REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi
Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique

Direction générale de la Santé

Cellule des Soins de Santé primaires

GUIDE HARMONISE DE MISE EN ŒUVRE DU SUIVI DIRIGE PAR LES COMMUNAUTES (COMMUNITY-LED MONITORING – CLM) AU SENEGAL

Ce guide a été élaboré grâce à l'appui de Plan International Sénégal

© CSSP – Octobre 2025

TABLE DES MATIERES

Sigles et acronymes i
I. Contexte et justification 1
II. Objectifs du guide 3
III. Définition, Objectif, Principes et Activités-clés du SDC 4
III.1. Définition du SDC 4
III.2. Objectifs du SDC 4
III.3. Principes-clés du SDC 5
III.4. Étapes-clés du SDC 7
III.5. Activités-clés du SDC 7
III.6. Piliers/quadrants du modèle ITPC 8
III.6.2. Les évidences ou preuves 9
III.6.3. L'engagement 11
III.6.4. Le plaidoyer 12
IV. Equipe de mise en œuvre du SDC 13
V. Mise en œuvre du SDC au Sénégal 14
V.1. Historique de la mise en œuvre du SDC au Sénégal 14
V.2. APPROCHE DE MISE EN ŒUVRE DU SDC 15
V.2.1. Dispositif opérationnel du SDC 15
VI. Facteurs de succès dans la mise en œuvre du SDC 22
VI.1. Renforcement de capacités (éducation) 22
VI.2. Renforcement de capacités sur le SDC 22
VI.3. Production d'évidences 23
VI.3.1. Le choix des sites 24
VI.3.2. L'autorisation de collecte des données 24
VI.3.3. Considérations éthiques 25
VI.3.4. Choix des collecteurs de données 26
VI.3.5. Choix des indicateurs et élaboration des outils de collecte 26
VI.3.5. Collecte des données 26
VI.3.7. La vérification des données 27
VI.3.8. Contrôle de la qualité des données 28
VI.3.9. Méthodes de contrôle qualité des données 28
VI.3.10. Analyse des données 29
VI.3.11. Audit des données 29
VI.3.12. Gestion et stockage des données 30
VI.3.13. Diffusion des données 30
VI.4. Pré-engagement et engagement 31
VII. Pérennisation de l'approche SDC 32
VIII. Disposition de révision du guide 33
IX. Annexes 34
IX.1. Termes de référence du Groupe consultatif communautaire 34
IX.2. Indicateurs du RNP+ et du CSVA 38
IX.2.1. Indicateurs RNP+ 38
IX.2.2. Indicateurs CSVA 39

SIGLES ET ACRONYMES

ANCS	Alliance nationale des Communautés pour la Santé
C19RM	Dispositif de riposte au COVID-19 du Fonds mondial
CLM	Community-led Monitoring (Suivi dirigé par les Communautés)
CNLS	Conseil national de Lutte contre le Sida
CSSP	Cellule des Soins de Santé primaires
CSVA	Comité de Suivi, de Veille et d'Alerte de la Société civile du Sénégal
DGS	Direction générale de la Santé
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
FM/Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GC7	Grant Cycle 7 (7ème Cycle de Financement)
GCC	Groupe consultatif communautaire
ICN ou CCM	Instance de coordination nationale des subventions du Fonds mondial
ITPC	International Treatment Preparedness Coalition – Coalition Internationale pour la Préparation au Traitement
NFM	Nouveau Modèle de Financement du Fonds Mondial
OCASS	Observatoire Citoyen pour l'Accès aux Services de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la société civile
PEPFAR	Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la lutte conte le SIDA
PNLP	Programme national de Lutte contre le Paludisme
PNT	Programme national de Lutte contre la Tuberculose
PTF	Partenaires techniques et financiers
PVVIH	Personne(s) vivant avec le VIH
RENAPOC	Réseau national des Populations-clés du Sénégal
RN-ASLUT	Réseau national des Associations de Lutte contre la Tuberculose
RNP+	Réseau des Associations de Personnes Vivant avec le VIH/SIDA au Sénégal
ROCBACS	Réseau des Organisations communautaires de Base des Acteurs communautaires de Santé
S&E	Suivi et évaluation
SDC	Suivi dirigé par les Communautés
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSRP	Système de Santé résilient et pérenne
TB	Tuberculose
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WA	West Africa (Afrique de l'Ouest)

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le **Suivi dirigé par les Communautés (SDC)** (*en anglais, Community-led Monitoring – CLM*) est un processus continu et dynamique au cours duquel les personnes affectées par les inégalités dans l'offre de services de santé (*personnes vivant avec les maladies, populations-clés et vulnérables*) surveillent systématiquement les services de santé, collectent et analysent les données recueillies et mènent des actions de plaidoyer basées sur des preuves tangibles pour améliorer la qualité des services et créer un environnement favorable à leur bien-être. Bien que ce concept ne soit pas nouveau, il a gagné en importance ces dernières années grâce à des soutiens financiers significatifs de bailleurs de fonds tels que le PEPFAR et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Considérant que l'engagement communautaire est essentiel au suivi de la qualité des services de santé, l'ONUSIDA s'est engagé activement à soutenir le SDC pour permettre aux organisations et réseaux communautaires d'en assurer le leadership, conformément aux principes fondamentaux et modèles efficaces liés à l'approche, et participer aux activités visant à améliorer la ***disponibilité***, l'***accessibilité***, l'***acceptabilité***, l'***abordabilité*** et la ***pertinence*** des services de santé. Il s'agit donc de contribuer activement à la **QUALITE** des services de santé en identifiant les dysfonctionnements et en proposant des solutions pertinentes et pérennes.

La nécessité d'une consolidation des interventions SDC au Sénégal s'est précisée au cours de l'atelier régional organisé du 23 au 25 avril 2024 à Grand-Bassam (Côte d'Ivoire) par l'ONUSIDA et ITPC-WA portant sur l'amélioration de l'approche SDC en Afrique de l'Ouest et du Centre. Une approche intégrée du SDC s'est confirmée à la réunion régionale intitulée « *Faire progresser la communauté, les droits et le genre pour une riposte équitable à la tuberculose en Afrique francophone* » organisée du 11 au 13 juin 2024 à Yaoundé (Cameroun) par Stop TB Partnership et DRAF TB, avec le soutien technique et financier de L'Initiative (Expertise France). Un accent particulier a été mis sur la responsabilité des communautés et des survivants de la TB pour l'atteinte des objectifs assignés le 16 septembre 2018, lors de la toute première réunion de haut niveau des Nations unies sur la tuberculose.

Au regard des différents projets liés au SDC menés au Sénégal, les représentants d'institutions publiques (DGS, CNLS, PNT, PNLP, DLSI, CCM), de partenaires techniques et financiers (ONUSIDA, USAID, Plan International) et d'organisations de la société civile (ANCS, RNP+, RENAPOC, Coalition Plus, ITPC-WA, Institut de la Société Civile pour la Santé, RN-ASLUT, Enda

Santé) se sont réunis du 1er au 3 juillet 2024 aux fins de mettre en place un cadre unitaire ayant les rôles et fonctions de Groupe consultatif communautaire (GCC) national sur les interventions SDC au Sénégal.

Ce cadre regroupe les représentants d'entités impliquées dans la lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, la COVID-19, ainsi que celles qui s'investissent dans la couverture maladie universelle et la préparation aux futures pandémies (PPR). La prise en compte d'une approche intégrée du SDC et la mise en place du GCC unique national ont dicté l'élaboration d'un guide harmonisé de la mise en œuvre du SDC au Sénégal.

II. OBJECTIFS DU GUIDE

Ce guide a pour objectif de permettre aux différents acteurs intervenant dans les activités liées au **Suivi dirigé par les Communautés (SDC) au Sénégal** de disposer d'un **référentiel commun** d'orientation en matière de mise en œuvre des activités y relatives.

De façon spécifique, le présent guide offre des orientations consensuelles pour :

- Harmoniser les pratiques dans le cadre d'un SDC au Sénégal ;
- Renforcer la rigueur technique dans la mise en œuvre des activités du SDC ;
- Favoriser l'amélioration du suivi dirigé par les communautés au Sénégal à travers une approche concertée et intégrée des différentes initiatives en la matière.

Le présent guide a été initialement conçu par M. Innocent Sewoa LAISON (Expert CLM) sur invitation de la DGS et de la CSSP. Le guide a été revu, amendé et validé au cours d'un atelier organisé du 28 au 30 octobre 2025 par la CSSP avec l'appui de Plan International Sénégal. Cet atelier a enregistré la participation active de représentants de la DGS, de la CSSP, du PNT, du CNLS, du PNLP, de la DLSI, de Plan International Sénégal, de l'ANCS, du RNP+, du CSVA et du ROCBACS (*voir liste des participants ci-dessous*).

Prénom & Nom	Fonction	Entité
Amadou Tidiane DIALLO	RAF projets GF	Plan International
Mamadou FAYE	CSPO GC7	Plan International
Khady Mane FAYE	CSSP	CSSP
Ndeye Diya DIOP	Consultante Santé Communautaire	CSSP
Innocent S LAISON	Consultant	ITPC
Bamby SYLLA	COP projets GF	Plan International
Djibril NIANG	Point Focal CLM	SE/CLNS
Babacar THIAM	Consultant	CSVA
Makhtar SOW	Responsable Suivi Évaluation GC7	DGS
Méliane Jacqueline DOSSOU	BPeC/Point focal Secteur privé	PNLP
Rokhaya NDOYE	Médiatrice	RNP+
Ousseynou BADIO	Chargé de projet	ANCS
Khady GUEYE	Assistante Sociale	DLSI
Serigne Amdy THIAM	Coordonnateur Adjoint GC7	DGS
Ibrahima NIANG	Secrétaire Général	ROCBACS

III. DEFINITION, OBJECTIF, PRINCIPES ET ACTIVITES-CLES DU SDC

III.1. Définition du SDC

Le Community-led Monitoring (CLM) ou Suivi dirigé par les communautés (SDC) est un processus par lequel les communautés, en particulier les usagers des services de santé, prennent l'initiative d'identifier et de suivre régulièrement les questions qui les concernent et qui touchent à l'effectivité et à la qualité desdits services. Il s'agit précisément de suivre la **disponibilité**, l'**accessibilité**, l'**acceptabilité**, l'**abordabilité** et la **pertinence** des services par rapport aux besoins réels des usagers.

Que surveillons-nous ? Un cadre pour le suivi des services de santé.

