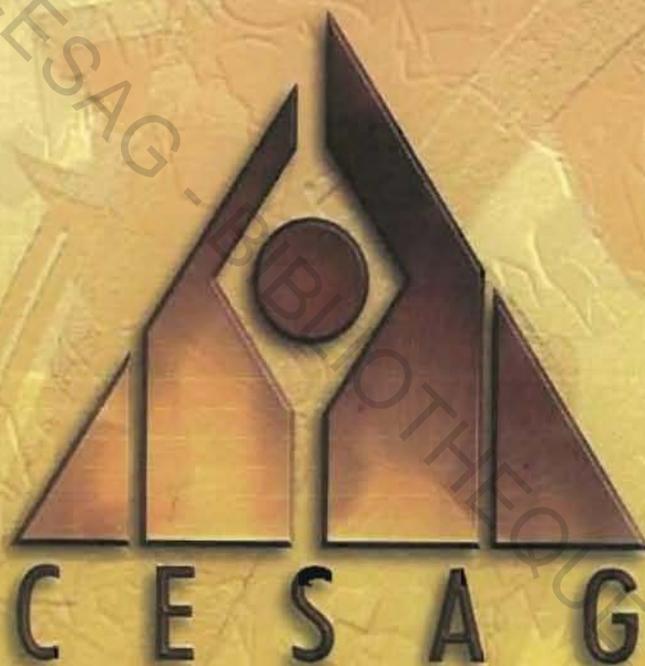


INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

DESS ECONOMIE DE LA SANTE
9ème Promotion

THEME :

Analyse du financement des journées locales de
supplémentation en vitamine A au Sénégal de 2005
à 2007 dans une perspective de pérennisation



Présenté

par

DIENG Coumba Haby SARR

Bibliothèque du CESAG



108321

Encadreurs

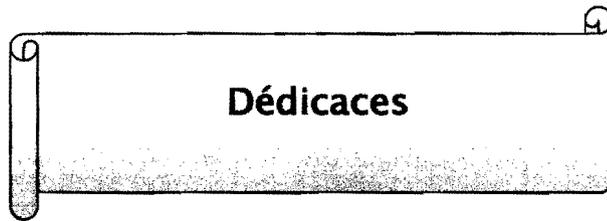
Dr GUEYE El Hadji
Chef de département

Dr Cisse Djibril
Directeur National Adjoint
HKI Sénégal

M0134DSES08

2





Dédicaces

Je dédie ce travail

- A mon époux pour toute sa patience, son soutien aussi bien moral, physique que financier, son amour et pour toute la confiance qu'il m'a accordée
- A mon fils Babacar Victor DIENG
- A mes parents
- A mes frères et sœurs et leurs familles et mention spéciale à Aliou SARR pour tout son soutien.
- A ma belle famille à Nioro du Rip
- A mes camarades de la 9^{ème} promotion du DESS économie de la santé du CESAG
- A mes deux jumelles , Fatimata Coumba SALL et Ndeye Maguette GUEYE

Remerciements

Ce travail a utilisé comme cadre la mise en œuvre au Sénégal, du projet « *Supplémentation en vitamine A pour la survie de l'enfant en Afrique de l'Ouest et du Centre* » exécuté par **Helen Keller International** et **l'UNICEF** avec l'appui financier de l'Agence Canadienne pour le Développement International.

Nous tenons à adresser nos remerciements à tous les organismes et toutes les personnes qui ont soutenu et appuyé ce travail.

Nos remerciements s'adressent plus particulièrement au :

- **Pr. El Hadji GUEYE** pour toute sa disponibilité, ses bons conseils et qui n'a ménagé aucun effort pour encadrer ce travail
- **Dr. Djibril CISSE**, *Directeur National Adjoint de HKI SENEGAL* pour nous avoir facilité l'accès aux données et qui n'a ménagé aucun effort pour diriger ce travail,

Notre reconnaissance à tous nos contacts au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention et des organismes internationaux, pour leur aide à la fourniture d'informations et de documents ayant trait à la supplémentation en vitamine A :

- La Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant du ministère de la santé,
- Helen Keller International,
- L'Initiative pour les Micronutriments,
- L'Unicef,
- Le Programme de Renforcement de la Nutrition,
- La Mairie de Rufisque,
- Le médecin chef de district de l'hôpital Nabil Choucair,

Nous adressons également nos remerciements à tous nos professeurs au CESAG, plus particulièrement à Dr KOFFI Amani, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé et à Mmes Fatoumata GUEYE et Aissatou LÔ.

Liste des Tableaux

Tableau 1 :	Approches méthodologiques de l'étude en fonction des objectifs spécifiques à atteindre	Page 28
Tableau 2 :	Budget des Journées Nationales de Micronutriments 2001	Page 35
Tableau 3 :	Budget planifié au niveau opérationnel et transmis à la DANSE (avant l'adoption du paquet minimum d'appui financier)	Page 36
Tableau 4 :	Décomposition du budget soumis par secteur d'intervention	Page 37
Tableau 5 :	Décomposition du paquet minimum d'appui financier	Page 38
Tableau 6 :	Rapprochement entre le montant total planifié par 36 districts sanitaires et le montant issu du PMAF	Page 40
Tableau 7 :	Décomposition du paquet d'intervention prioritaire (PIP)	Page 42
Tableau 8 :	Répartition des partenaires selon l'appui aux districts (juillet/ août 2005)	Page 43
Tableau 9 :	Répartition des partenaires selon l'appui aux districts (premier passage 2006)	Page 46
Tableau 10 :	Répartition des partenaires selon l'appui aux districts (premier passage 2007)	Page 48
Tableau 11 :	Couverture de supplémentation en vitamine A de 1999 à 2007	Page 53
Tableau 12 :	Coût unitaire par enfant de la supplémentation en vitamine A selon la stratégie d'intervention	Page 57

Liste des Figures

Figure 1 :	Répartition du Budget soumis à la DANSE	Page 37
Figure 2 :	Répartition du paquet minimum d'appui financier par secteur d'intervention	Page 39
Figure 3 :	Répartition des niveaux de contribution des partenaires au plan de financement de la supplémentation en vitamine A (premier passage 2005)	Page 45
Figure 4 :	Répartition des niveaux de contribution des partenaires au plan de financement de la supplémentation en vitamine A (premier passage 2006)	Page 47
Figure 5 :	Répartition des niveaux de contribution des partenaires au plan de financement de la supplémentation en vitamine A (premier passage 2007)	Page 50
Figure 6 :	Synthèse de l'évolution du financement des journées de 2005 à 2007	Page 51
Figure 7 :	Evolution de la couverture de supplémentation en vitamine A	Page 54
Figure 8 :	Simulation d'une réduction annuelle du paquet d'intervention prioritaire (PIP) de 200 000 frs CFA associée à une augmentation progressive de la Contribution Minimum de Chaque District	Page 62

Liste des sigles et abréviations

ACDI :	Agence Canadienne pour le Développement International
BASICS :	Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Soutien de Base pour Institutionnaliser la Survie de l'Enfant)
CEDEAO :	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CMCD :	Contribution Minimum de Chaque District
CVA :	Carence en Vitamine A
DANSE :	Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant
DSRP :	Document Stratégique de Réduction de la pauvreté
ECD :	Equipe Cadre de District
ECR :	Equipe Cadre Régionale
EDS :	Enquête Démographique et Sanitaire
ESAM :	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESIS :	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
FMI :	Fonds Monétaire International
HKI :	Helen Keller International
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IDH :	Indice de Développement Humain
IEC :	Information, Education, Communication
IM :	Initiative pour les Micronutriments

JICA :	Japan International Cooperation Agency (JICA)
JLM :	Journées Locales de Micronutriments
JNM :	Journées Nationales de Micronutriments
JNV :	Journées Nationales de Vaccination
JSE :	Journées Survie de l'Enfant
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS :	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAIN :	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PIP :	Paquet d'Intervention Prioritaire
PMAF :	Paquet Minimum d'Appui Financier
PRN :	Programme de Renforcement de la Nutrition
SASDE :	Stratégie d'Accélération pour la Survie Du jeune Enfant
SIAN :	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SSE :	Semaine de la Survie de l'Enfant
SVA :	Supplémentation en Vitamine A
Unicef :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID :	Agence des Etats Unies pour le Développement International

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
CHAPITRE 1: CONTEXTE GENERAL.....	8
1. PRESENTATION DU PAYS.....	9
2. CADRE MACROECONOMIQUE.....	9
3. PROFIL SANITAIRE.....	11
4. LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL	13
CHAPITRE 2: OBJECTIFS ET DEMARCHE DE L'ETUDE.....	15
1. PROBLEMATIQUE	16
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE	20
2.1 Objectif général.....	20
2.2 Objectifs spécifiques.....	20
3. HYPOTHESES DE RECHERCHE	20
4. REVUE DE LA LITTERATURE	21
4.1 La contribution de la carence en vitamine A à la mortalité infantile.....	21
4.2 Pourquoi est il important d'agir contre la carence en vitamine A ?.....	23
4.3 Le financement de la supplémentation en vitamine A : expériences du Ghana et de la Zambie.....	24
4.4 Le rapport coût efficacité de la supplémentation en vitamine A	26
5. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	27
6. DEMARCHE DE L'ETUDE	27
7. LES LIMITES DE L'ETUDE.....	30
CHAPITRE 3 : ANALYSE DES RESULTATS	31
1. LES DIFFERENTS PARTENAIRES AU FINANCEMENT DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A CHEZ LES ENFANTS AGES DE 6 A 59 MOIS	32
2. EVOLUTION DU FINANCEMENT DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A AU SENEGAL..	34
2.1 Analyse du financement de la supplémentation en vitamine A avant 2005.....	34
2.2 Analyse du financement de la supplémentation en vitamine A après 2005.....	35
3. L'EVOLUTION DU PLAN DE FINANCEMENT DES JOURNEES LOCALES DE SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A DEPUIS 2005	43
3.1 Plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2005	43
3.2 Plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A en 2006.....	46
3.3 Plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2007	48
3.4 Evolution du Plan de financement de 2005 et 2007	51
4. L'EVOLUTION DES COUVERTURES DE SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A DEPUIS LE DEMARRAGE DE CETTE INTERVENTION AU SENEGAL EN 1999.....	53
5. CALCUL DES COUTS PAR ENFANT SELON LES STRATEGIES DE SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	56
6. - FACTEURS DE PERENNISATION DE L'ORGANISATION DES JOURNEES LOCALES DE SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A.....	59
6.1 Définitions du terme « pérennisation ».....	59
6.2 Application des directives nationales.....	60
6.3 Les facteurs de pérennisation identifiés à la lumière de l'analyse du financement	61
6.3.1 Les facteurs de pérennisation sur le plan financier	61
6.3.2 Les facteurs de pérennisation sur le plan organisationnel.....	63
6.4 Les facteurs de pérennisation selon le niveau district.....	64
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
ANNEXES.....	72

Introduction

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dans les pays en développement sévissent avec acuité des problèmes sanitaires spécifiques. La majorité de la population vit dans des zones rurales et périurbaines où la couverture sanitaire est relativement faible. La population infantile est affectée par une mortalité élevée.

Les carences en micronutriments constituent un problème majeur de santé publique compte tenu de la situation épidémiologique à l'échelle mondiale ainsi que des conséquences graves qu'elles engendrent sur la santé

Conscients de ces effets néfastes, en Septembre 2000, 189 Etats Membres des Nations Unies ont adopté la Déclaration du Millénaire, qui traduisait leur engagement de s'attaquer aux problèmes de développement les plus pressants. Ces cibles clairement définies et assorties d'une échéance sont appelées les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'objectif 4 porte précisément sur l'amélioration de la survie de l'enfant, la cible spécifique étant une réduction des deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici à 2015.

Dans ce cadre, le Sénégal s'est engagé à ratifier les conventions sur la lutte contre les carences en micronutriments. Il s'agit :

- du Sommet Mondial pour l'Enfance tenue en 1990 à New York avec la signature de la Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant. Ce sommet avait comme objectifs principaux l'amélioration des conditions de vie et des chances de survie des enfants en facilitant l'accès aux services de santé pour les femmes et les enfants, la réduction de la propagation des maladies évitables et assurer une meilleure alimentation aux enfants ;
- de la Conférence sur la faim insoupçonnée en 1991 ;
- la Conférence Internationale sur la Nutrition tenue à Rome en 1992 qui avait comme objectifs la réduction de l'anémie ferriprive et l'élimination totale des troubles dus à la carence en iode et en vitamine A.

C'est précisément dans ce contexte que dès 1995, la Direction de la Santé à travers le Service National de l'Alimentation et de la Nutrition, actuelle Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'enfant (DANSE), a appuyé le Sénégal dans son engagement à éliminer la carence en vitamine A.

En plus, il y a presque une décennie de cela, une méta analyse des essais sur le terrain effectuée en vue de déterminer l'impact de la vitamine A sur la mortalité chez les enfants a permis de montrer que la baisse de la mortalité suite à une amélioration de l'état nutritionnel en ce qui concerne la vitamine A pouvait atteindre 30 pour cent¹. L'un des moyens pour améliorer l'état nutritionnel en ce qui concerne la vitamine A est l'administration de suppléments à fortes doses. Ceux-ci reconstituent les réserves du corps qui durent alors entre quatre et six mois.

En outre, dans sa série d'articles sur la survie de l'enfant, la revue médicale « the Lancet » place la supplémentation en vitamine A dans la liste des interventions clés réalisables à grande échelle et susceptibles de faire baisser chaque année le nombre de décès d'enfants évitables.

Il a été prouvé par ailleurs que la supplémentation en vitamine A est l'une des interventions les plus économiques en faveur de l'amélioration de la survie de l'enfant. Il apparaît donc que la programmation en faveur de la vitamine A est l'une des conditions premières pour réaliser l'OMD 4, en particulier dans les pays qui affichent des taux élevés de mortalité des enfants de moins de 5 ans, soit des taux élevés de carence en vitamine A, soit les deux.

Au Sénégal, la carence en vitamine A est estimée à 61% chez les enfants de moins de 6 ans tandis que l'anémie est présente chez 84% des enfants de moins de 5 ans. En outre la mortalité infanto juvénile (121 pour mille) reste encore élevée d'après l'Enquête Démographique et de Santé (EDS IV, 2005).

¹ Nations Unies (2002)- session extraordinaire consacrée aux enfants

Afin d'obtenir un impact immédiat en termes de santé publique, Helen Keller International, l'UNICEF, l'USAID et d'autres organisations de développement en partenariat avec les ministères de la santé des pays ont mis à profit les Journées Nationales de Vaccination (JNV) pour distribuer simultanément des suppléments de vitamine A à fortes doses dans plus de 50 pays en développement. Les JNV offraient une voie toute tracée pour parvenir à une forte couverture de supplémentation en vitamine A chez les enfants (80,4%, MICS II, 2000) et par là, pour sauver de nombreuses vies.

Les JNV ont disparu peu à peu dans de nombreux pays à mesure que l'élimination de la poliomyélite progresse. Dans d'autres pays, elles sont prolongées pour une durée limitée et/ou sont remplacées par des campagnes concentrées sur des localités spécifiques. De plus, dans de nombreux pays, les JNV n'ont lieu qu'une fois par an alors qu'une prévention efficace de la carence en vitamine A chez les enfants vulnérables (âgés de six mois à cinq ans) exige l'administration de deux fortes doses par an au moins. Pour toutes ces raisons, une autre alternative est nécessaire dans la distribution de vitamine A pour les enfants.

Ces dernières années, quelques pays ont mis en œuvre des programmes de distribution de capsules de vitamine A pour les enfants en dehors des JNV. Différentes approches ont été essayées, notamment l'institution de semaines de la santé de l'enfant, de journées des micronutriments, et la distribution à travers les canaux communautaires (en opposition à la distribution dans les formations sanitaires.).

Au Sénégal, pour maintenir ces acquis et dans le souci de renforcer l'administration de routine de la vitamine A, une approche décentralisée a été testée. Il s'agit de choisir une période de deux semaines au cours de laquelle tous les districts sanitaires choisissent trois jours pour organiser les Journées Locales de Supplémentation en vitamine A. Cette approche présente les caractéristiques suivantes : ce sont des distributions périodiques, actives et institutionnalisées.

- Elles sont *périodiques* (habituellement deux fois par an) et ont lieu au cours d'une semaine ou de journée(s) déterminée(s).

- Elles sont *actives* parce que, avant la date fixée pour la distribution, on rappelle aux mères d'amener leurs enfants aux centres ou aux postes de stratégie avancés désignés et on les y encourage.

- Elles sont *institutionnalisées* parce qu'elles sont effectuées ou gérées systématiquement par les agents de santé, souvent avec l'appui d'officiels d'autres secteurs, et avec l'aide de volontaires parfois.
- Elles sont *souvent intégrées* avec d'autres interventions, comme la promotion de la croissance, le déparasitage, la promotion des moustiquaires, la vaccination et les programmes sur les autres micronutriments.

Les journées locales de supplémentation en vitamine A ont donc pour objectif d'atteindre au moins 80% des enfants âgés de 6 à 59 mois. Cette approche décentralisée donne plus de responsabilité aux autorités sanitaires de régions médicales. Elle favorise une appropriation de l'activité, améliore la planification et permet de rechercher des ressources additionnelles auprès des comités de santé et d'autres partenaires au développement (Unicef, HKI, MI, PRN, USAID etc.)

Dans ce contexte, notre travail vise à analyser le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A en fonction des sources de financement.

Le premier objectif spécifique de ce travail sera d'identifier les partenaires au financement des journées locales de supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. Ensuite, le deuxième objectif sera d'analyser la contribution de chaque partenaire au financement des journées locales de supplémentation en vitamine A. Enfin, l'identification des facteurs de pérennisation à la lumière de l'analyse du financement constituera le troisième objectif de notre travail.

