



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION**

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE**

**Département Economie de la Santé**

**14<sup>ème</sup> Promotion 2011-2012**

***MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBTENTION DU DIPLOME  
D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN ECONOMIE DE LA SANTE***

**Thème :**

**Analyse des coûts du Suivi-Promotion de la  
Croissance de l'enfant de 0 à 23 mois révolus par la  
stratégie Nutrition/ PCIME-C du Programme de  
Renforcement de la Nutrition (PRN) : cas du district  
sanitaire de Pikine**

**Présenté par :**

**Mme Fatou Tall THIAM WADE**

**Sous la direction de :**

**Dr Amani KOFFI, Directeur de  
l'Institut Supérieur de Management  
de la Santé CESAG**

**Maître de Stage**

**Madame Néné Hawa SY, Responsable du BER  
de la CLM de Thiès / Programme de  
Renforcement de la Nutrition**

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	5
<b>CHAPITRE I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE.....</b>	<b>8</b>
1. <i>Présentation du Sénégal</i> .....	8
2. <i>Le système sanitaire au Sénégal</i> .....	11
<b>CHAPITRE II. PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS DE L'ETUDE ET JUSTIFICATION .....</b>	<b>13</b>
1. <i>Problématique</i> .....	13
2. <i>Objectif de l'étude</i> .....	15
3. <i>Justification et intérêt de l'étude</i> .....	16
<b>CHAPITRE III LA REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>18</b>
1. <i>La revue théorique</i> .....	18
2. <i>La notion de coûts</i> .....	23
3. <i>La revue empirique</i> .....	30
<b>CHAPITRE IV. LA METHODOLOGIE.....</b>	<b>35</b>
1. <i>Contexte opérationnel de l'étude</i> .....	35
2. <i>Méthodologie</i> .....	42
3. <i>Les difficultés rencontrées</i> .....	45
4. <i>Les limites</i> .....	45
<b>CHAPITRE V. RESULTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>46</b>
1. <i>Résultats</i> .....	46
2. <i>Discussion</i> .....	56
3. <i>Recommandations</i> .....	58
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXES :.....</b>	<b>65</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Situation sanitaire du Sénégal en 2008.....	12
Tableau 2 : La répartition des infrastructures sanitaires publiques selon les départements en 2007 (région de Dakar) .....	37
Tableau 3 : Modèle d'analyse .....	43
Tableau 4 : Détermination des nombres d'unités des zones.....	46
Tableau 5 : Calcul des charges directes de 2007à2008 .....	47
Tableau 6 : Répartition des charges directes par zone .....	47
Tableau 7 : Identification des centres d'analyse.....	48
Tableau 8 : Calcul du volume horaire du personnel.....	49
Tableau 9 : Répartition primaire des charges salariales .....	49
Tableau 10 : Répartition primaire des charges de fonctionnement .....	50
Tableau 11 : Répartition primaire des charges d'amortissement .....	50
Tableau 12 : Montant des charges administratives imputables au SPC .....	50
Tableau 13 : Répartition primaire des charges de formation.....	51
Tableau 14 : Répartition primaire des charges des prestataires.....	51
Tableau 15 : Répartition primaire des charges au niveau des différents centres d'analyse .....	52
Tableau 16 : Répartition des charges indirectes du SPC pour chaque zone.....	52
Tableau 17 : Coût total du SPC dans les deux zones du district .....	53
Tableau 18 : Nombre moyen d'enfant suivi par zone .....	53
Tableau 19 : Taux de couverture .....	54
Tableau 20 : Tableau des performances .....	54
Tableau 21 : Coût moyen par enfant suivi de 0 à 23mois révolu .....	54
Tableau 22 : Calcul du coût moyen par enfant suivi et ayant un GPA.....	55

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle théorique de calcul des coûts complets.....	29
Figure 2 : Organigramme du programme .....	41

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

**ABC** : Activity Based Costing

**AC** : Agent communautaire

**AEC** : Agence d'Exécution communautaire

**AME** : Allaitement Maternel Exclusif

**AN- SNIS** : Annuaire Statistique du Système National d'Information Sanitaire

**ANSD** : Agence Nationale de la statistique et de la Démographie

**ARC** : Agent Relais Communautaire

**ATPE** : Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi

**BASICS** : Association Britannique pour des soins immédiats

**BER** : Bureau Exécutif Régional

**CCC/IEC** : Communication pour un Changement de Comportement/ Information, Education et Communication

**CEDEAO** : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

**CLM** : Cellule de Lutte contre la Malnutrition

**CLP** : Comité Local de Pilotage

**CREN** : Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle

**DANSE** : Division de l'Alimentation de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant

**DBC** : Distribution à Base Communautaire

**DC** : Démonstration Culinaire

**DSRP** : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté

**DTK** : Djidah Thiaroye Kao

**ECS** : Educateur Communautaire de Santé

**EDS-MICS** : Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal

**FAO** : Organisation de Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

**FCFA** : Franc de la communauté financière Africaine

**GIE** : Groupement d'Intérêt Economique

**GPA** : Gain de Poids Adéquat

**GPF** : Groupement Féminin

**ICP** : Infirmier Chef de Poste

**IRA** : Infection Respiration Aigue

**MCD** : Médecin Chef de District

**Nbre** : Nombre

**OCB** : Organisation Communautaire de Base

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**PAIN** : Plan d'Actions Intersectoriel de nutrition

**PCIME** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

**PNC** : Projet de Nutrition Communautaire

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PPNS** : Projet de Protection Nutritionnelle au Sénégal

**PRN** : Programme de Renforcement de la Nutrition

**SPC** : Suivi Promotion de la Croissance de l'enfant

**SRSD** : Service Régional de la Statistique et de la Démographie

**UM** : Ouguiya unité monétaire de la Mauritanie

**UNICEF** : Organisation des Nations Unies pour l'Enfance

**US** : United Stat

**USAID** : United Stat Agency for International Development

## INTRODUCTION

La malnutrition constitue un véritable problème de santé dans les pays en développement. Ainsi, le rapport de l'UNICEF sur la malnutrition des enfants relate l'ampleur de ce mal. Dans le monde en développement, on note, que 30% de la population et presque un tiers des enfants sont sous alimentés de façon chronique. La malnutrition est responsable de plus de la moitié des décès d'enfants chaque année. De plus, 150 millions d'enfants présentent un retard de la croissance.

Au Sénégal, 27% des enfants souffrent d'une malnutrition chronique et 11% d'une malnutrition sévère.<sup>1</sup>La prévalence de l'insuffisance pondérale est de 22% en milieu rural et de 10% en milieu urbain (rapport EDS 2010-2011). La malnutrition contribue à près de 12,1% à la mortalité infanto juvénile au Sénégal, avec un taux de prévalence de 31%. Elle augmente le risque de décès de cette population à travers des maladies telles que la rougeole, les infections respiratoires aiguës (IRA), la diarrhée, le paludisme, etc.

Dans le cadre de l'amélioration de l'état nutritionnel des populations et particulièrement de jeunes enfants, quatre générations de politiques nutritionnelles se sont succédé depuis l'indépendance à nos jours. Dans la mise en œuvre de ces politiques, le Sénégal a bénéficié l'appui et la collaboration des organismes internationaux tels que l'USAID, la FAO et particulièrement la Banque Mondiale qui apporte un appui à un plus grand nombre de projets et programmes de nutrition.

Parmi les projets les plus visibles, on peut noter le projet de protection nutritionnelle et sanitaire (de 1973 à 1988), le projet de nutrition communautaire (1995 à 2000), et le dernier qui est la cellule de lutte contre la malnutrition. Cette cellule a été créée en 2001, dans le but de réduire la prévalence de la malnutrition de 10% d'ici 2015 pour répondre aux exigences des Objectifs du Millénaire pour le Développement

Pour atteindre cet objectif, la cellule pilote plusieurs programmes de nutrition, parmi lesquels le programme de renforcement de la nutrition, le programme contre les carences en micronutriments, le projet d'iodation universelle du sel et le programme de renforcement et fortification.

---

<sup>1</sup> EDS MICS (2010-2011).

En plus de l'aide extérieure, l'Etat a procédé à l'augmentation du budget de la santé pour répondre aux conventions du sommet d'Abuja, en 2000, sur le relèvement du budget alloué à la santé jusqu'à 15%.

Malgré ces efforts, les ressources pour la santé restent insuffisantes et les interventions prioritaires en santé publique sont souvent sous-financées. Les dépenses effectuées restent parfois inefficaces, avec des ressources limitées allant principalement aux maladies curatives, "chouchous des donateurs" et aux urgences de haut niveau, plutôt qu'aux services de soins de prévention et de promotion.

Cela est réaffirmé par le rapport du Système des Nations Unies sur la planification et le financement des programmes de nutrition de la CEDEAO. Il souligne « dans de nombreux pays, la mise en œuvre des programmes est entravée par des facteurs liés à la planification, au calcul des coûts et au financement. Les plans peuvent être fragmentés, en mettant l'accent sur des maladies et des programmes spécifiques, plutôt que sur la réalisation de la santé globale et de l'amélioration de la nutrition<sup>2</sup> ».

C'est là une difficulté majeure, car l'alimentation est l'élément fondamental pour la bonne santé de l'individu particulièrement des enfants âgés de moins de 24 mois. Les enfants de cette tranche d'âges sont exposés à la malnutrition car cette période marque la transition entre l'allaitement maternel et le sevrage. D'où la nécessité d'assurer à l'enfant un suivi nutritionnel rigoureux pour qu'il bénéficie d'une bonne croissance.

La malnutrition a des conséquences néfastes sur la santé et l'éducation de l'enfant et même sur l'économie du pays. Les conséquences les plus fréquentes sont la hausse de la mortalité infantile, le retard de la croissance et du développement physique, mental et social, l'invalidité, les troubles de l'immunité et la baisse de la productivité qui entrave la croissance économique augmentant ainsi la pauvreté.

La connaissance du coût financier d'une stratégie de prévention et de promotion qui permet à l'enfant de ne pas souffrir des séquelles de la malnutrition revêt donc une importance capitale.

Elle peut servir de :

- moyen de plaidoyer auprès des bailleurs pour la mobilisation des ressources ;
- source d'information financière qui soutient le processus de politique nutritionnelle ;

---

<sup>2</sup> SCN NEWS : « Planification et financement des programme de nutrition de la CEDEAO

- guide dans le processus de budgétisation et d'établissement des priorités ;
- critère au cours du processus de la planification stratégique : les données relatives aux coûts doivent être utilisées pour éclairer les décideurs sur les stratégies spécifiques à adopter en marge des autres critères comme la rentabilité;
- d'éviter aux enfants de souffrir des séquelles de la malnutrition en orientant plus de financement à l'amélioration de la promotion de la santé infantile.

C'est dans ce contexte que notre étude cherche à estimer le coût moyen de suivi d'un enfant de 0 à 23 mois révolus et qui bénéficie d'un bon suivi/promotion de la croissance. Elle est menée dans le cadre du programme de renforcement de la nutrition dans le district sanitaire de Pikine.

La première partie de l'étude présente le contexte général de l'étude, la problématique, l'objectif de l'étude et la revue de la littérature. La deuxième partie est consacrée à la méthodologie, à la présentation des résultats, à la discussion et aux recommandations.

## **Chapitre I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE**

Il s'agit dans ce chapitre de présenter le contexte général du Sénégal sur le plan physique, administratif, démographique, économique et sanitaire d'une part, et d'autre part de définir le cadre opérationnel de l'étude.

### **1. Présentation du Sénégal**

#### **1.1. Données physiques**

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain ; entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude ouest. Il couvre une superficie de 196722 km<sup>2</sup>. Les pays avec lesquels il partage ses frontières sont la Mauritanie au Nord, le Mali à l'Est, la Guinée Bissau et la Guinée Conakry au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest.

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué de quatre fleuves qui sont le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum. On note la présence des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de plus de six (6) mois et d'une saison des pluies de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue au sud du pays où les précipitations sont plus importantes. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies.

#### **1.2. Données administratives**

Le Sénégal est composé de 14 régions, 44 départements, 133 arrondissements, 115 communes, et 370 communautés rurales. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements.

Le découpage sanitaire comprend les régions médicales et les districts sanitaires. Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, alors que plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

#### **1.3. Données démographiques**

La population du Sénégal est estimée à 12 855 155 habitants en 2010<sup>3</sup>, soit une densité de 61 habitants au km<sup>2</sup>. Toutefois, la dégradation des conditions de vie dans les zones rurales a favorisé d'importants flux migratoires vers les grandes villes, entraînant une grande disparité

---

<sup>3</sup> Annuaire statistique SNIS 2010

dans les niveaux d'urbanisation. En effet plus de 22% de la population sont concentrées dans la région de Dakar, la capitale où la superficie est de 550km<sup>2</sup>.

L'espérance de vie au Sénégal est de 59 ans en moyenne en 2010, et on note une forte poussée démographique avec un taux de natalité de 32‰. L'indice de fécondité est de 5,3 enfants par femme. Cet indice reste plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfant par femme). Le taux brut de mortalité a baissé grâce au concours des efforts d'acteurs de la santé ; il est estimé à 9,4‰. Cependant il reste toujours élevé par rapport aux normes de l'OMS (9‰).

Pour l'ensemble du territoire, la proportion de ménages pauvres se situe autour de 30%, alors que 44% de la population rurale ne dispose pas de revenus monétaires ou n'ont pas accès à des facteurs de production pour se nourrir suffisamment (2400 kcal /habitant). La situation alimentaire et nutritionnelle au Sénégal s'est dégradée et cette situation est plus sévère en milieu rural qu'en milieu urbain.

En milieu rural, les disponibilités alimentaires au niveau des ménages sont très variables selon les saisons. C'est en général au mois d'août que la situation est la plus critique car les stocks sont épuisés et les paysans sont confrontés à une dépense énergétique plus importante du fait des travaux des champs. Cette période de soudure est redoutable en tout point de vue et on note une baisse des apports nutritionnels, une augmentation de la malnutrition aiguë, une morbidité et une mortalité accrue des enfants.

#### **1.4. Données socio-économiques**

L'économie du Sénégal faisait face à diverses contraintes parmi lesquelles on peut citer un environnement des affaires peu attractif et la dépendance de la production agricole à la pluviométrie. Afin de lever ces obstacles, le Sénégal a mis en œuvre des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP 1 et 2) depuis 2001 avec un objectif de taux de croissance de 7 à 8% pour réduire de moitié la pauvreté en 2015 et atteindre les OMD.

Dans ce cadre, des politiques sectorielles vigoureuses, telles que la fourniture de services sociaux (éducation, santé, accès à l'eau potable, assainissement, etc.), le programme de réforme des finances publiques, la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), la Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance (GOANA), etc. sont progressivement mises en place en vue de relever significativement les performances socio-économiques et

placer le pays sur un sentier de développement humain durable. Il importe de noter, à cet effet, une politique d'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources, une transparence dans l'exécution des dépenses publiques et une effectivité des contrôles internes et externes.

C'est ainsi que d'importants résultats au plan économique et financier ont été enregistrés au cours de ces dernières années de 2000 à 2006. Entre autres résultats, on note une croissance économique réelle située en moyenne autour de 5% par an<sup>4</sup>, un taux moyen annuel d'inflation situé à 2%, inférieur à la norme (de 3%) de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), grâce, notamment, à une politique budgétaire et monétaire vertueuse et à un approvisionnement adéquat des marchés.

Les dépenses budgétaires ont, quant à elles, évolué en ligne avec les priorités déclinées dans le DSRP, avec notamment un accent mis dans les secteurs sociaux de base (éducation et santé) et les secteurs productifs. En effet, les secteurs de l'éducation et de la santé absorbent depuis 2004 plus de 50% du budget de fonctionnement.

Malgré ces résultats, l'économie reste vulnérable aux chocs exogènes. C'est ainsi que depuis 2006, l'économie a fait face tour à tour : (i) au déficit pluviométrique qui nous a valu des contres performances du sous-secteur agricole en deux années successives, (ii) à la hausse des prix du pétrole et des produits alimentaires et (iii) aux effets de la crise financière internationale survenue en 2008. Avec les deux premiers chocs, le taux de croissance réelle de l'économie est retombé à moins de 4% en moyenne depuis 2006. L'inflation a également pris de l'ampleur (5% en moyenne). Quant à la situation des finances publiques, elle s'est caractérisée par un creusement du déficit public qui tourne autour de 5% du PIB. Ce qui pourrait mettre en péril les équilibres macro-économiques.