Disponibilité	Accessibilité	Acceptabilité	Abordabilité	Adaptabilité (Pertinence)
				
▪ Les services de santé, les médicaments, les produits de base et les fournitures nécessaires existent-ils ? ▪ Si oui, existent-ils quand ils sont nécessaires et en quantité suffisante ?	▪ Déplacement ou des temps d'attente? ▪ Les heures d'ouverture sont-elles pratiques ? ▪ Les processus d'aiguillage tout au long de la cascade de soins sont-ils fluides ?	▪ Existe-t-il une qualité de soins élevée ? ▪ Les services fournis sont-ils exempts de stigmatisation et de discrimination ? ▪ Les droits humains des patients sont-ils promus et protégés ?	▪ Les services nécessitent-ils des dépenses directes pour le compte du client ? ▪ Le ou les modèles de prestation de services sont-ils efficaces ? ▪ Quelle est la durabilité de la réponse ?	▪ Les services sont-ils adaptés aux besoins spécifiques des populations clés et vulnérables ? ▪ L'âge et le sexe sont-ils pris en compte dans les forfaits de services ?

Le SDC est une voie essentielle dans la création de la dynamique interactive entre la responsabilité des gouvernements, le rôle des prestataires et la contribution des communautés. Les projets SDC sont des **mécanismes de redevabilité conçus, dirigés, et mis en œuvre par des organisations communautaires locales dirigées par les communautés elles-mêmes**, utilisant des plateformes structurées et des acteurs communautaires rigoureusement formés pour collecter des données quantitatives et qualitatives, et produire de manière routinière et systématique des analyses dans le but d'**améliorer la qualité et l'impact des services de santé**.

III.2. Objectifs du SDC

Le SDC a pour objectif principal d'améliorer la qualité et l'impact des services de santé. Il s'agit de manière spécifique d'effectuer un suivi régulier et systématique des services de santé à travers des **indicateurs clairement définis**, de consulter parallèlement les membres de la communauté concernés par les services de santé pour identifier leurs besoins prioritaires, de **produire des rapports périodiques sur l'effectivité et la qualité des services conformément aux besoins prioritaires des communautés**, et, enfin, d'**apporter des solutions consensuelles** pour améliorer la qualité desdits services de santé.

III.3. Principes-clés du SDC

Le SDC est différent de la surveillance communautaire des épidémies qui met l'accent sur la détection rapide et le signalement immédiat des cas suspects. Le SDC n'est pas le suivi des actions communautaires par les établissements de santé ou d'autres partenaires externes. Il ne s'agit pas non plus d'activités de suivi et d'évaluation de programmes menés par les communautés ou comprenant des indicateurs liés à la communauté.

Le SDC est une approche qui est initiée et conduite par les communautés et est régie par des principes-clés. Huit (8) principes fondamentaux ont été définis et retenus à Bangkok (Thaïlande) en décembre 2022 par l'ensemble des partenaires financiers (notamment le FM et l'USAID/PEPFAR), les fournisseurs d'assistance technique et les réseaux d'organisations communautaires d'Afrique, d'Asie, d'Europe, d'Amérique latine et des Caraïbes (*voir encadré p. 6*). Ces principes peuvent se résumer en cinq (5) grands points.

1. Dirigé par les communautés, appropriation par les communautés

Les interventions de SDC sont indépendantes des gouvernements ou des donateurs, et ne sont pas dirigées par ces entités. **Elles sont spécifiquement conçues et mises en œuvre par et pour les communautés et leurs organisations, groupes et réseaux**.

Aussi, il est essentiel que les communautés soient pleinement actives et impliquées tout au long du processus. Car cette approche ascendante garantit que **le processus répond aux besoins de la communauté et tient compte des perspectives et des préférences des groupes les plus marginalisés**.

2. Porté sur l'action, la responsabilité et la redevabilité

Le SDC est axé sur la collaboration car il a pour objectif d'amener les différentes parties prenantes à **co-créer** et à **mettre en œuvre des solutions face aux problèmes préalablement identifiés par les communautés**. La collecte et l'analyse des données sont menées à travers le prisme des besoins communautaires, en s'efforçant d'éliminer les obstacles à l'accès aux services de santé, d'identifier des solutions et de veiller à la redevabilité des décideurs en ce qui concerne la mise en œuvre des solutions retenues.

3. Indépendant

Le SDC ne dépend pas des donateurs ou des décideurs politiques pour permettre une plus grande appropriation et un plus grand pouvoir de décision. Il est mené en toute **indépendance et autonomie**, sans l'intervention d'autres parties prenantes (*par exemple, le gouvernement ou un bailleur de fonds*). Cette **indépendance se retrouve notamment dans le choix des données recueillies**, dans la forme donnée aux outils de suivi et dans les décisions autour des questions suivantes : quand les données du SDC sont-elles partagées et avec qui ?

4. Routinier et systématique

Dans le cadre du SDC, les **données sont collectées de manière systématique et routinière** et aident à la prise de décision de façon continue. **L'élaboration et le financement du SDC doivent s'inscrire dans la durée**, afin que la collecte de données soit continue et permette de **suivre les tendances au fil du temps**. La collecte de données à destination des enquêtes, de la recherche, du dépannage occasionnel et de ce type d'utilisation est certes importante et peut venir compléter le SDC. Néanmoins, ces actions ponctuelles ne répondent pas à la démarche régulière et méthodique, ni au plaidoyer et à la redevabilité qui sont au cœur du SDC.

5. Axé sur les résultats

Les **interventions SDC donnent des résultats mesurables**. Par exemple une augmentation accrue et continue du nombre de personnes sous traitement antirétroviral, des taux plus élevés de suppression de la charge virale et une diminution des ruptures de stocks de médicaments et/ou d'intrants. Des **résultats constatés et obtenus grâce aux actions de plaidoyer faisant suite aux dysfonctionnements relevés**.

Les huit (8) principes fondamentaux consensuels du SDC

1. Etre dirigés par des communautés directement touchées, notamment des personnes vivant avec le VIH, la tuberculose et/ou le paludisme et des populations-clés ;
2. Maintenir le leadership et l'indépendance au niveau local, en se protégeant contre les interférences programmatiques d'autres acteurs, y compris les donateurs, le gouvernement national et d'autres systèmes de suivi et d'évaluation ;
3. Etre pris en charge par les communautés à chaque étape, y compris l'identification des questions prioritaires dans la communauté, la définition des indicateurs, l'établissement de canaux de communication privilégiés avec les partenaires et la décision sur la manière dont les données sont hébergées et utilisées ;
4. Inclure des activités de plaidoyer visant à susciter une volonté politique et à promouvoir l'équité, compte tenu de la fonction fondamentale du SDC en tant qu'outil de responsabilisation sociale ;
5. Respecter l'éthique en matière de collecte de données, de consentement, de confidentialité et de sécurité des données. La collecte des données doit être vérifiable, fiable, effectuée dans le cadre d'un cycle routinier/continu et selon le principe "ne pas nuire" ;
6. Veiller à ce que les données appartiennent aux communautés, les programmes étant habilités à partager les données de SDC publiquement et à leur discrétion. Les programmes de SDC ne doivent pas être amenés à rassembler, remplacer ou dupliquer les données de suivi et d'évaluation des systèmes existants ;
7. Veiller à ce que les contrôleurs communautaires soient des représentants des utilisateurs des services, qu'ils soient formés, soutenus et correctement rémunérés pour leur travail, tout en préservant l'indépendance de la communauté par rapport au donateur ;
8. Etre coordonné par une structure centrale, appartenant à la communauté, capable de gérer les composantes programmatiques, financières et de ressources humaines du programme.

Community-led Monitoring – Best practices for strengthening the model – White Paper – December 2022

III.4. Étapes-clés du SDC

Le Suivi dirigé par les Communautés se résume en six (06) grandes étapes-clés décrites dans le schéma ci-dessous :



III.5. Activités-clés du SDC

Le Suivi dirigé par les Communautés comprend quatre (4) activités majeures :

1. **Pré-collecte** (*identification du problème, mobilisation des acteurs, définition des indicateurs, conception des outils, recrutement et formation des collecteurs et superviseurs*).
2. **Collecte et analyse des données** (*collecte, remontée, vérification, analyse et sauvegarde des données, production et partage des rapports périodiques*).
3. **Engagement et plaidoyer** (*mise en place du groupe consultatif communautaire ou son équivalent, partage des rapports périodiques, réunions périodiques du groupe consultatif communautaire, élaboration du plan de plaidoyer, mise en œuvre et suivi du plan de plaidoyer*).
4. **Suivi et contrôle** (*suivi des activités du dispositif, audit de la qualité des données périodique, mise à jour/ niveau du dispositif*).

III.6. Piliers/quadrants du modèle ITPC

L'approche SDC est fondée sur le droit à la santé. Elle est dirigée par la communauté. Elle renforce la responsabilité et améliore les résultats des programmes nationaux et locaux de lutte contre les différentes maladies ainsi que la santé des membres de la communauté.

Le SDC s'articule autour de quatre composantes ou quadrants : l'**éducation**, les **évidences**, l'**engagement** et le **plaidoyer**.

Il part du postulat que les personnes bien informées et/ou formées (éduquées) sont en mesure de demander une meilleure qualité de services de santé. L'éducation aux droits humains, notamment le droit à la santé, permet de s'assurer que tous les individus *éduqués* sont conscients de la norme de soins qu'ils sont en droit de recevoir, conformément aux directives actuelles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en matière de prévention, de dépistage, de soins et de traitement du VIH, de la tuberculose, du paludisme, de la Covid-19, de l'hépatite virale et d'autres affections.

Chaque quadrant a des objectifs spécifiques et des interventions correspondantes qui s'appuient les unes sur les autres. Les quatre (4) quadrants doivent être pleinement mis en œuvre pour un SDC réussi. Les personnes concernées par le SDC comprendront comment collecter et sécuriser les données et ce qu'elles surveillent : ce qu'il faut collecter, pourquoi c'est important et comment cela sera utilisé.

Le travail commence par l'éducation qui consiste, entre autres, au partage d'informations-clés, de directives normatives internationales et nationales et d'informations scientifiques fondées sur les recommandations de l'OMS dans de multiples domaines de la maladie (le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, la Covid-19, etc.) couvrant les services de prévention, de dépistage, de soins et de traitement et la raison pour laquelle ces éléments sont essentiels à la santé et à la survie des populations-clés et autres groupes vulnérables.

Sur la base de ces informations, les communautés surveillent leurs propres indicateurs, tels que l'accès et l'utilisation des services de prévention et de dépistage, le nombre de personnes bénéficiant de traitements continus et d'un suivi et la qualité de ces services. Les collecteurs de données obtiendront ces informations qui constituent les preuves.

Un groupe de parties prenantes, comprenant des représentants des réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH, de lutte contre la tuberculose, de lutte contre le paludisme, des bénéficiaires de soins, des prestataires de soins de santé et des décideurs politiques, travaillent ensemble pour analyser les données et identifier leurs problèmes prioritaires. Ensemble, de par leur engagement, ces parties prenantes plaident pour des améliorations de la qualité des services de santé.