L'organisation de cette recherche sera articulée comme suit :

- Le premier chapitre porte sur le contexte général de l'étude ;
- le deuxième chapitre va porter sur la justification de notre étude avec la présentation de la problématique, des objectifs de l'étude, de la revue de la littérature, des hypothèses de recherche, et de la démarche de l'étude.

- Le troisième chapitre est destiné à analyser les résultats provenant des données de la recherche :
 - ✓ l'identification des partenaires au financement des journées locales de supplémentation en vitamine A ;
 - ✓ l'analyse de l'évolution du financement de la supplémentation en vitamine A de 1999 à 2004 ;
 - ✓ l'analyse du plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine à partir de 2005 qui correspond à l'année d'institutionnalisation de cette stratégie locale ;
 - ✓ l'évolution des couvertures de la supplémentation en vitamine A depuis 1999.

Dans le cadre de la présentation des résultats, nous exposerons une synthèse des facteurs de pérennisation identifiés selon une approche participative avec les acteurs à différents niveaux (Niveaux central et opérationnel du Ministère de la santé et de la Prévention d'une part et auprès de partenaires financiers d'autre part).

Chapitre 1: Contexte général

1. PRESENTATION DU PAYS

Le Sénégal est situé dans la partie occidentale du continent Africain dans la **zone soudano sahélienne**. D'une superficie de 196 722 km², il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la République de Guinée Conakry et la Guinée Bissau et, à l'Ouest, il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes.

En 2005, la population sénégalaise était estimée à 11 126 832 habitants avec une espérance de vie à la naissance de 55,7 ans (HDR UNDP 2005) et un PIB en valeur nominale de 3 874 milliards de FCFA en 2004 (prix constants de 1999). La population a une structure par âge très jeune avec moins de 1% âgés de moins de 5 ans, 55,6% ayant moins de 20 ans, et près de 64% âgée de moins de 25 ans. Les femmes représentent 52% de la population globale. La population s'accroît au rythme de 2,7% par an doublant son effectif tous les 25 ans environ. Elle est très inégalement répartie à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la capitale du pays. La population urbaine représente 41,5% de la population globale (DPS 2004), plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-saharienne.

2. CADRE MACROECONOMIQUE

Le Sénégal s'est engagé à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement, dont notamment celui relatif à la lutte contre la pauvreté. Le programme économique et financier, sur la période 2003-2005 conçu par le Gouvernement et approuvé par le FMI le 28 avril 2003 repose essentiellement sur le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Sa mise en œuvre dont la première année a été satisfaisante, raffermira la stabilité du cadre macroéconomique, en particulier les acquis en matière de finances publiques.

Le Sénégal a été admis dans la catégorie des Pays les Moins Avancés en 2001. Il se situe au 157^{ème} rang sur 175 pays classés par l'Indice de Développement Humain (IDH) du PNUD de 2007.

Après avoir atteint des taux de croissance en termes réels de 5,9% en 2004 et 5,6% en 2005, l'économie sénégalaise a connu une décélération avec un taux de 2,3% en 2006. Cette dynamique résulte essentiellement des contre-performances du secteur primaire (-10,0%) consécutives aux difficultés notées dans l'agriculture, la pêche. Néanmoins, ce ralentissement a été atténué par la croissance du secteur tertiaire qui s'établit à 5,5% en 2006 et par un bon niveau de recouvrement des taxes².

Cependant, les résultats de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II), montrent que l'incidence de la pauvreté reste élevée. Même si elle a baissé de façon significative dans la période 1994-2002, la plupart de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. L'incidence de la pauvreté est tombée de 67,9% en 1994/1995 à 57,1% en 2001/2002, soit une réduction de 10,8 points de pourcentage en termes absolus et de 16% en termes relatifs. Cependant, la pauvreté a diminué davantage en zones urbaines qu'en zones rurales où les niveaux de pauvreté sont plus élevés qu'en zones urbaines.

L'économie sénégalaise dépend beaucoup du secteur tertiaire dont la part moyenne dans le PIB est de 52,0% entre 2000 et 2003 avec une pointe de 53,4% en 2002³. Le commerce reste la branche dominante dans le secteur tertiaire et se situe à près de 18% du PIB.

Le gouvernement a maintenu un cadre macroéconomique stable avec une maîtrise de l'inflation qui, après avoir augmenté de 2,3% en 2002, a baissé de 0,1% en 2003. Les recettes budgétaires totales recouvrées ont atteint 720 milliards FCFA la même année (soit un accroissement de 55,4 milliards FCFA)⁴.

Pour réaliser ces objectifs, le gouvernement a mis en œuvre les actions prévues dans le DSRP, dans le programme économique et financier conclu avec le FMI, en particulier la préservation de la stabilité du cadre macroéconomique, le renforcement des mesures de bonne gouvernance et la mise en œuvre de réformes essentielles à la suppression progressive des principaux obstacles à la croissance.

² Direction des Statistiques Economiques et de la Comptabilité Nationale (2008) : Analyse des comptes nationaux provisoire 2006

^{3,4} Sakho M. (2005)- Rapport final macroéconomie et santé

La stratégie du Gouvernement s'est appuyée également sur une gestion budgétaire prudente, avec comme objectif le maintien du solde budgétaire à un niveau stable et l'efficacité accrue dans l'allocation des dépenses publiques vers les secteurs prioritaires définis dans le DSRP, notamment l'agriculture, l'éducation, la santé, l'hydraulique et l'assainissement.

En effet, les parts des dépenses de fonctionnement d'éducation et de santé sur les dépenses totales de fonctionnement sont passées respectivement de 35% et 9,5% en 2003 à 37% et 9,8% en 2004 et à 40% et 10% en 2005⁵.

Dans ce cadre, le budget du Ministère de la santé est de 65 MFCFA en 2006. La part du budget du Ministère de la Santé (fonctionnement+investissement) dans le budget de l'Etat est estimée, selon le Ministère des Finances, à 8% dette incluse, et 10 % hors dette, en 2006 (ce qui correspond exactement à l'objectif du DSRP) et doit passer, selon le DSRP à 12% en 2010 et 15 % en 2015.

3. PROFIL SANITAIRE

La santé de la population du Sénégal demeure précaire malgré les progrès réalisés. Le rapport 2000 de l'OMS sur la santé dans le monde classe le Sénégal à la 151^{ème} place sur un total de 191 pays pour ce qui est du niveau de santé de sa population. L'espérance de vie, estimée en 1988 à 47 ans pour les hommes, et 49 ans pour les femmes, a connu une légère augmentation, avec respectivement 51 ans et 53 ans en 1998. La mortalité infantile a baissé de 86 pour mille en 1992 à 61 pour mille en 2005 (ESIS 2000). Malgré ces baisses constatées, les taux de morbidité et de mortalité sont toujours élevés. Les causes en sont dominées par les maladies infectieuses et parasitaires endémiques et émergentes liées à l'environnement ainsi qu'à l'état de pauvreté de la population. Les maladies non transmissibles constituent également un problème de plus en plus important.

La mortalité maternelle est très élevée. Elle est estimée à 401 pour 100 000 naissances vivantes au niveau national (450 en zone urbaine et 950 en zone rurale, atteignant plus de 1000 dans les régions les plus démunies comme Kolda).⁶

⁵ MEF, Mémorandum sur les développements économiques récents et les perspectives à moyen long terme

⁶ Enquête Démographique et de Santé IV (2005)- Dakar/ Sénégal

Les causes directes sont les hémorragies (41 %), les infections (20 %), les états hypertensifs et l'éclampsie (7 %). Les causes indirectes sont surtout le fait de l'état de santé précaire des femmes dû à la pauvreté, à la faiblesse du suivi pré- et postnatal et des conditions d'accouchement; 14 % des femmes enceintes n'ont recours à aucun suivi, 51 % des femmes accouchent à domicile. Seuls 6 districts sur 63 réunissent les conditions pour offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence. Cette situation est aggravée par les violences domestiques et sexuelles dont les femmes font l'objet et la persistance de comportements à risques, une procréation précoce (7 % des femmes ont leur premier enfant avant l'âge de 15 ans), un faible recours à la contraception (prévalence de 9 %), et la pratique de l'excision.

Au cours des dix dernières années, on a assisté au Sénégal à une tendance à la hausse de la mortalité juvénile; elle est passée de 77 pour mille en 1997 à 84 pour mille (ESIS 2000), malgré la réduction de la mortalité infantile comme indiquée plus haut. Le taux de mortalité infanto juvénile quant à lui est passé de 145,3 pour mille en 1997 à 121 pour mille en 2005.

Les principales causes en sont la diarrhée (17 %), les maladies respiratoires (21 %), le paludisme (28 %). La malnutrition (20 % dont 1,2 % de formes graves) et la faible couverture vaccinale y ont également fortement contribué (seuls 42 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins en 2000 et 31 % avant leur premier anniversaire)

Ces indicateurs alarmants ont fait que le Sénégal a opté pour un programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et un programme de nutrition intégrant le Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN) qui visent essentiellement à établir un certain nombre de comportements nutritionnels et sanitaires parmi lesquels les journées locales de supplémentation en vitamine A.

4. LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL

Les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu ont été marquées par trois orientations successivement dominantes. La première, basée sur la gratuité des soins, a d'abord reposé sur le développement de programmes verticaux puis sur la nécessité de rendre les soins de santé primaires accessibles à tous. La seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires, introduit la participation financière des usagers et cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de système de santé de district. La troisième, fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les Objectifs Du Millénaire, met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers.

Les analyses menées ces dernières années sur les relations entre dépenses de santé et état de santé montrent que ce n'est pas tant le niveau des dépenses de santé qui joue un rôle déterminant, que leur efficacité et leur efficience. Parallèlement, se développe une volonté d'intégrer de manière synergique les différents acteurs des systèmes de santé et par là, de clarifier le rôle de chacun en faisant de plus en plus intervenir dans le financement des critères opératoires tels que « bien public », externalités, coût catastrophique et équité.

Au Sénégal, les principales sources de financement de la santé sont l'État, l'aide extérieure, les collectivités locales et les populations. L'État contribue à hauteur de 53 %; les ménages participent pour 11%; les collectivités locales pour 6 % et les partenaires au développement pour 30%⁷.

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. Le pays a réaffirmé cette volonté notamment par l'article 14 de la constitution et par la ratification des textes internationaux tels que la déclaration universelle des Droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des Droits de l'Enfant

A cet effet, le budget que l'État alloue au Ministère de la Santé est une traduction éloquente de son engagement face aux problèmes socio-sanitaires auxquels les populations sont confrontées quotidiennement

⁷ Lafarge, H. (2007) Note de cours (Mars 2007), CESAG

À ce titre, l'OMS recommande aux Etats de consacrer au moins près de 9 % de leur budget de fonctionnement au Ministère de la Santé. Dans cette optique, depuis 1993, le Sénégal a décidé d'augmenter de 0,5 % la part du secteur de la santé dans le budget national. Le budget de fonctionnement du ministère de la Santé a connu une augmentation en valeur absolue. En effet, il est passé de 18,7 milliards de FCFA à 23,2 milliards de FCFA entre 1996 et 1999⁸. Rapporté au budget de fonctionnement de l'Etat, il est passé de 7,25 % à 7,85 % pour la même période.

Le budget du Ministère de la santé est en nette augmentation depuis 2000 (27 Milliards de FCFA), mais les actions de nutrition y sont peu présentes et sont principalement assurées par le programme installé à la Primature.

Le budget du Ministère de la santé est de 65 Milliards de FCFA en 2006. La part du budget du Ministère de la Santé (fonctionnement+investissement) dans le budget de l'Etat est estimée, selon le Ministère des Finances, à 8% dette incluse, et 10 % hors dette, en 2006 (ce qui correspond exactement à l'objectif du DSRP) et doit passer, selon le DSRP à 12% en 2010 et 15 % en 2015.

Le budget de la nutrition en 2006 était de 4 180 000 000 FCFA (dont 180 Millions de FCFA Etat et 4 Milliards de FCFA Bailleurs), 3,6 Milliards de FCFA en 2007 et prévu de 3,7 Milliards de FCFA pour 2008⁹.

Le budget global du secteur santé était de 138 463 663 744 FCFA en 2006, 120 Mds FCFA en 2007 et prévu à 124 Mds FCFA en 2008. La nutrition occupe donc environ 3 % du budget total consacré à la santé.

Il faut noter que même si le budget de l'Etat alloué à la santé (entre 10 et 11%) a dépassé la norme OMS, il n'a pas encore atteint les 15% que les états africains s'étaient fixés à Abuja en 2001.

⁸ PNDS

⁹ MEF, Mémorandum sur les développements économiques récents et les perspectives à moyen long terme

Chapitre 2: Objectifs et démarche de l'étude

1. PROBLEMATIQUE

La carence en vitamine A (CVA) est l'une des causes majeures de malnutrition liée à un manque de micronutriments dans les pays en développement. D'un point de vue historique, il a été prouvé que la vitamine A est capitale pour la prévention de la cécité. Plus récemment, son rôle pour lutter contre les infections a été mis en lumière. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 2.8 millions d'enfants de moins de cinq ans présentent une manifestation clinique grave de carence en vitamine A connue sous le nom de xérophtalmie.

De plus il est établi que lorsque dans un pays le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de 5 ans est supérieur à 70 pour 1000¹⁰, la carence en vitamine A y constitue un problème de santé publique. Au Sénégal, ce taux évalué à 121 pour 1000 (Enquête Démographique et de Santé 2005, EDS IV), justifie amplement des interventions de lutte contre la carence en vitamine A.

Des études¹¹ ont montré que l'amélioration du statut en vitamine A des enfants âgés de 6 à 59 mois augmente leur chance de survie par la réduction de 25 % de la mortalité attribuable aux maladies infectieuses telles que la rougeole, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.

L'amélioration du statut vitaminique des enfants de moins de 5 ans carencés augmente leur résistance aux maladies, les protège contre la cécité et améliore leurs chances pour la survie, la croissance et le développement. Les raisons qui poussent à agir sont :

- L'amélioration du statut vitaminique A des enfants carencés augmente leurs chances de survie par la réduction du risque de décès à cause de la rougeole de 50%, à cause de la diarrhée de 33%,
- L'amélioration du statut en vitamine A des enfants empêche l'héméralopie, la xérophtalmie, la destruction de la cornée et la cécité, peut réduire les malformations à la naissance, réduit la sévérité des épisodes de paludisme.

¹⁰ Unicef (2007)- Supplémentation en Vitamine A : une décennie de progrès

¹¹ , McLaren D.S et Frigg, M. (2002)- Manuel sight and life sur les troubles dus à la carences en vitamine A

Dans le traitement de ce désordre nutritionnel, l'OMS propose en plus de la réhabilitation diététique, un apport supplémentaire en vitamine A. La stratégie principale pour lutter contre la carence en vitamine A consiste alors à distribuer des suppléments à dosage élevé. Les interventions alimentaires, telles que l'enrichissement des aliments et la consommation d'aliments riches en vitamine A, sont aussi une bonne solution, mais jusqu'à présent, elles n'ont pas permis d'atteindre des niveaux de couverture aussi élevés que la supplémentation dans les régions les plus touchées.

Une des approches les plus efficaces de supplémenter les enfants avec la vitamine A a été l'intégration de la supplémentation en vitamine A dans les Journées Nationales de Vaccination (JNV) visant l'éradication de la poliomyélite.

Parce que la stratégie de lutte contre la poliomyélite a été efficace, les JNV ont fini par disparaître. De ce fait, les pays ont recherché activement des méthodes alternatives de supplémenter les enfants avec la vitamine A. Dans cette logique on peut citer l'organisation des semaines de la santé infantile, des journées de micronutriments, des semaines de la vitamine A, des semaines de nutrition et des journées locales de supplémentation en vitamine A.

Compte tenu du rôle de la supplémentation en vitamine A sur la survie de l'enfant, les pays membres de la CEDEAO se sont engagés pour le maintien d'au moins 80% de couverture de supplémentation en vitamine A deux fois l'an lors du forum de nutrition de 2003 à Conakry. Au Sénégal, depuis l'élaboration des directives nationales en Mars 2004, la stratégie de supplémentation en vitamine A est l'administration de routine. Les activités de routine restent encore timide malgré les efforts consentis ces dernières années : elle est de 8% chez les enfants souffrant de maladie, de 12% pendant les activités de pesées des enfants et de 15% lors des contacts de vaccination¹².

Au vu des résultats de l'administration de routine, il s'avère nécessaire de continuer l'intensification biannuelle de la supplémentation en vitamine A au niveau district pour des couvertures élevées et soutenues : au moins 80% des enfants de 6 à 59 mois doivent être supplémentés tous les 6 mois.

¹² MSPM Sénégal/USAID Sénégal/HKI. Enquête rapide de couvertures des journées locales de supplémentation en vitamine A au Sénégal. Rapport Juillet/Août 2005. www.hki.org

Aussi, une réunion conduite sous l'égide de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), en Décembre 2004, a recommandé aux pays de la CEDEAO, de mettre en œuvre des programmes intégrés de lutte contre l'anémie chez les groupes vulnérables. Les principales composantes suggérées de ces programmes sont la lutte contre la carence en fer, les helminthes ou d'autres parasitoses intestinales et urinaires et le paludisme.

Au Sénégal, 84%¹³ des enfants de moins de 5 ans sont anémiés alors que l'évaluation de l'expérience du Népal montre une baisse de 77% de la prévalence de l'anémie après seulement deux passages de déparasitage intégré aux campagnes nationales de supplémentation en vitamine A.