Dans ce contexte, le Gouvernement a été, en effet, conduit à recourir à de nouvelles subventions pour faire face à une forte demande sociale, notamment pour atténuer l'impact de la hausse des prix internationaux du pétrole sur les prix des denrées de premières nécessités.

La crise financière internationale pourrait encore affecter négativement les prévisions optimistes de croissance économique et exercer une pression supplémentaire sur la situation budgétaire du Sénégal sur le moyen et long termes compromettant, ainsi, l'objectif de réduction de la pauvreté de moitié en 2015. Il faut rappeler que la part du budget de l'Etat

---

<sup>4</sup> PNDS 2009-2018 Sénégal

alloué à la santé se situe actuellement à 10% et devrait atteindre 15% conformément aux engagements pris par les Chefs d'Etats africains à Abuja en 2000.

Il importe de noter que l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité du travail et sur la pauvreté, en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. En effet, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. A cause d'elles, un ménage peut, à tout moment, basculer dans la pauvreté.

## **2. Le système sanitaire au Sénégal**

Dans le cadre de la décentralisation, neuf ( 09) domaines de compétences ont été transférés aux collectivités locales dont la santé (Loi 96-07 du 22 mars portant transfert des compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et son décret d'application 96-1135 du 22 mars 1996).

Le système de santé du Sénégal est organisé selon la structure pyramidale à trois niveaux :

- au niveau central se trouve le ministère de la santé ;
- au niveau intermédiaire nous avons les régions médicales ;
- et au niveau périphérique se trouvent les districts sanitaires.

Le district est considéré comme l'aire géographique opérationnelle dans le scénario de développement sanitaire et social au Sénégal. Le Sénégal compte 14 régions médicales et 75 districts sanitaires.

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, les hôpitaux nationaux et régionaux ou EPS III et ESP II constituent la référence ; ils sont suivis du centre de santé ou EPS I au niveau intermédiaire et enfin les postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre de soins du secteur privé, la médecine traditionnelle et au niveau communautaire par les cases de santé et les maternités rurales.

Sur le plan des infrastructures sanitaires et du personnel de santé, le Sénégal est loin d'atteindre les normes de l'OMS. La situation sanitaire du pays est représentée dans le tableau ci-dessous en comparaison avec les normes de l'OMS.

**Tableau 1 : Situation sanitaire du Sénégal en 2008**

SITUATION DE SENEGAL		NORMES DE L'OMS	
<i>Personnel médical</i>	<i>Infrastructures sanitaires</i>	<i>Personnel médical</i>	<i>Infrastructures sanitaires</i>
1 médecin pour 11 000 habitants	1 poste de santé pour 11 788 habitants	1 médecin pour 8 000 à 10 000 habitants	1 poste de santé pour 10 000 habitants
1 infirmier pour 4 200 habitants	1 centre de santé pour 122 369 habitants	1 infirmier pour 300 habitants	1 centre de santé pour 50 000 habitants
1 sage femme pour 4 000 habitants	1 hôpital pour 527 981 habitants	1 sage femme pour 300 femmes en âge de reproduction	1 hôpital pour 150 000 habitants

**Source** : ANSD, annuaire de santé 2008 ; SNIS ; MSPHP

## Chapitre II. PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS DE L'ETUDE ET JUSTIFICATION

### 1. Problématique

La malnutrition est, en effet, un état complexe où peuvent se mêler des carences multiples et concomitantes en calories, en protéines et en micronutriments. Le terme « malnutrition » englobe la malnutrition généralisée qui se manifeste par un retard de la croissance, un déficit pondéral, l'émaciation, et les carences en micronutriments tels que le fer, les vitamines, l'iode etc.

La malnutrition, contrairement à la faim, ne dépend pas seulement de la satisfaction de l'appétit : un enfant qui mange suffisamment pour calmer sa faim immédiate peut être malnutri<sup>5</sup>.

En effet, le rapport de l'UNICEF sur la malnutrition des enfants relate l'ampleur de ce mal dans le monde en développement, où 30 % de la population et presque un tiers des enfants sont sous-alimentés de façon chronique. La malnutrition est responsable de plus de la moitié des enfants qui décèdent chaque année. De plus, 150 millions d'enfants présentent un retard de la croissance.

Les trois quart d'enfants qui meurent de causes liées à la malnutrition sont atteints de formes légères ou modérées, de façon souvent chronique, qui ne s'accompagnent d'aucun signe extérieur. Les groupes les plus vulnérables sont les fœtus, les enfants de moins de trois ans, les femmes avant et pendant la grossesse et au cours de l'accouchement.<sup>6</sup>

Les formes de malnutrition les plus fréquentes sont : la malnutrition de l'enfant qui, pendant une longue période, n'a pas reçu de nourritures correspondants à ses besoins, la malnutrition protéino-énergétique, le marasme, le kwashiorkor, les carences en micronutriments et la malnutrition par excès ou l'obésité.

La malnutrition est, en fait, le résultat de toute une combinaison de facteurs parmi lesquels on peut citer : les famines et les guerres, l'insécurité alimentaire au niveau des foyers, difficultés d'accès à l'eau potable, un environnement non satisfaisant, la mauvaise qualité et l'inadéquation des soins et services de santé et l'inefficacité de certains projets ou programmes de lutte contre la malnutrition.

---

<sup>5</sup> UNICEF : la malnutrition des enfants : fiche ressource alimentation 4

<sup>6</sup> UNICEF : la malnutrition des enfants : fiche ressource alimentation 4

Les conséquences négatives émanant de tous ces facteurs impactent à divers niveaux de la société. Il s'agit entre autres des troubles de l'immunité, l'entrave à la croissance et au développement, l'invalidité et la hausse de la mortalité infantile

La malnutrition accroît la prédisposition aux maladies, laisse les individus sans force et réduit leur capacité de travail. Elle baisse la productivité, entrave la croissance économique et l'efficacité des investissements dans les domaines de la santé et de l'éducation et augmente la pauvreté. Les pertes en vies, les infirmités et la chute de la productivité consécutives aux carences nutritionnelles coûtent plus de 5% du PNB<sup>7</sup> de certains pays.

Aussi, longtemps tenue pour une cause de la malnutrition, la pauvreté est de plus en plus considérée comme l'une de ses conséquences. L'analyse Profiles réalisée par le Ministère de la Santé du Sénégal a mis l'accent sur les problèmes liés à la malnutrition et leurs conséquences sur une période de dix ans (2002-2011) pour trois secteurs clés du développement, à savoir, la santé, l'éducation et l'économie.

L'analyse a évalué les pertes économiques causées par les problèmes nutritionnels liés à la carence en iode, au retard de croissance et à la carence en fer. Ces pertes sont estimées à 821 milliards de FCFA.

La dénutrition est aussi un fardeau extrêmement lourd pour le système sanitaire et pour les familles en raison de la nécessité de procéder à une hospitalisation et à prodiguer des soins intensifs. Les cas supplémentaires de pathologies associées à la dénutrition ont, chaque année, un coût élevé pour les économies d'Afrique. Ces résultats sont dus au fort accroissement de la morbidité et coût élevé du traitement de l'insuffisance pondérale chez l'enfant. Un enfant en insuffisance pondérale qui présente aussi une pathologie connexe nécessite fréquemment des soins plus poussés qu'un enfant à poids normal<sup>8</sup>. Chaque journée supplémentaire de soin pèse lourdement sur le système de santé et sur la famille de l'enfant.

Si des mesures adéquates sont prises, les bénéfices économiques pour le Sénégal s'élèveront à 273 milliards de FCFA. A ces gains économiques, il faut ajouter plus de 1400 vies d'enfants de moins d'un an sauvées suite à une pratique adéquate de l'AME, plus de 50 000 vies d'enfants de moins de cinq (5) ans sauvées par la réduction des insuffisances pondérales. Et

---

<sup>7</sup> UNICEF ; la malnutrition des enfants : fiche ressource alimentation 4

<sup>8</sup> Conférence des Ministres de l'économie et des Finances de l'Union Africaine.... :le cout de la faim :le coût social et économique de la dénutrition chez l'enfant.

pour l'élimination de la carence en vitamines A, plus de 360 000 nouveaux nés sauvés du retard intellectuel suite à l'élimination de la carence en iode et plus de 1700 vies de mères sauvées suite à l'élimination de la carence en vitamine A.

En somme l'expansion de la couverture préventive réduira considérablement les coûts sanitaires associés à la dénutrition. La promotion de la croissance de l'enfant est le fait de suivre l'enfant pour lui éviter, si possible, un état de malnutrition. Elle est exécutée au niveau périphérique et communautaire par des projets nutritionnels de base sous la coordination du PRN.

C'est dans le contexte de la promotion de la croissance de l'enfant, que nous estimons important de connaître les coûts supportés par les programmes de nutrition pour assurer un bon suivi de la croissance de l'enfant au niveau communautaire. Ainsi on se pose la question de savoir : Quel est le coût supporté par un programme de nutrition pour assurer le suivi-promotion de la croissance d'un enfant 0 à 23 mois révolus et ayant un bon état nutritionnel ? Ce coût sera calculé dans le cadre de la deuxième phase du programme de renforcement de la nutrition de la CLM.

On suppose que ce coût moyen annuel d'un enfant suivi par le programme et ayant un bon état nutritionnel dépasse les 8 dollars US par an. C'est une estimation du paquet d'activité de la première phase du PRN<sup>9</sup>.

## **2. Objectif de l'étude**

### **2.1. Objectif général**

Dans l'optique d'une meilleure allocation des ressources des programmes de santé, cette étude a pour objectif d'estimer le coût moyen de suivi d'un enfant de 0 à 23 mois révolus et ayant un bon état nutritionnel dans le cadre du SPC du PRN.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

Pour pouvoir atteindre l'objectif général il faut :

- Identifier les activités et les ressources consommées par le SPC ;
- dénombrer les enfants qui ont été suivis par le PRN et ayant un gain de poids adéquat ;

---

<sup>9</sup> PRN : plan stratégique phase 1

- calculer le coût global du SPC au niveau des collectivités locales de Pikine ;
- analyser le coût moyen unitaire par enfant suivi et ayant un gain de poids adéquat dans le zone de Pikine.

### 3. Justification et intérêt de l'étude

La mauvaise santé des enfants contribue à un bilan de santé négatif au fil du temps. De plus, la mauvaise santé des enfants et les retards de développement se traduisent souvent par une croissance et un développement moins bons à court et à long terme, ce qui peut avoir des conséquences pendant le reste de la vie. Cette situation entraîne une augmentation des coûts pour les soins de santé, l'éducation, le système judiciaire, les organismes sans but lucratif et du stress pour les familles et l'ensemble de la société.

Ainsi investir dans la santé des enfants, c'est investir dans l'avenir. Autrement dit, la bonne santé des nouveau-nés et des petits enfants contribue à une bonne santé tout au long de l'enfance et de l'adolescence. De même, des enfants et des jeunes en bonne santé seront plus susceptibles d'être en bonne santé tout au long de leur vie.

En effet, « l'acquisition de compétence cognitives, d'un bien-être émotionnel, de compétences sociales et d'une santé physique et mentale en bas âge établit une base solide pour la réussite à l'âge adulte. Ces capacités sont essentielles à la productivité économique et à l'esprit de civisme tout au long de la vie »<sup>10</sup>.

C'est pourquoi la santé et le développement de l'enfant constituent un enjeu de santé publique important. Nous avons donc la responsabilité morale d'aider les enfants à avoir une vie saine, heureuse, confiante, sécuritaire et productive.

Dans ce contexte, il est nécessaire de faire une analyse des coûts des activités de santé qui permettent à l'enfant de maintenir sa bonne santé. Le PRN est un programme qui finance des activités de promotion de la santé nutritionnelle. Ces activités sont menées essentiellement au niveau communautaire avec la collaboration des collectivités locales, des OCB et des AEC.

Dans un sillage de pérennisation du financement de ces activités, nous cherchons à calculer le coût supporté par le PRN pour mener les activités de suivi de la croissance de l'enfant.

Les résultats de cette étude sont utiles, car ils peuvent servir :

---

<sup>10</sup> DNPDC : Document d'orientation sur la santé de l'enfant ; Canada mai 2010

- d'instrument de plaidoyer auprès des bailleurs pour obtenir davantage de financement,
- de sources d'information financière qui soutiennent le processus de politique nutritionnelle,
- d'argumentaire aux programmes de nutrition pour qu'ils aient plus de part dans les budgets nationaux
- de guide dans l'établissement des priorités,
- d'instrument qui stimule le dialogue entre les partenaires, les Etats et les auteurs des projets notamment les Agences d'exécution communautaires,
- de critère au cours du processus de planification stratégique : les données relatives aux coûts doivent être utilisées pour éclairer les décideurs sur les stratégies spécifiques à adopter en marge d'autres critères tels que la rentabilité, l'équité etc.

### **Chapitre III LA REVUE DE LA LITTERATURE**

Cette partie porte essentiellement sur la revue théorique de la politique de nutrition au Sénégal, sur la notion et les types de coûts. Elle porte aussi sur la revue empirique.

#### **1. La revue théorique**

Elle concerne l'histoire de la politique de nutrition au Sénégal et la définition des concepts PCIME et Suivi Promotion de la Croissance de l'enfant.

##### **1.1 La politique de nutrition**

Les interventions visant à améliorer la nutrition ont une longue histoire au Sénégal. Avec le concours de partenaires, de donateurs ou de bailleurs de fonds, l'Etat et la société civile mettent en œuvre depuis plus d'une trentaine d'années des projets et programmes de nutrition. Les ONG ont une contribution spécifique qui découle de plusieurs éléments: leur présence sur l'ensemble du pays, leur proximité avec les populations, la diversité de leurs approches et stratégies d'intervention et, enfin, l'importance de leurs ressources humaines compétentes pour élaborer et mettre en œuvre des politiques, projets et programmes de nutrition. Ces éléments ont été, dans une large mesure, à la base du schéma opérationnel et du succès du PRN qui fonctionne essentiellement à partir de la contractualisation avec les ONG qui fonctionnent en tant qu'Agence d'Exécution Communautaire (AEC).

D'après le document de Ndiaye Alfred Inis<sup>11</sup>, les politiques de L'Etat peuvent être regroupées en quatre générations de politiques de nutrition. L'analyse des données relatives aux différentes interventions nutritionnelles, aux projets et programmes de nutrition suggère une typologie des politiques publiques de nutrition en quatre grandes générations. Le terme génération renvoie à deux idées : d'une part, il y a une relation, une continuité entre les différentes politiques publiques, et d'autre part, chaque politique publique comporte des spécificités et des points communs avec les politiques précédentes.

La première génération de politiques publiques (1960-1973) n'a pas élaboré de projets et programmes de nutrition en tant que tel. Elle était orientée vers la mise en œuvre par des organismes publics et parapublics d'activités d'étude et de recherche sur les produits locaux en vue d'une meilleure alimentation des populations. Le premier but de la politique publique était de freiner, puis d'inverser les tendances négatives dans les comportements alimentaires

---

<sup>11</sup> Ndiaye Alfred : comprendre les facteurs politiques et institutionnels...cas de Sénégal

par la promotion des produits locaux et l'éducation à la nutrition. Il semble cependant que le Gouvernement n'ait pas atteint ces objectifs.

La deuxième génération de politiques publiques (1973-1994) correspond à une situation de fragilisation de la situation nutritionnelle notamment avec la survenue de deux grandes sécheresses dans les pays du Sahel en l'espace de 10 ans. Elle correspond aussi à une époque pendant laquelle la distribution d'aliments et de suppléments était l'approche dominante de prise en charge des problèmes de malnutrition. Le ministère de la santé a été l'acteur clé de cette génération de politiques de nutrition qui met en avant une approche curative qui correspondait à l'état des connaissances. L'avènement des SSP avec la Déclaration de Alma Ata en 1978 a contraint les acteurs de la nutrition à se rendre compte des limites des programmes de nutrition basés sur la distribution de suppléments alimentaires et à s'orienter progressivement vers les approches préventives.

La fin de cette période a été marquée par une certaine léthargie dans la mise en œuvre des programmes de nutrition.

La troisième génération de politiques publiques (1994-2000) découle d'une réponse urgente en prévision d'une dégradation accentuée de la situation nutritionnelle dans l'ensemble du pays, suite à une quinzaine d'années d'ajustement structurel et à la dévaluation du Franc CFA. Cette nouvelle génération devait bénéficier de la nouvelle conception de la nutrition articulée autour de l'approche multisectorielle et l'approche communautaire, d'un côté, et de l'expérience des communautés en matière de participation dans les programmes sociaux, de l'autre. Le secteur privé et les organisations communautaires de base ont été les acteurs clés des politiques publiques de cette troisième génération.

