de la santé et celle des collectivités locales 2,9%.
- Le tableau 3 met en exergue le fait que les collectivités locales, qui depuis la phase 2 de la décentralisation (mars 1996) ont la compétence transférée en matière de santé, ont encore un niveau de participation très faible dans le financement de la santé (2,9%).
- Les fonds privés (fonds des ménages, des employeurs et autres fonds privés) cumulent à 35 425 430 200 F CFA soit 22,8% des fonds mobilisés.
- Les partenaires et bailleurs¹ contribuent dans le financement de la santé à hauteur de 15,3% soit 23 774 000 000 F CFA en valeur.

Tableau 3: financement de la santé

Tableau 3: Financement de la santé en 2012		
Etat / BND	86 731 288 086	55,7%
Etat / FDD	5 210 000 000	3,3%
Total Etat	91 941 288 086	59,1%
Collectivités locales	4 500 000 000	2,9%
Populations	35 425 430 200	22,8%
Partenaires / Bailleurs	23 774 000 000	15,3%
Total Général (CDSMT)	155 640 718 286	100,0%

Source : Rapport de performance du CDSMT, juin 2013

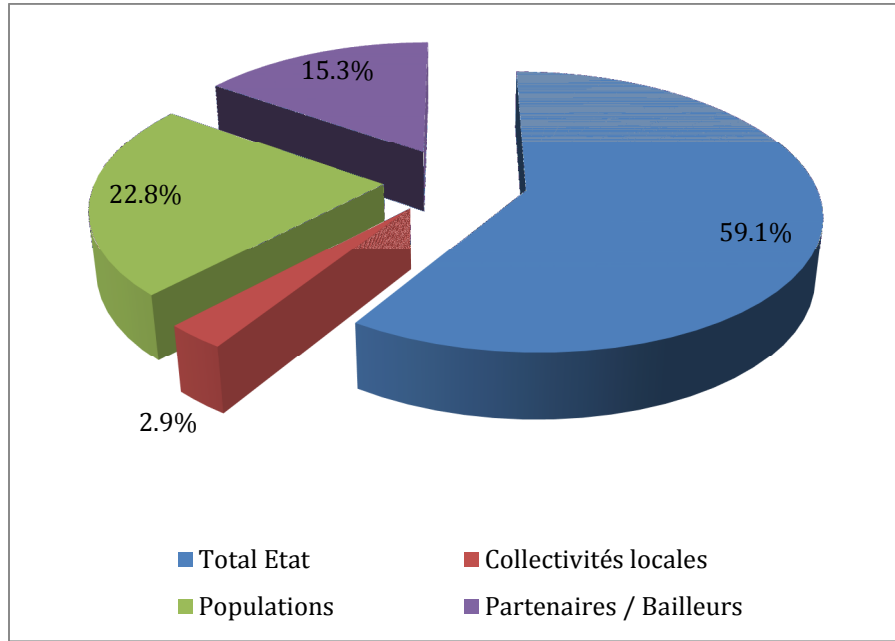


Figure 2: Répartition des sources de financements

Source : Rapport de performance du CDSMT, juin 2013

Au total, il apparaît que la participation des populations constitue la deuxième source de financement de la santé au Sénégal. Ces fonds proviennent principalement des ménages, ce qui est un lourd fardeau pour ces derniers dans un contexte de pauvreté. Malgré cette importante contribution des populations, l'accès aux services reste limité. D'autres études ont montré que seulement 20% des populations ont une couverture maladie².



III. Synthèse des goulots pour les composantes

A. Goulots pesant sur les Interventions pour la mère

- Recours tardifs de la CPN et CPoN
 - Faible taux de complétude des CPN et CPoN;
 - Ruptures fréquentes de la SP ne permettant pas d'assurer un service continu;
 - Grande proportion des accouchements (27%) à domicile;
 - Protocoles de PEC non disponibles à tous les niveaux et prestataires insuffisamment orientés
 - Faible utilisation de certains produits d'importance vitale (Sulfate de magnésium, vit K1, vit A, etc.) par les prestataires
 - Rupture fréquente d'ocytocine et mauvaise condition de conservation
- B. Faible utilisation de certains produits contraceptifs : contraception d'urgence, condom féminin.

C. Goulots pesant sur les Interventions pour le nouveau-né

- Déficit de l'information sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif (AME) et faible implication des prestataires et des acteurs communautaires dans la promotion de l'AME
- Concurrence des laits de substitution
- Pratiques culturelles qui limitent l'acceptation et la pratique de mise au sein précoce et l'allaitement maternel exclusif
- Inexistence / déficit de coins du nouveau-né dans les PPS ne permettant pas une prise en charge précoce correcte.
- Utilisation de la Chlorhexidine non encore intégrée dans les normes et protocoles au Sénégal ;
- Insuffisance dans la capacitation et la sensibilisation des prestataires sur la SPNN /en SENN
- insuffisance en personnel qualifié au niveau des PPS
- Déficit de supervision post formation qui ne permet pas de suivre l'application des directives, la qualité de l'offre de services en soins essentiels du nouveau-né
- CPoN non systématique avant la sortie de la structure de santé et les nouveau-nés ne sont plus revus dans les délais requis après la sortie ;
- Croyances socio culturelles et pratiques traditionnelles défavorables au respect d'un calendrier adéquat à la survie du nouveau-né
- Déficit d'équipements pour la réanimation du Nouveau-né
- Déficit de formation et de capacitation des prestataires sur les soins maternels et néonataux.
- Audit des décès néo-nataux non couplé à l'audit des décès maternels
- Conditionnement non adapté de la Vit K

D. Goulots pesant sur les Interventions pour l'enfant

- Quantité, conditionnement et qualité, non satisfaisantes des doses de vaccins;
- Faible implication des structures privées et des pédiatres dans la vaccination;
- Insuffisance de la couverture vaccinale;
- Mauvaise qualité de conservation et de stockage des vaccins dans les structures publiques et privées
- Rupture de stock de Vitamine A en dehors des périodes de campagnes dû au fait que la vitamine A n'est pas encore intégrée dans les politiques et directives en vigueur et par delà dans le circuit des dépôts de médicaments;
- Maîtrise insuffisante des techniques de diversification en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;
- Insuffisance de la sensibilisation sur l'ANJE
- Insuffisance de la disponibilité des produits pour l'alimentation complémentaire;
- Insuffisance de la qualité de la prise en charge en matière de malnutrition

E. Goulots pesant sur les services et produits

- Insuffisance de personnel qualifié et besoin de mise à niveau des connaissances;
- Mauvaise répartition du personnel qualifié disponible défavorisant les zones d'accès difficiles;
- Difficultés d'accessibilité géographique et financière;
- Délégation excessive des tâches aux personnels non qualifiés impactant sur la qualité des services
- Rupture de MILDA pour la distribution de routine et pour certaines couches vulnérables;
- Rupture fréquente de certains produits d'importance vitale pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
- Insuffisance de formation des prestataires sur les protocoles de prise en charge des affections de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
- Faible disponibilité et utilisation des outils d'aide au travail (algorithme, fiche technique, supports, etc.)
- Mauvaise estimation des besoins en médicaments et produits par les prestataires
- Défaut de suivi des progrès ou performances des prestataires et dépositaires après les formations

F. Goulots liés à la coordination et au Suivi / Evaluation

- Insuffisance de coordination due à l'absence de mécanismes permettant d'aligner toutes les organisations impliquées autour d'un plan d'action unique.
- Faiblesse du Système d'information et de gestion logistique (SIGL) pour les produits essentiels : (outils non disponibles, mal renseignés, données non analysées ni exploitées, inventaires non systématisés, rapport de consommation non établi et non transmis) ;
- Retard dans la collecte, le traitement et la transmission des données,
- Absence de systèmes informatisés pour le suivi évaluation et l'archivage des données.

IV. Démarche d'élaboration du Plan

A. Les principes directeurs

Le plan d'action repose sur 4 principes fondamentaux qui constituent les piliers de l'architecture des interventions

1. l'Équité pour l'accès aux services pour les groupes vulnérables
2. Le renforcement des services promotionnels, préventifs et curatifs de qualité
3. L'implication des pouvoirs locaux et de la société civile
4. Cadre institutionnel fonctionnel pour la coordination, la synergie au niveau central et opérationnel

Afin de respecter ces principes, le processus d'élaboration a utilisé différentes approches clés consistant à :

Rechercher une large participation

Une attention particulière a été accordée à l'implication de tous les acteurs et partenaires qui contribuent à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Sénégal. La participation active par une approche pluridisciplinaire et multisectorielle du secteur public et privé, dans la gestion des activités du plan d'action a été un gage de succès. La démarche novatrice à travers la révision de la réglementation encourage également une plus large participation du personnel communautaire, des OCB et des collectivités locales.

