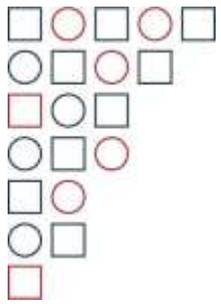




Analyse du paysage des opportunités et des défis liés à la transition potentielle de la supplémentation en fer- acide folique aux MMS au Sénégal







À PROPOS DE NOUS

Nutrition International est une organisation mondiale de nutrition dont le siège social se trouve à Ottawa, au Canada. Depuis plus de 30 ans, nous nous concentrons sur la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles peu coûteuses et à fort impact pour les personnes vulnérables. Travaillant aux côtés des gouvernements en tant qu'alliés experts, nous combinons une expertise technique approfondie avec une approche flexible, augmentant l'impact sans accroître la complexité des coûts. Dans plus de 60 pays, principalement en Asie et en Afrique, Nutrition International nourrit les gens pour nourrir la vie.

www.NutritionIntl.org

À PROPOS DE CE RAPPORT

L'Analyse du paysage des opportunités et des défis liés à la transition potentielle du fer-acide folique vers les MMS au Sénégal a été réalisée par Nutrition International en partenariat avec le gouvernement du Sénégal et avec le soutien financier généreux de la Fondation Eleanor Crook et de la Fondation Waterloo.

Ce rapport a été rédigé par Sonia Blaney, Mohamadou Sall et Jennifer Hatchard. La collecte et l'analyse des données primaires ont été réalisées par Sonia Blaney, Mohamadou Sall, Jennifer Hatchard et Loloah Chamoun. La direction et la supervision du projet ont été assurées par Jennifer Busch-Hallen, Balla Diedhiou, Roselyne Ndwiga, Amadou Ndiaye et Jennifer Hatchard, avec un soutien important de la sous-unité Santé et nutrition maternelle et néonatale de Nutrition International et du bureau national du Sénégal.

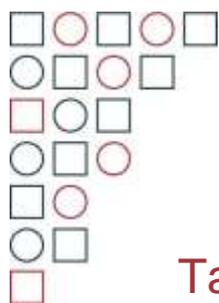
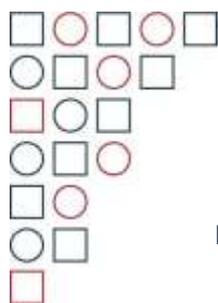
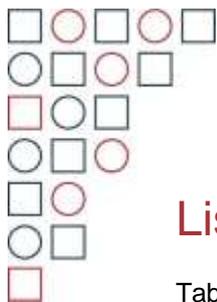


Table des matières

| | |
|---|-----------|
| À propos de nous..... | 2 |
| À propos de ce rapport | 2 |
| Liste des tableaux | 5 |
| Liste des Figures..... | 6 |
| Liste des Annexes..... | 7 |
| Liste des acronymes et abréviations..... | 8 |
| Résumé..... | 10 |
| Introduction..... | 14 |
| État national et régional de la santé et de la nutrition maternelles et néonatales au Sénégal | 14 |
| Santé maternelle et néonatale (mortalité maternelle, néonatale et périnatale, prématurité, mortinatalité) | 14 |
| État nutritionnel des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et des nouveau-nés | 16 |
| Couverture des interventions nutritionnelles essentielles prénatales et postnatales..... | 17 |
| Consultations prénatales et postnatales - Couverture | 19 |
| Analyse du paysage | 20 |
| Méthodologie | 20 |
| Examen de la documentation | 20 |
| Sélection du site | 20 |
| Élaboration du questionnaire..... | 20 |
| Enquêteurs | 21 |
| Collecte de données..... | 21 |
| Analyse des données | 21 |
| Résultats | 21 |
| Perception des problèmes de la nutrition..... | 22 |
| Pilier 1 - Politiques et protocoles | 22 |
| Pilier 2 - Prestation de services..... | 26 |
| Répartition du personnel..... | 26 |
| Capacités du personnel | 28 |
| Disponibilité des consultations de soins prénatales (CSP)..... | 31 |
| Qualité des services de CSP..... | 32 |
| Les nutritionnistes dans le système de santé..... | 34 |
| Système d'information sur la santé | 35 |



| | |
|--|-----------|
| Coordination | 36 |
| Partenariats | 37 |
| PILIER 3 - PRODUIT ET FOURNITURE | 40 |
| Sélection et exigences des produits de nutrition maternelle | 40 |
| Importation..... | 41 |
| Distribution et entreposage | 42 |
| Accès et consommation de compléments multiples en micronutriments (MMS) | 46 |
| PILIER 4 - FinancEMENT | 47 |
| Budget de la nutrition..... | 47 |
| Coûts des consultations de soins prénatals (CSP) et des soins/consultations postnatales (S/CPN)..... | 53 |
| Priorisation..... | 55 |
| Méthodologie | 55 |
| Collecte de données..... | 55 |
| Analyse des données..... | 57 |
| Prestation de services :..... | 57 |
| Produit et approvisionnement : | 57 |
| Résultats..... | 58 |
| Validation des goulots d'étranglement et des défis et identification des solutions | 58 |
| Priorisation du domaine | 58 |
| Priorisation des questions de recherche..... | 58 |
| Recommandations et prochaines étapes | 62 |
| Limites | 62 |
| Conclusion..... | 63 |
| Références | 64 |
| Annexes..... | 69 |
| ANNEXE 1. CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES ET ASSOCIATIONS INTERNATIONALES ET GOUVERNEMENTALES IMPLIQUÉES DANS LA NUTRITION MATERNELLE AU SÉNÉGAL. | 69 |
| ANNEXE 2A. DÉFIS ET OPPORTUNITÉS POTENTIELS DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME MMS ET SOLUTIONS POUR SURMONTER LES DÉFIS : PILIER DE LA PRESTATION DE SERVICES | 75 |
| ANNEXE 2B. DÉFIS ET OPPORTUNITÉS POTENTIELS DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE SUPPLÉMENTATION EN MMS ET DES SOLUTIONS POUR SURMONTER LES DÉFIS : PILIER PRODUIT ET FOURNITURE..... | 81 |



Liste des tableaux

Tableau 1. Taux de mortalité périnatale au cours des cinq années précédant l'enquête, par région (ANSD et ICF, 2018).

Tableau 2. Prévalence (%) des bébés présentant un faible poids à la naissance, un poids insuffisant, un surpoids et une anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP).