III.6.1. L'éducation

L'éducation constitue une base solide et durable pour les organisations qui accueillent le SDC. Les formations peuvent concerner le renforcement des systèmes communautaires et institutionnels en couvrant des domaines ciblés, tels que les méthodologies de suivi et d'évaluation (S&E), la gouvernance, les finances et la gestion des subventions. La capacité de l'organisation de mise en œuvre étant essentielle à la réussite du SDC, **les organisations d'accueil sont soumises à des processus d'accréditation et à des évaluations de leurs capacités afin de déterminer leurs besoins en formation**. Les collecteurs de données et les superviseurs apprennent des procédures standardisées pour la collecte, le stockage et la sécurisation des données afin d'assurer la cohérence entre les sites ; ils sont également formés aux méthodes qualitatives et quantitatives pour effectuer leur travail et comprendre pourquoi les données qu'ils collectent sont importantes.

Les formations du personnel et des parties prenantes au SDC axées sur le plaidoyer sont développées sur la base des priorités de la communauté et d'une évaluation des capacités. Ces formations sont fondées sur les droits de l'homme. Elles doivent être très interactives et directement liées aux indicateurs sélectionnés par les communautés. A titre d'exemple, une approche du SDC axée sur le VIH comprendrait : l'éducation sur la transmission du VIH ; la cascade de prévention, de dépistage, de soins et de traitement, y compris le traitement antirétroviral optimisé ; la prestation de services ; le suivi de la charge virale ; et les questions relatives aux droits de l'homme. Ces formations permettent aux membres de la communauté de comprendre les services et les traitements auxquels ils ont droit et de connaître les directives nationales en matière de traitement. Ils acquièrent également des connaissances sur les normes de compétence et de qualité pour les dépistages et les services de dépistage de routine, les soins et les traitements médicaux, ainsi que les services de prévention et de soutien dans le contexte des objectifs actuels, des déclarations et des normes internationalement reconnues pour le traitement et les services liés au VIH (notamment l'Initiative accélérée, les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA, les objectifs de développement durable et les directives de l'OMS). Cela constitue la base d'un plaidoyer efficace.

III.6.2. Les évidences ou preuves

Les données communautaires sont les preuves qui éclairent le plaidoyer. La collecte de ces preuves est souvent la composante la plus visible du SDC. Elle implique des processus d'analyse situationnelle et de cartographie, la collecte des données, leur vérification, leur saisie, leur nettoyage et leur sécurisation, l'analyse des données (y compris le suivi des tendances) et les audits de qualité des données. Chacune de ces étapes est expliquée plus en détail ci-dessous :

- **Effectuer une évaluation de base**. Le personnel du SDC doit effectuer une évaluation de base (baseline) de tous les indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Au fil du temps, les données qu'ils recueillent peuvent être comparées aux évaluations

de base afin de suivre les tendances et de repérer les améliorations (ou les diminutions) de l'accès au traitement et de la qualité des services.

- **La collecte des données**. Les collecteurs de données utilisent les outils de collecte de données sur chaque site aussi souvent que spécifié dans le plan opérationnel validé (*par exemple, mensuellement ou trimestriellement*).
- **Vérification des données**. Le ou les superviseurs des collecteurs examinent les données soumises, vérifient les sources d'information et valident les données à des intervalles périodiques (mensuels, trimestriels ou semestriels), comme spécifié dans le plan opérationnel validé.
- **Saisie des données**. Une fois les données vérifiées, elles sont saisies dans la base de données conformément aux paramètres prédéfinis. Le rôle des superviseurs et du Chargé de Suivi et Evaluation (S&E) est crucial à ce niveau pour s'assurer de la qualité des données à saisir.
- **Gestion et stockage des données**. Si les données sont collectées à l'aide d'un formulaire électronique et/ou d'un questionnaire standard sur papier, le plan opérationnel doit décrire les procédures standard de sauvegarde, de stockage et/ou d'élimination des données après leur saisie dans la base de données informatique. La procédure de stockage ou d'élimination des formulaires doit garantir la protection des informations sensibles. Les formulaires physiques, les questionnaires, les notes des réunions et tout autre rapport issu des entretiens et des discussions de groupe doivent être conservés dans des armoires verrouillées. Les documents peuvent également être numérisés et téléchargés vers une base de données centrale en guise de sauvegarde afin de minimiser les pertes de données et de renforcer la sécurité des données. Si les données sont collectées par voie électronique, les procédures de gestion doivent garantir qu'elles sont enregistrées et stockées dans des formats standardisés afin d'en assurer la cohérence pour faciliter l'accès, l'examen, l'analyse et le rapport.
- **Examen et analyse des données**. Après la saisie des données dans la base de données, le Chargé de Suivi et Evaluation effectue une analyse de premier niveau pour vérifier l'actualité, l'exhaustivité, la clarté et la cohérence des données. Si aucun problème ne nécessite un examen supplémentaire, il peut transmettre les données à un expert chargé de mener une analyse plus approfondie. Les considérations-clés pour l'analyse couvrent les questions suivantes : *Les données démontrent-elles des progrès vers les objectifs ? Est-il possible de lier les données à un quelconque résultat ? Quelles sont les données les plus utiles pour le plaidoyer ? Y a-t-il des indicateurs pour lesquels les données ne sont pas disponibles ? Si oui, pourquoi ? L'indicateur est-il toujours pertinent ? Y a-t-il des données ou des tendances dans les données qui soulèvent des questions ? Si oui, quelles sont les prochaines étapes pour les aborder ?*

  En fonction de la capacité de l'organisme chargé de la mise en œuvre du SDC, une expertise technique pourrait être sollicitée pour fournir une assistance dans

l'analyse des données et/ou la réalisation d'audits de la qualité des données afin de garantir leur validité. Les établissements universitaires, instituts de recherche ou d'autres experts individuels peuvent valablement aider les responsables de la mise en œuvre du SDC à élaborer les cadres d'analyse des données, à former et à effectuer l'analyse des données et/ou à réaliser des audits de qualité des données afin d'affiner les indicateurs et/ou les méthodes de collecte des données.

- **Audit de la qualité des données**. Outre l'examen et l'analyse de routine de la qualité des données effectués par les superviseurs et le Chargé de S&E, il est essentiel de procéder à des évaluations formelles et périodiques de la qualité des données par une entité externe. Cet audit externe est sanctionné par un plan d'amélioration dont la mise en œuvre permet à l'organisation hôte du SDC de résoudre les problèmes qui pourraient conduire à des données inexactes, incomplètes et/ou non fiables.

III.6.3. L'engagement

Pourquoi l'engagement est-il important ? Les parties prenantes du SDC sont l'ensemble des acteurs des différents secteurs (public, société civile, partenaires techniques et financiers) intéressés par les questions de santé des populations, y compris les populations-clés ou vulnérables, les responsables d'établissements de santé, les décideurs politiques, les bailleurs de fonds et les fournisseurs d'assistance technique ; tous se doivent de s'investir pleinement dans l'obtention des meilleurs résultats possibles des programmes nationaux de santé.

L'engagement se développe à partir de partenariats entre divers acteurs. Il augmente la visibilité et l'impact du plaidoyer. L'engagement fournit aux communautés et aux prestataires de soins de santé une plateforme pour se réunir et partager des données et informations afin de faciliter l'amélioration des résultats de santé pour les bénéficiaires de soins.

L'engagement facilite la collaboration dans l'identification, la mise en œuvre et le maintien des solutions, et favorise l'investissement du gouvernement dans l'amélioration de la portée et de la qualité des services et de leur prestation, ainsi que sa responsabilité à cet égard. Par exemple, **les responsables de la mise en œuvre du SDC peuvent organiser des réunions avec les établissements de santé et/ou les décideurs aux niveaux local et national, au cours desquelles les données sont examinées et des solutions sont élaborées conjointement afin de combler les lacunes identifiées en matière de traitement et de prestation de services**.

L'engagement en matière de SDC est facilité par un cadre consultatif multipartite, souvent dénommé ***Groupe consultatif communautaire*** **(GCC)**, qui fournit un soutien essentiel à l'organisation hôte dans l'identification des activités prioritaires de plaidoyer. Le GCC élabore le programme de plaidoyer fondé sur des preuves. Il se réunit sur une base périodique (mensuelle, trimestrielle ou semestrielle) pour examiner les rapports soumis par l'organisation hôte (*à partir des données nettoyées,*

validées et analysées). Lors des réunions du GCC, les communautés et les décideurs co-créent les solutions aux dysfonctionnements constatés et documentés.

III.6.4. Le plaidoyer

Lorsque la collecte de données révèle des lacunes dans l'accès aux services de santé et leur qualité, des ruptures de stock de médicaments, d'intrants de laboratoire et d'autres produits essentiels, ainsi que d'autres problèmes fonctionnels et/ou structurels, les membres de la communauté plaident pour des solutions à ces problèmes.

Le plaidoyer fondé sur des preuves utilise des actions ciblées pour changer les normes, les directives, les standards et les politiques qui affectent directement la santé des personnes atteintes des différentes maladies ou à risque de contracter une des maladies (VIH/sida, tuberculose, paludisme, hépatites, Covid-19, etc.). Ce plaidoyer vise à améliorer l'effectivité et la qualité des services de santé aux niveaux local et national partant des solutions concertées et consensuelles avec les parties prenantes à tous les niveaux.

Lorsqu'il n'est pas possible de co-créer des solutions, les communautés peuvent initier des actions mettant les décideurs face à leurs responsabilités.

IV. EQUIPE DE MISE EN ŒUVRE DU SDC

Le SDC nécessite une équipe technique pour superviser et faciliter sa mise en œuvre. Au minimum, l'équipe devrait inclure :

- **Chef du projet/Point focal**. Cette personne est chargée de superviser la mise en œuvre technique et financière du SDC. Le **Chef du projet**/point focal facilitera également les réunions des groupes consultatifs communautaires (GCC), les dialogues avec les responsables de sites, travaillera avec ces responsables pour s'assurer que les accords formels pour la collecte de données sont en place, et assurera la visibilité du projet et son appropriation au niveau national. De même, il s'assurera que les informations issues des données sont utilisées pour un plaidoyer ciblé.
- **Responsable S&E**. Le responsable du suivi et de l'évaluation supervise les processus de collecte, de gestion, d'analyse et de vérification des données communautaires. Le responsable du suivi et de l'évaluation est chargé de superviser le renforcement des capacités, de fournir un soutien technique sur les processus de collecte et de gestion des données pour les superviseurs et les collecteurs de données, d'élaborer et d'examiner les rapports générés à partir des données communautaires avant qu'ils ne soient diffusés aux parties prenantes internes et externes. Il est également chargé de la gestion générale des données.
- **Superviseur(e) des collecteurs**. Le superviseur est responsable de la collecte des données sur tous les sites de collecte, de la vérification et du nettoyage des données. En fonction du nombre de sites de collecte de données, il peut y avoir plusieurs superviseurs, chacun gérant une équipe de collecteurs de données et le processus de collecte au niveau des sites correspondants.
- **Collecteurs(trices) de données**. Chaque collecteur de données est responsable de la collecte de données sur des sites spécifiques. Les collecteurs de données interagissent directement avec les établissements de santé ou les points de prestation de services pour recueillir des données quantitatives. Ils recueillent également des données qualitatives en menant des entretiens avec des informateurs-clés et en organisant des discussions de groupe avec des bénéficiaires de soins, des membres de la communauté et d'autres parties prenantes. Un collecteur de données par site est généralement suffisant, mais cela varie en fonction du volume et de la fréquence de la collecte de données. Par exemple, dans les cas où les collecteurs de données ne doivent se rendre sur les sites de données qu'une fois par mois pour les données quantitatives, il pourrait être faisable et plus efficace de confier à un seul collecteur de données la couverture de plusieurs sites. Le collecteur est encadré par le superviseur qui veille au respect des orientations et procédures liées à la collecte.