La quatrième et dernière génération de politiques publiques de nutrition (à partir de 2001) correspond à un contexte où le Gouvernement a adopté une politique plus volontariste de développement en général. Dans le domaine de la nutrition, la nouvelle démarche s'appuie sur quatre initiatives majeures: le passage de l'approche projet à l'approche programme, la définition d'un cadre pour toutes les politiques nationales (DSRP) et la mise en cohérence de la politique de nutrition avec cette stratégie générale de sortie de la pauvreté, l'intégration des dernières connaissances en matière de lutte contre la malnutrition et, enfin, le recours à l'approche préventive et communautaire. En termes de lutte contre la malnutrition, l'objectif du DSRP est d'atteindre les OMD en 2015, grâce à la mise en œuvre du PRN<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Alfred Inis Ndiaye : Comprendre les facteurs politiques et institutionnels...

Ainsi plusieurs facteurs semblent avoir encouragé le Gouvernement à renforcer la nutrition dans les politiques de développement. Entre autres facteurs on peut souligner l'environnement organisationnel communautaire.

L'existence d'un environnement organisationnel communautaire favorable à la participation communautaire est un des éléments facilitant le changement en matière de politique de nutrition. Des comités de gestion participent depuis longtemps au fonctionnement des secteurs sociaux comme l'éducation et la santé. Les organisations communautaires de base font partie des animateurs du processus participatif de développement local. La présence d'un réseau d'organisations communautaires essentiellement composées de femmes peut constituer une plate-forme propice à la mise en œuvre d'activités de promotion nutritionnelle. Derrière ce dynamisme communautaire, on perçoit la présence de forces sociales ayant les capacités nécessaires de mettre en œuvre un nouveau modèle de politique publique de nutrition.

Selon Ndiaye Alfred Inis, la conception de l'approche de résolution des problèmes de santé et de développement de l'enfant évolue régulièrement. La supplémentation alimentaire a longtemps prévalu. Pendant une longue période aussi, toute l'attention des nutritionnistes locaux était centrée sur la recherche d'aliments de sevrage adapté au contexte. Progressivement, une approche holistique de la nutrition a affaibli la conception curative et médicale de la malnutrition au profit d'une approche multisectorielle et communautaire. Pour lutter de manière efficace contre la malnutrition, les populations avaient besoin d'une forte assistance dans le domaine de l'accès à l'eau, l'assainissement de l'environnement, aux ressources locales ainsi que pour l'augmentation de leurs revenus. Il fallait enfin renforcer leurs connaissances en santé nutrition.

L'implication des communautés dans la conception et la mise en œuvre des politiques explique progressivement qu'il n'était plus nécessaire de privilégier la distribution d'aliments. Grâce aux interventions communautaires de nutrition/PCIME et en particulier à la promotion des comportements clés de la PCIME-C, les communautés peuvent prendre en charge toutes les actions de prévention de la malnutrition.

## **1.2 La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)**

Chaque année, presque 11 millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire. Face à cette situation, l'OMS et l'UNICEF, au début des années 90, ont mis au point la prise en

charge intégrée des maladies de l'enfant. Cette stratégie est conçue pour réduire la mortalité et la morbidité infantiles dans les pays en développement. L'approche est axée sur les grandes causes de décès chez les enfants et vise à améliorer les compétences de prise en charge chez les agents de santé, à renforcer le système de santé et à renforcer les pratiques familiales et communautaires.

La stratégie de la PCIME comprend trois composantes :

- la prise en charge intégrée des enfants malades dans les établissements et dans les centres de santé ;
- le renforcement des systèmes de santé, notamment l'approvisionnement en médicaments et le soutien logistique ;
- et enfin la PCIME communautaire ou promotion de comportements clés au niveau communautaire.

Cette stratégie associe une meilleure prise en charge des maladies courantes de l'enfant (pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole, malnutrition) à une alimentation et à une vaccination appropriées. Les avantages de la PCIME portent essentiellement sur l'identification plus précise des maladies de l'enfant grâce à une approche globalisante, permettant l'accélération de la référence, avec un bon rapport coût/efficacité.

Selon la Banque Mondiale, la PCIME a le meilleur rapport coût/efficacité dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et sur la prise en compte simultanée des aspects curatifs, préventifs et promotionnels.

La PCIME a eu des résultats positifs dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Les résultats d'études faites en République-Unie de Tanzanie, en Afrique du Sud, en Malawi et Ouganda ont montré que la mise en œuvre à grande échelle d'initiatives communautaires du PCIME connues sous le nom de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant par la communauté, ou PCIME-C donne de bons résultats dans certains domaines tels que la nutrition, la survie de jeunes enfants, la prévention de la maladie, la prise en charge de l'enfant malade à domicile et la recherche de soins spécialisés, ainsi que la création d'un milieu favorable à la croissance et au développement de l'enfant.<sup>13</sup>

Dans le cadre du PRN la PCIME-C utilise entre autres stratégies, le suivi promotion de la croissance des enfants de moins de deux ans.

---

<sup>13</sup> UNICEF ; « la survie de l'enfant » ; situation des enfants en Afrique 2008 ;

### 1.3 Le suivi promotion de la croissance (SPC)

La surveillance de la croissance a été reconnue comme une stratégie clé, non seulement parce qu'elle aide à promouvoir un état nutritionnel satisfaisant des enfants, mais aussi, parce qu'elle fournit l'opportunité d'associer à bas prix d'autres interventions sur la santé de l'enfant. Cette activité est devenue un élément majeur de beaucoup de programmes de santé de l'enfant dans les pays en voie de développement pendant les deux décennies passées.

Elle était exécutée au niveau périphérique. Mais elle n'avait pas permis de réduire significativement la malnutrition.

Et d'après Kinley Mc cité par Mbengue El hadji <sup>14</sup> dans son mémoire, six (6) facteurs (déterminants) sont à l'origine de l'inefficacité du SPC. Parmi ces facteurs on peut relier :

- l'accessibilité financière : le faible pouvoir d'achat du patient entraîne une sous-utilisation des services de santé,
- l'accessibilité géographique : il montre dans son étude que 91,47% des mères font 10 mn au moins pour se rendre au centre de santé,
- le facteur socio psychologique : il est plus important comme détermination de la sous-utilisation. Il englobe la motivation, la perception et la connaissance. Il est mentionné dans ce document que 66,5% des mères ne connaissent pas l'utilité de la pesée,
- le facteur socioculturel : on peut en retenir toutes les questions relatives à l'ethnie et à la pratique culturelle.

Mbengue El hadj a souligné que la non implication de la communauté dans les activités de surveillance nutritionnelle et pondérale a contribué à cette inefficacité.

Ce constat a été fait un peu partout dans le monde, particulièrement dans les pays en développement. Ainsi, les pays ont commencé à intégrer les communautés et, mieux, à les responsabiliser pour les activités de surveillances au niveau communautaire.

En Bolivie, Foster Parent Plan international formait les femmes « madres vigilantes » (mères surveillantes) pour qu'elles conduisent et animent les séances de suivi de la croissance.

Le Catholic Relief Service a tenté le maraîchage, la couture et les actions sociales pour créer un plus grand engouement de la communauté pour leur implication sur les questions de surveillance.

---

<sup>14</sup>Mbengue EL Hadj « Contribution à l'amélioration....au Sénégal »

Avec des effets positifs et significatifs de la surveillance nutritionnelle au niveau communautaire, les autorités de santé avaient le souci de faire de la surveillance de la croissance une « matrice intégrative » d'activités de prévention et de promotion de la santé infantile.

Une phase pilote a été initiée en 2002 par le PRN sur la stratégie Nutrition/ PCIME Communautaire avec comme activité pilote, le suivi promotion de la croissance de l'enfant.

Durant l'année 2004, la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE) du Ministère de la Santé et de la Prévention appuyée par le BASICS (USAID), a mené une étude sur l'utilisation du gain de poids adéquat en milieu communautaire Sénégalais. Suite aux résultats concluants de l'étude, il a été demandé aux Agences d'Exécution Communautaires (AEC) du PRN de commencer l'introduction progressive de l'utilisation du tableau de gain de poids adéquat dans les activités des sites<sup>15</sup>.

Au cours de la deuxième phase, cette approche fut généralisée dans tous les sites. L'agent communautaire fait l'évaluation correcte du gain de poids et mène la communication interpersonnelle avec la mère ou la gardienne d'enfant. Les décisions à prendre concernant l'assistance dont l'enfant a besoin et les décisions concernant les pratiques alimentaires adéquates sont prises sur la base de négociation avec la mère ou gardienne d'enfant et cela dans la confidentialité.

Les enfants qui souffrent de malnutrition sévère sont référés dans les structures de santé pour un examen médical et une prise en charge adéquate.

## **2. La notion de coûts**

### **2.1 Définition**

Le coût peut être défini comme étant la valeur des ressources utilisées pour produire un bien ou un service<sup>16</sup>.

Pour les économistes, le coût est la valeur des ressources engagées pour obtenir une production. Ainsi le coût d'un projet/programme de santé est la valeur de l'ensemble des moyens nécessaires à sa réalisation. Il correspond aux ressources investies dans une activité et qui ne peuvent plus être utilisées pour autre chose.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Plan stratégique 2 PRN

<sup>16</sup>Savadogo Eugénie 1a

<sup>17</sup> Séminaire suivi-évaluation des programmes de santé CESAG 2010

La valeur de ces ressources peut être évaluée de deux façons. L'une est l'évaluation des coûts financiers ou coûts comptables et l'autre est l'évaluation des coûts économiques. Pour évaluer le coût financier d'un projet il faut connaître les prix et la quantité de ressources utilisées. En d'autres termes, l'évaluation des coûts financiers ne considère que la valeur des ressources exprimées en terme monétaire.

Le coût économique est perçu dans un sens plus large. Il exprime ce à quoi on renonce pour obtenir quelque chose<sup>18</sup>. Cette approche fait référence à la notion de coût -opportunité ou coût de renonciation, c'est-à-dire à la valeur de l'alternative abandonnée la plus intéressante en faveur de celle choisie. Le coût économique saisit les charges comptables auxquelles s'ajoutent d'autres coûts qui ne sont pas enregistrés par la comptabilité, mais qui représentent une valeur dont il faut tenir compte. Tel est le cas des volontaires qui travaillent sans rémunération, des vaccins ou d'autres produits obtenus à conditions très avantageuses ou fournis à titre de dons par des organisations ou des personnes.

Le choix de l'utilisation de l'une ou de l'autre ou les deux approches dépend de l'objectif de l'analyse.

Si l'objet de l'évaluation des coûts est de comparer les dépenses par rapport aux affectations budgétaires ou d'étudier le caractère financièrement abordable d'un projet, alors seules les dépenses réelles du projet doivent être prises en compte. Dans ce cas, le coût financier d'une ressource utilisée pour laquelle rien n'a été payé ou le bien donné est égal à zéro.

Si par ailleurs, l'objet de l'évaluation est d'étudier la durabilité du projet ou la possibilité de le reproduire ailleurs, la préoccupation sera d'enregistrer les coûts de toutes les ressources utilisées, qu'elles aient été payées ou non sur le budget du projet. Dans ce cas, le coût économique des biens et services donnés, évalué à leurs prix marchands est utilisé dans l'analyse.

## 2.2 Types de coûts

Les coûts peuvent être classés selon les critères suivants : le champ d'application, le contenu et le moment de calcul.

**Le champ d'application** : selon ce critère, il existe les coûts par fonctionnement, par moyen d'exploitation, par activité d'exploitation et par responsabilité.

---

<sup>18</sup> Diouf. M 1a

**Le contenu** : il permet de calculer les coûts pour une période déterminée en incorporant soit :

- toutes les charges, tel est le cas des coûts complets (traditionnels et économiques) ;
- une partie des charges telles que les coûts variables et les coûts directs.

**Le moment de calcul** : les coûts sont déterminés soit :

- postérieurement aux faits qui les ont engendrés : on parle alors de coûts constatés ou réels ou historiques ;
- antérieurement aux faits qui les ont engendrés : ceux sont les coûts préétablis ou coûts prévisionnels.<sup>19</sup>

En résumé, selon Grandgillot et al il existe les coûts complets, les coûts partiels, les coûts préétablis et les coûts ciblés.

La connaissance des caractéristiques de ces types de coûts permet de déterminer les méthodes de calcul qui en sont liées.

### 2.3 Méthodes de calcul des coûts

La détermination des coûts permet entre autres :

- d'orienter la prise de décision stratégique (définition des priorités, choix stratégique, choix des interventions...);
- de valoriser les plans stratégiques et opérationnels ;
- de faire des simulations budgétaires ;
- de faire le plaidoyer et de mobiliser des ressources ;
- d'apprécier l'efficacité des interventions et des programmes.

Ainsi une analyse des différentes méthodes de calcul nous permettra de porter notre choix sur l'une d'entre elles.

#### 2.3.1 Méthode des coûts partiels

La méthode des coûts partiels est une conséquence de l'évolution de la comptabilité analytique et des besoins nouveaux des gestionnaires qui souhaitent recourir à une méthode de gestion n'incorporant qu'une partie des charges dans le calcul des coûts.

Cette méthode vise essentiellement à exclure de l'analyse, les charges dont l'affectation pose des difficultés.

---

<sup>19</sup>Grandgillot et al : Comptabilité de Gestion ; 9 édition

Son principe est de déterminer le coût d'une partie des charges de l'organisation ou du service de santé.

Cette méthode fait la distinction entre coûts variables, coûts directs et coûts spécifiques.

- **Méthode des coûts variables**

Un coût variable est un coût partiel constitué uniquement par les charges directes et les charges indirectes qui varient avec le volume d'activité.

La méthode du coût variable consiste à n'imputer aux différents coûts que les seules charges variables afin de déterminer les marges, le seuil de rentabilité et le résultat ; éléments utiles pour la prise de décision.

Cette méthode présente les limites : de ne pouvoir pas renseigner sur les coûts unitaires et d'exclure les frais fixes spécifiques aux produits dans les décisions de gestion.

- **Méthode des coûts directs**

Un coût direct est un coût partiel qui comprend essentiellement des charges variables directes mais également des charges fixes affectables ou imputables sans ambiguïté au produit ou à l'activité.

La méthode des coûts directs consiste à calculer et à analyser une marge sur coût direct par produit ou par activité, pour en mesurer la performance (Béatrice et al). Cependant, elle présente l'inconvénient de traiter globalement toutes les charges indirectes dans la détermination du résultat.

- **Méthode des coûts spécifiques**

Un coût spécifique est un coût partiel qui intègre pour chaque produit ou activité son coût variable ainsi que les charges fixes directes qui lui sont propres.

La méthode des coûts spécifiques, encore appelée méthode des coûts variables évolués, complète et améliore la méthode du coût variable dans la mesure où elle distingue les charges selon deux critères : variables ou fixes et directes ou indirectes. Elle permet de calculer et d'analyser, en plus de la marge sur coût variable, une marge sur coût spécifique par produit ou par activité pour en mesurer la performance. Mais cette méthode de calcul ne donne pas d'informations sur le coût unitaire.

### 2.3.2 Méthode des Coûts à Base d'Activité : ABC

La méthode ABC (Activity Based Costing) est fondée sur l'analyse transversale des différents processus de l'organisation plutôt que sur la division des coûts par fonction. Elle intègre un niveau de coût supplémentaire : le coût des activités, dont l'étude est prépondérante par rapport à celle des produits. Elle permet de mieux comprendre l'origine des coûts. L'analyse des charges est plus fine et leur mode de répartition est plus pertinent que dans la méthode des coûts complets.

Le principe de la méthode ABC consiste à identifier le coût des activités constitutives des processus au travers de leur consommation des ressources mises à disposition, puis à suivre la consommation de ces activités selon différents axes d'analyse.

L'une des difficultés de la méthode réside dans l'élaboration de la carte des activités de la structure de telle sorte que toutes les activités puissent être interdépendantes.

### 2.3.3 Méthode des coûts complets

La méthode des coûts complets consiste à intégrer l'ensemble des charges déclarées incorporables dans des coûts calculés en fonction de l'organisation interne de l'entreprise, selon un schéma technique spécifique<sup>20</sup>.

Un coût complet intègre des charges directes et des charges indirectes.

- **Les charges directes**

Ceux sont des charges propres à un seul coût. Elles sont affectées directement aux coûts, sans calculs intermédiaires.

- **Les charges indirectes**

Elles concernent plusieurs coûts. Le traitement nécessite une répartition préalable avant qu'elles soient imputées aux coûts d'un produit ou d'une prestation déterminée. Cette répartition peut se faire par centre d'analyse.