Maintenir une approche flexible orientée vers la demande

Le plan d'action met l'accent sur une approche flexible, en matière d'offre de services et d'interventions, répondant aux besoins spécifiques et aux contextes locaux des usagers. Un accent particulier est mis sur l'extension du service au niveau communautaire en s'appuyant sur les dispositifs existants dont les capacités d'intervention et les compétences seront renforcées. Ainsi les bénéficiaires pourront accéder plus facilement aux services offerts au moyen d'activités, de produits et de matériaux appropriés.

Appuyer les initiatives en cours et décentraliser la gestion

Ce plan s'appuie sur les initiatives existantes en cours d'exécution. Il tente de renforcer et de réorienter les interventions déjà mises en place. La DSRSE développera des actions plus larges et plus durables, en impliquant les régions médicales, les districts sanitaires et en engageant les collectivités locales dans toutes les étapes du processus de conception et de mise en œuvre du plan.

Soutenir le partenariat et les activités

Le meilleur indicateur d'une implication de tous les acteurs concernés, repose sur un partenariat qui permet à toutes les parties prenantes d'entreprendre des interventions majeures en phase avec les directives nationales dans le cadre d'une planification concertée.

Un environnement favorable à une meilleure prise en charge engendre ainsi un accès équitable à des soins de qualité pour toutes les populations.

Promouvoir la responsabilité et l'imputabilité

L'obligation de rendre compte en est un axe fort dans le cadre d'un financement basé sur la performance. Au niveau des régions médicales, des districts sanitaires, tout comme des points de prestation de service au niveau communautaire, la DSRSE et les

régions médicales, districts sanitaires, formations sanitaires, PTF, OCB,) autour du plan d'action national et autour de celui de chaque région médicale. Un cadre de performance accompagnera le plan d'action national et les plans d'action des différentes régions. Le cadre de performance servira de base pour l'évaluation des progrès dans la mise en œuvre du plan d'action et permettra d'apprécier le volume de financement à approuver pour chaque étape. Le recours à l'approche contractuelle et au mécanisme de gestion axée sur les résultats va permettre de :

- Confier à chaque type d'acteurs (PTF, DSRSE, RM, PNA) la partie du plan où il a un avantage compétitif ;
- Promouvoir la responsabilisation et le devoir de rendre compte pour chaque acteur impliqué dans la mise en œuvre du plan d'action.
- Définir clairement les rôles et les responsabilités et attentes vis à vis de chaque acteur dans la mise en œuvre du plan

Bâtir sur le succès et la qualité de l'offre à tous les niveaux

Cette option concerne aussi bien les régions médicales, les districts sanitaires les acteurs au niveau communautaire que tous les acteurs impliqués dans le processus de planification. Toutes ces structures offrent des opportunités d'amélioration de la qualité de leur service. Cela va susciter une synergie pour une meilleure implication des différents acteurs (privés et publics) dans la mise en œuvre du plan d'action.

Promouvoir la pérennité

À travers les exercices de renforcement des capacités qui donnent aux acteurs du niveau décentralisé les informations et directives nécessaires pour favoriser l'harmonisation des stratégies développées dans le cadre de la survie de l'enfant. Ceci pourra ainsi garantir la viabilité à long terme. La continuité d'une offre de qualité est garant d'une sécurisation, de financement continu et l'implication des communautés. Le plan d'action met l'accent sur la nécessité d'un plaidoyer fort pour identifier des mécanismes innovants de financement susceptible de pérenniser les acquis au-delà de l'échéance de 2015.

Rechercher constamment un retour d'information

L'équipe de la DSRSE va mettre en place une communication stratégique efficace et permanente avec les acteurs du niveau décentralisé. Pour y parvenir, le système d'information entre les différentes institutions impliquées dans la gestion des produits et les services devra être renforcé afin d'assurer une évaluation continue.

B. Processus d'élaboration

Ce plan constitue une feuille de route opérationnelle pour la DSRE et un cadre d'intervention pour l'ensemble des acteurs et partenaires. Son élaboration a nécessité une large collaboration avec les principaux acteurs. Le succès de sa mise en œuvre est strictement lié à l'appropriation par tous les acteurs qui ont été impliqués dans les différentes phases et étapes de la conception. Plusieurs étapes ont été nécessaires dans cette approche.

- Atelier national de modélisation avec l'outil LiST, identification des principales causes de décès et identification des interventions prioritaires pour chaque composante avec identification des goulots d'étranglement.
- Travail au quotidien du groupe opérationnel et réunions périodiques du comité technique
- Réunions hebdomadaires du comité technique restreint : ces réunions étaient élargies aux autres acteurs pour valider les niveaux de réalisation pour chaque étape du processus.
- Ateliers de travail au niveau central avec la participation des principaux acteurs impliqués dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile : ces ateliers ont permis au niveau de chaque composante de faire la revue de la situation actuelle et de déterminer les activités spécifiques à mener pour améliorer l'offre et la demande de ces produits d'importance vitale

- Les activités spécifiques du plan de sécurisation et la quantification des produits ont été partagées au niveau national avant que le groupe opérationnel ne procède à la budgétisation pour déterminer le coût global.
- La synthèse des activités spécifiques à mener tant au niveau national que régional a été validée par le comité technique avant que le groupe opérationnel ne procède à la budgétisation.
- Une réunion de validation a été tenue au niveau du Cabinet du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale pour renforcer le portage à haut niveau et réaffirmer la volonté politique.

La démarche mise en avant et les opportunités offertes par l'outil LiST ont permis de définir un modèle national et un modèle pour chacune des 14 régions. Une telle approche a permis d'identifier les causes principales de décès infantile et néonatal dans chacune des régions et au niveau national et les interventions prioritaires ayant un fort impact sur la réduction de mortalité maternelle, néonatale et infantile dans chaque région et pour tout le pays.

La modélisation et les calculs avec l'outil LiST utilisé dans le processus d'élaboration du plan offrent une double possibilité de disposer pour la période de 2013 à 2015 :

- d'un plan d'accélération des interventions à haut impact visant à sauver au moins 9417 vies d'enfant de moins de cinq ans sur la période de mise en œuvre du plan (2013 -2015) ;
- d'un plan d'action spécifique pour chaque région médicale avec les interventions clefs et les activités ayant le plus fort impact sur la réduction de la mortalité dans la région en tenant compte des spécificités identifiées pour la région.