Dans le cadre du projet régional sur la supplémentation en vitamine A pour la survie de l'enfant en Afrique de l'Ouest et du Centre, exécuté par HKI et l'UNICEF, la Direction de la santé en partenariat avec la Direction de la Prévention Médicale avait planifié en 2005 d'introduire le déparasitage au deuxième passage des JNV couplées à l'administration de la vitamine A. Cette initiative a été appuyée par la note d'information du Ministre de la santé et de la prévention médicale pour engager tous les acteurs et les partenaires.

C'est pourquoi, par note d'information N° 007067 du 25 Octobre 2005 relative à l'organisation des journées nationales de vaccination (JNV), contre la poliomyélite, le Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale a exhorté tous les acteurs et partenaires à appuyer l'initiative de coupler les JNV au déparasitage des enfants de 12 à 59 mois.

Le déparasitage est une intervention de santé publique à grand impact nutritionnel (prévention de l'anémie et gain de poids), coût-efficacité basé sur la grande efficacité actuelle des médicaments antihelminthiques. Le Mebendazole dans la prévention des helminthiases est donné à dose unique, tous les 6 mois et son coût représente environ 10 f CFA par enfant.

¹³ HKI (2006)- note technique sur le déparasitage des enfants en âge scolaire

Pour organiser les journées locales de supplémentation en vitamine A couplées au déparasitage, les districts sanitaires du Sénégal bénéficient de la part des partenaires du Ministère de la Santé d'un appui sur la base d'un « **Paquet Minimum d'Appui Financier** » évalué à 1 787 500 frs CFA soit \$3785. Toutefois, il est demandé aux districts sanitaires de rechercher, au besoin, des ressources additionnelles auprès de leurs partenaires locaux et des comités de santé tout en sauvegardant un meilleur rapport coût- efficacité des interventions en vue de garantir leur pérennité.

Ce paquet minimum d'appui financier prend en compte différents secteurs d'intervention considérés comme prioritaires, pour l'organisation des journées locales d'intensification dans un district sanitaire.

Notre travail a donc pour objectif de faire la lumière sur le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A au Sénégal afin de comparer son efficacité et efficience par rapport aux Journées Nationales de Micronutriments qui sont une autre stratégie de supplémenter en vitamine A les enfants âgés de 6 à 59 mois d'une part et d'identifier les facteurs de pérennisation de ces journées d'autre part.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'analyser le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A en vue d'identifier les facteurs de pérennisation de cette intervention.

2.2 Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- *Identifier les différents partenaires au financement des journées locales de supplémentation en vitamine A*
- *analyser la contribution de chaque partenaire au financement des journées locales de supplémentation en vitamine A ;*
- *identifier les facteurs de pérennisation de l'organisation des journées locales de supplémentation à la lumière de l'analyse du financement.*

3. HYPOTHESES DE RECHERCHE

1. *l'utilisation des ressources des journées locales de supplémentation en vitamine A est aussi efficace et plus efficiente que les Journées Nationales de Micronutriments caractérisées par une forte centralisation de l'intervention ;*
2. *La pérennisation de l'organisation des journées locales de supplémentation dépend de la volonté des autorités de chaque district sanitaire de faire de cette intervention un objectif de planification à tous les niveaux.*

4. REVUE DE LA LITTERATURE

L'ampleur de la perte humaine causée par la carence en vitamine A et le lourd fardeau économique des pays subsahariens justifient l'urgence d'éradiquer ce fléau en mettant l'accent sur l'importance de la supplémentation en vitamine A.

En effet la supplémentation à deux doses de vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est primordial pour sauver la vie et la vue de ces millions d'enfants et à moindre coût.

C'est dans cette perspective que plusieurs travaux ont été élaborés pour démontrer l'efficacité de la supplémentation en vitamine A

A travers notre recherche bibliographique, un accent particulier a été mis sur quatre axes indispensables à la compréhension de la présente étude.

4.1 La contribution de la carence en vitamine A à la mortalité infantile

La carence en vitamine A est une maladie systémique qui attaque les cellules et les systèmes à travers le corps. La carence en vitamine A peut conduire à une maladie oculaire, la xérophthalmie, elle peut conduire à une augmentation de la morbidité et peut mener à la mort. Une sérieuse carence en vitamine A peut causer la cécité

On sait depuis longtemps que la carence en vitamine A, qui touche quelque 100 millions d'enfants dans le monde, est une cause de cécité. Mais on s'aperçoit de plus en plus aussi que, même modérée, cette carence agit sur le système immunitaire, diminuant la résistance à la diarrhée, qui emporte 2,2 millions d'enfants chaque année, et à la rougeole, qui en tue près d'un million par an.

La gravité de la carence en vitamine A en Afrique Sub-Saharienne avait longtemps été considérablement sous-estimée et, de nos jours, on évalue à plus de 42% le nombre d'enfants dans la région qui sont à risque de carence en vitamine A. Par ailleurs, l'on estime qu'un contrôle adéquat de la CVA évitera plus de 645.000 décès d'enfants par an¹⁴.

¹⁴ McLaren D.S et Frigg M. (2002)- Manuel sight and life sur les troubles dus à la carence en vitamine A

Si la carence infra clinique en vitamine A est beaucoup moins fatale que la xérophtalmie déclarée, elle est beaucoup plus répandue.

Beaton, Martorell, Aronson et al. , 1993, indiquent que la xérophtalmie contribue de façon majeure à la mortalité au sein de la communauté. La contribution la plus importante serait plutôt imputable à la carence infra clinique en vitamine A.

Au Malawi, on a mesuré le rétinol sérique de 377 femmes séropositives VIH aux deuxième et troisième trimestres de leur grossesse. Leurs bébés ont été observés depuis leur naissance jusqu'à l'âge de douze mois. Le niveau de rétinol sérique était inférieur chez les mères dont les nourrissons sont morts que chez celles dont ils ont survécu.

Les nourrissons nés de mères dans le quartile le plus bas couraient un risque de mortalité trois fois plus élevé que ceux des mères dans les trois quartiles supérieurs¹⁵.

Il a été estimé que la carence en vitamine A pourrait être responsable de 1,3 à 2,5 millions de morts d'enfants de moins de cinq chaque année. En outre, la malnutrition protéino- énergétique est considérée comme cause complémentaire de mortalité néo natale et infantile dans 50% des cas (Puffer, Serrano, 1973, patterns of mortality, PAHO Scientific Publication no 262 PAHO, Washington DC).

¹⁵ Semba, Miotti, Chipangwi et al. (1998). Maternal vitamin A deficiency and infant mortality in Malawi. *J Trop Pediatr* 44: 232- 234

4.2 Pourquoi est il important d'agir contre la carence en vitamine A ?

Le pouvoir qu'a la vitamine A de protéger les enfants contre la cécité est connu depuis longtemps, mais son étonnante aptitude à renforcer la résistance à l'infection et à réduire le risque léthal n'a été admise que récemment par la communauté scientifique et médicale.

Il existe pour prévenir les avitaminoses plusieurs approches qui peuvent être très efficaces si elles sont appliquées de manière complémentaire: supplémentation en vitamine A (généralement par des capsules), enrichissement des denrées, création de potagers et autres moyens d'améliorer l'alimentation.

L'amélioration du statut vitaminique A des enfants carencés¹⁶ augmente leur chance de survie. En effet, le risque de décès pour cause de rougeole peut être réduit de 50 %, le risque de décès pour cause de diarrhée peut être réduit de 33 % et le risque de décès pour toute cause peut être réduit de 23 %, d'une part, et l'amélioration du statut vitaminique A des enfants empêche l'héméralopie, la xérophtalmie, la destruction de la cornée et la cécité, peut réduire les malformations à la naissance, réduit la sévérité des épisodes de paludisme, réduit l'anémie et peut empêcher le cancer épithélial et peut-être d'autres types de cancers, d'autre part.

Selon l'organisation " Initiatives pour les Micronutriments", réduire l'ampleur de ce problème mondial permettrait de prévenir jusqu'à quatre sur dix des décès d'enfants attribuables à cette cause; de diminuer du tiers le taux de mortalité puerpérale (période qui suit l'accouchement), d'augmenter jusqu'à 40 % la capacité de travail; d'améliorer le quotient intellectuel de la population de 10 à 15 points; et de hausser de 5 % le produit intérieur brut global¹⁷.

¹⁶ Beaton et al. (1993)- Effectiveness of VAS in the control of young children morbidity and mortality in developing countries

¹⁷ Keane shore (2000), A macro view of micronutrient fortification programs, News 163, IDRC.

D'autres études ont également démontré l'importance de la supplémentation en vitamine chez les femmes enceintes et en post partum.

En effet, Martin, Saskia de Pee, et Darnton-Hill (1998) ont démontré que la supplémentation en vitamine A réduit le risque de mortalité de la femme enceinte en améliorant la résistance aux infections et à l'anémie¹⁸.

Par ailleurs il a été démontré que l'amélioration du statut vitaminique A des femmes en post-partum ¹⁹reconstitue la réserve de vitamine A de la femme ayant accouché, augmente la teneur en vitamine A du lait maternel, améliore le statut de la vitamine A de l'enfant, et peut aider à empêcher la carence en vitamine A chez les enfants à haut risque chez lesquels il peut améliorer la résistance aux infections, peut réduire la morbidité infantile et la mortalité infantile et peut améliorer la santé maternelle.

4.3 Le financement de la supplémentation en vitamine A : expériences du Ghana et de la Zambie

Au Ghana, le Ministère de la santé est l'organisme gouvernemental qui a la responsabilité globale de gérer le programme de la supplémentation en vitamine A et le programme est mené par le Ghana Health Service.

Le programme de supplémentation en vitamine A au Ghana est soutenu par certains partenaires financiers notamment l'USAID à travers son projet MOST, l'Unicef, l'OM et le Rotary Club International²⁰.

Les partenaires fournissent une assistance financière et technique au Ministère de la Santé qui lui permettent de développer un programme durable de supplémentation en vitamine A.

Depuis 2000, l'USAID, à travers son projet MOST, a aidé le service de nutrition dans l'élaboration des politiques, des plans, des directives techniques et des stratégies durables de supplémentation en vitamine A.

L'Unicef a fourni des capsules, des cahiers et des feuilles de marquage pendant la campagne de supplémentation en vitamine A de 2000.

D'après le document sur l'analyse des coûts de la supplémentation en vitamine A au Ghana²¹, l'USAID fournit environ 70% des coûts spécifiques au programme de

¹⁸ Martin W. Bloem, Saskia de Pee, and Ian Darnton-Hill. New issues in developing effective approaches for prevention and control of vitamin A deficiency

¹⁹ Nutrition News for Africa. Helen Keller Worldwide. Maternal post partum vitamin A dosing programs

²⁰ Rassas B (March 2004)- Cost analysis of the National Vitamin A Supplementation Program in Ghana

supplémentation en vitamine A. l'Unicef contribue pour 15%, le ministère de la santé pour 10% et le Rotary Club International pour 7%.

L'expérience de la Zambie montre que le programme de supplémentation en vitamine A est appuyé par les partenaires au financement fournissent de l'assistance financière et technique pour l'achat des fournitures, un soutien logistique pour faciliter la distribution des colis dans les districts et pharmacies et le suivi des Agents de Santé Communautaires (ASC) et des activités des Journées Nationales de Vaccination.

L'USAID a appuyé financièrement et techniquement le programme de supplémentation en vitamine A et les Semaines Survie de l'Enfant depuis 1999 en Zambie, dans la planification stratégique, le développement de directives techniques et les campagnes d'Information, d'Education et de Communication (IEC), la formation du personnel du programme à tous les niveaux, ainsi que les subventions des districts.

L'USAID, avec la JICA, l'Unicef, l'OMS et le Rotary Club International, appuie le programme des journées nationales de vaccination en y incluant l'achat des capsules de vitamine A, la fourniture de fonds et la participation aux activités de monitoring pendant et après les Semaines Survie de l'Enfant, et le soutien à la distribution des capsules de vitamine A et d'autres fournitures aux pharmacies nationales.

L'Unicef a, d'une part, procuré des capsules de vitamine A pour les journées nationales de vaccination et, d'autre part, apporté une contribution financière aux journées nationales de vaccination.

L'OMS, quant à elle, aide à l'achat des vaccins et des capsules de vitamine A mais aussi apporte une contribution financière.

Nous référant au document sur l'analyse des coûts du programme de supplémentation en vitamine A en Zambie, il est indiqué que l'Unicef contribue à hauteur de 83% des coûts spécifiques au programme de supplémentation en vitamine A, l'OMS participe pour 16% et USAID participe pour environ 1%²².

²¹Rassas B (March 2004)- Cost analysis of the National Vitamin A Supplementation Program in Ghana

²² Rassas B (March 2004)- cost analysis of the national vitamin A supplementation program in Zambia

4.4 Le rapport coût efficacité de la supplémentation en vitamine A

La supplémentation s'est montrée efficace dans les régions où la mortalité due à la rougeole est élevée. Elle est, bien sûr, l'intervention de choix pour le traitement des sujets atteints de xérophtalmie. Cette stratégie a évolué dans ses modalités d'application sur le terrain. De la supplémentation « universelle » des enfants (distribution de fortes doses de vitamine A dans les zones où la carence est très répandue), on est passé, actuellement, à des approches plus ciblées, notamment à la combinaison de la supplémentation avec la réalisation des campagnes de vaccination.

C'est au Népal qu'on a pour la première fois mis en évidence une réduction durable de la mortalité infantile grâce à la supplémentation en vitamine A (Pokhrel, khatry, West et al. ,1994). Lorsque la carence en vitamine A est endémique, la supplémentation en vitamine A peut apporter une diminution rapide de la mortalité infanto juvénile, et un degré réduit de mortalité peut être maintenu aussi longtemps que la couverture en capsules restent suffisante (> 85%).

De façon générale, l'UNICEF estime que dans les pays où l'avitaminose A est répandue, plus de la moitié des jeunes enfants ont reçu des capsules à forte dose de vitamine en 1996, contre environ un tiers des enfants en 1994; la liste de ces pays comprend de grands Etats comme le Bangladesh, l'Inde, le Nigéria et le Viet Nam.

A un coût d'environ 0,02 dollar par capsule, et 0,13 à 0,11 dollar par dose administrée au Sénégal, il est peu d'autres interventions aussi rentables que la supplémentation en vitamine A pour réduire les taux de mortalité ou d'invalidité permanente chez les enfants²³.

Le rapport coût efficacité a toujours revêtu une grande importance, mais ce n'est que depuis peu qu'il fait l'objet d'études conçues et exécutées avec rigueur.

On a ainsi découvert que le ciblage de suppléments en vitamine A en faveur des enfants à haut risque constitue une utilisation efficace des ressources. On en a conclu que, tout comme la vaccination la vitamine A doit être apportée, dans les pays en développement à tous les enfants d'âge préscolaire (Loevinsohn, Sutter, Costales, 1997).

²³ Nutrition News for Africa. Helen Keller Worldwide. Maternal post partum vitamin A dosing programs

5. QUESTIONS DE RECHERCHE

Sur la base des objectifs spécifiques, les questions de recherche suivantes ont été identifiées :

- 1. Est-ce que au cours du temps le Sénégal s'est tourné vers des approches plus efficaces et plus efficientes pour assurer des couvertures élevées de supplémentation en vitamine A ?*
- 2. Quels sont les facteurs de pérennisation de l'organisation des journées locales de supplémentation à la lumière de l'analyse du mode de financement ?*

6. DEMARCHE DE L'ETUDE

Les approches méthodologiques de l'étude en fonction des questions de recherche sont indiquées dans le **Tableau 1** à la page suivante.

Tableau 1 : Approches méthodologiques de l'étude en fonction des objectifs spécifiques à atteindre

<i>Questions de recherche</i>	Approches méthodologiques
<p><i>Est-ce que au cours du temps le Sénégal s'est tourné vers des approches plus efficaces et plus efficaces²⁴ pour assurer des couvertures élevées de supplémentation en vitamine A ?</i></p>	<p>Sur la base de la documentation existant au niveau de la DANSE et de ses partenaires impliqués dans la supplémentation en vitamine A, il s'agira de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Analyser le Paquet Minimum d'Appui financier et de sa révision à travers la participation des districts sanitaires, ✓ Exploiter le budget prévisionnel soumis à la DANSE par le niveau opérationnel (régions et districts) avant l'adoption du « Paquet minimum d'appui financier » en vue d'évaluer le taux de réduction des coûts, ✓ Etudier l'évolution du plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A depuis 2005, correspondant à l'année l'institutionnalisation de cette stratégie locale. ✓ identifier les stratégies utilisées pour l'administration de la vitamine A depuis 1999 ✓ analyser l'évolution des couvertures de supplémentation en vitamine A depuis le démarrage de cette intervention au Sénégal en 1999

²⁴ L'efficacité est une mesure de résultat, l'efficience mesure les moyens engagés pour arriver au résultat.

Quels sont les facteurs de pérennisation de l'organisation des journées locales de supplémentation à la lumière de l'analyse du mode de financement ?

- Entretien avec des personnes ressources au niveau des structures suivantes :
 - ✓ Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE) du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale,
 - ✓ Partenaires techniques et financiers ayant appuyé la DANSE dans la Supplémentation en vitamine A (*Helen Keller International, UNICEF, PRN, MI*)
 - ✓ Un médecin Chef de District (*Dakar centre*)
 - ✓ Une Président de comité de santé au niveau d'un district sanitaire (*District sanitaire de Rufisque*)
 - ✓ Un représentant des élus locaux (*Adjoint au Maire de Rufisque*)

7. LES LIMITES DE L'ETUDE

Le programme de renforcement de la nutrition du Sénégal a pour but d'améliorer le statut nutritionnel des populations. Pour atteindre ce but, le programme utilise plusieurs stratégies. La stratégie retenue pour les enfants de 6 à 59 mois est l'administration de la vitamine A. Dans le souci d'atteindre plus d'enfants, des approches ont été mises en place : l'une des approches est la supplémentation en vitamine A. cette approche se fait à travers plusieurs mécanismes ;

- Lors des journées locales de supplémentation en vitamine A ;
- Elle se couple avec les Journées Nationales de Vaccination (JNV) ;
- Elle est également associée avec les Journées Survie de l'Enfant (JSE), organisées par l'Unicef dans trois régions médicales du Sénégal. Ces JSE comporte plusieurs volets ;
- Lors des journées micronutriments ;
- Il y'a aussi les activités de routine au cours desquelles on administre la vitamine A aux enfants âgés de 6 à 59 mois.