- **Les centres d'analyse**

Ils rassemblent des charges indirectes de natures différentes. Le centre d'analyse doit être caractérisé par une activité homogène et mesurable.

L'activité des centres d'analyse est mesurée par une unité de mesure physique (centres opérationnels) ou monétaire (centres de structure).

---

<sup>20</sup> M L Bamba. CESAG

Les centres principaux sont des centres d'analyse dont les coûts sont imputés directement aux coûts des prestations ou des produits.

Les centres auxiliaires sont les centres d'analyses dont les coûts sont imputés à d'autres centres d'analyse.

- **La répartition des charges**

Cette répartition se fait en deux étapes.

- **La répartition primaire**

Le montant de chaque charge indirecte est réparti dans les centres auxiliaires et principaux d'après une clé de répartition exprimée le plus souvent en pourcentage. La répartition primaire permet de calculer le coût de chaque centre.

- **La répartition secondaire**

Les centres auxiliaires sont répartis dans les centres principaux. Le coût total de chaque centre principal est égal au total de la répartition primaire augmenté de la quote-part reçue du ou des centres auxiliaires. Une fois la répartition secondaire effectuée, le total des charges indirectes est réparti dans les centres principaux ; les centres auxiliaires sont donc à zéro.

Les coûts des centres d'analyse principaux sont imputés aux coûts des produits ou des objets de coût au moyen d'unité de mesure (physique ou monétaire) de l'activité du centre.

Le nombre d'unités de mesure doit être en étroite corrélation avec le coût du centre.

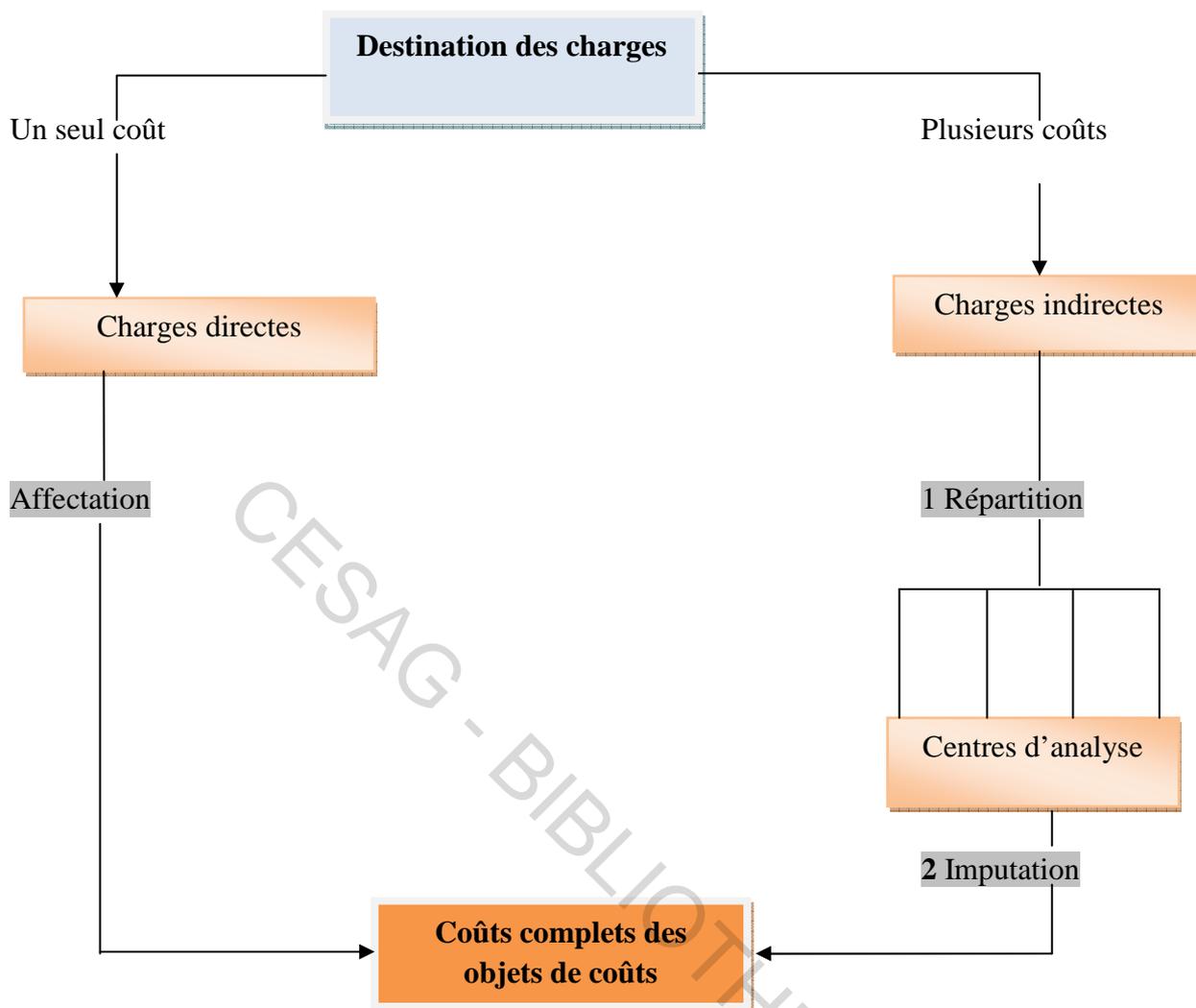
- **Détermination de l'unité de mesure et du coût**

L'unité de mesure peut être en unité d'œuvre s'il s'agit des centres opérationnels ou en taux de frais s'il s'agit de centre de structure.

Le coût de l'unité d'œuvre ou du taux de frais d'un centre est le résultat du rapport entre le coût total de ce centre pour une période donnée et le nombre d'unité de mesure fourni par le centre pour la même période.

Le traitement des charges d'après la méthode des coûts complets peut être schématisé comme suit :

Figure 1 : Modèle théorique de calcul des coûts complets



Source : Grandguillot, Béatrice. Francis « La comptabilité analytique » 9<sup>ème</sup> édition (p 47)

### Les limites de la méthode des coûts complets

Il faut retenir qu'avec la méthode des coûts complets, le choix de l'unité d'œuvre pertinent pose souvent problème dans la répartition des charges indirectes de certains centres d'analyse. Cette méthode ne permet pas de faire la distinction entre coûts d'exploitation et coûts de structure.

Malgré ces insuffisances, la méthode du coût complet est retenue pour calculer le coût du suivi promotion de la croissance de l'enfant dans le programme de renforcement nutritionnel. Il s'agit de calculer le coût financier supporté par le PRN pour mener les activités de SPC.

### **3. La revue empirique**

Cette section, retrace les écrits existants sur l'analyse des coûts dans le domaine de la malnutrition et particulièrement de suivi promotion de la croissance de l'enfant.

L'analyse des coûts est devenue plus que jamais indispensable à la gestion des services et programmes de santé produisant des prestations qui nécessitent la mobilisation des ressources. Les décideurs ont besoin d'informations relatives aux coûts des ressources, à leur gestion et à leur renouvellement pour étayer leurs choix politiques. Le responsable de programme se trouve dans la même situation que tout chef d'entreprise.

Cependant, il existe relativement peu d'études économiques portant sur le suivi promotion de la croissance de l'enfant. Les écrits que nous avons eu à exploiter, sont synthétisés ci-après.

En 2012, l'UNICEF a publié un rapport d'évaluation sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe au Tchad. La méthode des coûts complets a été utilisée pour calculer le coût unitaire. Cependant, elle présente la limite de n'avoir utilisé que les données désagrégées par région et par composante, d'une part, et de n'avoir pas calculé le coût sur la base du nombre d'enfants sortis guéris du programme, d'autre part.

Mais, il en est sorti comme remarque que ce coût unitaire est très élevé et que les bailleurs ont supporté 95% du coût du programme. Ainsi, pour réduire ce coût et assurer la durabilité et le passage à l'échelle du programme, des recommandations sont formulées dans ce rapport. La promotion de la production locale de l'ATPE et l'investissement dans la prévention (comme les foyers communautaires et les démonstrations culinaires) permettent d'améliorer la situation nutritionnelle des enfants et de réduire le coût des programmes à long terme.

L'analyse du rapport de synthèse du cas d'investissement en nutrition en Mauritanie montre que le coût par enfant suivi jusqu'à l'âge de 36 mois bénéficiant des activités du PAIN (Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition) est à 108 900 FCFA (198 dollars américains), soit 36 300FCFA par an.

L'analyse se limite dans un premier temps aux interventions qui agissent directement sur la nutrition ou sur les comportements relatifs à la nutrition. Il s'agit des interventions dans les quatre premiers domaines du PAIN, en excluant celles du cinquième domaine sur l'augmentation de la disponibilité et l'accessibilité aux aliments qui concerne la sécurité

alimentaire des ménages. L'analyse est étendue par la suite aux transferts en espèces, qui constituent l'intervention principale (en termes de coût) du cinquième domaine du PAIN.

Les coûts sont basés sur la nouvelle budgétisation du PAIN présentée dans la section 4. Cependant, afin de rendre l'analyse mieux adaptée aux perspectives réelles d'expansion de la couverture des interventions nutritionnelles en Mauritanie, les prévisions budgétaires ont été ajustées pour un niveau de couverture plus faible des populations cibles (70%) par rapport aux niveaux supposés pour la budgétisation du PAIN (entre 80 et 90% selon les interventions), sauf dans le cas de l'alimentation prête à l'emploi, pour lequel le taux de 30% dans le budget du PAIN a été retenu. Le coût d'investissement correspond ainsi aux dépenses nutritionnelles à ce niveau de couverture des interventions.

Ce coût sur trois ans pour la cohorte d'enfants nés en 2013 s'élève à 8,5 milliards d'UM ou 27,6 millions de dollars.<sup>21</sup>

Il est indiqué dans le guide pour le gestionnaire du programme Core Group, que le coût de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère par les ATPE se situe entre 16 500FCFA et 24 750FCFA.<sup>22</sup>

En Inde, le gouvernement avait lancé en 1975 le programme de développement intégré du jeune enfant (ICDS) pour lutter contre la malnutrition infantile. L'efficacité de ce programme a été toutefois limitée par divers facteurs allant des compétences et des connaissances limitées des agents anganwadi (soins aux enfants), à un manque de supervision, à des vacances de poste et à des imperfections dans la politique du programme, par exemple l'attention insuffisante accordée aux très jeunes enfants. Pour accroître l'efficacité du programme ICDS, l'UNICEF s'est employé avec, le Gouvernement Indien en utilisant de nouvelles stratégies et approches novatrices. Les interventions consistaient, à renforcer le système de gestion et de supervision ; améliorer la compétence et les connaissances des agents anganwadi, notamment en les incitant à accorder plus d'attention aux nourrissons ; accroître la participation communautaire par une analyse de la situation menée de concert avec les villageois et accroître les nombres de visites à domicile ainsi que la couverture extérieure par le service de santé.

Les études d'impact réalisées trois ans après la mise en œuvre de ces interventions ont fait ressortir que le taux de la malnutrition était plus faible dans les villages d'intervention (27%)

---

<sup>21</sup> OPM. Rapport de synthèse

<sup>22</sup> CORE Groups. Guide du gestionnaire

que dans les villages témoins (32%). De plus, le coût de ces interventions « supplémentaires » était modeste : 82 500 FCFA à 110 000 FCFA (150 à 200 Dollars) par village et par année, ce qui représente 9 à 10% du coût permanent payé par le Gouvernement indien dans le cadre du programme ICDS par village et par an.

Compte tenu du niveau élevé et constant de dénutrition infantile en Inde, il est important de démontrer qu'il est possible d'apporter des changements peu onéreux au programme ICDS pour améliorer les soins de santé aux nourrissons et aux jeunes enfants. Et que ces changements peuvent, en très peu de temps, se traduire par des progrès nutritionnels. De plus sachant que l'Inde compte environ 43% d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale, le succès des solutions à faible coût dans les Etats prioritaires de ce pays aura de profondes conséquences. Tels sont les enseignements tirés des études d'impact du programme ICDS<sup>23</sup>.

D'après la Banque mondiale<sup>24</sup>, les enfants dénutris risquent de perdre plus de 10 % de leur capacité de gain sur leur vie entière, ce qui coûte aux pays pauvres jusqu'à 3 % de leur PIB annuel. La malnutrition entraîne ainsi une perte considérable de potentiel humain et économique. Améliorer l'état nutritionnel constitue donc une priorité à laquelle les décideurs doivent accorder une attention toute particulière s'ils veulent accélérer les progrès socio-économiques et le développement de l'Afrique.

Le premier Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD1) consiste à réduire l'extrême pauvreté et la faim. L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans est un des principaux indicateurs utilisés pour évaluer les progrès vers la réalisation de l'OMD1. Les données les plus récentes montrent que, sur les 63 pays en développement qui sont en voie d'atteindre l'OMD 1 (Cible 1.C)<sup>25</sup>, seuls neuf sont africains (la prévalence de l'insuffisance pondérale étant utilisée comme indicateur de la faim et de la malnutrition). Il faudrait de toute urgence adopter des stratégies nationales cohérentes et pleinement soutenues pour assurer la mise en œuvre d'actions prioritaires, décisives et bien coordonnées, faute de quoi, les légères améliorations obtenues risquent d'être perdues.

---

<sup>23</sup> UNICEF « la survie de l'enfant » ; la situation de l'enfant dans le monde : 2008 (p-50,51)

<sup>24</sup> Conseil économique et social des NU « le coût de la faim en Afrique : incidences socio économiques de la dénutrition infantile » mars 2012

<sup>25</sup> Cette cible consiste pour les pays à réduire de moitié la faim et la malnutrition de 1990 à 2015

On sait que l'investissement dans la nutrition présente des avantages considérables. La nutrition est le fondement de la survie et de la santé ainsi que de la croissance et du développement économiques d'un pays. Elle conditionne donc la réalisation de tous les OMD. Par conséquent, investir dans la nutrition se justifie au plan politique, économique et social.

Un groupe de lauréats du prix Nobel<sup>26</sup> de l'économie a récemment classé une série d'interventions nutritionnelles de base ayant fait leurs preuves parmi les solutions les plus rentables pour relever les défis de développement mondiaux. Au nombre de ces interventions figurent l'apport en oligo-éléments (vitamine A et zinc), l'enrichissement des produits alimentaires en oligo-éléments (fer et iodation du sel), le déparasitage et les programmes de nutrition scolaires et communautaires.

Ces interventions, dont le coût par habitant estimé à moins de 5 500FCFA (10 dollars des États-Unis), présentent un rapport coûts-avantages relativement élevé. Par exemple, un investissement annuel à l'échelle mondiale de 60 millions consacré à la supplémentation en vitamine A et en zinc rapporterait un milliard de dollars.

Des études réalisées en Amérique latine par la Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPALC) et le Programme Alimentaire Mondial (PAM) montrent que la malnutrition a des incidences importantes sur les indicateurs sociaux. Par exemple, pour 100 cas d'insuffisance pondérale chez les enfants, on dénombre 18 cas de maladies liées à cet état chaque année : 10 cas de diarrhée, 4 d'anémie et 4 d'infections respiratoires aiguës. En ce qui concerne l'enseignement, ce problème fait perdre environ deux années scolaires. Pour ce qui est des indicateurs économiques, en Amérique centrale, 1,7 million de personnes en âge de travailler (15 à 64 ans), soit 6 % de l'effectif total, sont mortes prématurément en raison de la malnutrition, ce qui représente 2,5 milliards d'heures de travail perdues.

Dans les pays andins (Bolivie, Pérou, Colombie, Venezuela et Équateur) et au Paraguay, ce sont 3,6 millions de personnes en âge de travailler (4,4 % de l'effectif total) qui sont mortes prématurément, ce qui représente 5,2 milliards d'heures de travail perdues.

Ces conséquences sociales entraînent des coûts importants pour les économies nationales, lesquelles se sont élevées à 6,7 milliards de dollars pour l'Amérique centrale et la République Dominicaine en 2004 et à 10,5 milliards de dollars pour les pays andins et le Paraguay en 2005, ce qui représente approximativement entre 1,5 et 11,4 % du PIB. L'un des résultats les

---

<sup>26</sup>Hunger and malnutrition: Copenhagen Consensus Challenge paper, 2008, par S. Horton, H. Alderman, et J.A. Rivera [www.copenhagenconsensus.com/Default.aspx?ID=1149](http://www.copenhagenconsensus.com/Default.aspx?ID=1149).

plus intéressants de ces études est que près de 90 % de ces coûts sont liés à un manque à gagner en termes de productivité.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Chapitre IV. LA METHODOLOGIE

Dans cette partie, nous présentons le contexte opérationnel de l'étude, la méthodologie de recueil et d'analyse des données.