V. MISE EN ŒUVRE DU SDC AU SENEGAL

V.1. Historique de la mise en œuvre du SDC au Sénégal

Au Sénégal, l'expérience de mise en œuvre du suivi dirigé par les communautés date de 2017 avec le RNP+ bénéficiaire du projet régional sur les observatoires communautaires sur le traitement. Ce projet financé par le Fonds mondial pour trois années (2017-2019) était conduit par ITPC-WA et couvrait 11 pays dont le Sénégal.

En 2023, ITPC a accompagné le CSVA pour une phase pilote du SDC d'une année couvrant quelques districts des régions de Dakar et de Tambacounda.

V.1.1. Le SDC du RNP+

Partant de l'expérience avec l'Observatoire communautaire sur le traitement (OCT) qui mettait l'accent sur les populations-clés et la cascade 95-95-95 de l'ONUSIDA, le RNP+ a développé des partenariats avec l'ANCS, Plan International Sénégal, le CRCF et l'USAID pour élargir son champ d'intervention CLM.

Deux initiatives ont été ainsi portées par le RNP+ depuis 2022. Il s'agit du projet **OCASS**, dans le cadre des subventions du Fonds mondial, et du projet « **AND XEEX VIH SIDA »** soutenu par l'USAID.

Le projet OCASS a permis au RNP+ de développer une approche intégrée des trois maladies (VIH, TB et paludisme) et d'élargir ces cibles aux femmes enceintes et aux accompagnants des enfants de moins de 05 ans dans les régions de Kaffrine, Louga et Matam.

Le projet « AND XEEX VIH SIDA » était une poursuite et une consolidation de l'observatoire sur le traitement du VIH ciblant les populations-clés (professionnelles du sexe (PS), hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), et usagers de drogues injectables (CDI)) au niveau des régions de Dakar, Kaolack, Kolda, Saint-Louis, Sédhiou, Thiès et Ziguinchor.

Le dispositif SDC du RNP+ a mis en place un groupe consultatif communautaire (GCC) multisectoriel au niveau central pour examiner les rapports périodiques et définir les priorités pour le plaidoyer basé sur les évidences.

Au niveau décentralisé, le RNP+ collabore avec les responsables de districts sanitaires, les autorités administratives des régions, des départements et des communes et avec toutes les organisations communautaires intervenant dans le domaine de la santé.

V.1.2. Le SDC du CSVA

Le CSVA a déroulé une phase pilote de SDC intégré en 2023 avec l'appui de ITPC. Les principales cibles sont les usagers des services de santé des départements de Keur Massar (Région de Dakar) et de Tambacounda (Région de Tambacounda). Cette phase pilote a couvert deux (2) districts et six (6) sites de collecte. Il s'agit précisément du

district de Keur Massar avec le Centre de santé de Keur Massar comme site VIH, le Poste de santé des Parcelles assainies comme site paludisme, le Poste de santé de Boune comme site tuberculose ; du district de Tambacounda avec le Centre de santé de Tambacounda comme site VIH, le Poste de santé de Goulombou comme site paludisme, le Poste de santé de Koussanar comme site tuberculose.

Le CSVA a cherché à apprécier la satisfaction des usagers sur la qualité des services de santé et les fréquences de ruptures de stocks des intrants.

Le CSVA a opté pour dialogue autour des dysfonctionnements constatés au niveau des sites de collecte avec les autorités sanitaires et administratives locales à la place d'un groupe consultatif communautaire au niveau central.

V.2. APPROCHE DE MISE EN ŒUVRE DU SDC

V.2.1. Dispositif opérationnel du SDC

Dans le cadre de la mise en œuvre du SDC, il y a des principes fondamentaux auxquels tout SDC doit obéir. Parmi ces principes, nous pouvons noter : le choix d'une organisation, agence d'exécution qui doit jouir d'une expertise avérée dans le domaine d'application de la stratégie SDC. En outre, l'opérationnalisation du SDC nécessite obligatoirement la mise en place d'un groupe consultatif communautaire (GCC). Dans le cas spécifique du Sénégal, il a été adopté la mise en place d'un GCC national dont le portage est assuré la DGS à travers la Cellule des Soins de Santé primaires (CSSP).

Le dispositif opérationnel du SDC au Sénégal se présente désormais comme suit :

1. Profil de l'organisation communautaire hôte mettant en œuvre le SDC

Le SDC est une activité fortement communautaire dont la mise en œuvre requiert un certain nombre d'exigences. Ainsi, l'organisation maitresse d'œuvre du SDC doit être capable de :

- disposer de ressources humaines compétentes, capables d'assurer la bonne mise en œuvre du SDC sur le plan de la gestion technique, administrative, financière et du suivi-évaluation ;
- mobiliser les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre ;
- accompagner le processus d'appropriation du SDC par les communautés ;
- mobiliser des ressources matérielles, techniques et financières.

Dans le cadre de la mise en œuvre du SDC, l'organisation hôte doit mettre en place une équipe chargée de la gestion technique, administrative, financière et de la communication. De façon pratique, il est proposé un modèle d'équipe de SDC composée d'/de :

- un responsable technique du SDC ;
- un chargé des finances ;
- un chargé du suivi et de l'évaluation ;
- un chargé du plaidoyer et de la communication.

Cette équipe facilite et encadre le travail de collecte de données effectué par des superviseurs et collecteurs issus des communautés concernées. Il faut éviter de sélectionner des collecteurs très éloignés des sites de collecte et pas concernés par les problèmes de la communauté.

Rôles et responsabilités des acteurs :

Membres de l'équipe de mise en œuvre	Rôles et responsabilités
Le (la) responsable technique du SDC	▪ Coordonner l'élaboration du plan d'action périodique de mise en œuvre du SDC ; ▪ Coordonner avec toutes les entités de mise en œuvre la préparation, le déroulement et l'évaluation des activités au niveau opérationnel ; ▪ Suivre la mise en œuvre du plan d'action ; ▪ Maintenir des relations avec les partenaires financiers et les parties prenantes impliquées ; ▪ Promouvoir l'adhésion des autorités et des communautés aux interventions du SDC ; ▪ Assurer la vérification et la validation du travail des équipes de mise en œuvre ; ▪ Assurer l'élaboration des rapports périodiques conformes aux engagements contractuels ; ▪ Coordonner l'élaboration et la mise en œuvre du plan de mobilisation de ressources matérielles, financières domestiques et externes ; ▪ Veiller à l'exécution des recommandations émanant du groupe consultatif communautaire et des missions de terrain ; ▪ Participer régulièrement aux rencontres et initiatives portées par les acteurs et partenaires de mise en œuvre.
Le (la) chargé(e) des finances	▪ Assurer la gestion administrative et financière conformément aux procédures de l'organisation et aux conventions signées dans le cadre du SDC ; ▪ Assurer le suivi de la conformité de l'exécution des budgets par rapport aux procédures de référence ; ▪ Veiller à l'application des exigences de qualité dans la gestion des opérations financières; ▪ Produire les rapports financiers périodiques; ▪ Procéder à la justification des dépenses et à l'archivage des pièces comptables.

Le (la) chargé(e) du suivi et de l'évaluation	▪ Concevoir et mettre en place un plan de suivi-évaluation pour les activités du SDC ; ▪ Encadrer et former les superviseurs et collecteurs de données ; ▪ Vérifier la qualité des données avant toute exploitation ; ▪ Faire la pré-analyse des données collectées ; ▪ Préparer et transmettre les données pré-analysées à tout expert désigné par l'organisation hôte ; ▪ Produire les bulletins périodiques (mensuels et trimestriels) ; ▪ Veiller à l'intégrité et à la sécurité de la base de données et autres supports techniques ; ▪ Contribuer à la conception et à la mise à jour des outils de collecte ; ▪ Faire le suivi de la saisie des données dans la base ; ▪ Faire des tests/rapports de cohérence ; ▪ Faire le traitement et la compilation des données ; ▪ Participer à l'analyse des données.
Le (la) chargé(e) du Plaidoyer et de la Communication	▪ Encourager la participation des bénéficiaires de services ; ▪ Établir une cartographie des parties prenantes ; ▪ Apporter un appui technique au GCC pour la conception, la mise en œuvre et le suivi de leurs plans de plaidoyer ; ▪ Rédiger les documents de plaidoyer (plans d'actions, notes techniques, fiches d'informations) ; ▪ Élaborer les stratégies et plans de communication du SDC ; ▪ Organiser des événements de plaidoyer ; ▪ Assurer le suivi régulier des engagements.
Le (la) superviseur de la collecte des données	▪ Assurer la supervision et l'encadrement des collecteurs ; ▪ Collecter les données au niveau des sites qui lui sont attribués ; ▪ Faire remonter les insuffisances notées sur les outils et le processus de collecte ; ▪ S'assurer du bon remplissage des outils et de la bonne conduite des interventions des collecteurs ainsi que du respect strict des instructions de collecte de données (obtenir le consentement du répondant par exemple) ; ▪ S'assurer de la qualité des données collectées et transmises par les collecteurs ; ▪ Réaliser la triangulation des informations et des données produites par les collecteurs; ▪ Assurer le secrétariat des sessions des réunions du niveau périphérique.

Le (la) collecteur(trice) des données	▪ Collecter les données conformément aux orientations et directives fournies lors de la formation ; ▪ Faire remonter les insuffisances notées sur les outils et le processus de collecte ; ▪ S'assurer de la disponibilité, du consentement éclairé et de l'assentiment des personnes à interviewer ; ▪ Assurer le bon remplissage des outils de collecte de données ; ▪ Assurer le rapportage des activités menées ; ▪ Assurer la confidentialité des données collectées ; ▪ Prendre soin des outils de collecte mis à disposition ; ▪ Participer aux réunions mensuelles avec les autorités sanitaires de la zone d'intervention.