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes uniquement intéressés au financement des journées locales de supplémentation en vitamine A pour les principales raisons suivantes:

1. Les Journées Nationales de Vaccination ont disparu du fait de l'éradication de la poliomyélite ;
2. Les activités de routine sont encore timide et représentent moins de 10% de la supplémentation en vitamine A ;
3. La non maîtrise des coûts engagés lors des Journées Survie de l'Enfant qui comporte plusieurs volets.
4. la non disponibilité des données des journées micronutriments et enfin,
5. les journées locales de supplémentation en vitamine A demeurent la principale stratégie utilisée aujourd'hui pour administrer la vitamine A aux enfants âgés de 6 à 59 mois.

CESAG - BIBLIOTHÈQUE

Chapitre 3 : Analyse des résultats

1. Les différents partenaires au financement de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois

Depuis l'institutionnalisation, en 1999, des campagnes de supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, plusieurs partenaires ont appuyé le ministère de la santé dans la lutte contre la carence en vitamine A.

Dans le cadre de notre étude nous allons distinguer les partenaires au financement de la supplémentation en vitamine A pendant la période allant de 1999 à 2004 de ceux à partir de 2005

Les principaux partenaires financiers, pendant la première période, étaient l'UNICEF, l'USAID à travers BASICS, l'OMS et un certain nombre d'ONGs locaux.

Pendant cette période la supplémentation en vitamine A se faisait à travers des stratégies diverses telles que les Journées Nationales de Vaccination (JNV), les Journées Nationales de Micronutriments (JNM) ou encore les Journées Survie de l'Enfant (JSE).

Après l'arrêt des JNV et des campagnes de masse dont les JNM en 2003, tout effort de supplémentation en vitamine A a cessé dans tous les districts sanitaires à l'exception de certaines interventions régionales organisées par des ONGs principalement internationaux.

Cette situation a entraîné une réflexion au niveau national pour trouver une autre stratégie pour supplémenter en vitamine A les enfants de 6 à 59mois.

C'est ainsi que les journées locales de supplémentation en vitamine A ont été institutionnalisées en 2005.

Cette nouvelle stratégie de supplémentation en vitamine A a connu de nouveaux partenaires financiers.

Il s'agit de :

- HKI qui est une organisation humanitaire créée en 1915 et dont le bureau régional est basé à Dakar (Sénégal) depuis Décembre 2003. HKI s'est fixée comme mission de sauver la vue et la vie des personnes les plus vulnérables et les plus défavorisées. Elle lutte contre les causes et les conséquences de la cécité et de la malnutrition en établissant des programmes basés sur la recherche et les preuves scientifiques dans les domaines de la vue, de la santé et de la nutrition.

- BASICS, un projet mondial d'appui à la survie de l'enfant, financé par la Direction de la santé et de la nutrition du Bureau pour les programmes mondiaux, le soutien de terrain et la recherche de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). La Division de la survie de l'enfant de cette agence donne des orientations techniques et soutient le processus d'élaboration de stratégies et de mise en œuvre des programmes de survie de l'enfant, y compris les interventions concernant la morbidité et la nutrition des nourrissons et des petits enfants.
- L'UNICEF, Fonds des Nations unies pour l'enfance, qui une des agences de l'ONU. Son rôle est d'assurer à chaque enfant, santé, éducation, égalité et protection. L'Unicef est le premier fournisseur mondial de suppléments en vitamine A pour les pays en développement.
- De l'Initiative pour les Micronutriments, une organisation à but non lucratif canadienne mondialement reconnue, qui se consacre à l'élimination des carences en vitamines et en minéraux dans le monde entier.
- Le programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) est un programme décennal mis en place par le gouvernement du Sénégal et financé par la Banque Mondiale. Il a pour objectif d'améliorer le statut nutritionnel des enfants et des mères dans les zones défavorisées, en milieu urbain et rural.
- Les districts sanitaires à travers le financement additionnel qu'ils doivent chercher auprès de leurs partenaires locaux (comités de santé, collectivités locales etc).

Remarque : BASICS, doit - on rappeler, s'est retiré du financement des journées locales de supplémentation en vitamine A en 2006 pour des raisons de fin de projet.

2. Evolution du financement de la supplémentation en vitamine A au Sénégal.

2.1 Analyse du financement de la supplémentation en vitamine A avant 2005

La principale stratégie utilisée depuis 2000 fait appel à l'administration de masse telle que les Journées Nationales de Micronutriments seules ou couplées aux Journées Nationales de Vaccination.

Pour les besoins de financement de ces JNM, le Ministère de la Santé avait systématisé l'élaboration d'un document d'orientation comportant les aspects suivants :

- *Les justifications*
- *Les objectifs*
- *Les cibles*
- *Les activités (Planification, formation, protocole supplémentation en vitamine A, Mobilisation Sociale)*
- *L'approvisionnement en vitamine A*
- *Budget.*

Pour les besoins d'analyse du financement de la supplémentation en vitamine A avant 2005, nous avons travaillé à titre d'exemple avec le budget des JNM de 2001 (**Tableau 2**). Il en ressort que 75% du budget était en rapport avec des activités préparatoires.

Ce budget était géré essentiellement au niveau Central avec beaucoup d'investissement en effort pour le plan de financement. En effet, les possibilités de financement de la part des partenaires variaient en fonction des types de dépenses. Les principaux partenaires financiers étaient l'UNICEF, l'USAID à travers BASICS, l'OMS et un certain nombre d'ONG.

Les difficultés à mobiliser les ressources au niveau central et la lourdeur dans la gestion de l'intervention et l'arrêt des JNV figurent au nombre des facteurs qui ont entraîné en 2003 l'arrêt des campagnes de masse dont les JNM.

Tableau 2 : Budget des Journées Nationales de Micronutriments 2001

RUBRIQUES	MONTANTS (FCFA)
Activités préparatoires	
Journée d'information pour les journalistes et les superviseurs	1960800
Production de support imprimés (affiches et dépliants)	5800000
Production de supports promotionnels (tee-shirts)	28500000
Diffusion des supports éducatifs	14720000
Carburant pour acheminer les capsules dans les régions	456500
Organisation d'une journée d'information pour les médecins chef de région	1500000
Sous total	70084500
Déroulement des JNM	
Supervision (<i>1 Equipe du niveau central par région</i>)	3655795
Appui à la mobilisation sociale des régions et districts sanitaires pour l'organisation des JNM	10 500 000
Appui en carburant des régions	5500000
Sous total	21 223 550
Evaluation des JNM	
Atelier national à Dakar	2286000
TOTAL	93 594 050

2.2 Analyse du financement de la supplémentation en vitamine A après 2005

2.2.1 Genèse du « Paquet Minimum d'appui Financier »

L'année 2005 marque le début d'application des nouvelles directives de supplémentation en vitamine A. Ainsi pour les besoins de l'organisation des Journées locales de supplémentation en vitamine A, pour l'administration de la première dose de 2005, la DANSE avait invité les régions et les districts à procéder à la planification. Les budgets associés aux plans d'action parvenus à la Direction de la Santé sont présentés dans le **Tableau 3** de la page suivante.

Sur les 56 districts que comptait le Sénégal en 2005, 36 ont planifié leur budget pour un total de **230 965 103 frs CFA** :

- *La région médicale de St Louis a la plus grande part, soit 52 929 224 frs CFA, pour seulement 4 districts.*
- *En deuxième position vient la région médicale de Dakar, avec 42 053 832 frs CFA, pour 7 districts.*
- *La région médicale de Diourbel suit avec 39 439 810 frs CFA pour aussi 4 districts.*
- *Les régions médicales de Fatick et Kaolack ont soumis respectivement un budget de 17 192 700 frs CFA et 17 550 281 frs CFA, pour 5 et 2 districts.*

L'analyse de ces besoins exprimés par le niveau opérationnel montre une absence de système harmonisé pour l'estimation des besoins²⁵. En somme, les districts avaient soumis à la DANSE des budgets qui n'étaient pas rationnels et proportionnels suivant le nombre de districts par région sanitaire.

Tableau 3: Budget planifié au niveau opérationnel et transmis au niveau de la DANSE (avant l'adoption du paquet minimum d'appui financier)

	Région	Nombre de districts en 2005	Nombre de district ayant planifié	Montant budgétisé
1	Dakar	8	7	42 053 832
2	Diourbel	4	4	39 439 810
3	Fatick	6	5	17 192 700
4	Kaolack	4	2	17 550 281
5	Kolda	4	-	-
6	Louga	5	5	23 306 656
7	Matam	3	1	4 821 700
8	St Louis	4	4	52 929 224
9	Tambacounda	6	-	-
10	Thiès	8	8	22 415 900
11	Ziguinchor	4	4	11 255 000
	Total	56	36	230 965 103

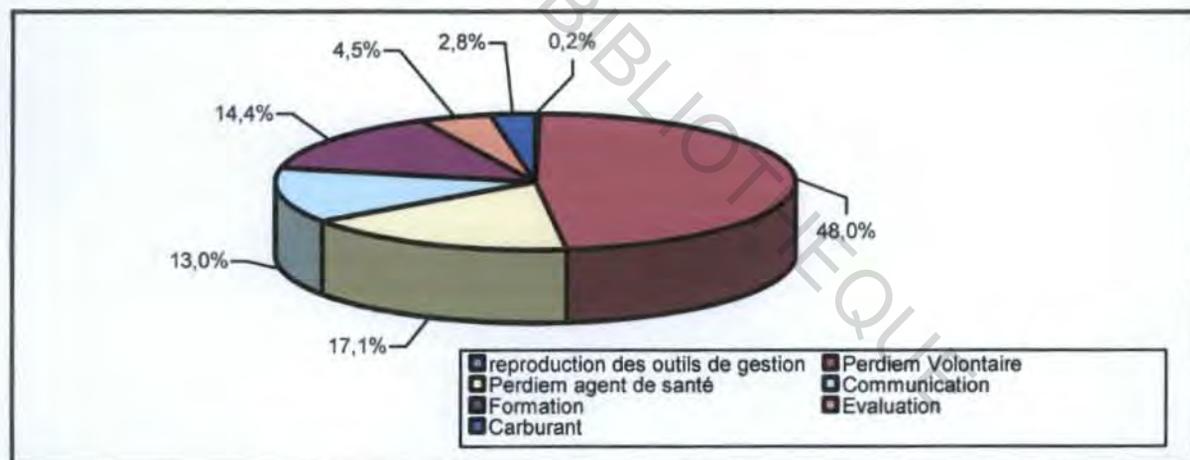
²⁵ Voir annexe II page 75

La décomposition du budget total soumis par 36 districts sanitaires, par secteurs d'intervention nécessaires pour l'organisation des journées locales de supplémentation en vitamine A, est présentée dans le **Tableau 4** et la **Figure 1** en est une représentation graphique :

Tableau 4 : Décomposition du budget soumis par secteur d'intervention

Secteur d'intervention	Montants planifiés	proportion relative
Reproduction des outils de gestion	487 984	0,24%
Perdiem volontaire	96 295 513	47,95%
Perdiem agent de santé	34 260 291	17,06%
Communication	26 025 400	12,96%
Formation	28 994 409	14,44%
Evaluation	9 084 800	4,52%
Carburant	5 692 141	2,83%
TOTAL	200 840 538	100,00%

Figure 1 : Répartition du Budget soumis



- Le secteur d'intervention le plus important est celui des perdiems des volontaires qui représentent avec 96 295 513, près de 48% du total du budget soumis à la DANSE.
- En deuxième position vient les perdiems des agents de santé qui représentent avec 34 260 291, près de 17% du budget planifié par le niveau opérationnel.
- Suivent respectivement, les secteurs de la formation et de la communication avec près de 15% et 13% du total du budget planifié.
- La reproduction des outils de gestion occupe la plus faible part (0,24%).

- Les autres secteurs d'intervention totalisent individuellement moins de 5% du budget soumis à la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE).

Face aux difficultés de répondre favorablement aux besoins exprimés par le niveau opérationnel par rapport aux ressources limités, la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la survie de l'Enfant (DANSE) du Ministère de la Santé, a initié en collaboration avec HKI SENEGAL, l'approche du « **Paquet minimum d'Appui Financier** »

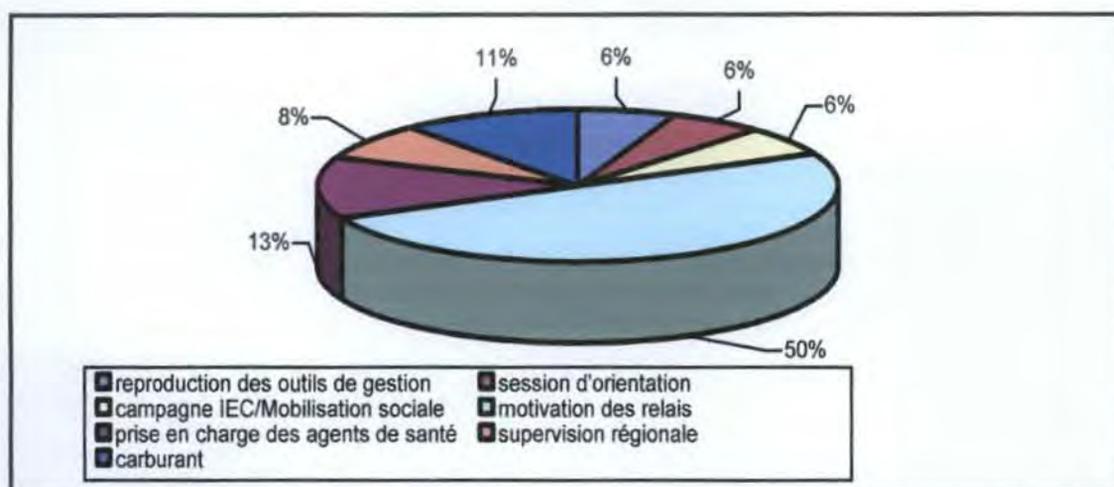
2.2.2 « Paquet minimum d'Appui Financier » pour le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A

Le paquet minimum d'appui financier prend en compte les différents secteurs d'intervention considérés comme prioritaires pour l'organisation des journées locales d'intensification dans un district sanitaire (Tableau 5). Ces secteurs d'intervention sont : la reproduction des outils de gestion, la session d'orientation, les campagnes IEC/ Mobilisation sociale, la motivation des relais, la prise en charge des agents de santé, la supervision régionale et le carburant.

Tableau 5 : Décomposition du Paquet Minimum d'Appui Financier

Description	Durée (en jours)	Quantité	Prix Unitaire	Prix Total	Proportion relative
reproduction d'outils de gestion	1	1	100000	100000	6%
session d'orientation	1	15	7500	112500	6%
IEC/Mobilisation sociale	1	1	100 000	100 000	6%
Motivation des relais	3	150	2000	900000	50%
Prise en charge des agents de santé	4	15	4000	240000	13%
Supervision régionale	3	3	15000	135000	8%
Carburant	1	1	200000	200000	11%
Total				1 787 500	100%

Figure 2 : Répartition du paquet minimum d'appui financier par secteur d'intervention



- La motivation des relais représente, avec 900 000 frs CFA, le secteur d'intervention le plus important (50%).
- En deuxième position vient la prise en charge des agents de santé qui représente avec 240 000 frs CFA, près de 13% dans le paquet minimum d'appui financier.
- Suivent respectivement les secteurs consacrés au carburant et à la supervision régionale avec près de 11% et 8% du paquet Minimum d'Appui Financier.
- Les autres secteurs d'intervention à savoir la reproduction des outils de gestion, les sessions d'orientation et les campagnes d'IEC représentent chacun 6% du PMAF.

Les volontaires ont pour rôle d'administrer la vitamine A et de transmettre les messages aux mères sur l'utilité des micronutriments.

Les volontaires sont recrutés au niveau du district sanitaire. Les critères de sélection sont en rapport avec le niveau d'instruction adéquat pour comprendre les directives. Il s'agit le plus souvent des matrones, de relais communautaires, des élèves, d'instituteurs et plus globalement d'agents appuyant des activités communautaires.

Le rôle des volontaires est défini lors des sessions de formation et rappelé par les fiches techniques mises à leur disposition, il s'agit de :

- Participer aux réunions du comité de mobilisation sociale ;
- Contribuer aux recensements des enfants cibles ;
- Informer les populations sur l'utilité de la vitamine A, du fer et de l'iode et de la nécessité de la supplémentation en vitamine A lors des journées nationales de

micronutriments. Cette information se fait lors des visites à domicile, le porte à porte, les entretiens et les causeries avec les populations ;

- *Accueillir les populations lors des séances entre autres rôles.*

Le système de motivation ou de prise en charge est financier, 2000 frs CFA par volontaire et par campagne et 4000 frs CFA par agent de santé, mais également basé sur la reconnaissance sociale par le port de tee- shirt ou de bannières.

Le nombre d'enfants supplémentés par volontaire dans une journée est variable selon la technique utilisée pour la supplémentation de masse (porte à porte, stratégie fixe ou avancée). La moyenne est de 100 enfants par volontaire comme stipuler par les directives des micros plans.