### 1. Contexte opérationnel de l'étude

Dans cette section nous présentons le département de Pikine ainsi que le programme de renforcement de la nutrition.

#### 1.1. Présentation de Pikine

##### Sur le plan administratif et démographique

Situé à 14 Km du centre-ville de Dakar, le Département de Pikine couvre une superficie de 79,4 Km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord par le département de Guédiawaye, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le département de Rufisque et à l'Ouest par celui de Dakar (Dakar - centre, Parcelles assainies, Hann et Cambérène).

Le département de Pikine compte trois arrondissements que sont Thiaroye, les Niayes et Pikine Dagoudane ; et seize communes d'arrondissement. Sa population s'élève environ à 863181 habitants soit 35.5% de population totale de la région de Dakar, avec une densité de 9777 habitants au kilomètre carré<sup>27</sup>.

Cette population est majoritairement jeune et la ville fait face à de nombreux défis en matière d'infrastructures, d'éducation, de formation, d'emplois, de gestion foncière et environnementale etc. Née avec une tare congénitale qui s'est aggravée au fur et à mesure par la superposition d'un ensemble de contradictions, Pikine a, par ailleurs, très fortement subi les différentes crises qui se sont succédées à partir des années 1970 (cycle de sécheresses, crise pétrolière, détérioration des termes de l'échange) et qui ont provoqué une forte migration rurale vers la capitale, Dakar. Elle a constitué le principal réceptacle, « terroir d'accueil » des populations sans qualification particulière venant de l'intérieur du pays à la recherche de nouveaux avenir.

Cette situation a été aggravée par les crises des années 80 et 90 avec les Politiques d'Ajustement Structurel (PAS) et la dévaluation du Franc CFA. Ces PAS ont eu pour conséquences la suppression, la fermeture ou la privatisation d'entreprises nationales, la baisse des salaires, la restriction des budgets destinés aux secteurs sociaux, les déflations au

---

<sup>27</sup> SRSD de Dakar 2007

sein des entreprises et au niveau de l'administration, la politique de « départs volontaires ou négociés »<sup>28</sup>, la déstructuration de l'économie domestique, des cadres de vie, la désillusion des ménages. Cela est intensifié par l'exode rural et accroît le déséquilibre des niveaux de vie.

Cette période est particulièrement marquée par un appauvrissement généralisé et, surtout, un désarroi des jeunes<sup>29</sup>. La population rurale et les petites entreprises subissent de plein fouet la situation nationale et internationale. Les flux migratoires s'accroissent. La banlieue est prise d'assaut non seulement par les migrants et les ouvriers urbains (rejetés du centre) à la recherche de logement. Les installations s'effectuent dans une anarchie presque totale sans aucun respect des règles élémentaires d'aménagement urbain (voiries, respect des normes de construction, électrification, adduction d'eau, infrastructures sanitaires ; etc.).

### **Sur le plan économique**

Dakar est la région la moins pauvre du Sénégal, avec un indice de pauvreté de 12% au niveau des ménages. Cette pauvreté se traduit différemment sur le plan spatial : le département de Pikine affiche le plus fort taux de pauvreté avec 37,9% au niveau des ménages. Près de 24% des ménages n'arrivent pas à réaliser la dépense mensuelle nécessaire par personne pour se procurer la ration alimentaire minimum de 2.400 calories, soit 5.610 F CFA.

Même si environ 50% des revenus monétaires du pays sont concentrés à Dakar, les ménages pauvres tirent l'essentiel de leur revenu du secteur informel (27%), du privé (24%), des transferts (12%)<sup>30</sup>.

La participation des ménages aux consultations nourrissons et enfants est estimée à 7 201 800FCFA soit 22,23% des consultations dans le district de Pikine.

### **Présentation du district sanitaire de Pikine**

L'offre de santé est essentiellement caractérisée par une insuffisance des structures de santé, une couverture sanitaire encore faible (on compte un (1) centre de santé pour 180 000 contre 50 000selon les normes de l'OMS et 1 hôpital pour 500 000 contre 150 000 selon les normes de l'OMS), une faiblesse du plateau technique pourtant relevé récemment par le nouvel hôpital situé dans le Camp militaire Thiaroye, une insuffisance du personnel de santé, une

---

<sup>28</sup> ENDA GRAF SAHEL. Pikine aujourd'hui et demain ... MAI 2009

<sup>29</sup> Diop M. C et Diouf M. 2000, Le baobab a été déraciné In Politique Africaine, Paris juin 2002

<sup>30</sup> ANSD Dakar ESPE 2005-2006

insuffisance du dispositif d'accueil, de soins et de traitement des malades, le coût des soins élevé pour une population majoritairement démunie ; etc.

Cette situation est aggravée par le débordement des structures de santé (fréquentation) surtout en toute période d'hivernage. Les inondations, l'humidité permanente, la présence prolongée ou continue de plans d'eau pendant une bonne partie de l'année, la promiscuité de l'habitat, la dégradation de la qualité des repas et son corolaire, le déséquilibre alimentaire, constituent quelques-unes des principales sources de maladies. Ils sont les principales causes des 7 maladies les plus récurrentes dans la ville à savoir : le paludisme (29%), les dermatoses (10%), les maladies diarrhéiques (6%), la gale (3%), les parasitoses, l'hypertension, le rhumatisme ; les affections broncho-pulmonaires, ORL surtout chez les enfants, les traumatismes (accidents domestiques+++ : brûlure, fracture ; etc.). Le profil des malades est très varié : ouvrier, fonctionnaire, chômeur, sans profession, etc.

**Tableau 2 : La répartition des infrastructures sanitaires publiques selon les départements en 2007 (région de Dakar)**

Départements	Centres de santé	Postes de santé	Maternités isolées	Cases de santé	hôpitaux
Dakar	14	32	0	1	7
Guédiawaye	1	11	2	0	0
<b>Pikine</b>	<b>2</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
Rufisque	1	28	3	16	1
Total	18	107	9	23	10

**Sources** : SRSD de Dakar à partir des données de la région médicale de Dakar<sup>31</sup>

Dans une banlieue où la demande est si forte, le district sanitaire de Pikine ne compte que deux (2) hôpitaux publics et deux (2) centres de santé contre 7 et 14 pour le département de Dakar.

Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, Pikine a longtemps bénéficié des activités des programmes de nutrition communautaires avec son institut de pédiatrie sociale qui couvre toute la population de Pikine et de Guédiawaye.

Malgré les efforts déployés dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, il existe dans la région de Dakar aussi quelques zones précaires qui méritent une surveillance

<sup>31</sup>Enda Graf Sahel : Pikine aujourd'hui et demain : diagnostic participatif de la ville de Pikine (Dakar Sénégal)

«particulière». Selon Néné Awa Sy, responsable du bureau exécutif régional de la Cellule de lutte contre la malnutrition ; les localités comme Pikine, Guédiawaye et Wakhinane Nimzat, par rapport à la région, sont plus touchées avec plus de 5 à 9% de taux de prévalence.

## **1.2. Présentation du Programme de Renforcement Nutritionnel (2007 à 2011)**

Le PRN est un programme qui, dans le sillage des politiques, programmes et projets destinés à lutter contre la pauvreté, est mis en place par l'Etat du Sénégal. Ce dernier est appuyé essentiellement par la Banque Mondiale.

Ce programme a pour but de jeter les bases d'une véritable politique de nutrition au Sénégal, avec de nouvelles orientations de lutte contre la malnutrition que sont :

- le passage de l'approche projet à l'approche programme ; dont l'objet est la mise à contribution des efforts de tous les secteurs pour une amélioration durable de la situation nutritionnelle du pays ;
- la stratégie d'intervention multisectorielle, qui fait appel à une synergie des actions de plusieurs secteurs car les causes de la malnutrition et les carences nutritionnelles sont multifactorielles ;
- Et enfin un focus sur les zones rurales où la pauvreté sévit de façon cruciale.

### **1.2.1. La finalité du PRN**

Le PRN s'est inscrit dans l'atteinte des OMD d'ici 2015 en contribuant à la réduction de moitié de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5ans.

### **1.2.2. Les objectifs du PRN**

Afin d'améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans au Sénégal, le PRN s'est fixé comme objectifs :

- d'améliorer l'état nutritionnel des populations et particulièrement la croissance des enfants de moins de deux ans vivant dans les zones urbaines et rurales pauvres ;
- de renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays en matière de nutrition pour la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de nutrition.

### 1.2.3. La population cible du programme

Les populations ciblées sont les enfants de moins de 5ans, les femmes enceintes et allaitantes.

### 1.2.4. Les zones d'intervention du PRN

Dans sa première phase, le PRN avait prévu de couvrir 27 communes en zone urbaine et 76 communautés rurales en zone rurale. Après cette phase, le programme est étendu à l'ensemble du territoire sénégalais, mais avec un focus dans les zones rurales et les régions présentant les prévalences de malnutrition les plus élevées.

### 1.2.5. La stratégie du programme

La stratégie du programme pour cette phase s'articule autour de quatre composantes principales.

- La composante Nutrition/PCIME-C (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire) ;
- La composante Interventions multisectorielles relative à la nutrition ;
- La composante Appui à la politique et suivi-évaluation ;
- Et enfin la dernière composante Gestion des programmes.

Pour mettre en œuvre la phase II, le coût global est estimé à 50 millions de Dollars US, soit 25 milliards de F CFA. La composante Nutrition/PCIME-C se taille la part de 66% du coût global de la phase II du PRN. Cette composante a trait à la mise en œuvre opérationnelle du programme sur le terrain par la fourniture d'un paquet de services communautaires. Ce paquet de services communautaires comprend :

- le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) chez les enfants âgés de 0 à 2 ans ;
- le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigue
- la Communication pour un Changement de Comportement auprès des mères et gardiennes d'enfants pour les comportements relatifs à la PCIME-C ;
- et enfin la distribution à base communautaire (DBC) de produits et médicaments pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes.

De 2007 à 2010 le SPC/PCIME-C est la sous composante majeure du programme, elle est exécutée au niveau communautaire c'est-à-dire dans les quartiers ou les villages. Le SPC est l'activité centrale de la composante Nutrition/PCIME-C avec 57% du budget global et pour indicateur de performance que 75% des enfants de 0 à 24 mois suivis aient un gain de poids adéquat.<sup>32</sup>

### **1.2.6. La mise en œuvre de l'intervention SPC**

Les structures suivantes constituent les acteurs principaux du PRN dans la mise en œuvre du SPC.

- **La collectivité locale qui est la porte d'entrée du PRN.**

La CLM à travers les fonds de l'Etat et ceux des bailleurs octroie le financement aux collectivités locales pour l'exécution des projets de nutrition communautaires mise en œuvre avec l'encadrement des AEC.

- **L'Agence d'Exécution Communautaire (AEC)** est une organisation non gouvernementale (ONG) ou une association ou GIE qui est la structure juridiquement reconnue et ayant les capacités de mise en œuvre de projet de nutrition à l'échelle d'un district et pour le compte des collectivités locales.

Elle a pour mission entres autres :

- de faciliter la sélection et la formation des ARC en collaboration avec le MCD ;
- de procéder à l'exécution des dépenses selon les règles et procédures définies dans la convention de financement ;
- d'appuyer l'ARC dans le partage de l'information ;
- de Préparer et soumettre les rapports d'activité au conseil local, au district et à la CLM.

- **Le district sanitaire**

Le projet de nutrition de la collectivité locale est mené au niveau du district. Les relais et superviseurs sont de la zone. Ils sont sélectionnés et formés avec l'appui du médecin chef du district et des infirmiers chef de poste.

- **La communauté**

Elle est composée par :

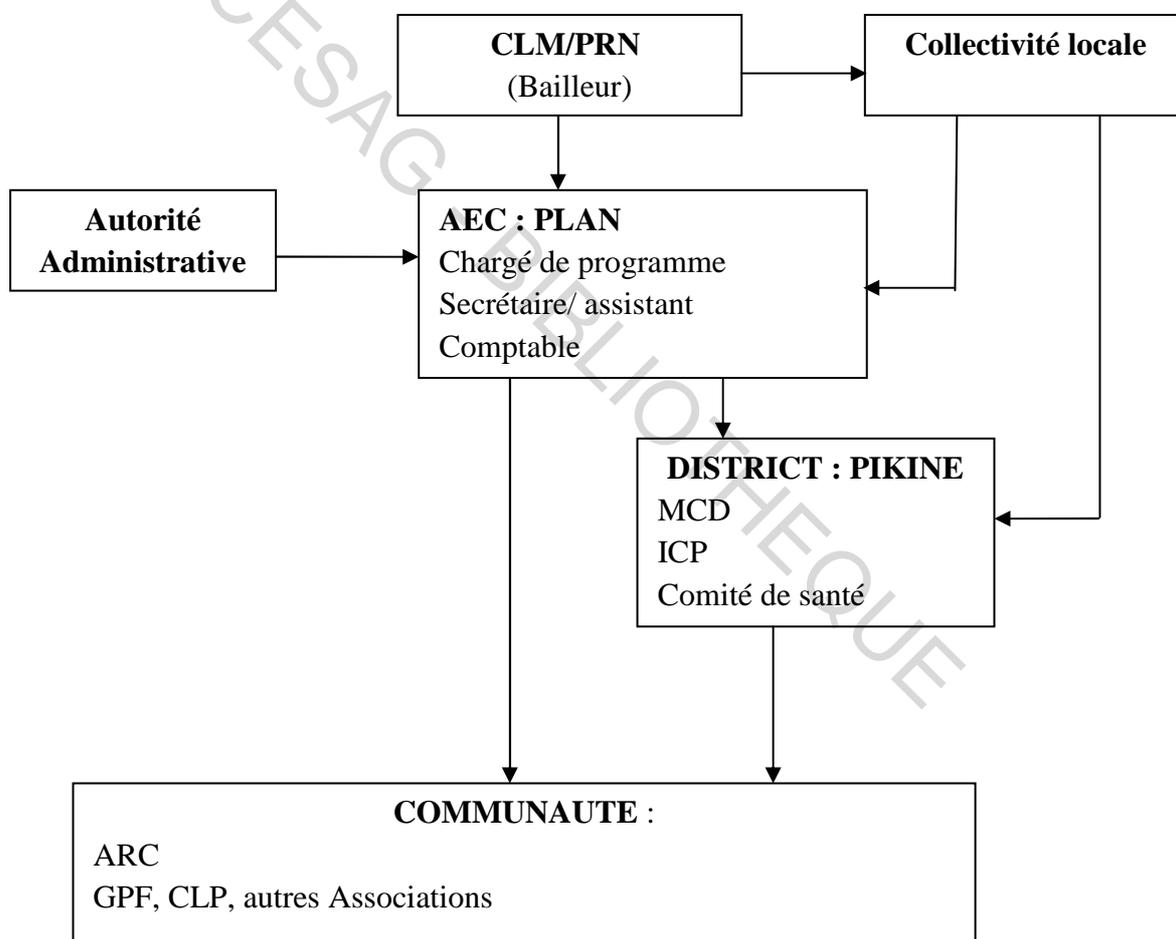
---

<sup>32</sup>PRN Plan Stratégique phase II 2007-2011(page 44)

- Des agents de relais communautaires de santé qui exécutent les activités de SPC dans les différents sites de la zone ou du district. Ils ont le statut de volontaires au service de la communauté de rattachement ;
- Le comité local de pilotage au niveau des sites qui assure la gestion des activités du programme à la base et appuie les relais dans l'exécution du projet ;
- Les groupements féminins et autres associations locales qui apportent un appui technique pour la bonne marche des activités.

Ainsi l'organigramme de la mise en œuvre de l'intervention dans le compte du PRN se présente comme suit :

**Figure 2 : Organigramme du programme**



**Source :** Schéma de mise en œuvre du PRN au niveau local

### **1.2.7. Interventions du PRN à Pikine**

Durant sa deuxième phase, le PRN est intervenu dans cinq communes d'Arrondissement que sont Dali Fort, Pikine Ouest, Djeddah Thiaroye Kao, Yembeul Nord et Malika, avec une population d'environ 346 362 habitants, couverts par 11 postes de santé.

Pour cette présente étude nous avons porté notre choix sur deux communes d'arrondissement que sont Djiddah Thiaroye Kao et Malika.