Tableau 3. Couverture des interventions prénatales et postnatales essentielles en matière de nutrition et de santé, Sénégal.

Tableau 4. Couverture (%) des contacts CSP, de la supplémentation en FAF et du déparasitage pour les femmes enceintes par région, Sénégal.

Tableau 5. Description des entretiens prévus et ceux réalisés au cours de l'analyse du paysage.

Tableau 6. Rapports démographiques des prestataires de soins de santé par région (MSAS, 2020).

Tableau 7. Calendrier de supervision par niveau (MSAS, 2018c).

Tableau 8. Proportion (%) du personnel formé aux soins prénatals, conseillant les femmes enceintes et ayant été supervisé au cours des six derniers mois.

Tableau 9. Coût unitaire (Francs CFA) des composants de CPN

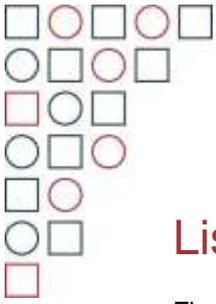
Tableau 10 : Critères de priorisation des domaines et des questions de recherche

Tableau 11. Classement global pour les domaines sous les piliers « Prestation de services » et « Produits et approvisionnement. ».

Tableau 12. Questions de recherche initiales proposées et classement.

Tableau 13. Liste récapitulative des domaines de recherche sur la mise en œuvre prioritaires et des questions pour l'introduction potentielle et la transition vers le MMS au Sénégal.

Tableau 14. Tableau d'orientation opérationnelle préliminaire pour faire progresser le programme d'apprentissage sur le MMS du Sénégal



Liste des Figures

Figure 1. Mortalité liée à la grossesse avec intervalles de confiance, 2005-2017 (ANSD et ICF, 2018)

Figure 2. Chaîne d’approvisionnement du secteur de la santé reproductive (SEMA, 2023)

Figure 3. Supply Chain Diagram and Description – RSP to health districts pharmacies.

Figure 4. Schéma et description de la chaîne d’approvisionnement – Des pharmacies des districts sanitaires aux entrepôts des centres de santé

Figure 5. Dépenses du SRMN-N (en millions de francs CFA et en % du PIB) de 2014 à 2021, Sénégal.

Figure 6. Dépenses en santé reproductive, maternelle, néonatale et nutrition SRMN-N par composante, 2014-2021, Sénégal

Figure 7. Dépenses en Santé reproductive, maternelle, néonatale et nutrition SRMN-N par sources de financement, 2014-2021, Sénégal

Figure 8. Principaux donateurs soutenant les programmes de santé reproductive maternelle et néonatale au Sénégal.

Figure 9. Définitions et déroulement du processus de priorisation.



Liste des Annexes

Annexe 1. Cartographie des partenaires et associations internationales et gouvernementales impliquées dans la nutrition maternelle au Sénégal

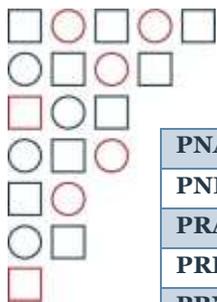
Annexe 2A. Défis et opportunités potentiels de mise en œuvre du programme MMS et solutions pour surmonter les défis : pilier de la prestation de services

Annexe 2B. Défis et opportunités potentiels de mise en œuvre du programme de supplémentation en MMS et des solutions pour surmonter les défis : pilier produit et fourniture

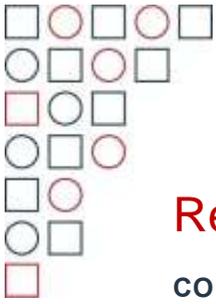


Liste des acronymes et abréviations

| Acronymes | Formulation complète |
|----------------|---|
| ANSD | Agence nationale de la statistique et de la démographie |
| AP | Analyse du paysage |
| ARP | Agence Sénégalaise de réglementation pharmaceutique |
| ASC | Agent de santé communautaire |
| BTS | Baccalauréat technique supérieur |
| CDS | Comité de développement sanitaire |
| CFA | Francs CFA : francs de la Communauté financière africaine |
| CLM | Cellule de lutte contre la malnutrition |
| CHNRI | Initiative de recherche sur la santé et la nutrition des enfants |
| CNDN | Conseil National de développement de la nutrition |
| CPN | Consultation (s) prénatale (s) |
| CPoN | Consultation (s) postnatale (s) |
| COSFAM | Comité Sénégalais pour la fortification des aliments en micronutriments |
| DSME | Direction de la santé de la mère et de l'enfant |
| DAN | Division de l'alimentation et de la nutrition |
| EDS | Enquête démographique et de santé |
| ENDSS | École Nationale de développement sanitaire et social |
| FAF | Fer et acide folique |
| FAR | Femmes en âge de reproduction |
| FE | Femmes enceintes |
| GAIN | Global Alliance for Improved Nutrition |
| GdS | Gouvernement du Sénégal |
| Hb | Hémoglobine |
| HKI | Helen Keller International |
| IB | Initiative de Bamako |
| ICP | Infirmier-chef de poste |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| ISMEA | Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique |
| MCD | Médecin-chef de district |
| MCR | Médecin-chef de région |
| MMS | Suppléments multiples en micronutriments |
| MSAS | Ministère de la santé et de l'action sociale |
| NI | Nutrition International |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PAM | Programme alimentaire mondial |
| PCIME | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PIPAEDS | Investir dans la petite enfance pour le développement humain au Sénégal |



| | |
|-------------------|--|
| PNA | Pharmacie nationale d'approvisionnement |
| PNDSS | Plan national de développement sanitaire et social |
| PRA | Pharmacie régionale d'approvisionnement |
| PRFI | Pays à revenu faible et intermédiaire |
| PRN | Programme de renforcement de la nutrition |
| PSMN | Plan stratégique multisectoriel de nutrition |
| PSNSE | Plan stratégique national pour la survie de l'enfant |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| REMO | Recherche de mise en œuvre |
| SEMA | Projet « Améliorer l'accès équitable au marché de la santé reproductive » |
| SMART | Sustainable, Measurable, Achievable, Resourced and Tailored /Durable, mesurable, réaliste, financées adéquatement et adaptée au contexte |
| SP | Sulfadoxine et Pyriméthamine |
| SRANSE | Superviseur régional pour l'alimentation, la nutrition et la survie de l'enfant |
| SREIPS | Superviseur régional de l'éducation et de l'information pour la santé |
| SRMNI-N | Santé reproductive, maternelle, néonatale et nutrition |
| SRMNIA-NUT | Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition |
| SUN | Mouvement pour le renforcement de la nutrition |
| UCAD | Université Cheikh Anta Diop |
| UNICEF | Fonds des Nations unies pour l'enfance |
| USAID | Agence des États-Unis pour le développement international |
| VIH/SIDA) | Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise |



Résumé

CONTEXTE

La supplémentation prénatale en micronutriments multiples (MMS) est plus efficace et plus rentable que la supplémentation en fer et en acide folique (FAF) pour améliorer l'issue de la grossesse. Elle présente des avantages équivalents dans la prévention de l'anémie maternelle et elle est sans danger pour les mères et les bébés (Keats, et al., 2019; Smith, et al 2017). En 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé que des recherches de mise en œuvre (REMO) soient menées dans les contextes où le passage du FAF aux MMS est envisagé dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI).