Membres de l'équipe de mise en œuvre	Profil minimal requis
Le (la) responsable technique du SDC	▪ Avoir une expérience et compétence confirmées en matière de gestion de projet ; ▪ Avoir une bonne compréhension de l'approche SDC ; ▪ Avoir d'excellentes capacités en négociation et en développement de partenariats ; ▪ Avoir d'excellentes capacités en production de rapports techniques ; ▪ Avoir une bonne maîtrise des outils informatiques.
Le (la) chargé(e) des finances	▪ Avoir la maîtrise ou la licence professionnelle en comptabilité/gestion financière ; ▪ Avoir une expérience minimum de 3 ans dans le domaine de la comptabilité ou gestion financière dont au moins 2 ans au sein d'une organisation de la société civile ; ▪ Avoir une bonne maîtrise des outils informatiques ; ▪ Avoir d'excellentes capacités en conception de budgets et en production de rapports financiers.
Le (la) chargé(e) du suivi et de l'évaluation	▪ Avoir au minimum 3 années d'expérience comme Chargé du S&E ; ▪ Avoir une expérience confirmée dans la gestion de bases de données dynamiques ; ▪ Avoir une bonne maîtrise des outils informatiques (tablettes, smartphones, ordinateurs, etc.) ; ▪ Avoir une connaissance des indicateurs sanitaires ; ▪ Avoir une bonne compréhension de l'approche SDC ; ▪ Avoir la capacité de former et d'encadrer des collecteurs de données.

Le (la) chargé(e) du Plaidoyer et de la Communication	▪ Avoir un niveau d'étude minimum BAC+3 ; ▪ Avoir une expertise confirmée dans la conception de stratégies et de plans de plaidoyer et de communication ; ▪ Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans le domaine du plaidoyer et de la communication ; ▪ Avoir une bonne maîtrise des outils informatiques ; ▪ Avoir une connaissance des indicateurs sanitaires ; ▪ Avoir une bonne compréhension de l'approche SDC.
Le superviseur de la collecte des données	▪ Être bénéficiaire des services de santé au niveau de la zone d'intervention ; ▪ Être membre d'une association de personnes vivant ou affectées par les maladies ciblées (notamment le VIH, la tuberculose, le paludisme, les hépatites) ; ▪ Résider dans la zone d'intervention ; ▪ Être capable de lire et écrire dans la langue de travail ; ▪ Avoir une expérience confirmée dans la collecte de données ; ▪ Jouir d'une bonne réputation parmi les acteurs communautaires intervenant dans la santé ; ▪ Avoir des aptitudes en matière de communication orale et écrite ; ▪ Savoir parler le français et une langue locale de la zone d'intervention ; ▪ Savoir utiliser les outils informatiques (tablettes, smartphones, ordinateurs, etc.) ; ▪ Avoir une bonne connaissance des mesures de prévention, traitement, soins et soutien liées à l'une des maladies ciblées et des questions relatives aux droits humains des patients ; ▪ Avoir une bonne compréhension de l'approche SDC.
Le collecteur des données :	▪ Être bénéficiaire des services de santé au niveau de la zone d'intervention ; ▪ Être membre d'une association de personnes vivant ou affectées par les maladies ciblées (notamment le VIH, la tuberculose, le paludisme, les hépatites) ; ▪ Résider dans la zone d'intervention ; ▪ Être capable de lire et écrire dans la langue de travail ; ▪ Jouir d'une bonne réputation parmi les acteurs communautaires intervenant dans la santé ; ▪ Avoir des aptitudes en matière de communication orale et écrite ; ▪ Savoir parler le français et une langue locale de la zone d'intervention ; ▪ Savoir utiliser les outils informatiques (tablettes, smartphones, ordinateurs, etc.) ; ▪ Avoir une bonne connaissance des mesures de prévention, traitement, soins et soutien liées à l'une des maladies ciblées et des questions relatives aux droits humains des patients ; ▪ Avoir une bonne compréhension de l'approche SDC.

2. Le Groupe Consultatif Communautaire

La mise sur pied d'un Groupe Consultatif Communautaire est indispensable dans le schéma opérationnel de mise en œuvre du SDC. Au Sénégal, le GCC est conçu comme un cadre national unique pour toutes les interventions SDC ; qui s'est doté d'un ancrage institutionnel au niveau de la Direction générale de la Santé (DGS), précisément au sein de la Cellule des Soins de Santé primaires (CSSP) qui en assure l'animation.

Ainsi, toute organisation hôte du SDC soumet des rapports périodiques au GCC pour examen, validation et définition des priorités de plaidoyer et de communication.

Le Groupe consultatif communautaire national est une instance inclusive avec une représentation des entités du niveau national, des partenaires techniques et financiers, des organisations communautaires, d'experts et de personnes-ressources.

Son objectif est de servir de cadre multisectoriel de partage, de réflexion et d'orientation stratégique sur les interventions et les rapports périodiques relatifs au SDC au Sénégal. Le GCC définit les prioritaires d'action de plaidoyer sur la base du rapport périodique et met en œuvre le plan de plaidoyer avec le soutien de l'organisation hôte du SDC.

La note ministérielle annexée au présent guide précise les termes de référence du Groupe consultatif communautaire national.

Rôles et responsabilités du Ministère de la Santé et entités décentralisées

Entités ministérielles	Rôles et responsabilités
MSHP/DGS/Cellule des Soins de Santé de Primaires	▪ Assurer le portage institutionnel du groupe consultatif communautaire national ; ▪ Apporter un appui technique et financier aux organisations hôte dans l'opérationnalisation du SDC ; ▪ Assurer la coordination et l'animation du groupe consultatif communautaire national ; ▪ Mener des actions de plaidoyer en faveur du financement des activités du SDC ; ▪ Veiller à l'application des directives de mise en œuvre définies dans les documents techniques et normatifs.
Les Directions Régionales de Santé	▪ Faciliter l'identification des sites en collaboration avec le niveau opérationnel ; ▪ Assurer la coordination de la mise en œuvre du SDC en relation avec les organisations hôte ; ▪ Apporter un support technique aux équipes de mise en œuvre du SDC ; ▪ Veiller au partage périodique des rapports techniques.

Les Districts Sanitaires	▪ Apporter un appui technique aux organisations hôtes dans l'identification des sites (postes de santé, cases de santé…) ; ▪ Faciliter l'accès des équipes aux différentes unités et points de prestation de services ; ▪ Veiller à la mise en œuvre du SDC dans les sites ciblés en collaboration avec les OSC hôtes ; ▪ Faciliter la production des rapports et l'assurance qualité des données ; ▪ Faciliter le partage des données lors des instances de coordination ▪ Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de l'analyse des données collectées.
Points de prestation de services (EPS, centres de santé, postes de santé, structures privées)	▪ Faciliter la collecte de données aux équipes de mise en œuvre au sein des différents services et points de prestation ; ▪ Appuyer l'organisation hôte dans la mise en place des dispositions nécessaires leur facilitant la collecte des données ; ▪ Mettre en œuvre les recommandations émanant de l'analyse des données collectées périodiquement.

VI. FACTEURS DE SUCCES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU SDC

VI.1. Renforcement de capacités (éducation)

Le renforcement de capacités dont il est question ici est compris comme « *le processus par lequel les membres des communautés (personnes affectées et infectées par les maladies) et leurs organisations acquièrent, développent et entretiennent les aptitudes dont elles ont besoin pour identifier les obstacles et les lacunes en matière de qualité et d'accès aux services au sein de leur communauté et établissements sanitaires* ». Les capacités nécessaires dans le cadre du SDC concernent la connaissance de la maladie (la transmission, la prévention, le dépistage, les soins et le traitement), ses implications ainsi que les instruments nationaux, régionaux et internationaux relatifs à la protection des droits humains. La connaissance de la maladie apparait comme un aspect important dans la lutte contre celle-ci. Il existe encore de fausses connaissances sur les maladies. La connaissance des instruments légaux quant à elle permettra d'augmenter la demande de service et la capacité d'apprécier leur efficacité.

VI.2. Renforcement de capacités sur le SDC

Afin de permettre aux organisations mettant en œuvre le SDC d'être crédibles et devenir des partenaires durables, il est important que les acteurs-clés (membres de l'équipe technique, superviseurs et collecteurs) reçoivent des formations adaptées leur permettant de mieux assurer leurs rôles respectifs en matière de prestation de services, de mobilisation sociale, de suivi et de plaidoyer. Le renforcement de capacités devrait également leur permettre d'acquérir, de développer et maintenir les aptitudes dont ils ont besoin pour jouer pleinement leurs rôles. Ce renforcement de capacités des acteurs ou des communautés implique donc des formations régulières afin de leur apprendre les concepts et outils du SDC tels que la collecte, l'analyse et la communication des données. Ces formations devraient également porter sur les normes et les pratiques recommandées pour la mise en œuvre du SDC. La création des cadres d'échange où les membres de la communauté peuvent exprimer leurs idées, identifier les problèmes et proposer des solutions dans le cadre de l'amélioration des services est également un moyen de renforcement de capacités.

De manière concrète, les renforcements de capacités porteront sur un certain nombre de modules dont les plus importants sont au nombre de six (6) : (i) orientation sur l'approche SDC, (ii) formation sur l'approche SDC, (iii) formation des formateurs sur le SDC, (iv) formation des acteurs en charge de la collecte de données, (v) formation des acteurs en charge de l'analyse des données et (vi) la formation des acteurs en charge du plaidoyer basé sur les évidences. Chaque session devrait réunir un nombre maximal de 30 participants pour faciliter les interactions de groupe. Les différentes sessions doivent être animées par des personnes ressources ayant une connaissance approfondie de l'approche SDC, une capacité à communiquer clairement, une capacité à évaluer les compétences des participant(e)s, une connaissance du contexte local, une

capacité à travailler en équipe et une connaissance des TIC. Ces compétences et qualités sont essentielles pour concevoir et livrer des formations efficaces dans le cadre des composantes du SDC et ainsi guider efficacement les apprenant(e)s.

Chacun des modules est décrit comme suit :

i. **Orientation sur l'approche SDC** : C'est une session dont l'objectif est de couvrir les modules-clés de l'approche SDC pour permettre aux participants de bien comprendre cette approche en vue de sa mise en œuvre à l'échelle nationale. La session dure 3 jours en présentiel.

ii. **Formation sur l'approche SDC** : La session dure en moyenne 5 jours en présentiel avec comme objectif de permettre aux participant(e)s de comprendre la démarche SDC afin de pouvoir l'appliquer au niveau national.

iii. **Formation des formateurs sur le SDC** : Elle doit doter les formateurs de compétences solides pour assurer la continuité des formations dans le cadre de l'extension des sites couverts par le SDC. La durée de la formation est de 5 jours en présentiel.

iv. **Formation des acteurs en charge de la collecte de données** : la formation porte sur le processus de collecte des données afin de permettre aux superviseurs et collecteurs d'être à la hauteur de leurs tâches et ainsi collecter des données crédibles et de manière professionnelle dans le cadre de l'approche du SDC. La durée de la formation est de 5 jours en présentiel.

v. **Formation des acteurs en charge de l'analyse des données** : Elle porte sur les modules-clés du SDC qui permettront aux participant(e)s d'avoir une bonne compréhension de l'approche SDC en vue de pouvoir analyser les données aux niveaux local et national. Elle doit être animée par un ou une expert(e) en analyse de données avec une expérience avérée dans la conception et la prestation de formations. Il doit également avoir des compétences en informatique pour travailler avec les outils de collecte des données. La formation dure 5 jours en présentiel.

vi. **Formation des acteurs en charge du plaidoyer basé sur les évidences** : Elle a pour objectif de permettre aux participant(e)s d'avoir une bonne compréhension de l'approche SDC en vue de mener des plaidoyers au niveau national/local. En plus des compétences communes aux autres formateurs, la personne ressource pour animer cette session doit avoir une expérience en plaidoyer. La formation dure 5 jours en présentiel.