#### **La commune d'arrondissement de Djiddah Thiaroye Kao (DTK)**

Elle est une très vaste commune d'arrondissement, très peuplée avec 183 444 habitants, elle compte 66 quartiers dont la plupart sont non lotis et situés dans des bas-fonds, favorables aux inondations hivernales. Les ruelles sont étroites, rendant la circulation difficile. Cette situation favorise la promiscuité et par conséquent, le développement des maladies transmissibles. La pauvreté est assez importante dans cette commune.

La couverture sanitaire est constituée de seulement trois (03) postes de santé mais possède plusieurs OCB très actifs dans les actions de développement.

#### **La commune d'arrondissement de Malika**

Commune moyenne avec 25 quartiers, elle ne comprend qu'un seul poste de santé couvrant une population assez importante. Créée autour du village traditionnel de Malika, elle compte plusieurs OCB et un comité de pilotage très actif dans les programmes de santé. Certains quartiers sont situés dans des zones dépressionnaires favorisant l'insalubrité et la propagation de maladies infectieuses et transmissibles. La population est à majorité pauvre.

Cette situation semble expliquer la prévalence élevée de la malnutrition surtout dans les quartiers n'ont encore touchés par le projet.

En résumé, nous pouvons dire que la situation socio-sanitaire des communes d'arrondissement se caractérise par la pauvreté endémique qui sévit dans ces zones, le manque d'infrastructures socio-économiques, l'insuffisance de la couverture sanitaire, l'insalubrité, la mobilité des populations, la surpopulation, la promiscuité et la forte prévalence des maladies transmissibles et parasitaires. Cette situation explique les raisons de la forte prévalence de la malnutrition constatée dans ces communes d'arrondissement.

## **2. Méthodologie**

Nous présentons dans cette section le modèle théorique d'analyse, la méthode de collecte des données, les difficultés rencontrées et les limites de l'étude.

## 2.1. Modèle théorique d'analyse

Nous nous sommes inspirés du modèle théorique de Béatrice et al (2007) repris dans la partie revue de la littérature de notre étude pour construire le modèle d'analyse ci-dessous. Ce modèle nous permettra de calculer le coût moyen de SPC d'un enfant. La méthode du coût complet est choisie pour déterminer le coût moyen.

Seules les charges supportées par le PRN pour dérouler les activités de SPC sont évaluées dans cette étude. Les coûts supportés par les autres acteurs et les bénéficiaires n'en sont pas inclus. Ce qui justifie l'option de calculer le coût moyen par la méthode du coût complet.

**Tableau 3 : Modèle d'analyse**

Niveau	Etapes	Techniques ou outils	Résultats ou Output
Analyse des charges directes	Identifications des activités spécifiques au SPC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire</li> <li>• Observation</li> </ul>	Coût total des charges directes du SPC
	Identification des ressources consommées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semi entretien</li> </ul>	
Analyse des charges indirectes	Identification des centres d'analyses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Entretien</li> </ul>	Coût total des charges indirectes
	Identification des ressources	Questionnaires	
	Choix des clés de répartitions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Choix rationnel des clés de répartition</li> </ul>	
	Répartition primaire Répartition secondaire si nécessaire	calcul	
Analyse du nombre d'enfant suivi	Indentification du nombre d'enfants suivis	Questionnaire calcul	Nombre d'enfants suivi de 0 à 23 mois révolus
Calcul du coût moyen par enfant suivi de 0 à 23 mois révolus	Calcul du coût global du SPC	Coût total des charges directes + coût total des charges indirectes	Coût unitaire moyen par enfant suivi
	Calcul du coût moyen d'un enfant suivi de 0 à 23mois	Coût total / nombre d'enfant suivi de 0 à 23mois révolus	

**Source :** Grandguillot, Béatrice. Francis, « La comptabilité analytique » 9<sup>ème</sup> édition 2007

## **2.2. Méthode de collecte des données**

### **2.2.1. Délimitation du champ d'analyse**

Cette analyse des coûts concerne seulement une activité parmi un ensemble d'activités appelé intervention sur site. C'est un paquet de services offerts avec une ligne budgétaire spécifique. Nous sommes appelées à ressortir le coût du SPC dans ce paquet d'activité.

### **2.2.2. Population d'étude**

Notre population d'étude concerne les enfants âgés de 0 à 23 mois révolus et qui sont suivis au niveau communautaire par les agences communautaires de PRN sur une période de 24 mois.

### **2.2.3. Echantillon**

Le PRN est exécuté dans cinq collectivités locales appelées aussi zones (Malika, Yeumbeul Nord, Djiddah Thiaroye Kao, Dalifor et Khouroumar). Chaque zone est subdivisée en sites. Nous en avons pris les deux les plus représentatives pour collecter les données. Notre choix porte sur Malika et Djiddah Thiaroye Kao. Ce choix s'est fondé sur le dynamisme des acteurs du PRN de la zone et sur la disponibilité et la fiabilité des données.

### **2.2.4. Analyse des documents existants**

Elle a facilité la compréhension des différentes méthodes de calcul de coût. Elle s'est déroulée essentiellement à la bibliothèque du CESAG et sur le NET. Nous avons consulté également des rapports, des revues et les plans d'action des programmes de nutrition.

### **2.2.5. Outils de collecte des données**

Nous avons eu à mener une enquête auprès des agents communautaires et des comptables des Agences d'exécution communautaires. Ce qui nous a permis :

- de répertorier toutes les activités du suivi promotion de la croissance au niveau communautaire et le nombre d'enfants suivis ;
- d'avoir les données financières pour pouvoir déterminer le coût unitaire par enfant suivi. Nous avons eu des entretiens avec le chef du bureau régional ainsi qu'avec la chargée du programme PRN pour avoir un aperçu sur l'exécution des lignes budgétaires allouées par la CLM.

Nous avons eu des semi-entretiens avec les AC et les gestionnaires de zone pour avoir un aperçu sur le déroulement des activités et la répartition des tâches.

### **2.2.6. Le traitement des données**

L'outil informatique est largement utilisé pour l'analyse des données. Les logiciels comme :

- Microsoft Excel est utilisé pour les calculs
- Microsoft Word pour le traitement des textes.

### **3. Les difficultés rencontrées**

Comme dans tout travail de recherche, nous avons été confrontés à un certain nombre de contraintes. Il s'agit de :

- l'accès aux données techniques car les AC ne conservaient pas les documents d'archives concernant notre période d'étude ;
- l'accès aux données financières : l'indisponibilité et l'affectation (changement) des comptables ont participé au retard accusé par ce travail ;
- Il était difficile de disposer des données financières d'une part et d'autre part de rencontrer des chargés de programmes PRN qui ont eu à travailler dans une même AEC durant toute la deuxième phase. Cela nous a amené à nous limiter à la période 2007/2008 pour laquelle nous disposons plus de données.

### **4. Les limites**

Notre étude présente les limites suivantes :

- nous avons porté notre choix sur les collectivités locales qui avaient plus de données disponibles sur la période ;
- nous avons extrapolé la part du SPC dans le budget du PRN pour pouvoir calculer les charges indirectes des différents centres d'analyse ;
- nous n'avons pris que les charges comptables couvertes par le PRN ;
- les charges supportées par les collectivités locales, autres partenaires locaux et les bénéficiaires ne sont pas incluses dans les calculs.

## Chapitre V. RESULTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Le calcul de coûts par la méthode des coûts complets permet de ressortir le coût d'un volet parmi un ensemble d'activités. Nous serons appelés à identifier les charges directes d'abord ensuite calculer les charges indirectes à travers les centres d'analyses concernant l'activité SPC du PRN au niveau de l'AEC de PLAN.

### 1. Résultats

#### 1.1. Identification des activités spécifiques au SPC et des coûts directs

Le repérage des activités spécifiques au SPC a permis de calculer les charges directes, car le volet SPC est incorporé dans un paquet de service appelé intervention sur site de la composante nutrition/PCIME-C. Le SPC, l'IEC/CCC et la distribution à base communautaire de médicaments essentiels constituent ce paquet de services.

Nous avons eu à faire des entretiens avec le chargé de programme et administré des questionnaires aux agents communautaires pour pouvoir ressortir les différentes activités du volet SPC. Ces activités sont principalement la pesée, les démonstrations culinaires et les références.

Les charges directes du SPC dans les deux zones sont calculées selon le nombre d'unités globales des zones. Le nombre d'unités zone est la proportionnalité des charges de la zone par rapport au budget du PRN. Les nombres d'unités zone sont représentés dans le tableau ci-après :

**Tableau 4 : Détermination des nombres d'unités des zones**

Zones	Nombre d'unités
DTK	139
Dalifor	139
Khourounar	139
Yeumbeul nord	140
Malika	139
<b>Total</b>	<b>696</b>

**Source :** Document de répartition des unités zone du PRN au niveau de pikine

Les zones d'étude (DTK et Malika) totalisent ensemble 278 unités.

Les charges directes concernent :

- les mobilisations sociales et appui aux matériels et démonstrations culinaires ;
- le paiement des outils de gestion et de balances Salter.

**Tableau 5 : Calcul des charges directes de 2007/2008**

Désignation	Montant global En FCFA	Nbre d'unité global	Coût par unité
mobilisation social appui au DC pour le matériel de DC	3 935 000	696	5 654
paiement des outils de gestion et balance Salter	1 592 000	696	2 287
<b>Total</b>	<b>5 527 000</b>		<b>7 941</b>

Source : Les lignes budgétaires allouées au PRN de 2007 / 2008 à l'AEC (Plan)

**Tableau 6 : Répartition des charges directes par zone**

zones	Nombre d'unités par zone	Coût direct par unité	Coût total
Malika	139	7 941	1 103 799
DTK	139	7 941	1 103 799
<b>Total</b>			<b>2 207 598</b>

Source : calcul fait à partir des charges directes et des nombres d'unité zone

Le montant total des charges directes pour les zones Malika et DTK est de 2 207 598 FCFA. Cependant les deux zones totalisent les mêmes nombres d'unité donc le montant des coûts directs de chaque zone est de 1 103 799 FCFA.

## 1.2. Détermination des charges indirectes

### 1.2.1. Identification des centres d'analyses

Un centre d'analyse est une division de l'organisation, en tant qu'unité comptable, où sont analysés les éléments de charges indirectes préalablement à leur imputation aux coûts des produits ou des services. Ainsi, dans le cas de cette étude, nous avons eu trois centres répertoriés dans le tableau ci-contre.

**Tableau 7 : Identification des centres d'analyse**

Centres d'analyse	Nature des charges
Administration	Salaires du personnel technique et du personnel de soutien, fournitures et équipements de bureau, appui carburant et entretien aux véhicules, frais de mission et taxe chargé de programme, téléphone
Formation	Formation des ICP et ECS en PCIME-C, formation des relais en PCIME-C et les CLP en gestion
Prestataires	Paiement motivation des relais, atelier d'évaluation, équipement sites et loyer sites

**Source** : Base de répartition des charges du programme au niveau de l'AEC

Toutes les charges réparties entre ces différents centres concernent l'ensemble des zones bénéficiaires de PRN dans le district. Cependant, il sera impérieux de trouver les charges concernant le SPC pour l'ensemble des zones du district.

Dans le document stratégique du programme, il est mentionné que la composante Nutrition/PCIME-C absorbe 65% du budget global, dont 57% alloué au volet SPC. Ce qui revient à dire que dans la composante nutrition/PCIME-C, le SPC représente 87,69% des activités de sa composante.

### 1.2.2. La répartition des charges de l'administration

Il s'agit de toutes les charges allant du personnel jusqu'au téléphone et permettant l'exécution du programme PRN dans l'Agence d'Exécution Communautaire.

#### 1.2.2.1. Répartition des charges du personnel (salaires)

Le personnel qui intervenait dans le programme PRN au niveau de l'AEC de 2007 à 2008 était au nombre 4. Pour évaluer le volume horaire des différents agents, nous avons compté le nombre d'heure de travail de tout le personnel. Ce dernier travaille du lundi au vendredi de 8h à 16h30mn.

**Tableau 8 : Calcul du volume horaire du personnel**

volume horaire par semaine (h)	Effectif personnel	Nbre de semaines en 2 ans	volume horaire total
42,5	4	104	17 680

**Sources** : calcul effectué sur la base du volume horaire du personnel

Le personnel administratif du PRN a exécuté 17 680 heures de travail de janvier 2007 à décembre 2008.

Le volume horaire permet de faire la répartition primaire des charges salariales pour obtenir le crédit horaire du SPC. La masse salariale du personnel est 10 954 465 F CFA de janvier 2007 à décembre 2008. Nous avons appliqué le pourcentage de 87,69% qui représente la part du SPC dans sa composante. Ce pourcentage sera appliqué aux autres charges administratives

**Tableau 9 : Répartition primaire des charges salariales**

Désignation	montant global (FCFA)	Volume d'unités d'œuvre	Coût de l'unité d'œuvre (FCFA)	Quota horaire SPC (87,69%)	Coût total
Salaires globaux	10 954 465	17 680	620	15 503,6	<b>9 612 232</b>

**Sources** : Lignes budgétaires et des volumes horaires .

Les charges salariales du personnel administratif concernant le SPC pour l'ensemble des zones du district de Pikine s'élèvent à 9 612 232 F CFA.

#### 1.2.2.2. La répartition des charges de fonctionnement

Ces charges concernent les fournitures de bureaux, le téléphone, les frais de mission, les frais de taxe chargé de programme, l'appui carburant et d'entretien des véhicules.

**Tableau 10 : Répartition primaire des charges de fonctionnement**

Désignation	Montant	Pourcentage SPC	Montant pour le SPC
Téléphone	1 681 600	87,69%	1 474 595
Appui entretien des véhicules	50 400	87,69%	44 196
Carburant	1 905 958	87,69%	1 671 335
Fourniture de bureau	332 000	87,69%	291 131
Frais de taxe au chargé de Programme	148 900	87,69%	130 570
Frais de mission	338 500	87,69%	296 831
Frais d'hôtel	397 600	87,69%	348 655
<b>Total</b>	<b>4 854 958</b>		<b>4 257 313</b>

Sources : Document stratégique du PRN : l'exécution des lignes budgétaires de 2007 à 2008

Le montant des charges de fonctionnement attribuées au SPC dans l'ensemble du district s'élève à 4 257 313 FCFA.

#### 1.2.2.3. Les charges d'amortissement

Le local où est logé le projet ainsi que son équipement sont pris en charge par l'Agence d'Exécution Communautaire, notamment Plan International. Les charges d'amortissement du PRN concernent principalement le matériel informatique.

La valeur d'acquisition de ce matériel s'élève à 1 332 000 FCFA pour une durée de 5 ans.

**Tableau 11 : Répartition primaire des charges d'amortissement**

Désignation	Montant	Durée (an) d'amortissement	Annuité	Quote part SPC (87,69 %)	Total
Matériel informatique	1 332 000	5	266 400	233 606	<b>467 212</b>

**Source** : les tables d'amortissement du PRN au niveau de l'AEC

La part du SPC dans les charges d'amortissement s'élève 467 212FCFA.

En somme, le montant total des charges administratives imputable au SCP est de 14 336 757 FCFA.

**Tableau 12 : Montant des charges administratives imputables au SPC**

Nature de la charge	Montant
Salaires	<b>9 612 232</b>
Fonctionnement	<b>4 257 313</b>
Amortissement	<b>467 212</b>
<b>Total</b>	<b>14 336 757</b>

**Sources** : synthèse des calculs des charges indirectes

### 1.2.3. La répartition des charges de formation

Il s'agit de toutes les formations concernant la composante Nutrition/PCIMEC car le SPC est le volet principal de cette composante. Au cours de cette phase, deux formations ont été faites. Une formation des ICP et des ECS en PCIME-C et une autre formation des relais en PCIME-C et des CLP en gestion. Constatant les charges de formation très élevées, nous avons étalé ces charges sur la durée de cette phase du programme.

**Tableau 13 : Répartition primaire des charges de formation**

Formations	Montant global	Durée de la phase (an)	Montant (2007 2008)	Quote part SPC
formation des ICP et ECS en PCMIC et CIP	1 503 500	5	601 400	527 368
formation des relais en PCMIC et le CLP en gestion	6 546 500	5	2 618 600	2 296 250
TOTAL	8 050 000		3 220 000	<b>2 823 618</b>

Sources : lignes budgétaires allouées aux formations pour programme au niveau de l'AEC

Le coût total de ces formations s'élevait à 8 050 000FCFA. Et la part des charges allouées au SPC est 2 823 618 FCFA.

### 1.2.4. La répartition des charges des prestataires

Nous appelons prestataires ceux qui exécutent les activités du PRN au niveau opérationnel, c'est-à-dire au niveau site. Ces prestataires sont le relais, les ECS, et les ICP. Les charges rattachées à ce personnel concernent seulement les motivations et les indemnités. Le coût pour l'ensemble des prestataires du district durant cette période est de 59 130 000FCFA. Les activités déclinées appelées intervention sur site sont essentiellement dominées par le SPC.