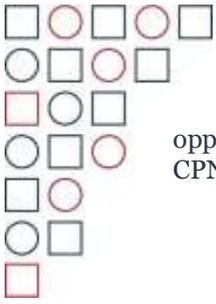
Sur la base de la récente recommandation de l'OMS et des besoins des mères et des nouveau-nés dans le pays, le gouvernement du Sénégal (GdS) envisage d'introduire les MMS chez les femmes enceintes dans le cadre des consultations prénatales (CPN). Un groupe de travail sur les MMS a été créé en mars 2024 par la Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME) du Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal et une feuille de route pour la mise à l'échelle des MMS a été élaborée. Nutrition International a travaillé en partenariat avec le GdS, soutenu et financé par la Fondation Eleanor Crook et la Fondation Waterloo, pour réaliser une analyse du paysage (AP) afin de mieux comprendre les opportunités et les défis liés à l'introduction potentielle et à la mise à l'échelle des MMS, y compris l'identification des questions les plus importantes à explorer par le biais d'une recherche de mise en œuvre ou à aborder par le biais de recommandations destinées au GdS s'il décidait de faire la transition.

MÉTHODES

Pour lancer le processus d'AP, un atelier d'engagement des parties prenantes, présidé par la DSME, a été organisé en avril 2024 à Dakar, au Sénégal, afin de partager le contexte, les données probantes, les orientations mondiales et le processus d'AP proposé. Une revue de la littérature portant sur les politiques, les normes, les programmes, la prestation de services de soins prénatals, l'approvisionnement en médicaments, et sur les partenariats impliqués en matière de nutrition maternelle a été réalisée préalablement à la collecte de données sur le terrain. Pour l'AP, quatre (4) régions (Dakar, Kaffrine, Kolda, Ziguinchor) ont été sélectionnées sur la base de critères liés au processus. Des questionnaires ont été élaborés pour recueillir des données complètes sur quatre piliers clés, à savoir : les politiques/normes/programmes, la prestation de services, l'approvisionnement en produits et le financement. Les données ont été collectées en mai et juin 2024, avec la participation des principales parties prenantes aux niveaux national, régional, du district et des structures de santé. Les entretiens ont été transcrits et analysés à l'aide d'une matrice divisée selon les quatre piliers. Les résultats ont mis en évidence les goulots d'étranglement et les opportunités à l'introduction et à la mise à l'échelle potentielles des MMS. Les résultats ont été partagés et validés lors d'un deuxième atelier, également présidé par la DSME, en juillet 2024 à Dakar, au Sénégal. Les participants ont été invités à développer des solutions potentielles aux défis identifiés, sur la base desquelles des questions de recherche ont été élaborées. Les domaines ont été développés suite à une analyse thématique des défis et des opportunités identifiés lors de l'AP. La hiérarchisation démocratique des domaines de recherche et des questions correspondantes, ainsi que l'élaboration concertée de recommandations ont également été réalisées lors du deuxième atelier.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats présentés plus bas sont une synthèse des informations obtenues à partir de la revue de la littérature, sur le terrain et de l'exercice de validation. Ils sont organisés par pilier et par



opportunité et défi clé à l'introduction potentielle et la mise à échelle des MMS au Sénégal via les CPN offertes dans les structures de santé publiques.

- 1. Politiques et protocoles :** Plusieurs politiques, normes et protocoles sont disponibles pour guider et soutenir un éventuel programme de MMS au Sénégal, mais une mise à jour et un alignement selon un processus clair sont nécessaires. Les protocoles relatifs à la détection et au traitement de l'anémie ne sont pas alignés et doivent être harmonisés, ce qui sera particulièrement important dans le contexte de l'introduction et de la mise à l'échelle des MMS.
- 2. Prestation de services :** La formation des prestataires de soins de santé n'est présentement pas suffisamment axée sur la nutrition maternelle et un renforcement des capacités est nécessaire sur les techniques de changement de comportement. La prestation de services de nutrition maternelle manque aussi de ressources, notamment en ce qui concerne la dotation et la répartition du personnel, ainsi que la supervision. Le manque de coordination, la surcharge de travail des prestataires de santé et l'accès limité aux CPN dans certains secteurs ont également été identifiés comme des défis. Une association de sages-femmes forte, la volonté de fournir des soins prénataux de qualité, l'existence de points focaux dédiés à la nutrition aux niveaux régional et district ainsi que la possibilité d'impliquer davantage les agents de santé communautaires ont été identifiés comme des opportunités.
- 3. Produits et approvisionnement :** Les pénuries de produits à la pharmacie nationale d'approvisionnement lesquels se répercutent au niveau des régions et des districts, le non-fonctionnement occasionnel du logiciel de gestion des stocks, la formulation actuelle du FAF distribué aux femmes enceintes (FE), les mauvaises conditions de conservation dans certains secteurs et la variation du prix du FAF pour la FE ont été identifiés comme les principaux défis à relever. Le potentiel d'approvisionnement local, le niveau élevé de formation des pharmaciens ainsi que la disponibilité et l'utilisation d'un logiciel de gestion des stocks ont été identifiés comme des opportunités. Les personnes interrogées ont également indiqué une préférence pour les plaquettes comme emballage pour les MMS.
- 4. Financement :** Il existe une ligne dédiée à la nutrition dans le budget au niveau de la Primature, mais de façon générale, le budget alloué à la nutrition maternelle est insuffisant.