2.2.3 L'estimation du taux de réduction du Budget de 2005 avec l'approche « Paquet Minimum d'appui Financier »

Pour estimer la réduction du budget initial de 2005 avec l'approche du Paquet Minimum d'Appui Financier, un rapprochement a été fait avec le montant préalablement planifié par 36 districts sanitaires (Tableau 6). Il en ressort une réduction de 72% entre les deux approches. L'approche du PMAF se révèle ainsi plus rationnel.

Tableau 6 : Rapprochement entre le montant total planifié par 36 districts sanitaire et le montant issu du PMAF.

Système de budgétisation pour le financement	Planification par les districts (n=36)	Selon le paquet minimum (pour 36 districts)	% de réduction*
Montant total pour 36 districts	230 965 103 frs CFA (a)	64 350 000 frs CFA (b)	72% (c)

* méthode de calcul : $c = \frac{a-b}{a} * 100$

a= montant planifié par les 36 districts

b= montant pour les 36 districts selon le paquet minimum

c= le taux de réduction du système de budgétisation des districts pour le financement

2.2.4 Conceptualisation de la révision du Paquet Minimum d'Appui financier à travers la participation des districts sanitaires.

Lors du 1^{er} passage de 2007, le plan de financement a vu le démarrage de la participation du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) qui avait budgétisé dans son plan d'action de l'année 2007, un appui à 36 districts sur la base du paquet minimum décomposé comme suit par district :

- 1 200 000 frs CFA pour le plan de financement de la supplémentation en vitamine A au niveau local ;
- Et 587 500 frs CFA intégrés dans le budget de supervision des districts

A la lumière de ces informations, la DANSE a pris l'option stratégique de monter le plan de financement sur la base des 1 200 000 Frs CFA.

Dans le but de faciliter la communication avec le niveau opérationnel, HKI SENEGAL a initié une conceptualisation de la révision du Paquet Minimum d'Appui financier (Tableau 7).

Dans cette conceptualisation, le **Paquet Minimum d'Appui Financier** a été revu en « **Paquet d'Intervention Prioritaire (PIP)** ». Ce nouveau paquet est décomposé en :

- **Paquet Minimum d'Appui Financier (PMAF)** que les partenaires continuent de prendre en charge à hauteur de 1 200 000 frs CFA par district sanitaire prenant en charge la motivation des relais, la Supervision des relais par les ICP, Supervision des ICP par l'ECD.
- **Contribution Minimum de Chaque District (CMCD)**, financement additionnel que les districts sont appelés à chercher auprès de leurs partenaires locaux. Cette contribution minimum prend en compte les autres secteurs d'intervention prioritaires pour l'organisation des journées locales d'intensification en vitamine A.

Tableau 7: Décomposition du Paquet d'Intervention Prioritaire (PIP)

	Secteur d'intervention prioritaire	Durée (en jours)	Quantité	Prix Unitaire	Prix Total	Proportion relative
Paquet Minimum d'Appui Financier						
1	Motivation des relais	3	150	2 000	900 000	51%
2	Supervision des relais par les ICP	4	15	4 000	240 000	13%
3	Supervision des ICP par l'ECD	3	4	5 000	60 000	3%
Sous total PMAF					1 200 000	67%
Contribution Minimum de Chaque District						
4	Reproduction d'outils de gestion	1	1	100 000	100 000	6%
5	Session d'orientation	1	15	5 000	75 000	4%
6	Campagne IEC/Mobilisation sociale	1	1	100 000	100 000	6%
7	Supervision des districts par l'ECR	3	2	15 000	90 000	5%
8	Carburant	1	1	222 500	222 500	12%
Sous total CMCD					587 500	33%
Paquet d'Intervention Prioritaire SVA+ (PIP/SVA+)*					1 787 500	100%

3. L'évolution du plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A depuis 2005

En raison de l'objet de cette étude qui est d'analyser le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A dans le but de permettre le développement de stratégies de mobilisation des ressources financières pour assurer la pérennisation du programme, il s'avère nécessaire de faire un état des lieux sur les sources et les proportions de financement de ces activités

Les tableaux qui suivent nous permettent d'avoir une meilleure visibilité sur les différents partenaires financiers qui interviennent dans les activités de supplémentation en vitamine A ainsi que leur apport pour couvrir les coûts spécifiques au programme entre 2005 et 2007.

3.1 Plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2005

Le **Tableau 8** donne le plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2005.

Tableau 8 : Répartition des partenaires selon l'appui aux districts en 2005

Partenaires	Nombre de districts	Budget	Contribution	Proportion relative
HKI	23	41 122 500	41 112 500	92%
HKI	22	39 325 000	32 725 000	8%
BASICS			6 600 000	
TOTAL	45		80 437 500	100%

L'analyse du tableau ci avant montre que deux principaux partenaires ont financé les premières journées locales de supplémentation en vitamine A en 2005. Il s'agit de Helen Keller International (HKI) à travers le financement de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI), de l'USAID à travers ses projets BASICS et MOST.

Appui de HKI

En 2005, HKI a appuyé 45 districts sanitaires dans l'organisation des journées locales de supplémentation en vitamine A dont 23 en intégralité et d'autres en partenariat avec l'USAID à travers son projet BASICS pour un total de 73 837 500 CFA

Appui de BASICS

La Division de la survie de l'enfant de l'USAID donne des orientations techniques et soutient le processus d'élaboration de stratégies et de mise en œuvre des programmes de survie de l'enfant, y compris les interventions concernant la morbidité et la nutrition des nourrissons et des petits enfants.

Dans ce cadre, au Sénégal lors des journées nationales de supplémentation en vitamine A de 2005, BASICS a appuyé 22 districts, tous en collaboration avec HKI, pour un total de 6 600 000 frs CFA, à raison de 300 000 frs CFA par districts.

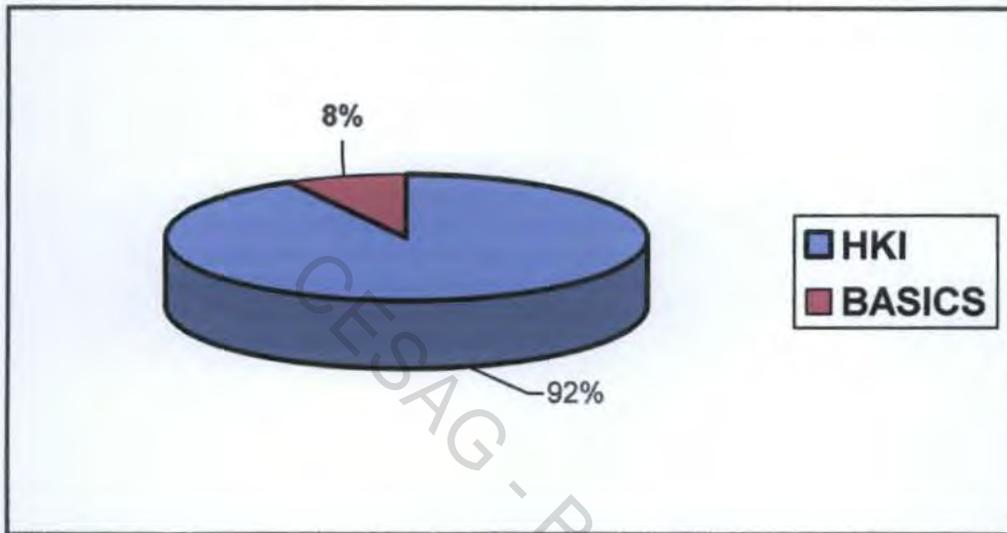
Remarque : Appui de l'UNICEF

Au Sénégal, L'UNICEF a participé aux activités de supplémentation en vitamine A par l'organisation des journées survie de l'enfant en 2005. Les districts sanitaires des régions de Kolda et de Tambacounda ont bénéficié de l'appui de l'UNICEF à travers l'organisation des journées survie de l'enfant pendant une dizaine de jours. En partenariat avec l'UNICEF, les régions médicales de Kolda et de Tambacounda développent une Stratégie d'accélération pour la survie du jeune enfant (SASDE), dans le cadre de la lutte contre les maladies infanto-juvéniles.

Pendant ces journées, les districts sanitaires des régions médicales de Kolda et de Tambacounda comptent organiser un recensement des enfants de moins de 5 ans, imprégner les moustiquaires, supplémentation en vitamine A au moins 80 % de femmes en post-partum.

Il s'agit également de supplémenter en vitamine A 90 % des enfants de 6 à 59 mois et déparasiter en Mebendazole 90 % des enfants de 12 à 59 mois. Le but visé à travers ces journées est de réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme et à l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans.

Figure 3 : Répartition des niveaux de contribution des partenaires au plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A en 2005



L'analyse de ce graphique indique que HKI a financé 92% des coûts spécifiques à la supplémentation en vitamine A en 2005, BASICS a participé pour 8%

Toutefois, les implications financières de l'UNICEF n'ont pas encore fait l'objet de publication officielle auprès du Ministère de la Santé et de la prévention et les autres partenaires. Ce qui rend difficile la maîtrise des coûts réels de ces interventions.

3.2 Plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A en 2006

Le **Tableau 9** donne le plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2006.

Tableau 9 : Répartition des partenaires selon l'appui aux districts en 2006

	Partenaires	Districts	Budget planifié	Contribution des partenaires
Appui aux districts	HKI	19 districts	33 962 500	33 962 500
	BASICS	22 districts	39 325 000	7 920 000
	UNICEF			31 405 000
	UNICEF	10 districts	Journées Survie de l'Enfant	Journées Survie de l'Enfant*
	UNICEF	5 districts	8 937 500	8 937 500
	TOTAL	56 districts	82 225 000	82 225 000*
Appui à la communication au niveau national	HKI			3 000 000*
	UNICEF			reproduction du guide de déparasitage

* : éléments pris en compte dans le cadre du calcul du coût unitaire soit 103 100 000 Frs CFA si on considère le PMAF (1787500 Frs CFA) pour les 10 districts ayant organisé des journées Survie de l'Enfant (17 875 000 Frs CFA)

Lors du premier passage des journées locales de supplémentation en vitamine A de Mai 2006, trois partenaires financiers se sont mobilisés pour soutenir les principaux districts du Sénégal pour une bonne organisation de ces journées d'intensification en vitamine A.

Il s'agit de :

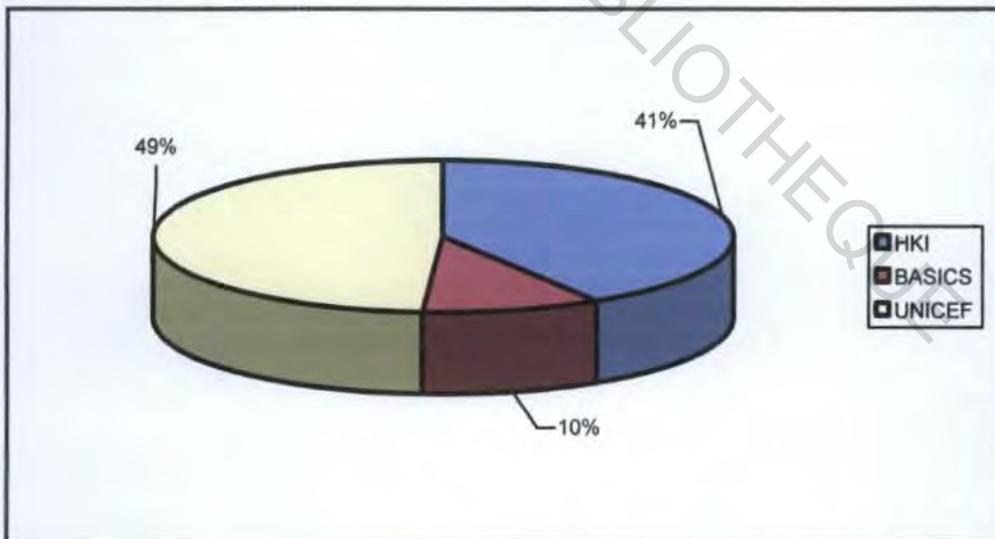
- ✦ **HKI** qui a soutenu 19 districts sur la base du paquet minimum d'appui financier de 1 787 500 frs CFA, d'où 33 962 500 frs CFA au total. Par ailleurs, HKI a donné un financement additionnel de 3 000 000 frs CFA au Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé pour appuyer l'élaboration et la diffusion d'un spot télévision.

🔥 **BASICS** qui a soutenu 22 districts sanitaires à raison de 360000 frs CFA par district soit 7 920 000 frs CFA.

🔥 **UNICEF** a, d'une part complété le montant restant du financement des 22 districts soutenus par **BASICS** à raison de 1 427 500 frs par districts pour atteindre le paquet minimum d'appui financier. D'autre part, l'**UNICEF** a appuyé 10 districts sanitaires par l'organisation des journées survie de l'enfant en y intégrant la supplémentation en vitamine A. Toutefois, ces coûts n'ont pas été rapportés. Par ailleurs, L'**UNICEF** a également appuyé 5 autres districts sanitaires pour un total de 8 937 500 frs CFA sur la base du paquet minimum d'appui à un district de 1 787 500 frs CFA par district.

La contribution de l'Unicef en 2006 s'élève alors au total à 40 342 500 FCFA si nous considérons uniquement les coûts maîtrisés.

Figure 4: Répartition des niveaux de contribution des partenaires au plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A (premier passage 2006)



L'**UNICEF** fournit 49% du financement total et **HKI** 41% tandis que **BASICS** contribue pour 10% du financement total.

3.3 Plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2007

Le **Tableau 10** donne le plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2007.

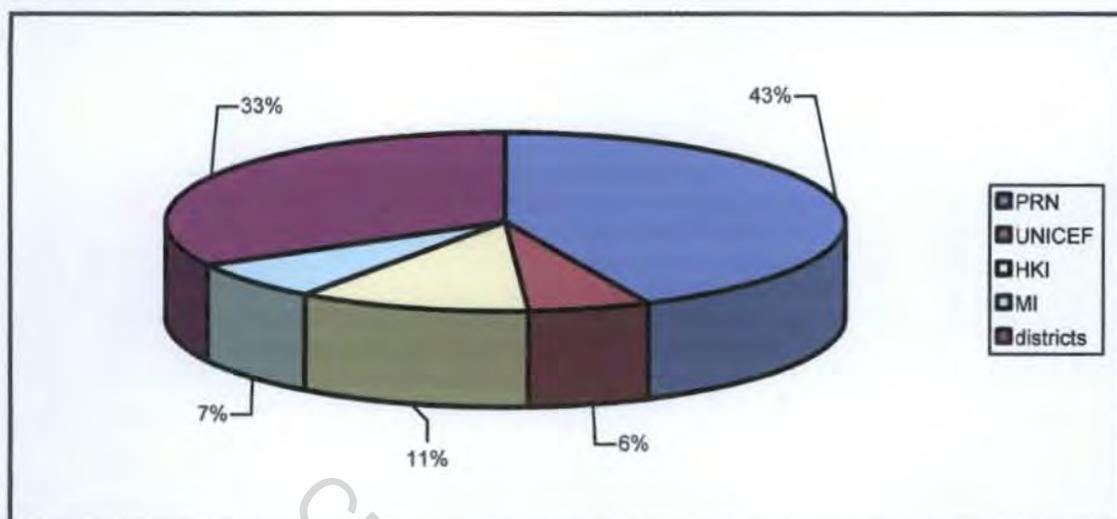
Tableau 10 : Répartition des partenaires selon l'appui aux districts en 2007

	partenaires	Districts	budget	contribution	Proportion relative
Appui aux districts	PRN	31	56 612 500	37 200 000	43%
	HKI	8	14 300 000	9 600 000	11%
	MI	5	8 937 500	6 000 000	7%
	UNICEF	4	7 150 000	4 800 000	6%
		15	Journées Survie de l'Enfant	Journées Survie de l'Enfant	Journées Survie de l'Enfant
Total		63	85 800 000	57 600 000	67%
Contribution des districts	Districts			28 200 000	33%

En 2007, le financement des journées locales d'intensification a connu de nouveaux partenaires notamment le **Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN)** du Gouvernement du Sénégal suite à un effort de plaidoyer de HKI et à l'intégration de l'activité dans leur plan d'action annuel. L'autre nouveau partenaire pour le plan de financement est l'**Initiative pour les Micronutriments (IM)**. Au même moment, pour des raisons de fin de projet BASICS se retire du plan de financement.

- Dans son effort de soutien aux districts, le PRN a appuyé 31 districts sanitaires pour un total de **37 200 000 frs CFA** à raison de **1 200 000 frs CFA** par district. Les districts devant chercher le financement additionnel auprès de ses partenaires locaux comme stipulé dans le Paquet d'Intervention Prioritaire (cf. Conceptualisation de la révision du Paquet Minimum d'Appui financier à travers la participation des districts sanitaires).
- Sur les 63 districts sanitaires que compte le Sénégal, 15 ont intégré la supplémentation en vitamine A dans les journées survie de l'enfant organisée par l'UNICEF. En dehors de l'organisation des journées survie de l'enfant dans les districts sanitaires des régions médicales de Kolda et de Tambacounda, l'UNICEF a également appuyé 4 districts sanitaires de la région médicale de Thiès pour un montant total de **4 800 000 frs CFA**.
- HKI a appuyé 8 districts sanitaires pour un total de 9 600 000 frs CFA, soit 1 200 000 frs CFA par district. Par ailleurs, HKI a donné un financement additionnel de 3 000 000 frs CFA au Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé pour appuyer l'élaboration et la diffusion d'un spot télévision.
- L'Initiative pour les Micronutriments a financé 5 districts sanitaires pour un total de **6 000 000 frs CFA** et dans les mêmes proportions que les autres partenaires (1 200 000 frs CFA).