V. Cadre conceptuel

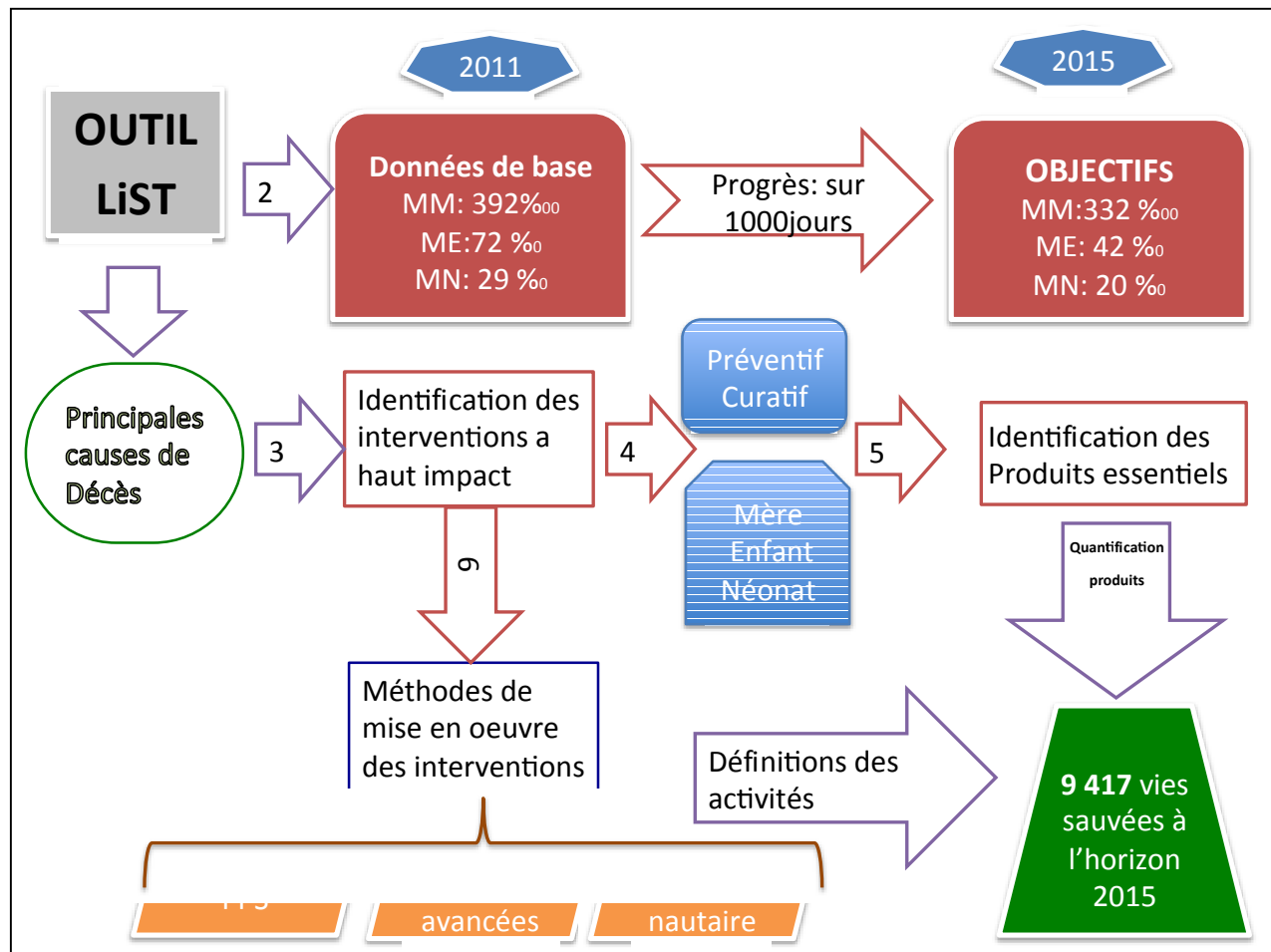


Figure 3: Cadre conceptuel

Au total, les calculs avec LiST font apparaitre que les efforts combinés des interventions à haut impact sur l'offre, la demande et la coordination devraient aboutir à sauver 9 417 vies chez les enfants de moins de 5 ans à l'horizon 2015.

VI. Les Piliers du plan

A. Approche paquet

La conception et la mise en œuvre du plan d'action mettent en avant une approche paquet de services matérialisée de deux manières :

- ✓ En terme de renforcement de compétences des prestataires et des acteurs communautaires ; il s'agit d'offrir un paquet de formation intégré articulé sur la mise en œuvre des interventions à haut impact.
- ✓ En terme de prise en charge, il s'agit de développer une offre de service structurée autour de la mise en œuvre d'une vision holistique de la prise en charge. L'offre de service prend en compte la mesure de la capacité et de la performance globale d'une formation sanitaire à offrir une gamme complète de services ayant le plus fort impact sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

En résumé, il s'agit de :

S'orienter vers une offre de service intégrée et de qualité susceptible de garantir aux mères et aux enfants la possibilité de bénéficier d'une couverture complète (prise en charge globale et complète) au niveau du PPS ;

Rendre disponible le paquet intégré de service pour la survie de l'enfant qui n'est considéré complet que si l'ensemble de éléments qui le composent est disponible et de qualité (les produits et équipements, la capacité du personnel, la couverture etc.)

Rendre chaque niveau de prestation et type d'acteur (PPS, District sanitaire, Région médicale, niveau central) comptable de ses rôles et responsabilités qu'ils doivent jouer dans la chaîne d'opération afin de garantir le continuum des soins.

B. Renforcement de l'accès aux services

- stratégies avancées et mobiles : il s'agit de mettre en œuvre systématiquement les stratégies avancées et de les renforcer par une stratégie d'itinérance du personnel qualifié (sages-femmes, infirmiers)
- extension des interventions et élargissement du paquet au niveau communautaire

Plusieurs interventions sont mises en œuvre et leur passage à l'échelle nationale sera un tremplin pour l'amélioration de la couverture.

Cela doit se faire avec l'implication de tous les acteurs communautaires sous la supervision des Infirmier Chef de Poste

C. Recours aux TIC

Il s'agit de capitaliser toutes les initiatives de TIC (télémédecine, SMS, etc.) et d'explorer l'extension des interventions pilotes de TIC (mHealth, Rapid SMS)

La dotation des acteurs communautaires et des prestataires de soins en téléphones portables et l'organisation d'un réseau fermé de téléphonie mobile à l'échelle nationale constitue une innovation. Elle permet d'établir un canal de communication direct entre

Le système de réseau téléphonique fermé sera arrimé au système actuel de régulation du SAMU national qui dispose déjà d'un logiciel IPBX puissant de traitement des appels et qui fonctionne en continu 24h/24, sous la conduite de médecins urgentistes régulateurs.

L'utilisation de la technologie devra aider à :

transmettre aux acteurs communautaires et de façon automatique les rappels de rendez-vous : calendrier de vaccination (mère et enfant), supplémentation (vitamine A), pesée, CPN, CPoN etc.

informer sur les ruptures de stock faciliter la recherche de perdus de vue pour les cibles concernées

informer avant toute référence afin que le dispositif d'accueil et de prise en charge soit préparé ;

D. Appliquer la démarche qualité dans tout le processus

Il s'agit de capitaliser toutes les initiatives d'amélioration de la qualité en cours de développement au niveau du système de santé.

- Partenariat pour l'amélioration de la qualité (PAQ) : C'est une adaptation d'un modèle de partenariat entre les PPS et les communautés utilisé par IntraHealth au Rwanda en vue d'améliorer la capacité des cliniques à satisfaire les besoins des communautés et à impliquer celles-ci dans la résolution des problèmes rencontrés dans ces structures sanitaires. Cette approche participative regroupe les représentants des établissements sanitaires et les résidents au sein de la communauté (ou comités sanitaires) dans le but d'identifier et de surmonter les obstacles liés à la qualité et à l'utilisation des services. Ce modèle est mis en œuvre au Sénégal en partenariat avec le Réseau Siggil jiggen.
- Promotion d'un label de qualité pour les structures de santé qui remplissent les normes de prise en charge de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (accueil, hygiène hospitalière, respect protocoles de PEC, disponibilité des produits, respect des normes de stockage et de distribution des produits, respect des droits des clients, etc.)
- Promotion des **5S KAISEN**

VII. La Vision

Le plan de survie de l'enfant ambitionne de contribuer durablement à l'accès universel et à l'utilisation des services de qualité et de produits d'importance vitale identifiés pour la mère, le nouveau-né et l'enfant.

L'optimisation des potentiels du système national est mise en avant dans ce plan tout en essayant d'accompagner le système à relever les défis et surtout à se préparer à assumer les mutations nécessaires à l'atteinte des buts.

Par le plaidoyer, une large fenêtre sera ouverte à l'Etat, aux autres secteurs, à la communauté et aux partenaires pour bâtir des consensus et créer des synergies d'actions fortes à même de lever durablement les barrières à l'accès aux soins et services de santé maternelle et infantile. En particulier un accent sera mis sur les interventions à haut impact sur la mortalité maternelle et infantile tant au niveau préventif que curatif, avec des stratégies majeures au niveau des PPS et au niveau communautaire.

VIII. Les Orientations Stratégiques et Objectifs

A. Orientations stratégiques

Amélioration de l'offre de service au niveau des points de prestation

L'objectif global est d'améliorer la disponibilité et la qualité du service au niveau des PPS. Trois (3) types d'interventions seront développés dans ce cadre:

- Renforcement des compétences à travers la formation, la supervision sur la mise en œuvre de chaque intervention à haut impact sur la mortalité maternelle et infantile ;
- Promotion de la qualité en termes d'offre de service, de renforcement de l'équipement et de disponibilité des intrants .
- Amélioration de la couverture en suscitant l'implication des PPS privés et parapublics dans l'offre de service pour la survie de l'enfant. L'implication du secteur privé dans la mise en œuvre permettra aussi de capitaliser les données d'activités et de former le personnel sur les PNP.

Le plan d'action définit au niveau du point de prestation des interventions spécifiques pour le service offert à chaque composante du couple mère-enfant :

Amélioration de l'offre de service par les stratégies avancées

L'analyse des goulots d'étranglement a identifié l'accessibilité géographique comme un facteur limitant l'utilisation des services essentiellement les services de prévention. Etant donné que la mise à niveau des infrastructures / projet de réhabilitation sont des processus longs, le plan met l'accent sur les stratégies mobiles et les stratégies avancées pour améliorer l'accès à certaines interventions. Les stratégies avancées et les stratégies mobiles, surtout vers les zones d'accès difficiles/populations déshéritées permettent de rapprocher les services de prévention et de PEC des usagers.