La collecte de données a mis en évidence et confirmé l'intérêt des autorités locales pour la transition du FAF aux MMS, comme le reflète le Plan stratégique multisectoriel de nutrition (PSMN) 2024-2028, qui mentionne des études sur la faisabilité des MMS devraient être conduites (p. 136). L'exercice de priorisation a généré une liste complète de domaines et de questions de recherche sur les MMS (voir Tableau 12 du rapport) et a permis d'élaborer des orientations opérationnelles préliminaires suivantes, qui sont destinées à servir de guide au groupe de travail sur les MMS dans sa prise de décision concernant la recherche et la mise en place d'un programme sur les MMS au Sénégal.



Orientations opérationnelles préliminaires pour faire avancer le programme sur les MMS du Sénégal

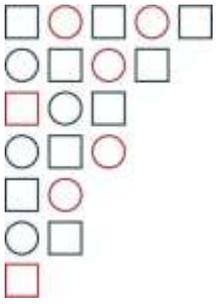
| Seau 1 | Seau 2 | Seau 3 |
|---|--|--|
| Accès et disponibilité de CPN de qualité, y compris la prestation de services de MMS, et l'adhésion aux MMS | Renforcement et optimisation de la chaîne d'approvisionnement | Gestion des systèmes de santé, y compris la répartition et la coordination du personnel et les systèmes d'information de la santé |
| <p>La meilleure façon d'aborder ce domaine est de tester des solutions potentielles par le biais de la recherche sur la mise en œuvre (REMO). Une REMO pourrait explorer les mécanismes et les initiatives visant à améliorer la capacité (connaissances et compétences, y compris le counseling) des prestataires de santé, ainsi que les acteurs communautaires, à optimiser l'accès aux MMS dans le cadre des soins prénatals, à fournir des services de nutrition maternelle de qualité (y compris la supplémentation en MMS) dans le cadre de soins prénatals complets, et à augmenter l'utilisation et l'adhésion aux MMS. L'acceptabilité, la faisabilité, la durabilité, l'équité et le rapport coût-efficacité de ces mécanismes et initiatives pourraient être évaluées à l'aide d'un ensemble de méthodes, notamment une évaluation des processus, une étude des coûts et une évaluation des résultats.</p> | <p>Bien que ce domaine puisse convenir à la recherche sur la mise en œuvre (REMO), une évaluation de la chaîne d'approvisionnement est plus efficace pour : évaluer la fiabilité à satisfaire les besoins en produits de base pour l'introduction des MMS (par exemple, par le biais d'un essai pilote); identifier les goulots d'étranglement logistiques; suivre la performance de la distribution des MMS; comprendre les facteurs qui pourraient avoir un impact sur la demande des MMS; et finalement améliorer la performance de la chaîne d'approvisionnement. Une évaluation des besoins des utilisateurs finaux, ainsi que des exigences en matière de produits, des capacités de fabrication et des évaluations des coûts, pourrait aider à déterminer l'emballage idéal pour les MMS au Sénégal.</p> | <p>Bien que ce domaine puisse faire l'objet d'une REMO, une évaluation du système de santé est mieux adaptée pour évaluer l'efficacité, l'efficience, l'acceptabilité et l'équité du des soins prénatals du Sénégal. Une évaluation du système de santé pourrait avoir lieu avant ou parallèlement à l'introduction des MMS et devrait être menée et coordonnée avec les partenaires qui soutiennent déjà les efforts de renforcement des systèmes de santé au Sénégal. Cette évaluation pourrait viser à tester l'impact et l'acceptabilité des approches de renforcement des systèmes de santé par le biais de méthodes randomisées ou non randomisées et d'études descriptives, écologiques et/ou qualitatives. Elle pourrait également viser à évaluer la qualité et l'efficacité du système d'informations sanitaires.</p> |

ALIGNEMENT SUR LA RECOMMANDATION DE L'OMS POUR LA REMO SUR LES MMS

Les recommandations 2020 de l'OMS sur les soins prénatals pour une expérience positive de la grossesse - Mise à jour des interventions nutritionnelles : les MMS pendant la grossesse proposent cinq résultats de mise en œuvre à évaluer pour déterminer l'impact du passage des suppléments de FAF aux MMS, à savoir : l'acceptabilité, la faisabilité, la durabilité, l'équité et le rapport coût-efficacité. Plusieurs, voire tous les résultats de mise en œuvre de l'OMS peuvent être étudiés dans le cadre d'une REMO, et chacun représente un aspect important de la mise en œuvre qui peut être étudié et qui fournira des informations utiles aux parties prenantes. Généralement, les résultats de mise en œuvre font partie des questions de recherche secondaires qui contribuent à leur tour, aux questions de recherche primaires et déterminent la conception de la recherche.

RECOMMANDATIONS

- **Des recherches sur les MMS devraient être menées au Sénégal** afin de tester les solutions potentielles aux obstacles identifiés et approfondir les goulots d'étranglement prioritaires en utilisant le tableau ci-dessus. Le groupe de travail MMS pourrait coordonner et superviser toutes les recherches sur les MMS au Sénégal, y compris la mobilisation des ressources pour soutenir ces activités. Les résultats de la recherche sur les MMS peuvent fournir des informations essentielles pour guider la transition SMART et la mise à l'échelle des MMS dans le pays.

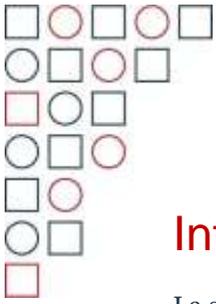


- **Politiques et protocoles** : Un processus clair devrait être élaboré et mis en œuvre pour l'alignement et la mise à jour du contenu des politiques et des protocoles relatifs à la nutrition maternelle et pour soutenir la transition vers les MMS et leur mise à l'échelle. L'alignement du contenu des politiques et des protocoles contribuera à garantir une détection et un traitement optimaux de l'anémie. Par ailleurs, l'abréviation « MMS » devrait être clarifiée dans le PSMN.
- **Prestation de services** : Pour réussir la transition vers les MMS et sa mise à l'échelle, les prestataires de soins prénatals ont besoin d'une formation et d'outils supplémentaires pour renforcer leurs techniques de changement de comportement et leurs connaissances sur la nutrition maternelle, ainsi que d'un suivi approprié pour garantir l'intégration des acquis. La répartition du personnel de santé et les rôles et responsabilités du personnel de santé communautaire doivent être revus.
- **Chaîne d'approvisionnement** : Les ruptures de stock au niveau central et leurs répercussions au niveau des régions ont été identifiées comme l'un des plus grands obstacles à la programmation du FAF au Sénégal et celle-ci doivent être résolues. En outre, les MMS devraient être ajoutés à la liste des médicaments essentiels.
- **Financement** : Une ligne budgétaire spécifique est nécessaire pour assurer un approvisionnement durable en MMS au niveau central et la mobilisation de ressources nationales pour les MMS devrait être explorée. Les MMS devraient être subventionnés pour les FE.