Figure 5 : Répartition des niveaux de contribution des partenaires au plan de financement des journées locales de supplémentation en vitamine A en 2007



Le PRN, nouveau partenaire de la DANSE dans le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A, constitue le principal financier avec 43% des coûts directs des activités de supplémentation en vitamine A, suivi des districts, qui avec le financement additionnel qu'ils ont obtenu au niveau de leurs partenaires locaux, ont fourni 33% des coûts directs de la supplémentation en vitamine A.

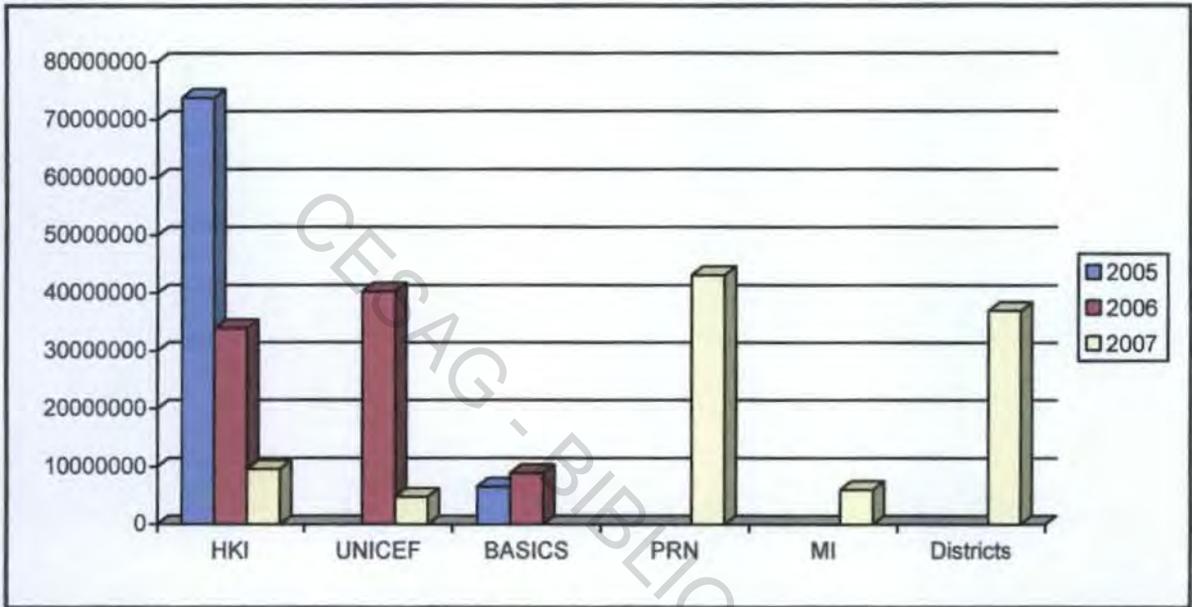
HKI, qui a constitué la principale source de financement des activités de supplémentation en vitamine A en 2005 et 2006, a vu son apport fortement baissé en valeur absolue et en valeur relative (11% du financement total). Ceci pourrait s'expliquer par la présence de nouveaux partenaires que sont le PRN et MI dans le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A en 2007.

MI et l'UNICEF ont contribué respectivement pour 7% et 6% des coûts directs des activités de supplémentation en vitamine A. Toutefois, les investissements de l'UNICEF lors des Journées Survie de l'Enfant n'ont pas été accessibles pour être pris en compte dans cette analyse.

3.4 Evolution du Plan de financement de 2005 et 2007

La figure 7 fait la synthèse de l'évolution de la contribution de chaque partenaire au financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2005 à 2007.

Figure 6: Synthèse de l'évolution de la contribution financière des partenaires dans le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A de 2005 à 2007



L'analyse de ce graphique indique que :

- HKI demeure un partenaire constant en terme de présence dans le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A depuis 2005 à travers l'initiative régionale pour maintenir des couvertures élevées et soutenues dans le contexte d'abandon des JNV. Cependant, sa contribution tend à diminuer d'année en année due la participation de nouveaux partenaires dans le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A.
- BASICS qui a participé au financement de la supplémentation en vitamine A depuis 1999 a vu sa participation diminuée progressivement pour des raisons de fin de projet pendant les deux premières années des journées locales de supplémentation en vitamine A (2005-2006).

- L'appui de l'Unicef en 2005 s'est effectué à travers l'organisation au niveau opérationnel de Journées Survie de l'Enfant et les niveaux de contributions montrées dans le graphique pour 2006 et 2007 ne concernent que les financements maîtrisés
- En 2007, le PRN est le principal partenaire financier des activités de supplémentation en vitamine A.
- Les districts, à travers le financement de leurs partenaires locaux sont supposés également participer au plan de financement à hauteur de 33%, mais il n'existe pas de système qui permet d'évaluer leur niveau de contribution.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4. L'évolution des couvertures de supplémentation en vitamine A depuis le démarrage de cette intervention au Sénégal en 1999.

La supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois se fait à travers une distribution active définie par deux passages pendant l'année.

Le principal mécanisme pour estimer les taux de couverture se fait grâce aux feuilles de données délivrées au niveau des sites de distribution de la vitamine A.

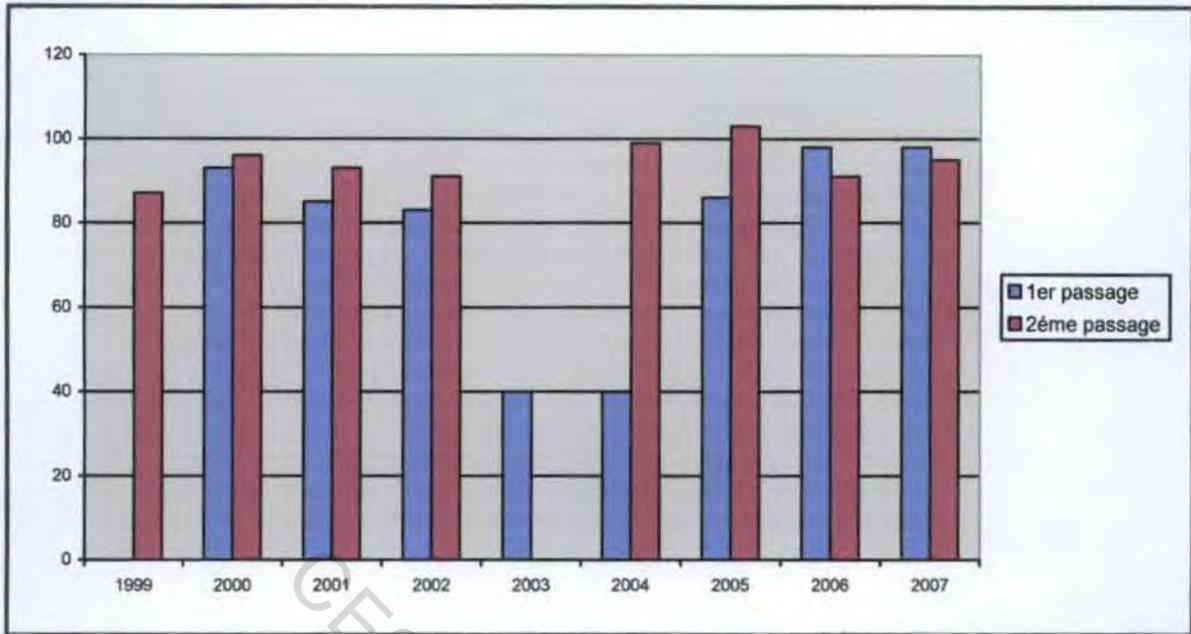
L'évolution de la couverture de supplémentation en vitamine depuis le démarrage de cette activité en 1999 est présentée dans le **tableau 11** et la **figure 7** en est une représentation graphique

Tableau 11 : Couverture de supplémentation en vitamine A de 1999 à 2007

Année	Couverture Premier passage		Couverture Deuxième passage	
	Effectif	%	Effectif	%
1999	-	-	1403621	87%
2000	1546988	93%*	1589446	96%
2001	1484023	85%*	1591603	93%
2002	1458311	83%	1679238	91%*
2003	-	40%	-	-
2004	-	40%		99%
2005	1576318	86%	1981947	103%
2006	1876987	98%	1 853 315	91%
2007	1932011	98%	1929403	95%

* : supplémentation en vitamine A intégrée dans les journées nationales de micronutriments

Figure 7: Evolution de la couverture de supplémentation en vitamine A



La première campagne de supplémentation en vitamine A, organisée en Décembre 1999 a été couplée aux Journées Nationales de Vaccination (JNV). Cette campagne a permis d'atteindre un taux de couverture de 87% au niveau national.

Depuis lors toutes les JNV ont intégré la supplémentation en vitamine A.

En 2000, le premier passage de supplémentation en vitamine A a donné une couverture nationale de 93% supérieur à l'objectif de 80%.

La deuxième dose de vitamine A administrée à travers les Journées Nationales de Vaccination en Novembre, a permis d'atteindre un taux de couverture national de 96%.

A partir de l'année 2000, la deuxième dose de vitamine A a annuellement été administrée aux enfants grâce aux Journées Nationales de Micronutriments (JNM), Journées Locales de Micronutriments (JLM) ou Semaine de Nutrition et de Santé de l'Enfant (SNSE).

La première dose de vitamine A administrée lors des Journées Nationales de Micronutriments en Juillet 2001 a permis une couverture nationale égale à 85%, couverture inférieure à la dernière dose de 2000. Cependant, le deuxième passage en novembre 2001, intégré dans les Journées Nationales de Vaccination a permis d'atteindre 93% de la population cible.

Les taux de couverture ont encore augmenté pendant l'année 2002 avec 83% lors du premier passage et 91% pour le deuxième passage.

L'année 2003 a été marquée par l'arrêt des Journées Nationales de Vaccination et une volonté des autorités à arrêter les campagnes de masse dont les journées Nationales de Micronutriments et les Journées Locales de Micronutriments. Ceci a perturbé le processus de supplémentation en vitamine A, limitant entre Janvier 2003 et Juin 2004, la Supplémentation en vitamine A à une dose unique. Cette situation a entraîné une baisse des taux de couverture de la supplémentation en vitamine A à 40% au niveau national.

La reprise des journées nationales de vaccination en juin 2004, a permis au niveau national, la supplémentation de plus de 90% des enfants âgés de 6 à 59 mois.

Les premières journées locales de supplémentation en vitamine A organisées en Juillet 2005 ont permis d'atteindre 86% de la population cible. Le deuxième passage de 2005 a vu le couplage aux JNV du déparasitage avec une couverture de 103%.

En 2006, les journées locales de supplémentation en vitamine A couplées au déparasitage organisée en Mai 2006 ont touché près de 98% des enfants de moins de 5 ans.

Le deuxième passage de la supplémentation en vitamine A couplé au déparasitage, intégré dans la campagne de vaccination contre la rougeole, a donné des taux de 91% et 96% respectivement pour la vitamine A et le déparasitage.

Les journées locales de supplémentation en vitamine A de l'année 2007 sont tout aussi satisfaisantes que les années précédentes car ont permis d'atteindre 98% de la population cible pour ce qui est de la vitamine A et 97% pour le déparasitage lors du premier passage de Juillet 2007 et 95% lors du deuxième passage en Décembre 2007.

5. Calcul des coûts par enfant selon les stratégies de supplémentation en vitamine A

Alors que les informations sur les coûts sont nécessaires pour évaluer l'accessibilité financière, l'analyse coût efficacité permet d'identifier les interventions qui utilisent les ressources le plus efficacement possible.

L'efficacité des interventions de santé publique peut être définie comme la capacité de produire des résultats conformes aux objectifs et cibles fixés, dans des conditions idéales.

L'efficience se définit comme la production de résultats satisfaisants par rapport aux ressources nécessaires, dans des conditions réelles.

Afin de pouvoir répondre à notre première hypothèse de travail à savoir que **l'utilisation des ressources des journées locales de supplémentation en vitamine A est aussi efficace et plus efficiente que les journées nationales de micronutriments**, une comparaison entre les deux stratégies tant au niveau des résultats que des coûts unitaires de chaque stratégie a été effectuée.

Cet exercice a été effectué sur la base de certaines considérations :

- *l'approche par les coûts spécifiques au programme de supplémentation en vitamine A,*
- *L'utilisation des **Journées Nationales de Micronutriment** couplées à l'administration de la vitamine A (premier passage 2001) pour illustrer la période antérieure à 2005,*
- *L'utilisation des **Journées Locales de supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage** (premier passage 2006) pour illustrer la période après 2005.*
- *la considération du **Paquet Minimum d'Appui Financier (1787500 Frs CFA)** pour les districts appuyé par l'UNICEF pour lesquels les coûts totaux liés à l'organisation des Journées de survie de l'enfant ne sont pas accessibles.*

Le **Tableau 12** donne ainsi les coûts unitaires par enfant sur la base de ces hypothèses de calcul.

Tableau 12 : Coûts unitaires par enfant de la supplémentation en vitamine A selon la stratégie d'intervention

Stratégies	Coûts spécifiques au programme de supplémentation en vitamine A, (Frs CFA)	Effectifs enfants 6 - 59 mois supplémentés en vitamine A (couverture)	coûts unitaires par enfant en CFA (dollars avec un taux de 1 \$ = 475 Frs CFA)
Journées Nationales de Micronutriment couplées à l'administration de la vitamine A (<i>premier passage 2001</i>)	93 594 050 (a)	1 484 023 (85%) (b)	63 Frs CFA (0,13\$)
Journées Locales de supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage (<i>premier passage 2006</i>)	103 100 000 (c)	1 876 987 (98%) (d)	55 Frs CFA (0,11\$)

Sources :

(a) - cf. Tableau 3 - Budget des JNM 2001

(b) - cf. Tableau 11 - Couverture de supplémentation en vitamine A de 1999 à 2007

(c) - cf. Tableau 10 - Répartition des partenaires selon l'appui aux districts (*premier passage 2006*)

(d) - cf. Tableau 11 - Couverture de supplémentation en vitamine A de 1999 à 2007

Les **Journées Locales de Supplémentation en vitamine A** ont coûté 55 Frs CFA (0,11\$) par enfant supplémenté contre 63 Frs CFA (0,13\$) par enfant supplémenté pour les **Journées Nationales de Micronutriments** caractérisées par une forte centralisation du déroulement des activités. Toutefois, les résultats montrent que de manière générale la supplémentation en vitamine A est très rentable par rapport à d'autres interventions de santé publique.

Par ailleurs, nous constatons que la couverture de 98% se révèle plus élevée avec la stratégie de **Journées Locales de Supplémentation en vitamine A** (contre une couverture de 85% pour les **Journées Nationales de Micronutriments**).

Au total, nous retenons que les résultats confirment notre première hypothèse de travail à savoir que **l'utilisation des ressources des journées locales de supplémentation en vitamine A est aussi efficace et plus efficiente que les journées nationales de micronutriments.**

Il faut aussi reconnaître que ce qui vient d'être démontré au Sénégal est tout aussi valable dans d'autres pays du continent. A titre d'illustration, dans l'analyse des coûts du programme national de la supplémentation en vitamine A en Zambie, il apparaît que les coûts unitaires pour les journées nationales de vaccination sont au moins 6 fois supérieurs que pour la semaine de la survie de l'enfant (\$ 1.49 et \$0.24 respectivement). Les coûts unitaires des activités de supplémentation en vitamine A sont estimés à \$0.25 au Ghana et \$0.67 au Népal.

Au Philippines où la supplémentation de la vitamine A est intégrée dans les journées nationales de vaccination, les coûts unitaires sont estimés à plus de \$3.27.

Une autre méthode couramment utilisée pour évaluer l'efficacité de la vitamine A par rapport à d'autres interventions de santé publique est de comparer le coût par décès évité pour chaque intervention.

6. – Facteurs de pérennisation de l'organisation des journées locales de supplémentation en vitamine A

Pour renforcer et pérenniser les journées locales de supplémentation en vitamine A, la DANSE en collaboration avec les partenaires techniques et les districts, avaient lors d'un atelier, formulé un certain nombre de recommandations en direction des districts sanitaires et des régions médicales ou des partenaires.

Il s'agit entre autres recommandations de :

- L'intégration, dans les plans d'opérations des districts, des journées d'intensification de la supplémentation de la vitamine A,
- La systématisation de l'appui des collectivités locales et des comités de santé pour l'organisation des journées d'intensification de la supplémentation en vitamine A.
- L'élaboration d'un plan de financement durable.

Dans le cadre de notre étude, et pour la vérification de l'application de ces directives, nous nous sommes entretenus avec les personnes ressources à différents niveaux :

- *La DANSE,*
- *Les partenaires techniques et financiers de la DANSE : Unicef, HKI, IM, PRN*
- *Le niveau opérationnel où nous avons cibler le district sanitaire nord.*

L'analyse des résultats des différents entretiens nous a permis d'identifier des facteurs de pérennisations des journées d'intensification de la vitamine A.

6.1 Définitions du terme « pérennisation »

De façon générale, la pérennisation des interventions est souvent érigée en principe qui guide les interventions de santé publique.

Sur cette base la perception du terme « pérennisation » varie des uns aux autres :

- 1) Pour certains, la pérennisation est un mécanisme qui permet de continuer les activités d'un programme sans l'apport des bailleurs. Il faut que le financement puisse venir du pays, que ce soit de la part de l'état, des collectivités locales ou des ménages.
- 2) Pour d'autres, il s'agit de pouvoir poursuivre des actions initiées sans perturber les programmes en cours et de pouvoir les poursuivre dans le temps quelque soit l'appui initial. C'est-à-dire arriver à instaurer un mécanisme soutenu dans le temps.

- 3) D'autres encore pensent que la pérennisation des interventions de santé publique doit englober l'ensemble des trois dimensions que sont les activités, les ressources et les résultats : les **activités** parce que sans les activités il ne peut pas avoir de résultats, les **ressources** aussi qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les activités et puis les **résultats**.