VI.3. Production d'évidences

La production des données communautaires appelées évidences est souvent l'étape la plus visible du SDC. Elle permet de montrer une situation donnée avec des preuves dans le cadre des interventions SDC. A cet effet, une collecte de routine est initiée en vue de faire ressortir les preuves ou évidences qui sont traduites en informations

stratégiques qui guident des actions de plaidoyer. **Il peut arriver que des dysfonctionnements conjoncturels soient constatés et documentés au cours de la collecte. Dans ce cas, le Superviseur procède au signalement de la situation (sous forme d'alerte) auprès du Responsable de la formation sanitaire et du Chef de District. Un suivi mensuel documenté de la résolution du problème sera effectué par le collecteur et le superviseur.**

La collecte des données implique plusieurs étapes :

VI.3.1. Le choix des sites

L'analyse situationnelle est une opération faite par le personnel du SDC qui réalise une évaluation initiale de tous les indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Cela permet de suivre les tendances et repérer les améliorations ou les diminutions de l'accès aux traitements et de la qualité des services en comparant les données collectées à celles collectées à ce stade. La cartographie permet d'identifier les zones où la collecte de données est nécessaire pour répondre aux objectifs du SDC. Le choix des sites de collecte se fait en fonction de la représentativité de la population et de la pertinence des indicateurs. La coordination du SDC doit piloter le processus d'élaboration d'un plan opérationnel qui est un document-clé de l'approche SDC car il définit la méthodologie de collecte des données, en spécifiant la fréquence à laquelle les données doivent être collectées, le niveau de détail attendu, les outils à utiliser, les procédures de sécurité des données, etc. Les collecteurs de données sur le terrain doivent suivre scrupuleusement le plan pour s'assurer que les données collectées sont complètes, fiables et cohérentes. Cela permettra aux organisations impliquées dans l'approche SDC d'obtenir des données précises pour étayer les plaidoyers et pouvoir suivre les progrès réalisés vers les objectifs fixés.

Les critères d'équité doivent être pris en compte pour garantir que les sites de collecte reflètent la diversité des communautés desservies par les services de santé. Il est également important de tenir compte de la taille de la population desservie lors de la sélection des sites de collecte. Les établissements sanitaires et communautaires sélectionnés doivent être représentatifs de la population qu'ils desservent afin que les données collectées puissent fournir une image fidèle de la situation de la santé dans une région ou une communauté.

Les sites pour la collecte sont des établissements sanitaires publics, privés et/ou communautaires.

VI.3.2. L'autorisation de collecte des données

La collecte des données dans un site doit obtenir l'approbation par les autorités compétentes, en respectant les normes et les règlements applicables et en considérant les questions éthiques pertinentes. En plus de faciliter le processus de collecte, cette démarche permet de renforcer la crédibilité des intervenants SDC. L'octroi d'une autorisation pour la collecte de données implique différentes étapes à franchir. Pour les établissements de santé publics, il faut passer par les responsables des régions

sanitaires, des districts sanitaires, Directeurs d'hôpitaux, des médecins chefs de district sanitaire , et de l'infirmier chef de poste . Pour les sites communautaires, il faut également d'abord s'adresser au responsable des sites.

Pour obtenir l'autorisation de collecter des données pour le SDC à tous les niveaux, les personnes concernées doivent suivre une procédure. Cela implique la rédaction des termes de référence (TDR) qui expliquent le contexte et la justification de la collecte des données, les objectifs et les résultats visés, la méthodologie de collecte ainsi que le respect des règles éthiques et de déontologie. Il est important que ces TDR soient clairs pour montrer que le SDC n'est pas une recherche. Ensuite, ils doivent soumettre l'ordre de mission signé à tous les niveaux pour obtenir l'autorisation de collecter des données à chaque niveau.

VI.3.3. Considérations éthiques

Il est prévu de mettre en place des mesures pour garantir le respect de la vie privée et de la dignité des personnes impliquées dans la collecte des données. Cela peut inclure l'obtention du consentement éclairé des participants avant de collecter des données les concernant en leur assurant que leur anonymat sera préservé tout au long du processus. Il est également important d'assurer la transparence dans la collecte des données en fournissant des informations claires et compréhensibles aux participants impliqués sur les objectifs, les méthodologies, les bénéfices et les risques de l'étude, ainsi que sur l'utilisation qui sera faite des données collectées.

A cet effet, 3 formulaires doivent être rédigés et signés :

- Un **formulaire d'accord de confidentialité** doit être signé par les collecteurs de données en deux exemplaires, dont un exemplaire qui sera conservé par le collecteur et un autre qui sera remis à l'organisation hôte abritant l'équipe technique du SDC pour être intégré dans le dossier personnel du collecteur ;
- Un **formulaire de consentement éclairé** pour les entretiens individuels qui doit être rempli et signé par le participant avant l'entretien. Ce formulaire doit clarifier les raisons de la collecte de données, les méthodes de collecte à utiliser, et l'utilisation prévue des informations collectées. Le participant doit signer le formulaire pour indiquer son consentement volontaire et éclairé pour participer à l'entretien ;
- Un **formulaire de consentement éclairé et d'engagement de confidentialité** pour les focus group ou les dialogues communautaires qui doit être rempli et signé par les participants. Ce formulaire devrait expliquer la nature des échanges dans le groupe, la durée des échanges, ainsi que l'utilisation prévue des données collectées. Les participants doivent y donner leur consentement et s'engager à maintenir la confidentialité sur les informations qui y seront échangées. Ils doivent également émarger le formulaire pour indiquer leur accord avec les termes et conditions de participation.

VI.3.4. Choix des collecteurs de données

Les personnes chargées de collecter les données pour le SDC seront sélectionnées parmi les organisations communautaires, et devront correspondre au profil décrit plus haut (*voir profil des collecteurs de données*). Elles seront recrutées en fonction de leurs compétences et aptitudes à accomplir les tâches ou par appel à candidature suivi par un processus de sélection. Le comité de sélection, composé de responsables des OSC et d'un représentant de l'équipe cadre du district engagé dans les actions communautaires du SDC, sera chargé de valider leur recrutement.

VI.3.5. Choix des indicateurs et élaboration des outils de collecte

Il est important que les indicateurs utilisés par le SDC soient alignés sur ceux utilisés au niveau national afin de garantir une cohérence et une contribution efficace aux programmes d'accès aux droits pour les communautés. Pour cela, les indicateurs et les outils de collecte seront élaborés de manière participative, en commençant par une évaluation initiale qui recueillera les besoins et les avis des communautés et des utilisateurs de services. Deux ateliers seront ensuite organisés pour élaborer et valider ces indicateurs et ces outils en collaboration avec toutes les parties prenantes, y compris les communautés et les utilisateurs de services de santé.

Des outils de collecte pour mesurer les lacunes dans les besoins des communautés de manière quantitative et qualitative seront développés à l'aide des indicateurs et besoins validés. Il est important de noter que les indicateurs choisis dans un domaine spécifique peuvent prendre en compte les différents niveaux de besoins selon les exigences. Avant leur utilisation pour la formation des superviseurs et collecteurs de données, ces outils seront testés et approuvés par toutes les parties prenantes impliquées dans le processus.

VI.3.5. Collecte des données

Collecter des données signifie rassembler des informations à partir de différents indicateurs pour prendre des décisions éclairées, orienter les activités et améliorer la qualité des services offerts aux bénéficiaires des interventions en réponse au VIH, à la TB, au paludisme ou autres maladies dans le cadre du SDC. Les données primaires sont collectées directement auprès des personnes concernées par le SDC, à l'aide de guides, de formulaires et de questionnaires, qui seront les outils principaux du SDC.

Les données secondaires sont des informations préexistantes que les collecteurs peuvent recueillir en communiquant avec des personnes possédant des connaissances ou des ressources sur le terrain. Des sources courantes de données dans le domaine de la santé comprennent les rapports et les registres. Par exemple, pour les services liés au VIH, les sites disposent de différents registres tels que le bulletin du patient, le registre CDV, le registre index testing, le registre ARV, le registre de la charge virale, etc.

Le tableau qui suit renseigne sur les informations de nature qualitative et quantitative qui seront recueillies dans le cadre du SDC en utilisant différentes techniques et outils et à des intervalles variés :

Tableau descriptif de la collecte des données

Type de données	Techniques utilisées	Outils de collecte	Fréquence	Sources d'informations
Qualitatives	Entretien individuel	Guide	Journalière ou hebdomadaire	• Bénéficiaires des services de santé • Prestataires de soins de santé • Communauté • Responsables administratifs et politiques • Partenaires techniques et financiers
	Focus Group	Guide	Mensuelle ou trimestrielle	
	Observation directe	Guide	Journalière ou hebdomadaire	
	Observation participante	Guide	Journalière ou hebdomadaire	
Quantitatives	Exploitation de documents Administration de questionnaire	Formulaire Questionnaire	Mensuelle	• Registres, Rapports, Fiches • Bénéficiaires des services • Prestataires de soins de santé • Communauté

VI.3.7. La vérification des données

Les données doivent suivre un certain niveau de vérification avant d'être des produits partageables. Le circuit de la remontée des données est le suivant :

- Les données collectées sont transmises par les collectrices et les collecteurs à leurs superviseurs qui à leur tour analysent et vérifient les sources d'information pour valider les données à des intervalles mensuels ou trimestriels comme spécifié dans le plan opérationnel final ;
- Les superviseurs vérifient et valident les données avant de les saisir dans la base de données pour les rendre utilisables et analytiques ;[1]
- Le chargé de S&E également gestionnaire de la base de données assure le suivi de la saisie dans la base, compile les données et les traite pour produire les résultats finaux de la collecte ;
- Le Gestionnaire ou Point focal du Projet SDC, coordonnateur de l'équipe technique, organise ensuite une réunion de validation des données avec son équipe avant d'autoriser leur transmission à l'expert désigné pour analyse approfondie.

[1] Dans le cadre de la digitalisation, le paramétrage devra prévoir une validation par le superviseur des données saisies par les collecteurs.