Amélioration de l'offre de service au niveau communautaire

L'analyse des goulots d'étranglement a aussi mis l'accent sur le niveau encore faible de l'utilisation des services promotionnels de prévention et de prise en charge mais surtout sur les retards du recours aux soins qualifiés, notamment pour l'accouchement. Le plan d'action considère l'implication des acteurs communautaires comme un élément fondamental à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. L'approche développée consiste à utiliser le potentiel et les réseaux déjà existants (réseaux de BG, Associations de relais, d'ASC/matrones, DSDOM). Le plan d'action insiste sur :

- La formation des acteurs communautaires sur les stratégies de mise en œuvre du paquet de services intégré pour la survie de l'enfant et de la mère. La formation des acteurs sera centrée sur les interventions globales du paquet à déployer au niveau communautaire (communication, sensibilisation, suivi des perdus de vue, parrainage des femmes enceintes, PEC des cas et rapportage);
- La mise à l'échelle de la prise en charge intégrée du paludisme, des IRA et de la diarrhée et la malnutrition par les ASC/matrones, et les DSDOM ; les soins à domicile de la mère et du nouveau-né et l'offre de services de PF par les ASC/matrones, DSDOM ;
- Le suivi de la qualité des services au niveau communautaire ;
- Le renforcement du système de référence ;
- Le déploiement de moyens financiers et matériels permettant aux acteurs communautaires de mener leur travail.
- La contractualisation entre les districts et les OCB afin de rendre ces derniers comptables de leur plan d'action.

Augmentation de la demande et l'utilisation des soins ou services

• Communication

L'analyse des goulots d'étranglement met un accent particulier sur les croyances et pratiques néfastes sur la santé, les pesanteurs socio culturelles, la méconnaissance de l'importance de certaines interventions aussi bien par les femmes et leur famille que par les prestataires de soins.

Les différents plans de communication développés sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant seront capitalisés.

Les activités de communication viseront à améliorer la connaissance, l'acceptation des services par les femmes et leurs familles en vue de susciter l'utilisation accrue et effective des prestations liées au paquet de services pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Des outils et des messages clefs adaptables aux contextes spécifiques des régions (causes majeures de décès et interventions prioritaires, caractéristiques socio culturelle, langues dominantes etc.) seront développés.

Le SNEIPS sera mis en avant pour la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de communication au niveau national et dans les régions. La responsabilisation du SNEIPS permettra de garantir une certaine harmonie avec le plan de communication national.

• Réduction des barrières financières

La vision et l'engagement des autorités de mettre en place une couverture médicale universelle au Sénégal (CMU) constituent une opportunité pour la mise en œuvre de ce plan. Il s'agit notamment de la réduction des barrières d'accès aux soins à travers l'exemption des soins pour les enfants de moins de 5 ans, l'élargissement des autres initiatives de gratuité (césarienne, accouchement, etc..), le développement des mutuelles de santé, et le renforcement des institutions de prévoyance maladie.

Amélioration de la coordination et du suivi évaluation

Un comité de pilotage survie de l'enfant existe au niveau national. Ce comité multisectoriel constitue une instance de coordination du plan. Le pool de PTF de ce comité appuiera le plaidoyer et la mobilisation des ressources tant au niveau national qu'international.

En raison des échéances à très court terme du plan d'action, des efforts supplémentaires sont attendus de la DSRSE pour garantir que toutes les activités sont réalisées dans les délais et que les corrections et ajustements requis sur la planification des activités, sont opérés à temps. A cet effet, le plan d'action prévoit de mettre à la disposition de la DSRSE et des régions des ressources additionnelles (personnel, moyens matériels et équipement, appui institutionnel).

Un accent sera mis sur l'assistance technique à la DSRSE et aux régions médicales pour lever les éventuels goulets d'étranglement pouvant affecter la performance dans la mise en œuvre du plan d'action mais aussi pour accompagner les études et évaluations à réaliser à différents niveaux de la mise en œuvre des activités. Les PTF seront mis à contribution pour l'assistance technique liée à la mise en œuvre du plan d'action.

B. Objectifs du plan de survie de l'enfant

Ce plan d'action national de survie de l'enfant a pour objectif d'accélérer les efforts pour réduire la mortalité maternelle à 32 pour 100.000 nv, la mortalité néonatale à 20‰ et la mortalité infanto juvénile à 42‰.

Tableau 4 : Projection de la Mortalité maternelle et infanto juvénile selon List

	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Données de base</i>					
Taux de Mortalité Maternelle (décès maternel pour 100,000 Naissances vivantes)	370.00	368.79	367.47	366.03	364.45
Taux de Mortalité Maternelle (décès maternel pour 100,000 femmes âgées de 15-49)	54.87	52.33	50.02	47.73	45.46
Taux de Mortalité Néonatale (décès pour 1,000 Naissances vivantes)	25.80	25.81	25.82	25.83	25.85
Taux de Mortalité infanto-juvenile (décès pour 1,000 naissances vivantes)	64.98	64.88	64.81	64.81	64.81
<i>Passage à l'échelle</i>					
Taux de Mortalité Maternelle (décès maternel pour 100,000 Naissance vivantes)	370	360.51	350.99	341.43	331.8
Taux de Mortalité Maternelle (décès maternel pour 100,000 femmes âgées de 15-49)	54.86	51.15	47.77	44.52	41.3
Taux de Mortalité Néonatale (décès pour 1,000 Naissances vivantes)	25.8	24.1	22.49	20.96	19.5
Taux de Mortalité infanto-juvenile (décès pour 1,000 naissances vivantes)	64.98	59.21	53.96	47.45	42.4

Source : List 64.4 Projections nationales Sénégal 2012-2015

Ces objectifs ambitieux représentent une baisse de 10% du ratio de mortalité maternelle, de 24% du taux de mortalité

Réduction de la mortalité

	2011	2012	2013	2014	2015
Ratio de mortalité maternelle	370	361	351	341	332
Taux de mortalité néonatale	26	24	22	21	20
Taux de mortalité des moins de 5 ans	65	59	54	47	42

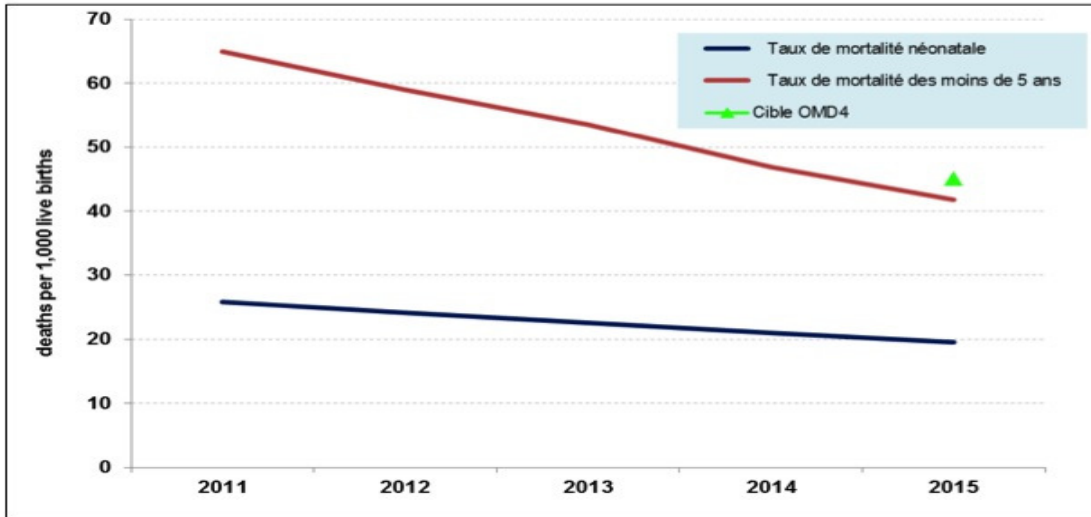


Figure 4: évolution de la mortalité

Source : List 64.4 Projections nationales Sénégal 2012-2015

L'atteinte de ces objectifs correspond à 9.417 vies sauvées dont : 2607 pour les nouveau-nés de moins de 1 mois et 6.810 pour les enfants 1 à 59 mois.