6.2 Application des directives nationales

Nous avons jugé nécessaire de vérifier si l'application des directives nationales est effective avant de proposer d'autres stratégies de pérennisation sur la base des résultats de notre analyse mais aussi suite à la vérification des directives nationales .

- *Intégration dans les plans d'opérations des districts des journées locales de supplémentation en vitamine A*

Il a été recommandé dans les directives d'opérationnalisation de la supplémentation en vitamine A, l'inscription des journées locales de supplémentation en vitamine A et de leur plan de financement dans les plans d'opérations des districts afin d'assurer la pérennité et la bonne organisation de ces dernières.

Seulement, il ressort de nos différents entretiens que l'intégration des journées d'intensification de la vitamine A au niveau des plans d'opérations annuels des districts ne se fait pas de façon automatique. En effet, les districts se voient contraints d'attendre l'autorisation de la région médicale, qui est plus en contact avec le niveau central, pour pouvoir appliquer les directives nationales.

- *Appui des collectivités locales et des comités de santé dans le financement*

Après la révision du paquet minimum d'appui financier, il a été demandé aux districts sanitaires en complément de leur participation qui s'élève à **578 000 Frs CFA**, de trouver des financements additionnels, que ce soit auprès des collectivités locales ou des comités de santé

Seulement, il s'avère que les collectivités locales ne semblent pas connaître les journées d'intensification de la vitamine A. Ainsi, elles ne participent pas, en tout cas pas directement, dans le financement de la supplémentation en vitamine A. Elles allouent un bilan global pour la santé sans toutefois faire de spécification.

Les comités de santé, quant à eux, soutiennent les districts de façon non négligeable. En effet, si nous prenons l'exemple du district nord qui regroupe 14 centres de santé, les différents comités de santé ont participé pour un total de **2 042 400 Frs CFA**²⁶ lors des dernières journées nationales de supplémentation en vitamine A de Décembre 2007.

Il faut aussi noter que les districts ont d'énormes difficultés à respecter leur part dans le financement des journées d'intensification de la vitamine A.

6.3 Les facteurs de pérennisation identifiés à la lumière de l'analyse du financement

Après avoir analysé le financement des journées locales de supplémentation en vitamine A au Sénégal et évalué le niveau d'application des directives, nous proposons ici des facteurs de pérennisation des journées locales de supplémentation en vitamine A.

Nous allons distinguer les facteurs de pérennisation sur le plan financier d'une part et d'autre part les facteurs de pérennisation sur le plan organisationnel.

6.3.1 Les facteurs de pérennisation sur le plan financier

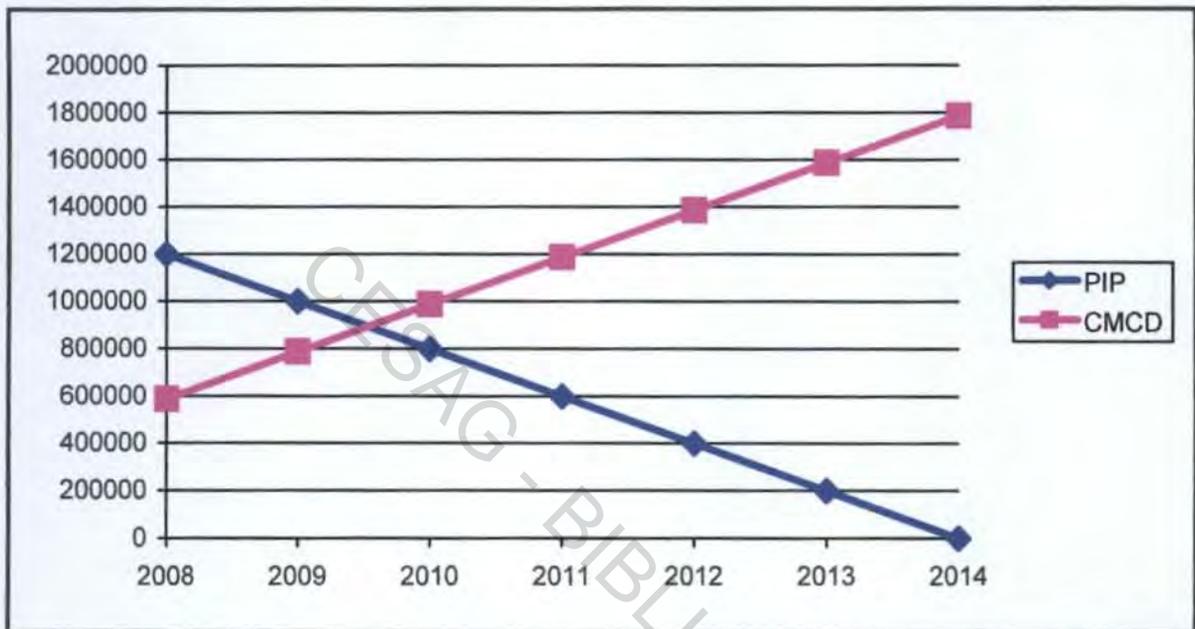
- *Réduction progressive du paquet d'intervention prioritaire*

Le paquet minimum constitue un premier pas vers la pérennisation des journées de supplémentation en vitamine A. Les campagnes de supplémentation en vitamine A pourraient être pérenne si les districts arrivaient à financer entièrement les campagnes de masse sans aide extérieure. En effet, certains partenaires techniques et financiers de la DANSE plaident pour une diminution de paquet d'intervention prioritaire au dépend d'une augmentation de la participation des districts. Dans ce cadre nous partons de l'hypothèse d'une réduction annuelle du **Paquet d'intervention prioritaire (PIP)** de **200 000 Frs FCA**, associée à une augmentation progressive de la **Contribution Minimum de Chaque District (CMCD)**, jusqu'à l'autonomie des districts.

²⁶ Voir annexe V, page 82

Il ressort ainsi de la **Figure 8** qu'avec l'application de cette stratégie à partir de 2008, l'autonomie totale des districts en matière de financement des journées locales de supplémentation en vitamine serait atteint en 2014.

Figure 8: simulation d'une réduction annuelle du Paquet d'intervention prioritaire (PIP) de 200 000 Frs FCA, associée à une augmentation progressive de la Contribution Minimum de Chaque District (CMCD).



- *Intégration effective de l'activité dans tout le processus de planification et de financement des activités de santé.*

Les campagnes de supplémentation en vitamine A pourraient être pérennes si leur intégration dans tout le processus de planification des structures de santé mais aussi dans le plan de financement du ministère de la santé était effective.

Pour cela, il faudrait analyser l'activité dans son ensemble en essayant de voir comment cette activité serait intégrée dans les activités du système de santé, dans le système de planification, dans le plan de financement du ministère de la santé et surtout dans le système de monitoring des activités de santé.

Pour arriver à ce résultat, on pourrait prendre l'exemple des activités qui sont devenues pérennes comme la vaccination, et voir comment ces activités ont été intégrées dans le système de santé et quelles procédures ont été adoptées pour leur planification. Aussi, il faudrait analyser l'intégration du financement de la supplémentation en vitamine A dans le financement de la santé en général. Enfin, il faudrait appuyer le suivi et le monitoring de cette activité et de leur prise en compte dans le monitoring du système de santé dans son ensemble.

- **Inscription des journées de supplémentation en vitamine A dans le budget de l'état**

Une autre stratégie de pérennisation de la supplémentation en vitamine A serait de coupler l'inscription des journées locales de supplémentation dans le budget de l'état à travers le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) ou sur fond propre. Dans ce cadre, il s'agit de positionner la supplémentation en vitamine A dans les objectifs du PNDS.

- **La participation des collectivités locales dans le financement des journées**

Une autre alternative pour assurer la pérennité des campagnes de masse de la supplémentation en vitamine A serait de faire participer les collectivités locales au financement des journées de façon effective.

Il s'avère alors primordial que les districts puissent prendre conscience de l'intérêt d'intégrer la supplémentation en vitamine A dans leur plan d'opération pour pouvoir développer des plaidoyers auprès des collectivités locales afin de les amener à intégrer les aspects de nutrition dans leurs plans locaux de développement.

6.3.2 Les facteurs de pérennisation sur le plan organisationnel

- **Intégration des activités dans les autres systèmes**

Le renforcement ou l'intégration de la supplémentation en vitamine A dans les activités qui permettent un contact régulier avec la cible pourrait permettre des couvertures élevées et garantir la pérennité de l'activité. L'approche multisectorielle, pourrait aider à une meilleure prise de conscience de l'intérêt de la vitamine A.

6.4 Les facteurs de pérennisation selon le niveau district

A la sortie de notre entretien au niveau district, il est ressorti une autre vision de la pérennisation de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. En effet, le médecin de district rencontré a proposé un certain nombre de facteurs qu'ils jugent plus en mesure d'assurer la continuité de la supplémentation en vitamine A. Toutefois, ses idées exprimées ici ne saurait être généralisées comme la position du niveau opérationnel. Il s'agit de :

- *Arrêt des campagnes de masse*

D'après le médecin de chef de district, les couvertures élevées obtenues avec les campagnes de masse ne sont que ponctuelles et restent conditionnées par les ressources. La réticence du district à l'endroit des campagnes de masse se fait ressentir sur le plan financier et l'investissement en temps de travail. Au cours de l'entretien, il s'est montré formellement contre la réduction du paquet d'intervention prioritaire du fait que le district ne pourra suivre l'augmentation de leur contribution.

- *Appui de façon continue des activités de routine*

D'après le district, il faudrait arriver à rendre systématique la supplémentation en routine. Il s'agira d'encourager l'approche communautaire en appui aux activités des districts.

- *Approvisionnement des districts en capsules de vitamine A de façon permanente pour la routine*

Selon le district, l'approvisionnement des capsules de vitamine doit être facilité comme tout autre médicament essentiel en collaboration avec la pharmacie nationale.

Les résultats de cet entretien avec le niveau district, nous poussent à confirmer notre deuxième hypothèse de travail à savoir que « **la pérennisation de l'organisation des journées locales de supplémentation en vitamine A dépend de la volonté des autorités de chaque district de faire de cette intervention un objectif de planification à tous les niveaux** ».

Conclusion et recommandations

Une lutte efficace et soutenue contre les carences en micronutriments ne peut être envisagée sans que les gouvernements et les décideurs ne soient informés des différentes approches possibles.

L'analyse effectuée à travers cette étude pourrait être d'un grand apport dans le cadre de la réflexion des grandes orientations stratégiques en matière de supplémentation en vitamine A au Sénégal. En effet, l'étude, non seulement permet de capitaliser les acquis du Sénégal en matière de supplémentation en vitamine A, mais propose des pistes pour la pérennisation des interventions. En effet, ce type d'intervention même s'il a un bon rapport coût/efficacité, reste conditionnée par la disponibilité des ressources qui se révèlent être toujours limitées.

La perception et l'attitude que les acteurs ont vis-à-vis des interventions de supplémentation en vitamine A varient selon leur niveau de prise de conscience de l'importance de la vitamine A sur la vue et la survie des enfants et de son intérêt sur le plan programmatique. En effet, la preuve a été faite que la vitamine A pouvait réduire la mortalité infantile d'environ un tiers dans de nombreux pays en voie de développement. Puisque la vitamine A peut être stockée dans le foie, un bon statut vitaminique A peut être maintenu ou amélioré en supplémentant les enfants de moins de 5 ans, tous les 4 à 6 mois. De fortes doses périodiques de vitamine A protègent contre la carence en vitamine A et ses conséquences, en constituant des réserves de vitamine A pour les moments de faible ingestion alimentaire ou de besoins accrus.

Sur le plan programmatique la supplémentation en vitamine A fait partie des interventions de moindre coût et à grands impacts. Elle offre une plateforme pour délivrer d'autres services de nutrition et de santé. Cette approche intégrée permet ainsi de mieux rationaliser les ressources qui resteront toujours très limitées.

Le défi est d'amener tous les acteurs (*le Gouvernement, le niveau central du ministère de la santé, le niveau opérationnel et les partenaires*) à avoir le même niveau de prise de conscience et donc d'engagement en faveur de la supplémentation en vitamine A.

Jusqu'à présent le soutien des partenaires et des donateurs à la supplémentation en vitamine A a été la clé du succès. Toutefois, les districts ont aussi leur part de responsabilité dans la viabilité des campagnes de supplémentation en vitamine A. Il faut que les districts sanitaires prennent vraiment conscience de l'importance de la supplémentation en vitamine A. Il faut qu'ils soient convaincus que cette activité doit bénéficier d'un appui financier à partir des ressources susceptibles d'être mobilisées localement. Il s'agira de les amener à faire de l'intensification de la supplémentation en vitamine A une priorité de santé publique et d'en faire un objectif de planification. Les autorités sanitaires au niveau opérationnel doivent comprendre que la mise en œuvre effective de la routine n'exclut pas des stratégies d'intensification qui permettent de garantir des couvertures élevées tout en offrant une plateforme où d'autres services de nutrition et de santé pourront être intégrés.

La supplémentation en vitamine A devrait être inclus dans le budget national et essentiellement pour les budgets de fonctionnement. Les collectivités locales devraient également aider dans le financement de cette activité en l'intégrant dans leur budget local.

Pour mettre en œuvre ces recommandations, il s'agit pour le Ministère de la santé de mettre effectivement en œuvre le **plan d'opérationnalisation des directives sur l'administration de la vitamine A en routine** élaboré en Juin 2005 avec l'appui de l'UNICEF et HKI.

Références bibliographiques

1. Aguayo, V. M., Baker, S. K., Crespín, X., Hamani, H., Mamadou, T. A., (2003)- Maintaining high vitamin A supplementation coverage in children. Lessons from Niger. HKI- Africa
2. Aguenou, H., Benazzouz, E.M., Majdi, M., (2006)- Référentiel législatif et réglementaire relatif à la fortification des denrées alimentaires par l'adjonction de vitamines et de minéraux
3. Ake, M., Poby, A.G., Malan, K.A., Tebi, A., Monnet, D., (2001)- Effets de la supplémentation en vitamine A sur les marqueurs de la nutrition dans la prise en charge de la malnutrition de l'enfant. Faculté de Pharmacie. Abidjan, Côte-d'Ivoire
4. BEGIN, F., AGUAYO, V., SIBANDA, M. M., (2004)- Accélération de la supplémentation en vitamine A ; rapport d'évaluation de pays: le Sénégal. Dakar, Sénégal
5. Cellule de la planification et de Statistiques (2005)- Nutrition au Mali : investissons aujourd'hui pour un développement durable. Bamako, Mali
6. Conseil d'administration du programme des Nations Unies pour le Développement et du Fonds des Nations Unies pour la Population (2006)- Projet de descriptif de programme de pays pour le Sénégal (2007-2011)
7. Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant, Direction de la Santé (2005)- Guide de formation sur les journées d'administration de la vitamine A couplée au déparasitage. Dakar, Sénégal
8. Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (2003)- Note introductive sur la vitamine A au Sénégal. Dakar, Sénégal
9. Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant, La supplémentation de la vitamine A et le déparasitage des enfants : l'expérience du Sénégal
10. Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (2006)- Journées locales de supplémentation en vitamine A et de déparasitage des enfants de Mai/ Juin 2006. Dakar, Sénégal
11. Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (2008)- Rapport des journées locales de supplémentation en vitamine A et de déparasitage de Novembre/ Décembre 2007. Dakar, Sénégal

12. Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (2005)- Opérationnalisation des directives pour l'administration de la vitamine A en routine (élaboration de plans de mise en œuvre de la routine au Sénégal). Dakar, Sénégal
13. Haselow, N., Obadiah, M., Akame, J. (2004)- Intégration de la supplémentation en vitamine A dans le traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires : Guide pratique pour l'Afrique. Helen KELLER International. Dakar, Sénégal
14. Helen Keller International (2004)- Intégration de la supplémentation en vitamine A dans le traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires : Guide pratique pour l'Afrique
15. Helen KELLER International (2006)- Note technique sur le déparasitage des enfants d'âge préscolaire
16. Helen KELLER International (2006)- Rapport de mise en œuvre du programme d'investissement (2004- 2006). Dakar, Sénégal
17. Ministère de l'Economie et des Finances- Mémoire sur les développements économiques récents et les perspectives à moyen long terme. Dakar, Sénégal
18. Ministère de l'Economie et des Finances. Mémoire sur les développements économiques récents et les perspectives à moyen long terme. Dakar, Sénégal
19. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2005)- Enquête rapide de couverture des journées locales de supplémentation en vitamine A au Sénégal de juillet/ Août 2005. HKI et USAID. Dakar, Sénégal
20. Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal (2006)- Journées locales de supplémentation en vitamine a et déparasitage des enfants de Mai/ Juin 2006. Dakar, Sénégal
21. NDIAYE, N. F. (2003)- Documentation sur les stratégies de supplémentation en vitamine A en dehors des Journées Nationales de Vaccination (JVN) au Sénégal. BASICS II. Dakar, Sénégal
22. Nations Unies (2002)- Session extraordinaire consacrée aux enfants
23. Organisation Mondiale de la Santé (2007)- Comment ajouter le déparasitage à la distribution de vitamine A

24. Organisation Mondiale de la Santé (1998)- Intégration de la supplémentation en vitamine A et de la vaccination : politique et répercussions programmatiques. Genève, Suisse
25. Organisation Mondiale de la Santé (2006)- Stratégie OMS de coopération avec les pays : république du Sénégal
26. Rassas, B., Hottor, J. K., Anerkai, O. A., Kwame, M. M., Agble, R., Nyaku, A., Taylor, T., (2004)- Cost analysis of the national vitamin A supplementation program in Ghana
27. Rassas, B., Nakamba, P. M., Mwela, C. M., Mutemwa, R. I., Mulenga, B., Siamusantu, W., Taylor, T.,()- Cost analysis in the national vitamin A supplementation program in Zambia
28. Robin H.,(2003)- Why they work : Analysis of three successful public health interventions : vitamin A supplementation programs in Ghana, Nepal and Zambia
29. SAKHO, M., (2005)- Diagnostic de la Situation Nationale Macroéconomie et Santé. Dakar, Sénégal
30. UNICEF (2002)- Projet de renforcement de la lutte contre la carence en vitamine A au Sénégal. Dakar, Sénégal
31. UNICEF (2007)- Supplémentation en vitamine A : une décennie de progrès,