PROCHAINES ÉTAPES

Le gouvernement du Sénégal dispose désormais d'une liste de recommandations et de questions de recherche prioritaires qui peuvent compléter la feuille de route du groupe de travail sur les MMS. La feuille de route, la liste des questions et les recommandations prioritaires peuvent être utilisées pour soutenir la prise de décision du gouvernement et la coordination des efforts des partenaires en vue d'introduire et de porter à l'échelle les MMS d'une manière durable, mesurable, réaliste, dotée de ressources appropriées et adaptée au contexte (SMART)¹. Les prochaines étapes consisteront à travailler avec le groupe de travail MMS pour valider la liste des priorités et des recommandations, sécuriser le financement et assigner les domaines de recherche et les questions aux partenaires respectifs, et enfin, plaider pour un soutien accru afin de mettre en œuvre les recommandations.

¹ Nutrition International, 2023



Introduction

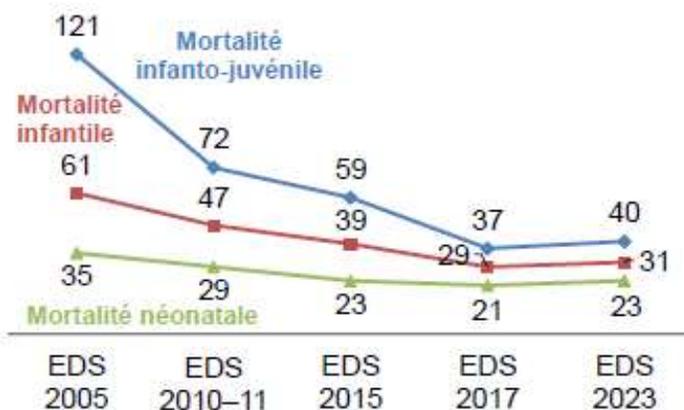
La supplémentation prénatale en micronutriments multiples (MMS) est plus efficace et plus rentable que la supplémentation en fer et en acide folique (FAF) pour améliorer l'issue de la grossesse, présente des avantages équivalents dans la prévention de l'anémie maternelle en plus d'être sans danger pour les mères et les bébés (Smith, et al 2017 et Keats, et al 2019). En 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé que des recherches sur la mise en œuvre (REMO) soient menées dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) où le passage du FAF aux MMS est envisagé. La REMO est utile pour comprendre comment mettre en œuvre efficacement des interventions qui ont fait leurs preuves, telles que la prise de MMS durant la période prénatale, dans des contextes réels. La REMO peut être utilisée pour identifier et étudier les problèmes et les défis qui empêchent la mise en œuvre efficace d'interventions telles que les MMS pour ensuite développer et tester des solutions à ces problèmes. Depuis la recommandation de l'OMS de 2020, la situation globale sur les MMS a évolué rapidement, de nombreux PRFI explorant actuellement la transition des programmes de FAF établis depuis plusieurs décennies vers les MMS.

Sur la base de la récente recommandation de l'OMS et des besoins des mères et des nouveau-nés dans le pays, le gouvernement du Sénégal (GdS) envisage d'introduire le MMS pour les femmes enceintes (FE) dans le cadre des soins prénatals. Nutrition International (NI) a travaillé en partenariat avec le GdS, grâce au financement et soutien de la Fondation Eleanor Crook et de la Fondation Waterloo pour la réalisation d'une analyse du paysage (AP) afin de mieux comprendre les opportunités et les défis liés à l'introduction potentielle et à la mise à l'échelle des MMS, y compris l'identification des questions les plus importantes à explorer par le biais de la recherche de mise en œuvre ou à aborder par le biais de recommandations si le GdS décide de procéder. Ce rapport explique en détails les résultats de l'AP et résume les recommandations pour les prochaines étapes.

ÉTAT NATIONAL ET RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA NUTRITION MATERNELLES ET NÉONATALES AU SÉNÉGAL

Santé maternelle et néonatale (mortalité maternelle, néonatale et périnatale, prématurité, mortinatalité)

Les données disponibles dans les enquêtes démographiques et de santé (EDS) du Sénégal montrent une tendance à la baisse de la mortalité infantile entre 2005 et 2019 (figure 1), quelle qu'en soit la cause, mais aucun changement significatif n'a été observé entre 2019 et 2023 (ANSD

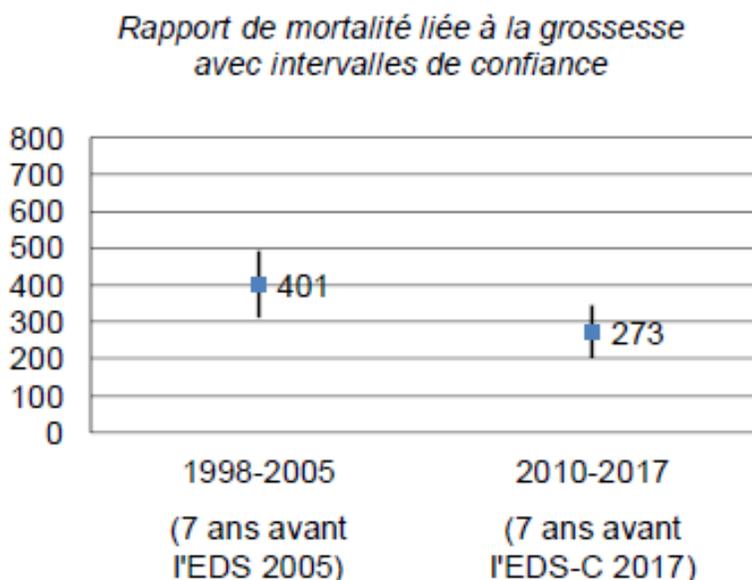




et ICF, 2023).

Figure 1. Mortalité infantile (moins de 5 ans) (ANSD et ICF, 2023).

Chez les femmes, le taux de mortalité lié à la grossesse (ANSD et ICF, 2018) était estimé à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de 6 ans -précédant l'EDS de 2005 (Ndiaye et Ayad, 2006). Ce taux est passé à 273 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de 6 ans précédant l'EDS de 2017 (figure 2). Cette baisse est statistiquement



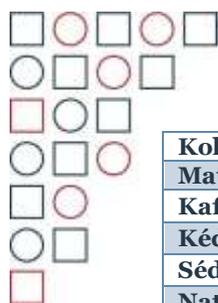
significative.