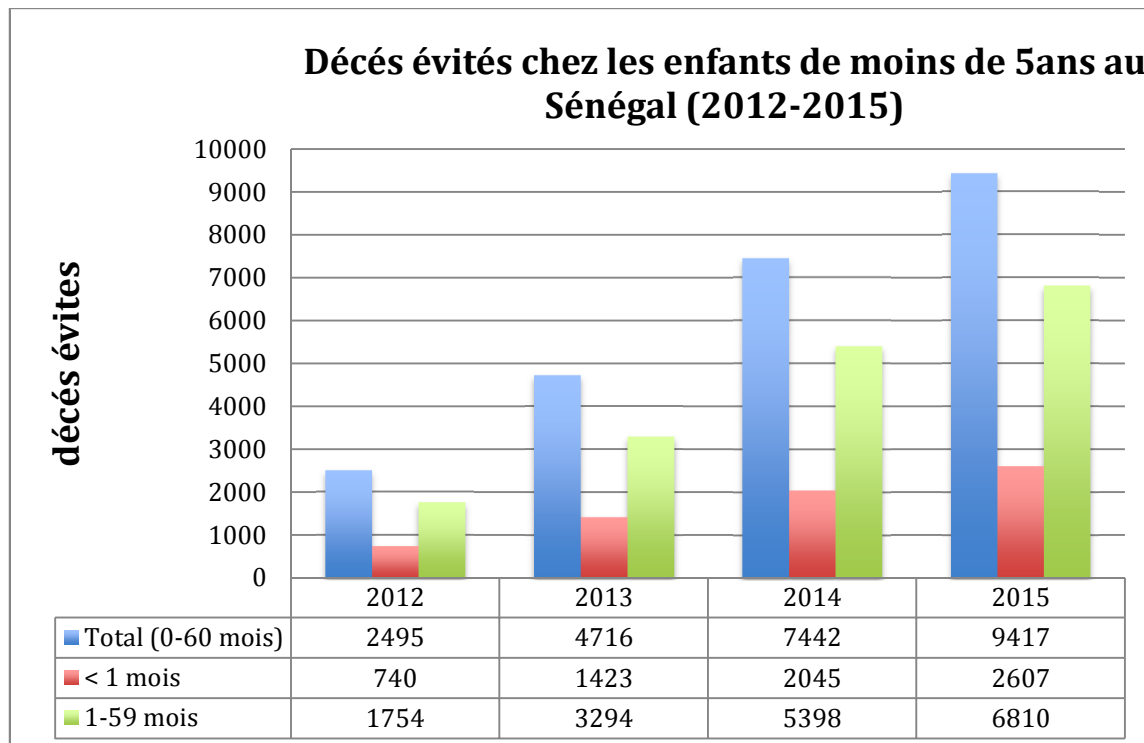


Figure 5: Décès évités entre 2012 et 2015 chez les enfants de moins de 5 ans au Sénégal

Source : List 64.4 Projections nationales Sénégal 2012-2015

Pour réduire de façon significative la mortalité néonatale, un accent particulier est mis sur les interventions liées à la prévention et la prise en charge de la prématurité, du Petit Poids de Naissance, des infections néonatales et de l'asphyxie. Ainsi une priorité est accordée aux interventions liées aux accouchements, au maintien de la température, aux soins kangourou, et les infections néonatales. Ces interventions contribueront à hauteur de 57% du nombre de vies sauvées en matière de mortalité néonatale.

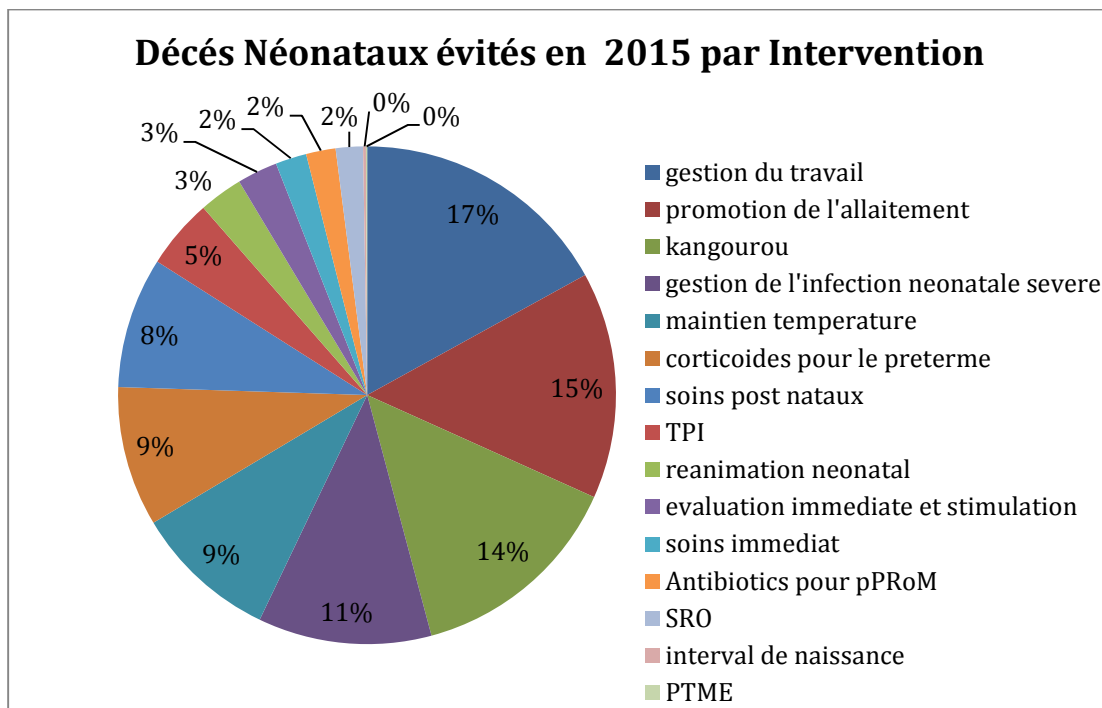
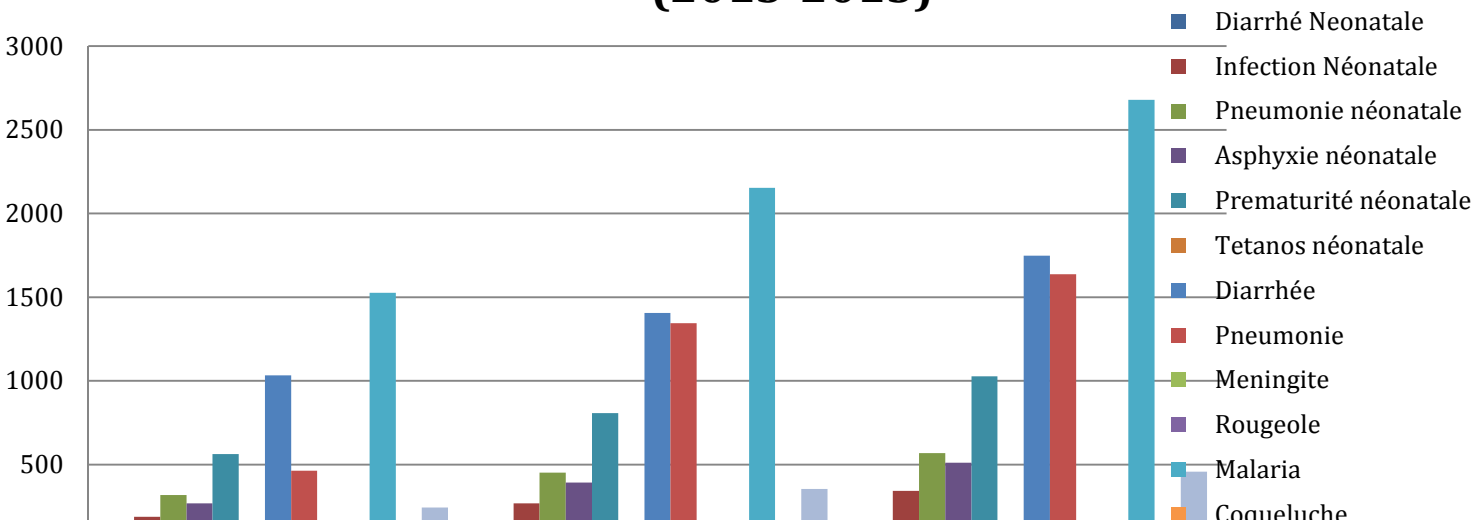


Figure 6: Décès néonataux évités en 2015 par intervention

En ce qui concerne, la mortalité infanto-juvénile, les interventions telles que la vaccination contre le pneumocoque et le rotavirus, l'artémisinine pour les cas de paludisme, l'utilisation des moustiquaires à longue durée d'action, l'alimentation thérapeutique pour les cas de MAS, la promotion de l'AME, contribueront à 74% du nombre de vies sauvées chez les enfants de moins de 5 ans.

Décès enfants de -5ans évités par Cause (2013-2015)



A l'instar du niveau national, les médecins chef de région se sont engagés à respecter les objectifs régionaux qui ont été modélisés avec l'outil LiIST. Ces objectifs ont été définis pour ainsi déterminer la part de chaque région dans les objectifs nationaux fixés pour 2015.

Les objectifs ont été fixés en se basant sur les principales causes de mortalité et en identifiant les interventions à haut impact sur ces mêmes causes. Le potentiel des régions a été déterminé en fonction de leur poids démographique et en contextualisant avec les réalités impactant sur les morbidités au niveau local.

Les régions prioritaires selon le taux de mortalité infanto juvénile, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité néo-natale sont les régions de Sédhiou, Kolda, Kédougou, Matam et Diourbel. Le niveau élevé du taux de mortalité néo-natale inclut les régions de Louga, Saint Louis, Kaolack, Kaffrine et Tambacounda comme deuxième groupe de régions prioritaires.