Annexes

CESG - BIBLIOTHEQUE

Annexe n° I : Détail budget planifié au niveau opérationnel et transmis au niveau de la DANSE (avant l'adoption du paquet minimum d'appui financier)

région	districts ayant planifié	durée	montant total budgétisé
Dakar	Sud	4	4 521 967
	Centre	4	5 819 053
	Nord	4	6 391 746
	Ouest	4	2 945 800
	Guediawaye	4	5 413 003
	Pikine	4	9 832 788
	Mbao	4	5 302 475
	RM	4	1 827 000
	TOTAL		
Louga	Louga	4	1 095 920
	linguère	4	7 021 518
	Kébémér	4	7 021 518
	Dahra	4	4 002 000
	Darou Mousty	4	2 832 200
	RM	4	1 333 500
	Total		
Matam	Matam	5	4 821 700
	kanel		
	Ranérou		
Total			4 821 700
Fatick	Fatick		4 217 000
	Foundiougne		-
	Gossas	5	4 493 000
	Guinguinéo		2 048 000
	Sokone		4 234 700
	Dioffior		2 200 000
	TOTAL		
St Louis	St Louis		47 637 124
	Richard Toll		
	Dagana		
	Podor		
	RM		5 292 100
Total			52 929 224
Thiès	Khombole		
	Joal		
	Tivaoune	3	4 848 500
	Thiès	3	4 410 500
	Thiadiaye	3	4 005 000
	Popoquine		3 061 000

	Mbour		2 963 500
	mékhé		3 127 400
Total			22 415 900
Diourbel	Diourbel	4	9 368 300
	Bambey		6 303 000
	Mbacké	10	6 614 500
	Touba		13 237 960
	RM		3 916 050
Total			39 439 810
Ziguinchor	Bignona		3 760 000
	Oussouye		1 880 000
	Thionk -Essyl		1 510 000
	Ziguinchor		3 135 000
	RM		970 000
Total			11 255 000
Kaolack	Kaolack		11 800 181
	Kaffrine	5	5 750 100
Total			17 550 281
Montant planifié pour 42 districts/ 56	42 districts		230 965 103

Annexe II : détail du budget planifié au niveau opérationnel et soumis à la DANSE par niveau secteur d'activité (avant adoption du Paquet Minimum d'Appui Financier)

REGION	DISTRICT	JRS	Outils de gestions	Perdiem volontaires	SUP TERT	SUP SEC	ECD	ECR	chauf/loc vehic	Perdiem agents de santé	Mobilisation sociale	Formation	évaluation	Carburant	T. BUDGET	SOURCE
DAKAR	SUD	4		2 737 786	383 290	70 000	450 000	0	60 000	3 251 076	300 000	787 891	100 000	0	4 521 967	UNICEF
	CENTRE	4		3 617 352	506 429	105 000	450 000	0	60 000	4 288 781	300 000	1 047 272	100 000		5 819 053	UNICEF
	NORD	4		4 037 983	565 318	90 000	450 000	0	60 000	4 753 301	300 000	1 155 445	100 000		6 391 746	UNICEF
	OUEST	4		1 639 788	229 570	55 000	450 000	0	60 000	1 984 358	300 000	478 442	100 000		2 945 800	UNICEF
	GUEDJ	4		3 253 359	455 470	140 000	450 000	0	75 000	3 923 830	300 000	964 674	100 000		5 413 003	UNICEF
	PIKINE	4		6 451 087	903 152	70 000	450 000	0	75 000	7 499 239	300 000	1 809 049	100 000		9 832 788	UNICEF
	MBAO	4		3 228 251	451 955	90 000	450 000	0	75 000	3 845 206	300 000	932 769	100 000		5 302 475	UNICEF
	RM							1 012 500	90 000	1 102 500			300 000		1 827 000	UNICEF
TOTAL				24965606	3 495 184	620 000	3 150 000	1 012 500	555 000	30 648 291	2 100 000	7 175 542	1 000 000		42 053 832	

LOUGA	LOUGA	4	75000	640000	55920	185000	80000	0	40000	0	20000				1095920	BASICS
	LINGUERE	4				6045958	160000	100000			260000		350000	105560	7021518	BASICS
	KEBEMER	4		2760000	324000	360000	200000		320000		410000	753500		368000	7021518	BASICS
	DAHRA	4		2400000	156000		150000				420000	676500		200000	4002000	BASICS
	DAROU MOUSTY	4		1 500 000	275 000	245 000	225 000					167800		419400	2832200	BASICS
	RM	4			525000				75000		170000		339000	224500	1333500	
TOTAL															23306656	

MATAM	Matam	5		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	2336200	208000	4821700	UNICEF
	Kanel																UNICEF
	Ranérou																UNICEF

TOTAL

FATICK	FATICK				2432000	480000	240000		140000		300000			625000	4217000	HKI/BASICS
	FOUNDIOUGNE															HKI/BASICS
	GOSSAS	5		3630000	250000		315000		98000					240000	4493000	HKI/BASICS
	GUINGUINEO			490000	552000	100000	150000		56000		300000			400000	2048000	HKI/BASICS
	SOKONE			2060000	348000	340000	180000		168000		400000	587500		151200	4234700	HKI/BASICS
	DIOFFIOR														2200000	HKI/BASICS

TOTAL

12975700

ST LOUIS	ST LOUIS			15294907	6761100	4652000	2953000				9356000	7631117	989000		47 637 124	HKI
	R TOLL															HKI
	DAGANA															HKI
	PODOR															HKI
	RM							2370000					2922100		5292100	

TOTAL 52 929 224

THIES	KHOMBOLE			1416000	468000	180000	157500									BASICS
	JOAL															BASICS
	TIVAOUANE	3		2520000	462000	375000	150000		105000	3612000	80000	1156500			4848500	BASICS
	THIES	3		3045000	430500	540000	187500		87500		120000				4410500	BASICS
	THIADIAYE	3		2790000	735000						480000				4005000	BASICS
	POPONGUINE			1280000	204000		125000		36000		500 000	480000			3061000	BASICS
	MBOUR			1500000	405000	330000	262500							466000	2963500	BASICS
	MEKHE			1200000	280000		180000		150000		300000	365000		652400	3127400	BASICS
TOTAL															22415900	

DIOURBEL	DIOURBEL	4	268000	2600000	528000	380000	210000		1576000		2205000	950000	262500	388800	9368300	HKI
	BAMBEY			3384000	644000	480000	240000	120000	120000		233400	1032000	50000		6303000	HKI
	MBACKE	10		2500000		800000	540000		925000		1131000		575000	143500	6614500	HKI
	TOUBA		144984	4950000	531000	270000	270000		1581000		2300000	1885000	250000	554400	13237960	HKI
	RM										900000	619250	2347200	49600	3916050	HKI
TOTAL															39439810	

ZIG	BIGNONA			1650000	150000	740000			80000		1140000				3760000	BASICS
	OUSSOUYE			950000	150000	320000			40000		420000				1880000	BASICS
	THONK-ESSYL			800000	90000	220000			40000		360000				1510000	BASICS
	ZIG			1540000	150000	540000			65000		840000				3135000	BASICS
	RM				150000				100000		720000				970000	BASICS
TOTAL															11255000	

KAOLACK	KAOLACK			6680000	804000	400000	150000		762000		560000	1986000		448181	11800181	BASICS
	KAFFRINE	5		3750000		550000	187500		22500			1192500		47600	5750100	

17550281

Annexe n° III : détail de l'appui des partenaires selon les districts Juillet/ Août 2005
(premier passage 2005)

régions	Districts	Appui des partenaires			Total
		UNICEF	HKI/ projet MOST USAID	BASICS	
	D. centre	-	1787500	-	1787500
	D. Nord	-	1787500	-	1787500
	D. Ouest	-	1787500	-	1787500
	D. Sud	-	1787500	-	1787500
	Guédiawaye	-	1787500	-	1787500
	Mbao	-	1787500	-	1787500
	Pikine	-	1787500	-	1787500
	Rufisque	Recherche opérationnelle sur l'administration de la vitamine A en routine avec appui IM			
Dakar		-	12512500	-	12512500
	Bambey	-	1787500	-	1787500
	Diourbel	-	1787500	-	1787500
	Mbacké	-	1787500	-	1787500
	Touba	-	1787500	-	1787500
Diourbel		-	7150000	-	7150000
	Dioffior	-	1787500	-	
	Fatick	-	1787500	-	
	Foundiougne	-	1787500	-	
	Gossas	-	1787500	-	
	Guinguinéo	-	1487500	300000	
	Sokone	-	1787500	-	
Fatick		-	10425000	300000	10725000
	Kaffrine	-	1487500	300000	1787500
	Kaolack	-	1487500	300000	1787500
	Koungheul	-	1487500	300000	1787500
	Nioro	-	1487500	300000	1787500
Kaolack		-	5950000	1200000	7150000
	Kolda	Journée Survie de l'Enfant (JSE)	-	-	-
	Goudomp	JSE	-	-	-
	Sédhiou	JSE	-	-	-
	Vélingara	JSE	-	-	-
Kolda		-	-	-	-
	Dahra	-	1487500	300000	1787500
	Darou-Mousty	-	1487500	300000	1787500
	Kébémér	-	1487500	300000	1787500
	Linguère	-	1487500	300000	1787500
	Louga	-	1487500	300000	1787500
		-	7437500	1500000	8937500
Louga					
	Kanel	-	1787500	-	1787500
	Matam	-	1787500	-	1787500
	Ranérou	-	1787500	-	1787500

Matam		-	5362500	-	5362500
	Dagana	-	1787500	-	1787500
	Podor	-	1787500	-	1787500
	Richard-Toll	-	1787500	-	1787500
	Saint-Louis	-	1787500	-	1787500
Saint- Louis		-	7150000	-	7150000
	Bakel	Journée survie de l'enfant (JSE)	-	-	-
	Goudiry	JSE	-	-	-
	Kidira	JSE	-	-	-
	Kédougou	JSE	-	-	-
	Koumpentoum	JSE	-	-	-
	Tambacounda	JSE	-	-	-
Tambacounda		-	-	-	-
	Joal- Fadiouth	-	1487500	300000	1787500
	Khombole	-	1487500	300000	1787500
	Mbour	-	1487500	300000	1787500
	Mékhé	-	1487500	300000	1787500
	Poponguine	-	1487500	300000	1787500
	Thiadiaye	-	1487500	300000	1787500
	Thiès	-	1487500	300000	1787500
	Tivaouane	-	1487500	300000	1787500
Thiès		-	11900000	2400000	14300000
	Bignona	-	1487500	300000	1787500
	Oussouye	-	1487500	300000	1787500
	Thionk-Essyl	-	1487500	300000	1787500
	Ziguinchor	-	1487500	300000	1787500
Ziguinchor		-	5950000	1200000	7150000
Total		-	73 837 500	6600000	-

Annexe n°IV : détail de l'appui des partenaires selon les districts (premier passage 2007)

régions	Districts	Appui des partenaires			
		UNICEF	HKI	PRN	IM
	D. centre	-	-	1200000	-
	D. Nord	-	-	1200000	-
	D. Ouest	-	-	1200000	-
	D. Sud	-	1200000	-	-
	Guédiawaye	-	-	1200000	-
	Mbao	-	-	1200000	-
	Pikine	-	-	1200000	-
	Rufisque	-	-	1200000	-
Dakar		-	1200000	8400000	-
	Bambey	-	-	1200000	-
	Diourbel	-	-	1200000	-
	Mbacké	-	1200000	-	-
	Touba	-	-	1200000	-
Diourbel		-	1200000	3600000	-
	Dioffior	-	-	1200000	-
	Fatick	-	-	1200000	-
	Foundiougne	-	-	1200000	-
	Gossas	-	-	1200000	-
	Guinguinéo	-	-	1200000	-
	Sokone	-	-	1200000	-
Fatick		-	-	7200000	-
	Kaffrine	-	-	1200000	-
	Kaolack	-	-	1200000	-
	Ndoffane	-	-	1200000	-
	Koungheul	-	-	1200000	-
	Nioro	-	-	1200000	-
Kaolack		-	-	6000000	-
	Kolda	Journée Survie de l'Enfant (JSE)	-	1200000	-
	Goudomp	JSE	-	1200000	-
	Sédhiou	JSE	-	1200000	-
	Vélingara	JSE	-	1200000	-
Kolda		-	-	4800000	-
	Dahra	-	1200000	-	-
	Darou-Mousty	-	1200000	-	-
	Kébémér	-	1200000	-	-
	Linguère	-	1200000	-	-
	Louga	-	-	1200000	-
Louga		-	4 800 000	1 200 000	-
	Kanel	JSE	-	-	-
	Matam	JSE	-	-	-
	Ranérou	JSE	-	-	-
Matam		-	-	-	-
	Dagana	-	-	1200000	-
	Podor	-	1200000	-	-

	Pété	-	1200000	-	-
	Richard-Toll	-	-	1200000	-
	Saint-Louis	-	-	1200000	-
Saint- Louis		-	2 400 000	3 600 000	-
	Bakel	Journée survie de l'enfant (JSE)	-	-	-
	Djanké Makha	JSE	-	-	-
	Malicounda	JSE	-	-	-
	Goudiry	JSE	-	-	-
	Kidira	JSE	-	-	-
	Kédougou	JSE	-	1200000	-
	Koumpentoum	JSE	-	-	-
	Saraya	JSE	-	-	-
	Tambacounda	JSE	-	-	-
Tambacounda		-	-	2 400 000	-
	Joal- Fadiouth	-	-	-	1200000
	Khombole	-	-	1200000	-
	Mbour	-	-	1200000	-
	Mékhé	-	-	-	1200000
	Pout	-	-	-	1200000
	Poponguine	-	-	-	1200000
	Thiadiaye	-	-	-	1200000
	Thiès	-	-	1200000	-
	Tivaouane	-	-	1200000	-
Thiès		-	-	4 800 000	6 000 000
	Bignona	1200000	-	-	-
	Diouloulou	1200000	-	-	-
	Oussouye	1200000	-	-	-
	Thionk-Essyl	1200000	-	-	-
	Ziguinchor	-	-	1200000	-
Ziguinchor		4 800 000	-	1 200 000	-
Total		4 800 000	9 600 000	43 200 000	6 000 000

Annexe V : tableau récapitulatif des Journées Nationales de Micronutriments de 1999 à 2002 au Sénégal

régions	Supplémentation 1999			Supplémentation 2000			Supplémentation 2001			Supplémentation 2002		
	Cibles 0-59 mois	C. S	% couver	Cibles 0-59 mois	C. S	% couver	Cibles 0-59 mois	C.S	% couver	cibles 0-59 mois	C.S	% couvert
Dakar	391 922	287 008	73%	406 282	309 470	79%	421 053	281 151	67%	440 386	382 576	87%
Diourbel	152 822	158 546	104%	157 546	182 229	116%	162 379	182 135	112%	206 498	189 678	99%
Fatick	108 048	100 808	93%	109 818	111 582	102%	111 531	114 395	103%	108 654	105 750	98%
Kaolack	187 551	162 226	86%	192 224	170 073	88%	196 971	179 490	91%	209 139	169 703	81%
Kolda	135 888	153 076	113%	139 185	144 754	104%	142 531	153 929	108%	38 722	38 704	99%
Louga	96 129	92 891	97%	96 911	93 236	96%	97 648	100 164	103%	113 740	111 028	98%
St. Louis	144 979	134 557	93%	147 085	146 416	100%	149 907	131 050	87%	113 740	117 043	104%
Tamba	88 334	78 020	88%	90 450	108 010	119%	92 596	97 492	105%	99 220	79 405	80%
Thiès	222 839	164 515	74%	234 127	209 764	90%	228 889	181 522	79%	248 789	231 414	93%
Ziguinchor	92 607	71 974	78%	94 963	71 070	75%	97 358	62 695	64%	99 793	72 389	73%
Total	1 621 119	1 403 621	87%	1 668 589	1 546 988	93%	1 700 915	1 484 023	87%	1 678 034	1 397 690	91%

Annexe VI :**Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale****Région médicale de Dakar****District Nord****Répartition des ressources selon les sources de financement**

Rubriques	Sources de financement			total
	PRN	Districts	Comités de santé	
Unité 16	45 000	175 000	140 000	202 500
Unité 22	45 000	17 500	46 000	108 500
Unité 8	74 000	3 500	57 000	135 000
Unité 9	59 000	3 500	79 000	141 500
Khar yalla	120 000	17 500	140 000	278 000
Grand yoff 1	105 000	17 500	167 000	289 500
Grand yoff 2	150 000	17 500	67 000	234 500
Centre de santé Cambéréne	149 000	3 500	119 000	271 500
Centre de santé Nabil Choucair	45 000	17 500	195 200	257 700
Grand Médine	60 000	175 000	126 000	203 500
Norade	64 000	17 500	126 000	111 500
HLM grand yoff	74 000	21 000	274 000	369 000
Unité 26	45 000	17 500	121 200	183 700
CSPA / CSMPA	165 000	20 000	476 000	661 000
ECD		236 000		236 000
Chauffeur et secrétaire		42 000		42 000
Radio		45 000		45 000
Carburant		50 000		50 000
Montant total	1 200 000	578 500	2 042 400	3 820 400