Figure 1. Mortalité liée à la grossesse avec intervalles de confiance, 2005-2017 (ANSD et ICF, 2018)

La mortalité périnatale a légèrement diminué entre 2005 et 2017. Les données de l'EDS de 2005 (Ndiaye et Ayad, 2006) et de 2017 (ANSD et ICF, 2018) montrent une baisse du taux de mortalité périnatale de 45 à 41 décès pour mille grossesses de sept mois ou plus. En 2017, on note cependant des variations régionales notables (tableau 1) : Kédougou présentait le taux le plus faible (25 %), suivi de Tambacounda (31 %). Les régions de Sédhiou (54 %), Kaolack (51 %) et Louga (49 %) présentaient les taux de mortalité périnatale les plus élevés.

Tableau 1. Taux de mortalité périnatale au cours des cinq années précédant l'enquête, pour chacune des régions du Sénégal (ANSD et ICF, 2018).

| Région | Taux de mortalité périnatale (pour 1000 grossesses de sept mois ou plus) |
|-------------|---|
| Dakar | 39 |
| Ziguinchor | 39 |
| Diourbel | 35 |
| St-Louis | 43 |
| Tambacounda | 31 |
| Kaolack | 51 |
| Thiès | 37 |
| Louga | 49 |
| Fatick | 40 |



| | |
|------------------|----|
| Kolda | 44 |
| Matam | 40 |
| Kaffrine | 43 |
| Kédougou | 25 |
| Sédhiou | 54 |
| Nationale | 41 |

État nutritionnel des femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans) et des nouveau-nés

Entre 2005 et 2010-2011, la prévalence de poids insuffisant (indice de masse corporelle < 18,5)² a légèrement augmenté chez les femmes en âge de reproduction (FAR), passant de 18,2 % (Ndiaye et Ayad, 2006) à 22 % (ANSD et ICF, 2012), tandis que le surpoids et l'obésité³ sont restés stables (21,9 à 22,3 %). L'anémie a légèrement diminué chez les FAR en général (de 59,1 % à 54,1 % entre 2005 et 2017), mais une réduction plus importante a été observée chez les femmes enceintes (70,6 % en 2005 et 62,7 % en 2017). En 2018, le Comité sénégalais pour la fortification des aliments en micronutriments (COSFAM) a mené une étude auprès de 103 femmes enceintes (FE), qui a montré que 31 % d'entre elles étaient anémiques, tandis que 8,2 % et 37 % étaient déficientes en vitamine A et en acide folique respectivement. Une autre recherche menée auprès des FAR (n = 1 012) par Ndiaye et al. (2018) a montré une forte prévalence de la carence en acide folique (54,8 %).

Les données des EDS de 2005 (Ndiaye et Ayad, 2006) et 2019 (ANSD et ICF, 2019) montrent une augmentation de la prévalence de faible poids à la naissance (< 2,5 kg), qui est passée de 6,3 % à 11,6 % au cours de cette période. Par ailleurs, entre 2005 (Ndiaye et Ayad, 2006) et 2023 (ANSD et ICF, 2023), la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq (5) ans est restée relativement stable, soit entre de 20 et 18% pour le retard de croissance et de 9 et 10% pour l'émaciation.

Des disparités existent en ce qui concerne la prévalence de malnutrition chez les FAR ainsi que la proportion de bébés ayant un faible poids à la naissance (tableau 2).

Tableau 2. Prévalence (%) des bébés ayant un faible poids à la naissance et prévalence (%) de FAR ayant un poids insuffisant, un surpoids et une anémie.

| Région | Prévalence d'un faible poids à la naissance ¹ < 2,5 kg | Prévalence d'un poids insuffisant / surpoids chez les FAR ² | | Prévalence de l'anémie chez les FAR ³ Hb < 11 g/dl FE Hb < 12 g/dl (FAR) |
|--------------------|--|--|----------|---|
| | | IMC < 18,5 | IMC ≥ 25 | |
| Dakar | 10,9 | 16,5 | 33,2 | 52,7 |
| Ziguinchor | 10,7 | 11,4 | 26,0 | 47,0 |
| Diourbel | 10,8 | 29,4 | 13,8 | 55,5 |
| St-Louis | 11,0 | 20,6 | 20,9 | 54,5 |
| Tambacounda | 12,8 | 25,4 | 19,1 | 56,3 |
| Kaolack | 13,0 | 18,6 | 15,5 | 53,4 |
| Thiès | 10,7 | 20,9 | 20,6 | 52,3 |
| Louga | 13,3 | 39,3 | 13,0 | 61,5 |
| Fatick | 11,3 | 16,1 | 18,5 | 52,8 |
| Kolda | 12,6 | 25,9 | 17,2 | 57,6 |
| Matam | 13,1 | 27,0 | 15,2 | 55,5 |
| Kaffrine | 13,9 | 24,2 | 12,6 | 57,5 |

² Un indice de masse corporelle (IMC) < 18,5 est considéré comme un « poids insuffisant ».

³ Le « surpoids et l'obésité » sont considérés comme ayant un IMC ≥ 25.



| | | | | |
|------------------|------|------|------|------|
| Kédougou | 12,3 | 19,1 | 9,9 | 45,0 |
| Sédhiou | 11,5 | 21,3 | 13,0 | 52,6 |
| Nationale | 11,6 | 22,0 | 21,3 | 54,1 |

¹ ANSD et ICF, 2019

² ANSD et ICF, 2012

³ ANSD et ICF, 2018

Couverture des interventions nutritionnelles essentielles durant la période prénatale et postnatale

Le tableau 3 présente des données sur la couverture (%) des interventions nutritionnelles essentielles recommandées par l'OMS (2019) durant les périodes pré- et post-natale. Pour certains indicateurs, aucune information n'est disponible.