**Tableau 14 : Répartition primaire des charges des prestataires**

Désignation	Montant global	Quote part SPC
Indemnités et motivations	59 130 000	51 851 097

Sources : document de motivation des prestataires de l'AEC

Donc le coût attribué à ces derniers pour les prestations en SPC dans le district est de 51 851 097FCFA.

La répartition primaire des charges indirectes du SPC pour le district pour nos différents centres d'analyse se résume ainsi :

**Tableau 15 : Répartition primaire des charges au niveau des différents centres d'analyse**

Centres d'analyse	Administration	Formation	Prestataires	Total
<b>Montant</b>	14 336 757	2 823 618	51 851 097	69 011 472
<b>Pourcentage</b>	21%	4%	75%	100%

**Source** : calculs faits à partir des lignes budgétaires

### 1.2.5. La répartition secondaire des charges indirectes

Dans cette partie nous allons ventiler les charges des différents centres aux différentes zones d'intervention du PRN au niveau du district. Cette ventilation sera faite sur la base du nombre d'unités des différentes zones représenté au tableau 2.

Les deux zones de notre échantillon c'est-à-dire DTK et Malika totalisent les mêmes nombre d'unités 139, soit une part de 19.97%. Donc la répartition sera égale dans la mesure où elles ont les mêmes nombres d'unités et le même nombre de prestataires.

**Tableau 16 : Répartition des charges indirectes du SPC pour chaque zone**

Charges	Montant	Nombre d'unité total	Coût par unité	Nombre d'unité par Zone	Montant total
<b>Administration</b>	14 336 757	696	20 599	139	2 863 261
<b>Formation</b>	2 823 618	696	4057	139	563 923
<b>Prestataire</b>	51 851 097	696	74 499	139	10 355 361
<b>Total</b>	73 239 667				<b>13 782 545</b>

**Source** : Base de répartition des charges du programme au niveau de l'AEC

En somme, les charges indirectes de chaque zone s'élève à 13 782 545 FCFA durant les deux années d'intervention.

### 1.3. Détermination de coût total du SPC dans les deux zones du district

Le coût total est égal à la somme des charges directes et des charges indirectes dans chaque zone.

**Tableau 17 : Coût total du SPC dans les deux zones du district**

Zone	Charges indirectes	Charges directes	Montant total
<b>DTK</b>	13 782 545	1 103 799	14 886 344
<b>Malika</b>	13 782 545	1 103 799	14 886 344
<b>Total</b>	<b>27 565 090</b>	<b>2 207 598</b>	<b>29 772 688</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>92.58 %</b>	<b>7.42 %</b>	<b>100%</b>

**Source** : lignes budgétaires

Le montant total des charges du SPC s'élève à 29 772 688 FCFA, dont les 92.58% sont des charges indirectes.

#### 1.4. Analyse du nombre d'enfants suivis durant la période de 2007 / 2008

Le suivi de la croissance est assuré aux enfants âgés de 0 à 23mois révolus. Dans ce contexte, nous avons pris les enfants qui entrent dans le programme du premier janvier 2007 au 31 décembre 2008. Nous ne nous sommes pas fixés un critère d'âge pour les entrées, mais tout enfant atteint par la limite d'âge est sorti du programme. Ainsi, nous avons dénombré chaque mois le nombre d'enfant suivi. Il permet de calculer la moyenne pondérée durant cette période, il en avait de nouvelles entrées, des sorties et des perdus de vue.

**Tableau 18 : Nombre moyen d'enfant suivi par zone**

Nombre d'enfants suivis	DTK	Malika	Total
<b>2007</b>	1 765	1 707	3 472
<b>2008</b>	2 313	2 350	4 663
<b>Moyenne</b>	<b>2 039</b>	<b>2 029</b>	<b>4 068</b>

**Source** : rapports de suivi des enfants dans les deux localités de 2007 à 2008

En moyenne, le programme a touché 4 068 enfants dans les deux zones durant cette période. Le nombre d'enfants suivis est légèrement plus élevé (de 10 enfants) à DTK.

**Tableau 19 : Taux de couverture**

Zones	Nombre d'enfants ciblés	Nombre d'enfants suivis	Taux de couverture ou performance
<b>DTK</b>	2 117	2 039	96%
<b>Malika</b>	2 086	2 029	97%
<b>Total</b>	<b>4 203</b>	<b>4 068</b>	<b>96,78%</b>

Source : rapports de suivi des enfants dans les deux localités de 2007 à 2008

Par contre, la zone de Malika assure une couverture légèrement plus élevée que DTK 97% contre 96%. Cependant, le programme a touché 96,78% de la population cible dans les deux zones. Parmi ces enfants suivis, 93% ont un gain de poids adéquat ; c'est-à-dire qu'ils ne présentent pas des signes de malnutrition.

**Tableau 20 : Tableau des performances**

Zone	Nombre d'enfants ciblés	Nombre d'enfants suivis	Nombre d'enfants GPA
<b>DTK</b>	2 117	2 039	1 887
<b>Malika</b>	2 086	2 029	1 876
<b>Total</b>	4 203	4 068	3 763
<b>Performance</b>		<b>97%</b>	<b>93%</b>

Source : rapports de suivi des enfants dans les deux localités de 2007 à 2008

### 1.5. Calcul de coût moyen par enfant suivi de 0 à 23 mois révolus

Pour avoir ces coûts unitaires moyens, nous faisons le rapport entre les charges globales de chaque zone sur le nombre d'enfants suivis. Le résultat obtenu est contenu dans le tableau suivant.

**Tableau 21 : Coût moyen par enfant suivi de 0 à 23 mois révolu**

Zone	Coûts total	Nombre d'enfants suivis	Coût moyen par enfant
<b>DTK</b>	14 886 344	2 039	7 301
<b>Malika</b>	14 886 344	2 029	7 337
<b>Coût moyen par enfant au niveau district</b>	29 772 688	4 068	<b>7 319</b>

Source : tableaux 17 et 18 à la page 53 du document mémoire

Le coût du suivi d'un enfant de 0 à 23 mois par le Programme de Renforcement de la Nutrition est de 7 319 F CFA. Ce coût moyen unitaire est pratiquement homogène dans la mesure où DTK et Malika obtiennent presque les mêmes coûts unitaires respectifs de 7 301 FCFA et 7 337 FCFA. Ce coût est commun à tous les enfants du programme, qu'ils soient malnutris ou en bon état nutritionnel.

Cependant, si on fait la corrélation avec une entreprise ou un projet à but lucratif, les enfants malnutris seront considérés ici comme des produits de non qualité. Les malnutris ne sont pas inclus dans le processus de détermination du coût unitaire. Seuls les produits de qualité seront affectés un coût. Donc, il est important pour le PRN de connaître le coût d'un enfant suivi de 0 à 23 mois révolus et ayant un gain de poids adéquat.

**Tableau 22 : Calcul du coût moyen par enfant suivi et ayant un GPA**

Zone	Coût total	Nombre d'enfant ayant un GPA	Coût moyen d'enfant ayant un GPA
DTK	14 886 344	1 887	7 889
Malika	14 886 344	1 876	7 935
<b>coût moyen par enfant au niveau district</b>	29 772 688	3 763	<b>7 912</b>

Source : tableau 17 à la page 53 et tableau 21 à la page 53 du document de mémoire

Nous constatons qu'un enfant suivi durant 24 mois et qui ne souffre pas de malnutrition coûte au PRN 7 912 FCFA. Ce qui revient à dire que le coût annuel de suivi d'enfant ayant un GPA s'élève à 3 956 FCFA.

## **2. Discussion**

La surveillance de la croissance a été reconnue comme une stratégie clé, non seulement parce qu'elle aide à promouvoir un état nutritionnel satisfaisant des enfants, mais aussi parce qu'elle fournit l'opportunité d'associer à bas prix d'autres interventions sur la santé de l'enfant. Tel est le cas de la distribution à base communautaire des moustiquaires, des vermifuges... qui sont associés au SPC pour rendre plus efficace la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

L'exécution du programme au niveau communautaire facilite l'accessibilité géographique de l'offre à la communauté, particulièrement aux femmes et gardiennes d'enfants car les séances de pesée et les démonstrations culinaires se déroulent dans les quartiers et à des heures où les mamans sont plus disponibles. Dans ces localités de la banlieue où la majorité de la population est pauvre, la gratuité des prestations (absence de ticket modérateur) accroît l'accessibilité financière de l'offre.

Cela peut expliquer que les critères de performance qui étaient fixés durant la phase II du PRN qui consistaient à obtenir 75% d'enfants ayant un gain de poids adéquat en 2010 soient largement dépassés en 2008. En effet, 93% des enfants suivis par le programme ont un bon état nutritionnel. Ce qui signifie que l'offre est non seulement accessible, mais elle répond à la demande de la communauté. De plus, les activités associées au SPC notamment la communication pour un changement de comportement des mamans et des femmes gardiennes renforce la motivation de ces dernières à bien suivre leurs enfants.

Par contre, les centres CREN, construits pour régler les problèmes des enfants malnutris sont malheureusement sous utilisés car l'offre de soins n'est pas souvent accessible géographiquement et financièrement à tous les bénéficiaires.

Il ressort des différentes études dont nous avons fait cas dans la revue de la littérature, que le coût de la prise en charge de la malnutrition est trop élevé, quel que soit ce qu'est devenu l'enfant.

Le rapport de synthèse du cas d'investissement en nutrition en Mauritanie montre que le coût d'un enfant bénéficiant des activités du PAIN est de 36 300 FCFA par an. Le rapport de l'UNICEF sur la prise en charge communautaire de la malnutrition au Tchad a estimé le coût unitaire par enfant admis dans le programme des centres de nutrition thérapeutique et des centres de nutrition ambulatoires combinés en 2010, à 108 130 FCFA (196,6 dollar US). Ceci quel que soit ce qu'est devenu l'enfant (guéri ou non, décédé ou perdu de vue). Cela explique

que le paquet d'activités intégrées de nutrition (traitement préventif de la malnutrition) et la thérapie nutritionnelle (traitement curatif de la malnutrition) ont un coût plus élevé que les activités promotionnelles de la nutrition.

Ces coûts très élevés viennent de consolider la thèse selon laquelle le curatif est plus coûteux que le préventif et le promotionnel. En effet, le coût supporté par le PRN pour le suivi promotion de la croissance de l'enfant jusqu'à l'âge 23 mois révolus est de 7 912 FCFA par enfant. D'où un coût annuel 3 956 FCFA par enfant. Ce qui vient d'infirmier l'hypothèse de recherche qui stipulait que le coût unitaire annuel d'un enfant suivi par le programme et ayant un gain de poids adéquat dépasse le 8 dollars US en zone urbaine<sup>33</sup>. Ce coût moyen reste élevé. Il serait plus réduit si tous les enfants touchés avaient bénéficié d'un gain de poids adéquat.

Quoique, par la stratégie du SPC, avec 3 956 FCFA soit le 1/10 du coût de la prise en charge d'un enfant malnutri en Mauritanie, on peut éviter à l'enfant

- de perdre 10% de sa capacité de gain sur la vie entière ; ce qui coûterait 3% du PIB annuel d'un pays<sup>34</sup>,
- des épisodes de diarrhées, d'anémies, d'infections respiratoires aiguës ;
- de perdre deux années scolaires,
- la mort prématurée qui conduit à des pertes d'heures de travail.

L'efficacité de la stratégie est constatée, car parmi les enfants suivis, 93% ont un bon état nutritionnel.

Cependant, dans cette étude, nous nous sommes limités aux coûts financiers supportés par le PRN. Or, les collectivités locales et les GPF apportent leurs appuis pour la bonne exécution du programme. En outre, il serait intéressant d'évaluer le coût économique du SPC pour mieux apprécier l'efficacité du programme et mieux orienter les recommandations aux différents niveaux.

Néanmoins, l'analyse des résultats de l'étude nous a permis de formuler quelques recommandations. Nous espérons qu'elles seront prises en compte pour une exécution encore plus efficiente du programme.

---

<sup>33</sup> PRN phase 1. Le montant de 8 dollars par enfant et par an a été fixé pour la prise charge des enfants par le SPC

<sup>34</sup> Conseil économique et social des NU « le coût de la faim en Afrique : incidences socioéconomiques de la dénutrition infantile » mars 2012

### **3. Recommandations**

Nous formulons les recommandations à l'endroit de l'Etat, du PRN et de l'AEC.

#### **A l'Etat :**

Il doit envisager un plan de financement innovant à long terme pour les programmes de nutrition. Cela pourrait être fait, soit en appliquant des taxes sur les opérations téléphoniques, sur les billets d'avion, les opérations bancaires, les matériels électroménagers et informatiques importés ; soit en réévaluant avec les partenaires au développement des modalités et sources de financement à long terme.

Il peut inclure l'éducation de la nutrition de l'enfant dans les programmes élémentaires ; cela contribuerait à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants.

Il peut définir une autre forme d'indemnité (comme les denrées de première nécessité) en charge de la collectivité locale à l'endroit des relais communautaires afin qu'ils se consacrent uniquement aux activités de santé communautaire.

#### **Au Programme de Renforcement de la Nutrition**

Dans le dynamisme de réduction des coûts, le PRN pourrait affecter au moins deux régions à une Agence d'Exécution Communautaire l'exécution du programme. Cela réduirait les charges du programme particulièrement les charges indirectes qui représentent 92,58% du coût du SPC.

#### **A l'Agence d'Exécution Communautaire**

Une grande partie des coûts du SPC est liée aux charges indirectes particulièrement celles des prestataires. A ce niveau, nous suggérons une augmentation du nombre de sites attribués aux relais communautaires ainsi que le nombre de séances de pesée par mois. Cela augmentera le nombre d'enfants suivis et, par conséquent, la réduction du coût moyen unitaire par enfant suivi.

Dans la localité, 24% des ménages n'arrivent pas à réaliser la dépense mensuelle nécessaire (5 610 FCFA) par personne pour se procurer la ration alimentaire minimum. L'alimentation de l'enfant est reléguée au second plan des préoccupations et mise à la responsabilité de la mère en général sans revenu et non informée sur les formes d'hygiène du nourrisson. Nous suggérons à l'agence d'exécution communautaire d'organiser des sessions de formations en

collaboration avec des partenaires locaux sur la transformation des produits alimentaires, sur les autres causes sous-jacentes de la malnutrition telles que les formes d'hygiène et initiées les femmes sur des activités génératrices de revenus. Cela permet aux mères d'avoir des revenus et de mieux surveiller l'état de santé de leurs enfants, par conséquent, de réduire la prévalence de la malnutrition.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CONCLUSION

Au Sénégal, l'état nutritionnel des enfants reste toujours préoccupant. De nombreux programmes ont été mis en œuvre pour lutter contre la malnutrition, tant du point de vue curatif, que du point de vue préventif ou promotionnel.

Le PRN est un des programmes piloté par la CLM qui associe plusieurs volets pour améliorer l'état nutritionnel des populations, particulièrement la croissance des enfants âgés de moins de 24 mois.

Pour assurer un bon état nutritionnel aux enfants, le programme utilise, entres autres, stratégies le SPC inclus dans un paquet d'activités appelé intervention sur site de la composante Nutrition/PCIME-C. Le SPC concerne le suivi mensuel des enfants de 0 à 23 mois révolu et il est exécuté au niveau communautaire.

Notre objectif en faisant cette étude est de calculer le coût moyen d'un enfant suivi de 0 à 23 mois révolus et qui a un bon état nutritionnel dans le cadre du SPC du PRN.

Après une révision des différentes méthodes de calcul des coûts, nous avons choisi la méthode des coûts complets. Cette méthode paraît être appropriée pour ces calculs car seules les charges supportées par le PRN sont prises en compte dans cette étude. Notre démarche consiste à collecter toutes informations sur l'exécution financière de l'AEC pour le SPC dans le compte du PRN, d'une part, et recenser le nombre d'enfants suivis par le programme, d'autre part.

Les résultats ont révélé que 93% des enfants suivis par le programme ont un bon état nutritionnel. Et le coût moyen d'un enfant suivi de 0 à 23 mois révolus et ayant un bon état nutritionnel s'élève à 7 912 FCFA.

Ainsi de l'hypothèse que nous avons formulée, nous pouvons dire que ce coût est inférieur au coût fixé durant la phase pilote du PRN. Cela ne veut pas dire que le coût est faible, il reste toujours élevé. Car les charges supportées par les autres acteurs de ce volet ne sont pas prises en compte dans cette étude.