Tableau 5: Indicateurs d'impact

REGION	INDICATEURS IMPACT 2010		
	Taux de mortalité infanto-juvénile	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité néonatale
Sedhiou	142	72	38
Kolda	145	69	38
Kédougou	154	68	30
Diourbel	104	68	43
Matam	89	63	39
Saint-Louis	91	59	39
Louga	80	57	40
Ziguinchor	73	53	27
Tambacounda	100	49	29
Fatick	88	47	20
Kaolack	98	44	30
Kaffrine	93	43	30
Dakar	59	43	20
Thiès	53	36	22
<i>National</i>	<i>72</i>		<i>29</i>

IX. Description Détaillée des Interventions

A. Amélioration de l'offre de service

1. Au niveau communautaire

✓ Renforcer l'offre du paquet de services intégré au niveau communautaire à travers :

- Renforcement de capacité des acteurs communautaires sur les soins à domicile du nouveau-né
- Passage à l'échelle des soins à domicile de la mère et du nouveau-né
- Introduction de la Chlorexidine dans les protocoles de PEC
- Approvisionnement en Chlhorexidine
- Renforcement des capacités des acteurs communautaires sur l'AME
- Renforcement des capacités des acteurs pour la Promotion de l'utilisation des aliments enrichis et fortifiés
- Renforcement de capacité des acteurs communautaires sur la PEC des cas de maladies de l'enfant
- Equipement des agents communautaires
- Parrainage des femmes enceintes

✓ Renforcer la qualité des services et le système de référence de la communauté au niveau de la structure :

- Renforcer les capacités des acteurs communautaires pour une identification précoce des cas graves et des signes de danger et une référence précoce.
- Assurer la mise en place et l'utilisation systématique des outils de référence vers les postes de santé.
- Orienter les ICP sur la systématisation de la contre référence.
- Assurer la supervision mensuelle des acteurs communautaires en utilisant des outils harmonisés, aidés en cela par les ADC.
- Renforcer les services promotionnels et préventifs au niveau communautaire
- Communication sur l'avantage de l'AME

2. Au niveau des points de prestation de services

✓ Les principales interventions sont :

- Renforcement de l'approvisionnement en VIK 1
- Renforcement des capacités des prestataires en SPNN/SENN/HBB
- Amélioration du plateau technique pour la SPNN/SENN/HBB
- Renforcement de capacité des prestataires sur les SMK
- Renforcement du mécanisme de suivi post natal
- Renforcement de la PCIME/ PEC MAS/ ANJE
- Approvisionnement en intrants nutrition (ATPE, F100, F75, RESOMAL, Amoxicilline)
- Intégration des intrants nutrition dans le circuit de distribution des médicaments essentiels
- Renforcement de capacité des prestataires sur la nutrition chez la femme enceinte (cycles de vie)
- Supplémentation des femmes enceintes durant la période de soudure

- Renforcement de l'implication des structures privées dans la mise à l'échelle des interventions à haut impact
- Renforcement de la motivation des prestataires notamment dans les zones difficiles
- Extension des prestations dans les zones d'accès difficile
- Mise en place des outils et guides PNP/SR révisés
- Renforcement des capacités des prestataires sur la CPN recentrée
- Recrutement /contractualisation de prestataires qualifiés additionnels
- Organisation des services au niveau des PPS

B. Augmentation de la demande et l'utilisation des soins ou services

✓ Il s'agira de :

- Promotion de la mise au sein précoce et l'AME
- Amélioration de la référence communautaire
- Renforcement de la Communication et du plaidoyer
- Promotion de l'utilisation des produits locaux
- Promotion de l'utilisation des aliments enrichis et fortifiés
- Renforcement de la communication /plaidoyer pour le PEV de routine
- Mise en œuvre de la stratégie ACD (atteindre chaque district/enfant)
- Communication sur la nouvelle stratégie de routinisation de la Vit A
- Communication sur l'importance du recours précoce aux soins
- Réduction des barrières financières
- Application de la démarche qualité pour l'organisation des services de santé
- Développement de la certification de centres d'excellence
- Développement d'un plan de communication intégré
- Mise en place d'un mécanisme d'assurance et de subvention
- Amélioration de l'assainissement
- Suivi de la qualité de l'eau

C. Amélioration de la disponibilité des produits

Les principales interventions sont contenues dans le plan de sécurisation des produits d'importance vitale pour la santé de la mère et de l'enfant, il s'agit de :

- Renforcer la législation sur les laits de substitution
- Renforcer les capacités des personnels des maternités publiques, privées et des officines sur la réglementation en matière de lait et de ses substituts
- Améliorer l'environnement politique et réglementaire des produits d'importance vitale/Assurance qualité
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement et de distribution des 17 produits d'importance vitales
- Augmenter la demande et l'utilisation des produits de qualité

D. Amélioration de la coordination et du suivi évaluation

1. Coordination

- Mettre en place une équipe chargée de la coordination de la mise en œuvre
- Organiser des réunions bimestrielles qui regrouperont les comités techniques existants (PCIME, diarrhée, nutrition, PF, santé de la mère, sécurisation des produits)
- Organiser les réunions de coordination semestrielle du comité de pilotage survie de l'enfant
- Organiser une revue nationale annuelle avec les régions médicales et les partenaires
- Organiser des revues semestrielles par axe sur la mise en œuvre du plan d'action de la survie de l'enfant
- Participer aux réunions de coordination trimestrielles des régions

1. Suivi- évaluation

- Finaliser le manuel de suivi-évaluation de la DSRSE
- Mettre en place un tableau de bord (score card) pour le suivi des indicateurs clés au niveau de chaque région
- Mettre en place un mécanisme de motivation basé sur la performance de chaque centre de responsabilité.
- Renforcer les supervisions formatives à tous les niveaux à l'aide de grille intégrée
- Faire le monitoring lors des revues
- Assurer un suivi- post formation des prestataires formés sur la SPNN, la PCIME, la nutrition appliquée en SMNI/PF, TETU etc
- Mener une évaluation à mi-parcours (2014) et à terme une évaluation finale du plan d'action dans le cadre de la revue des OMD 4 et 5.
- Mettre en place un comité de suivi des OMD santé

X. Synthèse des coûts des interventions

A. Résumé du budget par catégorie de coût

Tableau 6: Résumé du budget par catégorie de coût

Résumé du budget par catégorie de coût	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Total	En %
Ressources humaines	52 050 000	2 095 200 000	2 095 200 000	4 242 450 000	15,03%
Formation	515 896 000	5 175 165 000	3 415 869 000	9 106 930 000	32,27%
Produits et équipements médicaux	71 312 500	70 250 000		141 562 500	0,50%
Infrastructure et autres équipements	261 300 000	2 977 660 000	2 485 060 000	5 724 020 000	20,28%
Matériel de communication		536 740 000	536 740 000	1 073 480 000	3,80%
Suivi et évaluation (S&E)	3 491 000	2 004 621 600	1 959 486 600	3 967 599 200	14,06%
Plaidoyer	51 615 400	784 898 000	730 360 000	1 566 873 400	5,55%
Planification et administration	244 801 000	956 844 000	953 116 500	2 154 761 500	7,64%
Assistance technique / Etudes	155 405 000	63 264 000	24 541 000	243 210 000	0,86%
TOTAL	1 355 870 900	14 664 642 600	12 200 373 100	28 220 886 600	100,00%

B. Résumé du budget par Domaines stratégiques d'intervention

Tableau 7 : résumé du budget par domaine stratégique d'intervention

Résumé du budget par Domaines stratégiques d'intervention	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Total	En %
Elargir l'offre de services au niveau communautaire	511 418 400	6 246 507 000	4 897 720 000	11 655 645 400	41,30%
Elargir l'offre de services au niveau des PPS	484 184 500	5 278 174 000	4 234 858 000	9 997 216 500	35,42%
Augmenter la demande et l'utilisation	191 750 000	826 972 000	770 305 000	1 789 027 000	6,34%
Amélioration de la disponibilité des produits		28 322 000		28 322 000	0,10%
Amélioration de la coordination et du suivi-évaluation	168 518 000	2 269 491 600	2 279 814 100	4 717 823 700	16,72%
recherche opérationnelle		15 176 000	17 676 000	32 852 000	0,12%
TOTAL	1 355 870 900	14 664 642 600	12 200 373 100	28 220 886 600	100,00%

C. Résumé du budget par Groupe cible

Tableau 8 : résumé du budget par Groupe cible

Résumé du budget par Groupe cible	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Total	En %
Nouveau-né	528 128 500	1 971 970 000	1 145 469 000	3 645 567 500	12,92%
Enfant	543 159 000	8 065 959 000	6 463 558 000	15 072 676 000	53,41%

XI. Financement du plan

A. Besoins en Financement

Dans le processus de préparation du plan d'action, une grille d'identification des engagements ou financements disponibles a été transmise aux partenaires techniques et financiers. Les engagements confirmés permettront d'indiquer les ressources disponibles pour financer le plan d'action.