Tableau 3. Couverture (%) des interventions essentielles durant la période prénatale et postnatale en matière de nutrition et de santé, Sénégal.

| Interventions de nutrition et de santé essentielles (OMS, 2019) | | |
|--|--------------|--|
| Interventions | Couverture | Références et notes |
| Multisectoriel | | |
| Avoir un régime alimentaire sain ⁴ | Indisponible | Cette intervention est incluse dans le Plan stratégique multisectoriel de nutrition (PSMN) 2024-2028 (promotion d'une alimentation saine, pauvre en sucre, en gras et en sodium). |
| Fortification du sel en iode | 71 % | Pourcentage de ménages disposant de sel iodé (ANSD et ICF, 2018). Cette intervention est incluse dans le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024). |
| Enrichissement de la farine/huile | 85 % / 73 % | Genève International (2014) : % des FAR qui consomment de la farine ou de l'huile enrichie au moins une fois par semaine. Cette intervention est incluse dans le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024). |
| Nouveau-nés | | |
| Clampage tardif du cordon ombilical | Indisponible | Cette intervention est incluse dans les documents sur les politiques, normes et protocoles sur les services de santé reproductive et de survie de l'enfant : Santé maternelle, périnatale et néonatale (MSAS, 2018a). |
| Initiation précoce à l'allaitement maternel | 36,1 % | (ANSD et ICF, 2023). Cette intervention est incluse dans le Plan stratégique national pour la survie de l'enfant (PSNSE) 2007-2015 (MSAS, 2007) et le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024). |
| Soins maternels kangourou pour les bébés de faible poids à la naissance | 79 % | Plan stratégique intégré sur la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition (PSI-SRMNIA_N) 2024-2028 (MSAS, 2024). Intervention recommandée pour les nouveau-nés pesant entre 1000 et 2500 g. Cette intervention est incluse dans le PSNSE 2007-2015 (MSAS, 2007) et le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024). |
| Adolescentes | | |

⁴ Un régime alimentaire sain a été défini comme suit a) un apport en sucres libres inférieur à 10 % de l'apport énergétique total, b) un apport en potassium d'au moins 90 mmol/jour (3510 mg/jour) pour les adultes, c) un apport en sodium inférieur à 2 g/jour (5 g/jour de sel) pour les adultes, d) un apport total en gras inférieur à 30 % de l'apport énergétique total, e) un apport en acides gras saturés inférieur à 10 % de l'apport énergétique total, f) un apport en acides gras trans inférieur à 1 % de l'apport énergétique total et g) la consommation d'au moins 400 g, ou cinq portions, de fruits et légumes par jour (OMS, 2019)



| | | |
|--|--------------|---|
| Supplémentation quotidienne en FAF | Indisponible | Recommandée si la prévalence de l'anémie est ≥ 40 % pendant plus de 90 jours (OMS, 2016a). La supplémentation hebdomadaire en FAF des adolescentes est incluse dans le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024). |
| Femmes enceintes (FE) | | |
| Supplémentation quotidienne en FAF | 67,1 % | % de la population active ayant pris au moins 90 comprimés de FAF (ANSD et ICF, 2020). La supplémentation en FAF des FE est incluse dans le PSMN 2024-2028 et les politiques, normes et protocoles sur les services de santé reproductive et de survie de l'enfant : Alimentation et nutrition (MSAS, 2018b). |
| Supplémentation en énergie-protéines | Indisponible | Recommandé si la prévalence de poids insuffisant est ≥ 20 % (OMS, 2019). Cette intervention est incluse dans le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024). |
| Supplémentation en vitamine A | Indisponible | Recommandé si la prévalence de la carence en vitamine A est ≥ 20 % (OMS, 2019) Dans le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024), l'inclusion de la vitamine A dans la couverture médicale universelle est prévue sans préciser si elle doit être destinée aux jeunes enfants ou aux femmes, tandis que dans le PSNSE 2007-2015 (bien qu'il s'agisse d'un document ancien qui ne semble pas avoir été mis à jour), il est recommandé de fournir une supplémentation en vitamine A aux femmes en période de post-partum. |
| Supplémentation en calcium | Indisponible | Recommandé si l'apport alimentaire en calcium est faible (OMS, 2016b). Cette intervention est incluse dans le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024) mais elle cible les FE pour lesquelles l'apport en calcium est insuffisant. |
| Femmes en âge de reproduction (FAR) (15 à 49) | | |
| Supplémentation quotidienne en fer avec/sans acide folique pour les femmes en post-partum | Indisponible | Recommandé si la prévalence de l'anémie chez les femmes pendant la grossesse est ≥ 20 % (OMS, 2019). Cette intervention est incluse dans le PSNSE 2007-2015 (MSAS, 2007) : « Supplémentation en FAF pendant les six (6) premiers mois après l'accouchement ». |
| Supplémentation quotidienne en fer et en acide folique des FAR | Indisponible | Recommandé si la prévalence de l'anémie chez les FAR est ≥ 40 % (OMS, 2016a). La supplémentation intermittente en FAF n'est pas formellement prévue, mais le PSMN 2024-2028 (CNDN, 2024) mentionne la possibilité de mettre en œuvre cette intervention. |
| Interventions sur la santé ciblant les femmes enceintes (FE) | | |
| Prévention du paludisme avec sulfadoxine et la pyriméthamine (SP) (pendant les trimestres 2 et 3) | 92,5 % | Pourcentage de femmes ayant reçu une ou plusieurs doses de SP/Fansidar lors d'une visite prénatale. Ciblé si la FE vit dans une zone où le paludisme est endémique (ANSD et ICF, 2020). Cette intervention est incluse dans les politiques, normes et protocoles sur les services de santé reproductive et de survie de l'enfant : Santé maternelle, périnatale et néonatale (MSAS, 2018a). |
| Utilisation d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente | 68,1 % | Ciblé si la FE vit dans une zone où le paludisme est endémique (ANSD et ICF, 2020). Dans les politiques, normes et protocoles sur les services de santé reproductive et de survie de l'enfant : Santé maternelle, périnatale et néonatale (MSAS, 2018a), la prescription de moustiquaires imprégnées d'insecticide à |



| | | |
|--|--------------|--|
| | | longue durée d'action aux FE est recommandée. |
| Déparasitage après le 1^{er} trimestre | 49,9 % | Pourcentage de FE déparasitées à la dernière naissance. Ciblé si la FE vit dans une zone où à la fois : (i) la prévalence de base de l'ankylostome et/ou de l'infection à <i>T. trichiura</i> est ≥ 20 % chez les FE, et (ii) l'anémie est un grave problème de santé publique (OMS, 2017). Cette intervention est incluse dans les politiques, normes et protocoles sur les services de santé reproductive et de survie de l'enfant : Alimentation et nutrition (MSAS, 2018b). |
| Contact peau à peau | Indisponible | Immédiatement après la naissance. Cette intervention est incluse dans les politiques, normes et protocoles sur les services de santé reproductive et de survie de l'enfant : Santé maternelle, périnatale et néonatale (MSAS, 2018a). |
| Accouchement avec personnel qualifié | 98,5 % | Le personnel qualifié comprend les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, les infirmiers-chef de poste et les assistantes-infirmiers (ANSD et ICF, 2023). |
| Femmes enceintes protégées contre le tétanos néonatal | 59,1 % | (ANSD et ICF, 2023). |