Par contre, le suivi promotion de la croissance est presque dix fois moins coûteux que la prise en charge de la malnutrition au niveau des structures sanitaire.

Cependant une étude sur le coût économique de SPC ou sur le coût- efficacité du SPC s'avère être d'une grande importance pour les programmes de nutrition mais aussi pour l'Etat afin de mieux orienter sa politique de nutrition.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, (Février 2012) « Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (2010 – 2011)», Rapport final, Dakar, Sénégal.
2. Annuaire statistique –Système d'information sanitaire Sénégal (2010).
3. Banque Africaine de Développement, Fond Africain de Développement, (Septembre 2010) « document stratégique par pays 2010-2015 ». Département des Opérations Pays Région de l'Ouest.
4. Communauté Economique Des Etats d'Afrique de l'Ouest. (Septembre 2010). La planification et le financement des programmes de nutrition dans la CEDEAO « Note de synthèse de la session de mise à jour technique » : Côte d'Ivoire – Abidjan
5. Creese, Andrew. Parker, David, (1995). « Analyse des coûts dans les soins de santé primaires ». Manuel de formation à l'usage des responsables de programmes. Genève, OMS, 158p.
6. Diallo, Ndeye Fatou, (2010). « Analyse des coûts de la césarienne dans le cadre de la politique de gratuité : cas de l'hôpital régional de Kolda ». Mémoire DSES, ISMS, CESAG.
7. Dione, S, Emmanuel, (Mai 2009). « Pikine aujourd'hui et demain : diagnostic participatif de la ville de pikine (Sénégal) ». Dakar, Sénégal. ENDA GRAF SAHEL
8. Diop, A, Khadir, (2010). « La problématique de l'assainissement dans le département de Pikine (Sénégal) », Mémoire DEA, Université Cheikh Anta Diop, Dakar.
9. Diop, M, Bamba. Thiaw,K, ( Aout 2010). « Différentiel d'Inflation dans Union Monétaire : le cas de l'UEMOA ». Direction de la Prévision et des Etudes Economiques, Ministère de l'économie et des finances, document d'étude n°7, Sénégal.
10. DIOUF, M, (1991). « Economie politique pour l'Afrique » : les nouvelles Editions Africaines de Sénégal, AUPEL-UREF
11. Direction de la prévention et des études économiques ; « Document stratégique de réduction de la pauvreté 2010-2015, » Sénégal.
12. Donghol, Mamadou, C, D, (Mai 2000) « l'intégration des activités essentielles de nutrition et de santé aux soins maternels et infantiles à partir de l'approche COPE : cas du centre de protection maternelle et infantile de la médina Dakar ». Mémoire GP, DSGS, CESAG.

13. Grandguillot, Béatrice. Francis, (2007). « Comptabilité de Gestion : Eléments fondamentaux, Méthodes classiques des coûts complets et méthode ABC, Coûts partiel, Coûts préétablis et coût cible, Comptabilité analytique ». collection Zoom's, 9e édition Paris : Galino éditeur.
14. Hodges, Anthony. Saboya, Montserrat. Ould, Selmane Mohamed, (Décembre 2012). « Rapport de synthèse des cas d'investissement en nutrition ». Mauritanie, Oxford Policy Management: UNICEF, OMS, FAO, WEP, REACH, MDGIF.
15. Horton, S. Rivéra, J, A, (2008). « Hunger and malnutrition » Copenhagen consensus challenge paper Danemark( en ligne) [www.copenhagenconsensus.com/default.asp/?ID](http://www.copenhagenconsensus.com/default.asp/?ID)
16. Kouam, C, Eric. Manssimadji, Jean, Pierre. Nadwai, Philipp, Djékaoujo. Naiban, Mingueyambaye. Reed, Sheila. (Septembre 2012). « Rapport d'évaluation de la prise en charge communautaire de la malnutrition aigue (PECMA) : étude de cas du Tchad ». UNICEF.
17. Lingani, Idrissa, (2002). « Analyse des coûts des prestations en vue d'évaluer la pertinence de la tarification au Centre Hospitalier Régional de Tenkodogo au Burkina Fasso ». Mémoire DSES, ISMS, CESAG.
18. Mbengue, El Hadji, (2003). « contribution à l'amélioration de la couverture de la surveillance nutritionnelle et pondérale au Sénégal » Mémoire GPS, ISS, CESAG.
19. Milla, McMachla; Felicite, Tchibinda, (2011). « Planification et financement des programme de nutrition de la CEDEAO » ; supplément 12ème forum sur la nutrition de la CEDEAO, Standing Committee on Nutrition NEWS, UNSCU (en ligne) [www.unscn.org](http://www.unscn.org).
20. Ministère des Affaires Etrangères et Européenne ; Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats. (2011) « nutrition dans les pays en développement ». document d'orientation stratégique, France (en ligne) [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr) .
21. Ministère de la santé. (janvier 2009). « Plan national de développement sanitaire 2009-2018 » Sénégal.
22. Ndiaye, Alfred, Inis, (février 2010). « Comprendre les facteurs politiques et institutionnels conduisant au changement des politiques de nutrition : le cas du Sénégal » Health Nutrition and population. Banque Mondiale, Washington DC USA.
23. Oxford Policy Management. (13 décembre 2012). « Rapport de synthèse »
24. Programme de Renforcement de le Nutrition. (2007). « Plan stratégique du programme de renforcement de la nutrition : Phase II de 2007 à 2011 ».

25. SAVADOGO, B, Eugène, (2001). « Analyse des coûts de la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge des MST classiques par l'approche syndromique dans le district sanitaire de Banfora au Burkina Fasso. ».Mémoire DSGS, ISMS, CESAG.
26. Sue, M. Lorna, L, (Mai 2010). « Document d'orientation de la santé de l'enfant » Direction des Normes des Programmes et du Développement Communautaire, Ministère de la Promotion de la Santé, Canada.
27. UNICEF, (Septembre 2012). « Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aigue (PECMA) : Etude de cas du Tchad ; Evaluation office
28. UNICEF, « la malnutrition des enfants : fiche ressource alimentation 4 » : Les Itinéraires de Citoyenneté.
29. UNICEF, (Mai 2008). « la survie de l'enfant » ; la situation de l'enfant en Afrique : Division de la communication de l'UNICEF.
30. UNICEF, (2008). « la survie de l'enfant » ; la situation de l'enfant dans le monde : Division de la communication de l'UNICEF.
31. Union Africaine (mars 2013). « Le coût de la faim en Afrique : le coût social et économique de la dénutrition chez l'enfant » rapport de la Conférence des Ministres de l'économie et des Finances de l'Union Africaine et la conférence des Ministres des finances et de la planification économique de la commission économique pour l'Afrique : Abidjan, Cote d'Ivoire (auteurs).
32. Weissman, Eva; Olivier, Sentumbwé; Mugisa, Anthony, Mbono; Emmanuel, Kayaga; Sarah, Mamyindo, Kihuguru ; Craig, Lissner. (October 1998). «Uganda Safe motherhood program costing study»: WHO draft final report .
33. Wone, Sokhna, Aissatou, Wone, (2011). « Analyse des coûts du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-vaginal par la méthode ABC : Cas du service d'Anatomie Pathologie de l'hôpital Aristide Le Dantec » Mémoire DSES ISMS CESAG.
34. World Bank. (2006). «Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale action»: Washington DC/ World Bank.

## ANNEXES

### **ANNEXE 1:** Questionnaire pour le Comptable de l'Agence d'Exécution Communautaire

**Centre Africain D'Etudes Supérieures de Gestion (CESAG)**

**Institut Supérieur de Management de la Santé**

**Département Economie de la Santé**

**Promotion: 14<sup>ème</sup>**

**Stagiaire : FATOU TALL THIAM**

#### **Questionnaire adressé au comptable de l'Agence d'Exécution communautaire du PRN**

Ce questionnaire est adressé au comptable de l'Agence d'Exécution Communautaire qui a eu à intervenir dans le département de Pikine durant la période de 2007 à 2008 dans le cadre du Programme de Renforcement de la Nutrition.

Les données collectées seront utilisées dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude intitulé : **Analyse des coûts du Suivi-promotion de la croissance de l'enfant de 0 à 23mois révolus par la stratégie Nutrition /PCIME-C du programme de Renforcement nutritionnel(PRN) : cas du district de Pikine de 2007à2008.**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de remplissage du questionnaire.....

Zone d'intervention : **Pikine est la zone d'étude précisément les communes d'arrondissement de Malika et Djidah Thiaroye Kao**

Quelles sont les lignes budgétaires allouées par le PRN pour les activités intervention sur site dans la zone ?

***NB : les données collectées par ce questionnaire concernent principalement les années 2007 et 2008***

Lignes budgétaires	rubriques	Unité (c'est en année fiscale)	Montant ou coût unitaire	Nombres ou quantité	Durée dans le projet PRN (2007/2008)
<b>Ressource humaine</b>	1. Salaire (brut) :	Par mois			
	• Salaires des techniciens	Par mois			
	• Salaires du personnel administratif et de soutien	Par mois			
	2. Motivations (relais, superviseur)	Par mois			
	3. Perdiems (missions)	Perdiems			
<b>Formation</b>	1. Honoraire (formateurs)	Par formateur			
	2. Perdiems (bénéficiaires)	Par bénéficiaire			
	3. Pauses	Par participant			
	4. fourniture				
<b>Equipement et fourniture</b>	1. appui Carburant	Par an			
	2. Mobilier, matériel d'ordinateur	Par an			
	3. Consommables, fournitures de bureau	Par an			
	4. Téléphone, fax, eau, électricité	Par an (1 juillet 2007 au 30 juin 2008)			
<b>Autres coûts et services</b>					

**ANNEXE 2:** Questionnaire pour l'Agent Communautaire

**Centre Africain D'Etudes Supérieures de Gestion (CESAG)**

**Institut Supérieur de Management de la Santé**

**Département Economie de la Santé**

**Promotion: 14<sup>ème</sup>**

**Stagiaire : FATOU TALL THIAM**

**Questionnaire d'enquête adressé à l'Agent Communautaire du site ou au chef du projet**

**PRN**

Ce questionnaire est adressé aux chefs de projets ou aux Agents Communautaires de sites de nutrition communautaire qui ont eu à intervenir dans le cadre du PRN durant la période de 2007 à 2008.

Les données collectées serviront à la rédaction d'un mémoire de fin d'étude intitulé :

**Analyse des coûts du Suivi-promotion de la croissance de l'enfant de 0 à 23 mois révolus par la stratégie Nutrition /PCIME-C du programme de Renforcement nutritionnel(PRN) : cas du district de Pikine 2007 à 2008.**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de remplissage du questionnaire.....

**I. Identification du site**

1. Quel est le nom du District ?.....
2. Quel est le nom du village ou du quartier ?.....
3. Quel est le nom du site d'intervention ?.....
4. Quel est la taille de la population des enfants de 0 à 23 mois révolus du site ?.....
5. Quel est le nombre d'enfants ciblé par le PRN dans votre site ?.....

## II. Les activités du Suivi Promotion de la Croissance de l'enfant

L'identification des activités permet d'élaborer le répertoire des activités et d'estimer le coût par activité.

1. Cochez les activités déroulées durant le SPC.

- Pesée .....
- Entretien individuel.....
- Visite à domicile.....
- Suivi .....
- Reporting.....
- Référence.....
- démonstration culinaire.....
- Formation /recyclage .....
- Autres à préciser .....

2. Cochez les jours où les activités sont déroulées en précisant l'heure du démarrage et la durée de l'activité.

Jours	Activités							
	pesée	Entretien individuel	Visite à domicile	Suivi Reporting	Référence	Démonstration culinaire	Formation recyclage	Autres à préciser
Lundi								
Mardi								
Mercredi								
Jeudi								
Vendredi								
Samedi								
Dimanche								

3. Identification du personnel : elle permet de connaître les acteurs du programme intervenant dans le SPC.

a. Cochez le personnel qui intervient dans le SPC.

- Infirmier(e).....
- Relais communautaire .....
- Médecin.....
- Agent d'exécution communautaire (chef de projet).....
- Superviseur (agent communautaire).....
- Autres à préciser.....

b. Cochez le personnel qui intervient aux différentes activités

Personnel	Activités								Effectif total	
	Pesée	Entretien individuel	Visite à domicile	Gestion des données		Référence	Démonstration culinaire	Formation Recyclage		Autres à préciser
				suivi	reporting					
Médecin										
Infirmier										
Aide infirmier										
Relais communautaire										
Superviseur (AC)										
Coordonnateur AEC										
Chef de projet AEC										
Comptable AEC										
Autres à préciser										

### III. Les résultats obtenus avec le SPC de 2007 à 2008

Ils permettent d'estimer le nombre d'enfants bénéficiaires du SPC et de pouvoir calculer le coût par enfant suivi.

1. Quel est le nombre d'enfants suivi par année ?

Années	2007	2008
Nombre d'enfants suivis		

Parmi les enfants suivis

Années	Les enfants qui ont été suivi			
	Nbre d'enfants qui ont une insuffisance pondérale modérée	Nbre d'enfants qui ont une insuffisance pondérale sévère	Nbre d'enfants qui ont une insuffisance pondérale globale	Nbre d'enfants qui ont un gain de poids adéquat
2007				
2008				

2. Identifiez les supports ou outils utilisés et préciser leur nombre pour le SPC

Désignation	Nombre
Balance	
Table	
Chaise	
natte	
Registre	
cahier	
Stylo	
règle	
Autres à préciser	

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	5
<b>CHAPITRE I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE.....</b>	<b>8</b>
1. <i>Présentation du Sénégal</i> .....	8
1.1. Données physiques.....	8
1.2. Données administratives.....	8
1.3. Données démographiques.....	8
1.4. Données socio-économiques.....	9
2. <i>Le système sanitaire au Sénégal</i> .....	11
<b>CHAPITRE II. PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS DE L'ETUDE ET JUSTIFICATION.....</b>	<b>13</b>
1. <i>Problématique</i> .....	13
2. <i>Objectif de l'étude</i> .....	15
3. <i>Justification et intérêt de l'étude</i> .....	16
<b>CHAPITRE III. LA REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>18</b>
1. <i>La revue théorique</i> .....	18
1.1. La politique de nutrition.....	18
1.2. La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).....	20
1.3. Le suivi promotion de la croissance (SPC).....	22
2. <i>La notion de coûts</i> .....	23
2.1. Définition.....	23
2.2. Types de coûts.....	24
2.3. Méthodes de calcul des coûts.....	25
2.3.1 Méthode des coûts partiels.....	25
2.3.2 Méthode des Coûts à Base d'Activité : ABC.....	27
2.3.3 Méthode des coûts complets.....	27
3. <i>La revue empirique</i> .....	30
<b>CHAPITRE V. LA METHODOLOGIE.....</b>	<b>35</b>
1. Contexte opérationnel de l'étude.....	35
1.1. Présentation de Pikine.....	35
1.2. Présentation du Programme de Renforcement Nutritionnel (2007 à 2011).....	38
1.2.1. La finalité du PRN.....	38
1.2.2. Les objectifs du PRN.....	38
1.2.3. La population cible du programme.....	39
1.2.4. Les zones d'intervention du PRN.....	39
1.2.5. La stratégie du programme.....	39
1.2.6. La mise en œuvre de l'intervention SPC.....	40
1.2.7. Interventions du PRN à Pikine.....	42
2. <i>Méthodologie</i> .....	42
2.1. Modèle théorique d'analyse.....	43
2.2. Méthode de collecte des données.....	44
3. <i>Les difficultés rencontrées</i> .....	45
4. <i>Les limites</i> .....	45
<b>CHAPITRE VII. RESULTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>46</b>
1. <i>Résultats</i> .....	46
1.1. Identification des activités spécifiques au SPC et des coûts directs.....	46
1.2. Détermination des charges indirectes.....	47

1.2.2.1. Répartition des charges du personnel (salaires) .....	48
1.2.2.2. La répartition des charges de fonctionnement.....	49
1.2.2.3. Les charges d'amortissement .....	50
<b>1.3. Détermination de coût total du SPC dans les deux zones du district.....</b>	<b>52</b>
<b>1.4. Analyse du nombre d'enfants suivis durant la période de 2007 à 2008.....</b>	<b>53</b>
<b>1.5. Calcul de coût moyen par enfant suivi de 0 à 23 mois révolus .....</b>	<b>54</b>
<b>2. Discussion .....</b>	<b>56</b>
<b>3. Recommandations .....</b>	<b>58</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXES : .....</b>	<b>65</b>

CESAG - BIBLIOTHEQUE