VI.3.8. Contrôle de la qualité des données

Le contrôle de la qualité des données permet de s'assurer que les données sont complètes, précises, fiables et cohérentes. Il consiste en une série de vérifications et de traitements tels que la détection des doublons, la validation des champs obligatoires, l'exclusion des données aberrantes, l'harmonisation des formats, la mise en correspondance des codes, la normalisation des données, la résolution des conflits, etc. Ces vérifications permettent de garantir la qualité des données tout au long du processus de collecte, de stockage et d'analyse. Ainsi, le contrôle qualité des données est un élément clé du système d'information qui permet de prendre des décisions éclairées et d'intervenir de manière efficace pour résoudre les problèmes identifiés.

Il existe différents niveaux de vérification des données collectées, chacun impliquant différents acteurs. Les différents niveaux de vérification sont les suivants :

1. Le premier niveau pour l'assurance qualité des données consiste à procéder à une relecture minutieuse des outils renseignés pour détecter tout type d'erreur. Ces erreurs peuvent être liées à des problèmes de saisie, des erreurs conceptuelles, des omissions de données importantes, des incohérences entre les différents champs de données, etc.
2. Le deuxième niveau de vérification est celui où les superviseurs sont chargés de vérifier les tâches réalisées par les collecteurs en corrigeant les erreurs de cohérence des échantillons d'outils remplis par les agents de collecte. Ils peuvent également observer directement les sites pour une vérification plus poussée des données. Ils effectuent une triangulation des données en les comparant avec celles provenant des focus groups et des entretiens individuels avec les informateurs clés pour confirmer les tendances observées.
3. Le troisième niveau de vérification est fait par le chargé de suivi et évaluation qui effectue des vérifications de cohérence au sein d'une même source de données et entre différentes sources de données. Il compare par exemple lors du traitement et des analyses les tendances des données quantitatives avec celles issues des entretiens individuels et des focus groups (données qualitatives) afin de garantir la qualité des données à exploiter. Le chargé de suivi et évaluation effectue des contrôles périodiques pour maintenir la cohérence des données.
4. Le quatrième niveau de vérification est assuré par le Gestionnaire ou Point focal du projet SDC et son équipe, qui vérifient et valident le résultat du travail du chargé du suivi-évaluation.

VI.3.9. Méthodes de contrôle qualité des données

Au sujet du contrôle des données quantitatives, des échantillons de questionnaires remplis seront utilisés pour vérifier la qualité et la cohérence des données, obtenues à la fois auprès des enquêteurs et des superviseurs. Différentes sources de données seront également comparées pour plus de précision.

Pour ce qui est des données qualitatives, il conviendra d'analyser les tendances qui se dégagent des observations, verbatim et déclarations des participants aux groupes de discussion et aux entretiens. Les écarts entre les différentes sources seront analysés pour en comprendre la pertinence. Une grille d'analyse sera utilisée pour cela. Des enquêtes auprès des usagers des services pourront aussi être menées pour contre-vérifier les résultats.

VI.3.10. Analyse des données

Après la vérification et la validation des données, il est important de procéder à leur analyse pour en vérifier la pertinence, l'exhaustivité, la clarté et la cohérence. L'analyse peut être effectuée soit par une personne ressource interne à l'organisation hôte, soit par une personne ressource externe (institut ou consultant qualifié), ou encore par la combinaison des deux options en fonction des capacités techniques et financières de l'organisation.

Pour chaque analyse, les spécialistes proposent un plan qui sera validé avec les organisations et les parties prenantes si nécessaire, en tenant compte des indicateurs à surveiller dans le cadre des interventions du SDC. Les analyses peuvent porter sur différents niveaux tels que l'analyse simple des données brutes (effectuée par le Chargé de S&E), l'analyse de tendances et de comparaison de données sur plusieurs périodes, l'analyse différenciée selon les groupes cibles, l'évaluation d'impacts des interventions, etc.

Les résultats de l'analyse des données doivent être présentés sous forme de rapports, de tableaux de bord, de graphiques, etc. pour faciliter la compréhension des informations par les parties prenantes et faciliter la prise de décision. Les informations doivent être claires, précises et accessibles afin de permettre une meilleure gestion des interventions du SDC.

Si au terme de l'analyse aucune anomalie n'est détectée, l'Expert désigné pourra alors procéder à une analyse plus approfondie perçue comme nécessaire. L'analyse approfondie prend en compte plusieurs considérations à certaines questions, notamment :

- *Les données démontrent-elles des progrès par rapport aux objectifs ?*
- *Peut-on les relier à un résultat spécifique ?*
- *Quelles données sont les plus utiles pour le plaidoyer ?*
- *Y a-t-il des indicateurs pour lesquels les données ne sont pas disponibles ? Si oui, pourquoi ? Ces indicateurs sont-ils toujours pertinents ?*
- *Les données révèlent-elles des tendances ou des anomalies qui nécessitent des actions supplémentaires ?*

VI.3.11. Audit des données

En plus de l'examen et de l'analyse réguliers de la qualité des données par le superviseur des données, la supervision et l'évaluation formelles de la qualité des données sont essentielles. Ce processus implique des visites sur le terrain où l'équipe de mise en œuvre du SDC interagit directement avec les informateurs clés pour résoudre tous les problèmes qui pourraient conduire à des données inexactes, incomplètes et/ou non fiables. Les visites sur le terrain sont également importantes pour fournir des commentaires sur les données collectées et pour résoudre tout problème pouvant entraîner des erreurs ou des omissions dans les données saisies. Les équipes sur le terrain doivent être formées pour collecter des données précises, fiables et spécifiques pouvant être utilisées pour des analyses ultérieures. La supervision et l'évaluation formelles de la qualité des données contribuent à garantir la précision et la fiabilité des données, qui sont essentielles pour la prise de décisions éclairées et la mesure des résultats du SDC.

VI.3.12. Gestion et stockage des données

L'idéal serait que la collecte des données se fasse de manière électronique avec un téléchargement sur une base de données centrale afin de minimiser la perte de données et renforcer leur sécurité. Dans le cas d'une collecte de données avec des questionnaires en format papier, le plan opérationnel doit décrire en détail les procédures standards de sauvegarde, de stockage et/ou d'élimination des données une fois qu'elles sont entrées dans la base de données informatique. Les documents tels que les formulaires, les questionnaires, les notes de réunion et tout autre rapport résultant d'entretiens et de discussions de groupe doivent être conservés dans des armoires verrouillées et pourront être numérisés en tant que backup. Ces documents doivent être conservés pendant dix (10) ans au moins. Passé ce délai, l'organisation hôte du SDC devra procéder à leur destruction par incinération ou par broyage.

VI.3.13. Diffusion des données

La diffusion des données dans le cadre d'une intervention SDC est cruciale pour informer les parties prenantes sur l'efficacité des interventions mises en place. Le cadre de diffusion a donc pour objectif de définir les formats de diffusion des données, les responsables de la production et de la diffusion des données ainsi que les cibles de cette diffusion. Il peut s'agir de diffuser les données sous forme de rapports réguliers, de tableaux de bord interactifs, de bulletins d'information, de documents de communication, etc. Les responsables de la production et de la diffusion des données peuvent être des membres de l'équipe SDC, de l'organisation ou de consultants externes. Les cibles de la diffusion peuvent varier en fonction des objectifs de l'intervention et des parties prenantes impliquées (responsables politiques, décideurs, partenaires financiers, responsables de programme, communautés locales, etc.).

Il est important de s'assurer que les données sont diffusées de manière claire et compréhensible pour les parties prenantes afin de faciliter leur prise de décision en matière de gestion des interventions SDC. Les formats de diffusion doivent être

adaptés aux cibles et leur accessibilité et disponibilité améliorées pour assurer une utilisation optimale des informations.

VI.4. Pré-engagement et engagement

L'engagement se développe à partir de partenariats entre divers acteurs. Il augmente la visibilité et l'impact du plaidoyer. L'engagement fournit aux communautés et aux prestataires de soins de santé, une plateforme pour se réunir et partager des données afin de faciliter l'amélioration des résultats de santé pour les bénéficiaires des services de santé.

L'engagement facilite la collaboration dans la co-création des solutions, leur mise en œuvre et le maintien des acquis, et favorise l'investissement du gouvernement dans l'amélioration de la portée et de la qualité des services de santé, ainsi que sa responsabilité à cet égard.

Pour un engagement effectif et efficace, il est important de mener des activités préalables comme pré-engagement :

- Analyse des besoins des Communautés sur la base des problèmes identifiés et à résoudre.
- Cartographie des acteurs : niveau des organisations communautaires – structures d'encadrement – niveau des services – niveau gouvernemental.
- Concertation avec les différents acteurs pour l'identification et la définition des indicateurs.
- Concertation avec les acteurs gouvernementaux pour le choix de sites de collecte des données.
- Sensibilisation des Communautés sur le profil et le choix des collecteurs.
- Organisation d'ateliers de consensus sur le SDC avec les différents partenaires stratégiques (OSC – acteurs gouvernementaux – partenaires techniques et financiers).
- Préparation de la mise en place du cadre de concertation des partenaires (élaboration des termes de référence).
- Concertation avec les différents groupes de partenaires pour l'identification et la nomination de leurs représentants au sein du cadre de concertation.
- Développement participatif du plan de travail pour la mise en œuvre du SDC.

VII. PERENNISATION DE L'APPROCHE SDC

Pour assurer la pérennisation des activités du SDC aux niveaux national et régional (Afrique), les actions suivantes doivent être entreprises :

- Faire régulièrement le suivi des engagements pris par les décideurs et documenter les progrès ;
- Intégrer les interventions du SDC dans les plans stratégiques nationaux des différents programmes de santé ;
- Faire le plaidoyer en direction des décideurs pour la prise en compte des priorités dans les documents de planification ;
- Amener les décideurs à prendre des actes administratifs (arrêtés, textes de lois, notes de service, décisions, …) pour créer le changement souhait ;
- Renforcer le dispositif pour la gestion des plaintes ;
- Organiser des rencontres de partage de bonnes pratiques ;
- Assurer la mobilisation permanente de ressources pour les interventions SDC ;
- Organiser des rencontres de partage d'expériences avec les SDC des autres pays.

VIII. DISPOSITION DE REVISION DU GUIDE

En fonction de l'évolution du contexte national et des exigences du SDC, le présent guide fera l'objet de révision en vue de son actualisation et son adaptation par toutes les parties prenantes sous l'égide de la CSSP.

IX. ANNEXES

IX.1. Termes de référence du Groupe consultatif communautaire

1. Contexte et importance du CLM

Le Community-led Monitoring (CLM) est un processus continu et dynamique au cours duquel les personnes affectées par les inégalités de santé (personnes vivant avec les maladies, populations-clés et vulnérables) surveillent systématiquement les services de santé, analysent les données recueillies et mènent des actions de plaidoyer basées sur des preuves tangibles pour améliorer la qualité des services et créer un environnement favorable à leur bien-être. Bien que ce concept ne soit pas nouveau, il a gagné en importance ces dernières années grâce à des soutiens financiers significatifs de bailleurs de fonds tels que le PEPFAR et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Considérant que l'engagement communautaire est essentiel au suivi de la qualité des services de santé, l'ONUSIDA s'est engagé activement à soutenir le CLM pour permettre aux organisations et réseaux communautaires d'en assurer le leadership, conformément aux principes et processus liés à l'approche, et participer aux activités visant à améliorer la qualité, la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'abordabilité et la pertinence des services de santé.