Les besoins du présent plan pour accompagner les programmes / activités de santé de la mère et de l'enfant s'élève à **28 220 886 600 F CFA**.

B. Perspectives pour la pérennisation des financements

Des opportunités de financement additionnel existent pour couvrir les gaps. Le MSAS mènera un plaidoyer pour :

- Un accroissement de la contribution de l'Etat dans le financement du plan et de façon plus spécifique sur le déficit de personnel dans les formations sanitaires, spécialement les zones difficiles ;
- Une implication plus forte des collectivités locales dans le financement à l'image des initiatives de la commune de Dakar en matière de prise en charge de personnel de santé et de financement de formations sanitaires. Le financement des évacuations / transport malades dans le cadre de la référence a été identifié comme un domaine sur lequel la contribution effective des collectivités locales peut faire un impact significatif sur les vies sauvées/ décès évités ;
- La mobilisation des ressources au niveau national à travers le partenariat Public-privé;
- La mobilisation de ressources additionnelles auprès des partenaires internationaux et de façon plus spécifique auprès de la coopération multilatérale.

L'échéance 2015 est une étape symbolique pour le Sénégal dans ses efforts de réduction du fardeau de la mortalité maternelle et infantile.

Le Sénégal est conscient de la nécessité de pérenniser les acquis au delà de 2015. Le plan mettra un effort particulier sur le plaidoyer auprès de l'Etat mais surtout auprès du secteur privé pour la mobilisation de ressources et le développement d'initiatives visant à faciliter l'accès économique et géographique des produits et intrants. L'accent sera essentiellement mis sur :

- Le développement de partenariat public – privé pour instaurer un mécanisme de mobilisation de ressources locales susceptible de renforcer, voire de suppléer, la contribution des partenaires en vue de pérenniser le financement de la santé de la mère et de l'enfant ;
- La promotion de l'implication du secteur privé dans la mise en service au Sénégal d'unités locales de production d'intrants en collaboration avec les firmes spécialisées en vue d'améliorer la disponibilité des produits et promouvoir un conditionnement adapté aux besoins et exigences du marché national et sous régional.

▪

XII. Organisation institutionnelle et approche de mise en œuvre

A. Le pool de financement / PTF (Partenaires techniques et financiers)

Les partenaires techniques et financiers (PTF) sont réunis dans un pool de financement chargé d'assurer la mobilisation des ressources complémentaires au financement de l'Etat et pour assurer un suivi de la mise en œuvre du Plan d'action.

Le pool de financement du Plan d'action est un cadre de mobilisation de ressources et de suivi de la concrétisation des engagements (y compris les échéances des contributions) des PTF et de l'Etat. Il cherche un équilibre raisonnable entre trois priorités pour que les ressources mobilisées garantissent un fort impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile :

- promouvoir le transfert rapide de ressources en vue d'aider les populations cibles/ bénéficiaires potentiels;
- garantir que ces ressources seront utilisées de manière responsable et qu'elles serviront à atteindre les résultats escomptés en 2015;
- soutenir un développement organisationnel durable des RM; celles-ci auront une responsabilité accrue dans la négociation et la gestion de plan d'action spécifique et centré sur des interventions à haut impact. ;

B. Le Comité Technique National de suivi de la mise en œuvre du plan

Le Comité technique de suivi de la mise en œuvre du plan d'action est un cadre de gouvernance multisectorielle, composé de membres provenant (i) du secteur public, (ii) du secteur privé impliqué dans la mise en œuvre ou le financement du plan d'action (iii) de la société civile, (iv) des partenaires techniques et financiers.

Il sera structuré de façon à :

- assurer un suivi stratégique du plan d'action ;
- superviser les progrès et les résultats de la mise en œuvre des activités du plan d'action par la DSRSE.

C. Le cadre de concertation inter programme

Le plan d'action pour la survie de l'enfant regroupe une série d'interventions dont la plupart sont transversales ou relèvent de plusieurs programmes. La disponibilité des produits et le suivi de certaines activités du volet médical va faire appel à la collaboration avec les programmes tels que le PNLP, la PNA, le SNEIPS, la DLSI etc.

C'est pourquoi un cadre de concertation inter programmes sera mis en place pour assurer le suivi des résultats de chaque région en vue d'apporter, le cas échéant, l'intervention nécessaire pour améliorer l'accès au service.

Le comité PIS (Paquet Intégré de services SR, Paludisme, VIH et TB) qui regroupe déjà les programmes nationaux et certains services centraux du MSAS pourrait servir d'instance de coordination pour le cadre de concertation inter programme.

D. Le Comité de Pilotage Interne au niveau de la DSRSE

La santé de la mère de l'enfant et du nouveau-né touche différentes divisions et services de la DSRSE. En vue de garantir une coordination efficace de la mise en œuvre du plan, un comité de pilotage sera mis en place. Il regroupera les responsables des services en charge : de la santé de la Mère, de la santé de l'Enfant, de la santé du nouveau-né, de la cellule Suivi Evaluation.

Le comité de pilotage interne sera chargé :

- de garantir une certaine cohérence et une coordination dans les interventions des différentes divisions;
- d'analyser les progrès et résultats fournis par l'Unité de gestion du plan d'action qui est l'unité de mise en œuvre du plan d'action.

E. Les comités régionaux multi sectoriels de suivi

Les Régions médicales seront directement impliquées et responsabilisées dans la coordination de la mise en œuvre du plan d'action. Les RM seront les bras décentralisés de la DSRSE pour la mise en œuvre des activités, le suivi de l'exécution des activités planifiées avec les districts sanitaires.

Un comité régional multi sectoriel de suivi de la mise en œuvre du plan d'action sera établi autour de l'ECR. Il aura la responsabilité de :

- Assurer le suivi des progrès dans la mise en œuvre du plan d'action ;

- Superviser les performances des districts dans la mise en œuvre du paquet de service pour la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant (notation/scoring)
- Mener un plaidoyer pour une implication plus forte du secteur privé médical dans la promotion de la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant;
- Mener un plaidoyer pour une contribution plus effective et plus consistante des collectivités locales dans le financement des activités de réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile.

F. Les comités départementaux de suivi

Les districts sanitaires jouent un rôle central dans la mise en œuvre des activités du plan d'action et dans la gestion des ressources liées au financement des activités. Etant des sous-contractants, les DS sont un pivot important pour la réalisation en temps opportun des résultats du plan d'action.

Pour la mise en œuvre des activités au niveau des PPS de sa zone d'intervention, chaque District sanitaire peut signer des sous conventions avec les PPS et avec les OCB / Associations de relais dans sa zone d'intervention pour la mise en œuvre d'activités tendant à susciter la demande et l'utilisation des services.

Un comité de suivi départemental sera mis en place autour de l'Equipe Cadre de district pour :

- Assurer le suivi régulier des progrès dans la mise en œuvre du plan d'action ;
- Suivre les performances des PPS dans la mise en œuvre du paquet de services pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (notation/ scores) ;
- Mener un plaidoyer au niveau du département pour une plus grande implication des leaders d'opinion dans la promotion des interventions qui sauvent des vies ;
- Mener un plaidoyer auprès des comités de santé, des collectivités locales et autres acteurs locaux pour renforcer la mobilisation de ressources au niveau local.

G. Les comités locaux de suivi

Ils sont organisés autour du PPS et sont chargés d'assurer le suivi des performances des PPS et des ; activités communautaires rattachées au PPS dans la mise en œuvre du paquet de services pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (notation/ scores).

III. Niveau d'intervention et arrangements contractuels par niveau

Le financement et la mise en œuvre du plan d'action s'articulent autour d'activités diversifiées allant du transfert de ressources financières et moyens matériels à l'appui technique à travers un mécanisme de transfert de compétences des structures centrales aux structures périphériques directement impliquées dans l'opérationnalisation des activités du plan.

Le mécanisme de contractualisation pour le financement et la mise en œuvre du plan d'action définit 3 niveaux d'accord / de conventionnement.

A. Au niveau central

- **Accord de financement PTF /DSRSE** : A la validation du plan d'action et en fonction des orientations /priorités, les PTF ayant pris des engagements pour le financement du plan d'action peuvent signer un accord de financement direct avec la DSRSE. Ils peuvent aussi, en fonction de leurs zones de concentration et/ priorité d'intervention (produits, appuis aux PPS, stratégie produits etc.) inscrire leurs ressources dans le financement global ou directement dans le financement spécifique des PTA des Régions médicales de leurs zones de concentration.

Les modèles d'accord de financement seront conçus sur les principes du mécanisme de financement basé sur la performance avec des systèmes de décaissement échelonnés en fonction des progrès.

- **Contrat de prestation de services DSRSE/PNA** : Le plan d'action pour la survie de l'enfant contient une composante sécurisation des produits essentiels. Les activités d'achat et de stockage, de distribution vers les PRA et les dépôts des districts sanitaires et ceux des postes de santé seront assurés par la Pharmacie Nationale d'approvisionnement. Pour ce faire, la DSRSE signera avec la PNA une convention ou contrat de prestation de service pour la gestion de la chaîne des approvisionnements et de la chaîne logistique de l'ensemble des 16 produits essentiels inscrits dans le plan d'action et dans les PTA des deux entités.

B. Au niveau intermédiaire

- **Convention de financement DSRSE / Régions Médicales:** Pour l'opérationnalisation du plan d'action, la DSRSE signera avec chaque région Médicale une convention de financement pour la mise en œuvre du plan d'action régional. La convention DSRSE/Régional Médicale est accompagnée du plan d'action budgétisé de la région médicale intégrant le PTA de la région et qui est un extrait du plan d'action globale validé.

C. Au niveau périphérique

- **Convention de financement RM/DS :** Un second niveau de transfert de ressources est prévu dans le cadre de la mise en œuvre des activités sur le terrain. En fonction des spécificités locales, la RM peut s'appuyer sur des OCB, des associations de relais, des BG et des radios communautaires, des PPS pour la mise œuvre d'activités visant l'amélioration de l'offre et l'utilisation des services (demande). Dans de tels cas, une convention de financement assortie d'un plan de travail et d'un budget sera signée entre la RM et le DS.

XIV. Mécanismes de Suivi-Evaluation

Les procédures de suivi évaluation seront basées sur le manuel de suivi-évaluation de la DSRSE. Des procédures additionnelles seront conçues pour servir d'outils dans la gestion des produits. Le plan de suivi-évaluation facilite la mesure du progrès en conformité avec les indicateurs de résultat décrits pour chaque objectif.

Le plan combine le suivi des données de routine, les enquêtes dans les structures cibles et une évaluation finale afin de déterminer les effets et l'impact du projet.

Le plan prend également en compte l'élaboration de rapports périodiques, la transmission et le retour continu d'informations. La qualité des services offerts sera mesurée au moyen d'évaluations rapides des pratiques au sein des structures publiques et privées. Le changement de comportement des prestataires (y compris les acteurs communautaires) et des membres de la communauté sera mesuré par des enquêtes de connaissances, d'attitudes et de pratiques (CAP).

A. Coordination

Elle se fera à tous les niveaux à travers les revues périodiques de la SRSE, les réunions de coordination des régions et districts, les RAC (nationales et régionales)

Les conférences d'harmonisation seront mises à profit pour faire le suivi des activités du projet au niveau régional

B. Suivi-Supervision

Les missions conjointes de supervision, les supervisions périodiques (nationales, régionales, districts, postes) se feront périodiquement.

C. Evaluation

Une évaluation à mi-parcours sera menée au 4^{ème} trimestre 2014 pour mieux apprécier l'état d'avancement du projet et solutionner les problèmes identifiés

Le cadre de performance qui sera élaboré pour un suivi des résultats de survie de l'enfant va intégrer des indicateurs spécifiques pour la sécurisation des produits. Ces indicateurs vont couvrir les différents domaines d'interventions prioritaires.

ANNEXES

... V, SPC,												
aires sur visée	Formation	39 798 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PCIME selon la	Assistance tech / Etudes	0	0	0	7 916 000	0	7 916 000	0	0	0	0	0
ions de la PCIME en	Formation	0	0	27 230 000	0	0	27 230 000	0	0	0	0	0
mois les enfant au	Matériel de communication	0	112 100 000	0	112 100 000	0	224 200 000	112 100 000	0	112 100 000	0	224 200 000
stataires ologique	Formation	0	0	80 256 000	0	0	80 256 000	0	0	0	0	0
es par PPS mois et et par s	Planification et administration	57 342 000	57 342 000	57 342 000	57 342 000	57 342 000	229 368 000	57 342 000	57 342 000	57 342 000	57 342 000	229 368 000
6 et 428 tés de et	Infrastructure et autres équipements	0	492 600 000	0	0	0	492 600 000	0	0	0	0	0
	Infrastructure et autres équipements	44 000 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nt cadre survie de eur privé	Assistance tech / Etudes	0	0	0	0	0	0	6 865 000	0	0	0	6 865 000
que on avec sur la diffuser nes	Plaidoyer	0	0	19 740 000	0	0	19 740 000	0	0	0	0	0

de suivi finale	Suivi et évaluation (S&E)	0	0	4 165 000	0	0	4 165 000	0	4 165 000	0	0	4 165 000
que partage mise en place de SPC,	Planification et administration	0	0	14 560 000	0	0	14 560 000	0	14 560 000	0	0	14 560 000
on la survie radios avec la transmission	Matériel de communication	0	15 120 000	15 120 000	15 120 000	15 120 000	60 480 000	15 120 000	15 120 000	15 120 000	15 120 000	60 480 000
de la Vit. des outils de survie de	Matériel de communication		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
des sons de	Matériel de communication		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cription de fichiers	Plaidoyer		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
agents sur la M)	Formation		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
s d'ECR services	Formation	0	0	10 000 000	0	0	10 000 000	0	10 000 000	0	0	10 000 000
us, la outils de pour la	Assistance tech / Etudes	0	9 130 000	0	0	0	9 130 000	0	0	0	0	0

le des	Suivi et évaluation (S&E)	0	308 723 400	308 723 400	308 723 400	308 723 400	1 234 893 600	308 723 400	308 723 400	308 723 400	308 723 400	1 234 893 600
ons de ielle des onne + t une sur 2)	Suivi et évaluation (S&E)	0	4 473 000	0	4 473 000	0	8 946 000	4 473 000	0	4 473 000	0	8 946 000
visions ion du e	Suivi et évaluation (S&E)	0	58 140 000	58 140 000	58 140 000	58 140 000	232 560 000	58 140 000	58 140 000	58 140 000	58 140 000	232 560 000
parative : ombilic e plication n	Assistance tech / Etudes	0	0	6 838 000	0	0	6 838 000	0	0	0	0	0
pective eutique nt des	Assistance tech / Etudes	0	0	0	8 338 000	0	8 338 000	0	0	0	0	0
o année 2012 causes orbidité nts de ans 4 r étudier que	Assistance tech / Etudes	0	0	0	0	0	0	0	10 838 000	0	0	10 838 000
e e et alité andard	Assistance tech / Etudes	0	0	0	0	0	0	6 838 000	0	0	0	6 838 000
du plan de - rrisson et	Planification et administration	0	0	0	0	12 630 000	12 630 000	0	0	0	0	0
finale du	Planification et administration	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22 952 500	22 952 500

Références bibliographiques

Ministère de la santé et de la prévention (2009): plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des interventions a haut impact sur la mortalité infanto juvénile au Sénégal, décembre 2009

Compact Sénégal (2011): (accroître les efforts et les ressources pour la santé dans un cadre harmonisé en vue de l'atteinte des OMD) 2011

Ministère de la santé et de l'action sociale (2011): plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) 2012-2015 avec l'appui technique du dispositif d'appui technique de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'ouest et du centre

Ministère de la santé et de l'action sociale (2013): recherche formative qualitative sur la prise en charge de la diarrhée à domicile et dans les structures de santé au Sénégal : une analyse du contexte familial et communautaire à Thiès, Kolda, Tambacounda et Saint-Louis. (Rapport final. 15 mars 2013)

Ministère de la santé et de l'action sociale (2011): plan de passage à l'échelle de la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant par le sel de réhydratation orale (SRO) a faible osmolarité et le zinc (décembre 2011)

Ministère de la santé et de l'action sociale (2006): feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal (période : 2006 – 2015) avril 2006

Ministère de la santé et de la prévention /DSR (2007): plan national stratégique pour la survie de l'enfant 2007 – 2015 (juillet 2007)

Ministère de la santé et de l'action sociale (2013), plan stratégique de développement de la couverture maladie universelle au Sénégal 2013-2017, Dakar septembre 2013, 162p

Institut royal des tropiques (KIT) des Pays-Bas (2013) : rapport final sur l'analyse situationnelle du marché des médicaments de la santé de la reproduction au Sénégal (janvier 2013)

Ministère de la santé et de l'action sociale (2012) : revue à mi-parcours de la feuille de route de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal 2006 – 2015 : rapport de synthèse suivi du plan d'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route 2012 – 2013 (janvier 2012)

Ministère de la santé et de l'action sociale / DSRSE (juin 2012) : plan d'action national de planification familiale 2012-2015 (plan au 1^{er} juin 2012).