La nécessité d'une consolidation des interventions CLM s'est précisée au cours l'atelier régional organisé du 23 au 25 avril 2024 à Grand-Bassam (Côte d'Ivoire) par l'ONUSIDA et ITPC-WA portant sur l'amélioration de l'approche CLM en Afrique de l'Ouest et du Centre et à la réunion régionale intitulée « *Faire progresser la communauté, les droits et le genre pour une riposte équitable à la tuberculose en Afrique francophone* » organisée du 11 au 13 juin 2024 à Yaoundé (Cameroun) par Stop TB Partnership et DRAF TB, avec le soutien technique et financier de L'Initiative/Expertise France. Un accent particulier a été mis sur la responsabilité des communautés et des survivants de la TB pour l'atteinte des objectifs assignés le 16 septembre 2018, lors de la toute première Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose.

Au regard des différents projets liés au CLM menés au Sénégal, les représentants d'institutions publiques (DGS, CNLS, PNT, PNLP, DLSI, CCM), de partenaires techniques et financiers (ONUSIDA, USAID, Plan International) et d'organisations de la société civile (ANCS, RNP+, RENAPOC, Coalition Plus, ITPC-WA, Institut de la Société Civile pour la Santé, RN- ASLUT, Enda Santé) se sont réunis du 1er au 3 juillet 2024 aux fins de mettre en place un cadre unitaire ayant les rôles et fonctions de Groupe consultatif communautaire (GCC) national sur les interventions CLM au Sénégal.

Ce cadre regroupera les représentants de toutes les entités impliquées dans la lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, la COVID-19, ainsi que celles qui s'investissent dans la couverture maladie universelle et la préparation aux futures pandémies (PPR).

2. Objectifs du Groupe Consultatif Communautaire National

Le Groupe consultatif communautaire national est une instance inclusive avec une représentation d'institutions gouvernementales, de partenaires techniques et financiers, d'organisations communautaires, mais également d'experts et personnes-ressources selon leurs domaines de compétence respectifs.

a. Objectif général du GCC national

Servir de cadre multisectoriel de partage, de réflexion et d'orientation stratégique sur les interventions et les rapports périodiques relatifs au CLM au Sénégal.

b. Objectifs spécifiques du GCC national

- Promouvoir et préserver le leadership communautaire dans la mise en œuvre du CLM au Sénégal ;
- Fournir des orientations stratégiques pour l'amélioration du processus de collecte et d'analyse des données dans le cadre du CLM ;
- Définir les actions prioritaires de plaidoyer au niveau national portant sur la correction des dysfonctionnements systémiques constatés et identifier les opportunités stratégiques pour faciliter les actions de plaidoyer ;
- Contribuer au développement de partenariats stratégiques et innovants aux niveaux local, régional, national et international pour le renforcement de capacités des intervenants CLM au Sénégal ;
- Contribuer à la mobilisation des ressources pour la consolidation et la pérennisation des interventions CLM.

3. Rôle et responsabilités du GCC national

Le GCC national a comme principal rôle d'encadrer et de faciliter les interventions CLM au Sénégal.

Ses principales responsabilités sont de :

- Harmoniser les outils de collecte et de rapportage ;
- Valider le guide de mise en œuvre du CLM ;
- Tenir des réunions périodiques pour examiner les rapports fournis par les partenaires de mise en œuvre du CLM ;
- Définir les actions de plaidoyer prioritaires et développer un plan de plaidoyer national partant des dysfonctionnements constatés ;
- Fournir des orientations techniques et stratégiques aux partenaires de mise en œuvre pour améliorer les interventions CLM.

4. Composition et niveau d'ancrage

Le Groupe consultatif communautaire national est composé de membres représentant les catégories et entités suivantes :

- **Au rang des Institutions nationales**
  - MSAS (DGS, DLM, DLSI, PNLP, PNT, SEN-PNA, DGAS, DGES, CSSP)
  - Alliance Nationale du secteur privé de la santé (ANPS)
  - CNLS
  - Haut Conseil pour la Sécurité sanitaire
  - Collectivités territoriales
  - SEN-CSU
  - CCM
- **Au rang des Organisations de la Société Civile**
  - RNP+
  - RENAPOC
  - ROCBAS
  - Réseau PALU
  - RN/ASLUT
  - HELP TB
  - CSVA
  - ANCS
  - ENDA SANTE
  - AJS
- **Au rang des Partenaires techniques et financiers**
  - Fonds Mondial
  - ONUSIDA
  - OMS
  - UNFPA
  - UNICEF
  - ONUFEMME
  - USAID
  - PEPFAR
  - FHI 360
  - DRAFT/TB
  - STOP/TB
  - CFCS
  - Speak Up Africa
- **Au rang des Experts techniques (XX membres)**
  - ITPC-WA
  - Institut de la société civile pour la santé

Chaque institution sera représentée par un membre titulaire (un responsable de premier rang) et un membre suppléant (également responsable de premier rang) formellement désignés.

Au besoin, le GCC fera appel à toute expertise pertinente au cours de ses réunions.

5. Fonctionnement du GCC national

L'animation du GCC national sera assurée par la Cellule des Soins de Santé Primaires (CSSP) au sein de la DGS avec une présidence tournante à chaque session.

Le GCC national se réunit en session ordinaire chaque semestre pour statuer sur les rapports des partenaires de mise en œuvre du CLM. Toutefois, il peut se réunir en session extraordinaire en cas de besoin sur décision des 2/3 de ses membres.

Au niveau décentralisé, les superviseurs des organisations hôtes du CLM participent aux réunions périodiques des districts et des Directions régionales de la Santé pour partager les données et alerter sur les urgences à prendre en compte.

Un règlement intérieur précise les dispositions relatives au fonctionnement du GCC national.

6. Principales activités du GCC national

- Réunions ordinaires et extraordinaires ;
- Accompagnement technique des partenaires de mise en œuvre du CLM ;
- Validation des rapports fournis par les partenaires de mise en œuvre du CLM ;
- Définition des grandes orientations de plaidoyer après examen des rapports semestriels des partenaires de mise en œuvre du CLM ;
- Mise en place de comités Ad hoc ;
- Participation aux activités de plaidoyer et aux missions de suivi/supervision ;
- Médiation entre les différents partenaires de mise en œuvre du CLM.

Le Secrétariat du GCC national sera assuré par une organisation hôte du CLM désigné par le GCC national.

7. Financement des activités du GCC national

Les principales activités du GCC sont financées par les subventions du Fonds mondial et/ou par d'autres bailleurs désireux de soutenir le fonctionnement du GCC.

Les organisations/institutions du GCC participant au dialogue pays et à la négociation des subventions doivent veiller à inscrire et sécuriser des lignes budgétaires pour la mise en œuvre des activités du GCC national.

IX.2. Indicateurs du RNP+ et du CSVA

IX.2.1. Indicateurs RNP+

- **Pour le dépistage :**
  - Nombre de personnes ayant reçu un test de dépistage du VIH ;
  - Nombre de personnes qui ont reçu un test de dépistage du VIH et connaissent leur résultat ;
  - Nombre de personnes admissibles bénéficiant d'une prophylaxie pré-exposition (Prep) ;
  - Nombre de personnes admissibles dotées d'une prophylaxie post-exposition (PPE).
- **Pour les soins et traitement :**
  - Nombre de PVVIH initiant le traitement antirétroviral ;
  - Nombre de PVVIH recevant un traitement antirétroviral.
- **Pour la suppression virale :**
  - Nombre de PVVIH qui ont reçu un test de la charge virale ;
  - Nombre de PVVIH qui ont reçu leurs résultats du test de la charge virale dans les deux semaines suivant le test ;
  - Nombre de PVVIH recevant le traitement antirétroviral qui ont atteint une suppression virale (1000 copies/ml).
- **Indicateurs transversaux :**
  - Nombre de patients, d'accompagnants et responsables des unités et formations sanitaires enquêtés ;
  - Niveau de connaissance des sujets enquêtés sur la CMU et la gratuité des soins ;
  - Niveau de satisfaction des usagers sur la facilité d'accès aux services de santé ;
  - Niveau de satisfaction des usagers sur la qualité des services de santé ;
  - Types d'abus déclarés par les patients ;
  - Nombre de plaintes reçues liées au non-respect des droits humains ou de l'égalité de genre ;
  - Nombre de rupture en médicaments et intrants déclarés ;
  - Perception des patients sur la qualité de la prise en charge des maladies.

IX.2.2. Indicateurs CSVA

FICHE DE COLLECTE DE DONNÉES	INDICATEURS CORRESPONDANTS
Enquête intervenants communautaires	% d'intervenants communautaires travaillant dans des OSC VIH, TB ou PALU n'ayant pas accès à des outils de base dans le contexte de la Covid-19
Enquête associations communautaires	% des associations communautaires n'ayant pas suffisamment de moyens financiers pour offrir des services de qualité % des associations communautaires ayant un manque d'expertise technique dans son domaine d'intervention
Fiche rupture de stock	Nombre et durée de rupture de stock
Enquête usagers de service	% de personnes vulnérables à la COVID-19 qui se voient refuser des services de prise en charge COVID-19 à la suite d'une discrimination ou par manque de moyens. Enquête auprès d'usagers de services (VIH, TB, PALU) pour surveiller : - L'acceptation des horaires des services et le temps d'attente - Distance géographique est une barrière à venir - Nombre suffisant de personnel et d'agents communautaires - Qualité de l'accueil du personnel médical - Rupture de stock - Perception de la sécurité et existence d'un système de complaintes - Niveau perçu d'hygiène - Problématiques dans le centre de soins à cause de la Covid-19 - Refus de prise en charge - Expérience de stigmatisation/discrimination/une violation de la confidentialité ou de l'auto-stigmatisation - Si les services et les prestataires sont adaptés aux jeunes et aux populations clés - Niveau d'accès aux matériels de prévention - Niveau d'accès à un dépistage confidentiel avec information claire - Offre de dépistage des partenaires/famille/proches - Initiation au traitement : niveau d'information clair et approprié/explications effets secondaires/explications

	sur la prévention secondaire/présence d'un agent communautaire - Effets secondaires : soutien et suivi pour la gestion des effets secondaires - Système et fréquence de dispensation de traitements appropriée - Système de suivi patient (ex : quand un patient rate son RDVS) - Accès aux tests biologiques - Niveau de connaissance sur les acteurs communautaires qui peuvent les soutenir - Perception de ce qui fonctionne bien au niveau du centre de soins - Perception de ce qui pourrait être amélioré dans le centre de soins

Nos principaux partenaires

© CSSP – Octobre 2025