Couverture en matière de consultations pré- et postnatales

Le tableau 4 présente les données de l'EDS la plus récente sur la couverture des consultations prénatales et postnatales (ANSD et ICF 2023). Environ 60 % des FE avaient bénéficié d'au moins quatre CPN en 2023, contre seulement 40 % en 2005 (Ndiaye et Ayad, 2006), soit une nette augmentation au cours de cette période. Cependant, des disparités régionales ont été observées en 2023. Les données de l'EDS 2019 (ANSD et ICF, 2019) montrent qu'environ la moitié des FE avaient pris un vermifuge pendant leur grossesse, tandis que les deux tiers avaient pris au moins 90 comprimés de FAF.

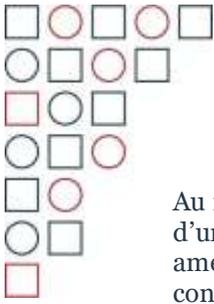
Tableau 4. Couverture (%) des CPN, de la supplémentation en FAF et du déparasitage chez les femmes enceintes par région, Sénégal.

| Région | % de FE ayant eu 4 CPN ¹ | % de FE ayant pris 90 comprimés de FAF ² | % de FE ayant pris un déparasitant ³ |
|-------------|-------------------------------------|---|---|
| Dakar | 71,3 | 71,9 | 56,2 |
| Ziguinchor | 74,3 | 70,4 | 71,4 |
| Diourbel | 67,7 | 71,9 | 50,1 |
| St-Louis | 62,7 | 67,4 | 44,3 |
| Tambacounda | 64,7 | 50,2 | 31,6 |
| Kaolack | 77,1 | 64,2 | 42,8 |
| Thiès | 72,1 | 75,6 | 59,6 |
| Louga | 70,8 | 62,3 | 36,1 |
| Fatick | 73,4 | 70,6 | 53,4 |
| Kolda | 67,8 | 57,0 | 59,8 |
| Matam | 49,6 | 69,1 | 30,9 |
| Kaffrine | 68,6 | 53,2 | 39,8 |
| Kédougou | 58,2 | 51,6 | 34,3 |
| Sédhiou | 51,7 | 62,6 | 67,5 |
| Nationale | 60,6 | 67,1 | 49,9 |

¹ANSD et ICF, 2023 : % de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante ou une mortinatalité au cours des 2 années précédant l'enquête.

²ANSD et ICF, 2019 : Nombre de jours où elles ont pris du fer (« auraient pris »), sous forme de comprimés ou de sirop, au cours de leur dernière grossesse.

³ANSD et ICF, 2019 : Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années précédant l'enquête, pourcentage de celles qui, au cours de la grossesse la plus récente, ont pris des vermifuges.



Au niveau des consultations postnatales (CPoN), en 2017, 82,8 % des femmes avaient bénéficié d'une CPoN dans les deux jours suivant la naissance (ANSD et ICF, 2018), ce qui représente une amélioration importante par rapport à 2005, où seulement 27,5 % avaient réalisé cette consultation (Ndiaye et Ayad, 2006). Cette augmentation est possiblement due au fait que davantage de femmes accouchent avec du personnel qualifié dans les établissements de santé, dont le nombre a augmenté pour atteindre environ 68 % en 2017 (ANSD et ICF, 2018), en comparaison à 52 % en 2012 (ANSD et ICF, 2012).

Si l'on considère à la fois la prévalence des femmes ayant effectué quatre (4) CPN et la prévalence des femmes ayant pris 90 comprimés de FAF, il apparaît que la région de Tambacounda est celle qui a la couverture la plus faible pour le dernier indicateur, mais pas le taux le plus faible de femmes ayant complété les 4 CPNs. L'explication peut être liée à une plus grande pénurie de FAF dans cette région et, potentiellement, à la plus faible adhésion à la supplémentation en FAF en raison des effets secondaires.

Analyse du paysage

MÉTHODOLOGIE

Examen de la documentation

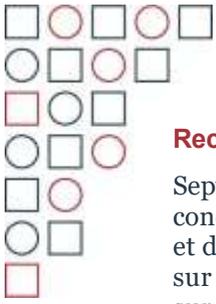
Avant la collecte sur le terrain, une revue de la littérature a été réalisée par le biais d'une recherche sur Internet et d'un partage de documents de la part de NI au Sénégal. Cette revue a porté sur les politiques, les normes, les programmes, les partenariats, la prestation des CPN, le financement de la nutrition maternelle et toute autre étude portant sur l'évaluation des programmes de nutrition maternelle - en particulier la supplémentation en FAF. La documentation consultée est décrite dans les sections suivantes.

Sélection des sites

Quatre régions (Dakar, Kaffrine, Kolda, Ziguinchor) ont été sélectionnées pour la collecte de données sur le terrain dans le cadre de l'AP. Les indicateurs de processus suivants ont été considérés comme critères pour le choix des sites : a) la proportion de femmes enceintes (FE) ayant reçu au moins 90 comprimés de FAF au cours de leur dernière grossesse (tableau 4), b) la proportion de FE ayant été déparasitées au cours de leur dernière grossesse (tableau 4) et c) le rapport sage-femme/FAR (tableau 6). Les régions présentant les taux de couverture parmi les plus élevés et les plus bas ont été identifiées pour chaque critère. Cette analyse a été combinée à la connaissance locale des infrastructures de la santé, à des considérations géographiques et aux informations sociopolitiques/démographiques.

Développement des questionnaires

Initialement, les questionnaires utilisés par NI dans le cadre de l'AP réalisée au Nigéria ont été revus à la lumière des questionnaires originaux recommandés par l'OMS pour l'AP portant sur la malnutrition (OMS, 2012). Ce processus a permis d'assurer la conformité avec la documentation internationale et collecter des données complètes sur chacun des piliers à investiguer soit a) les politiques et les protocoles, b) la prestation de services, la coordination et les partenariats, c) les produits et l'approvisionnement, et d) le financement. Plusieurs questions ont été ajoutées aux questionnaires initiaux de Nutrition International, principalement concernant le suivi et l'évaluation, les capacités du personnel, la coordination et les perceptions sur les problèmes de nutrition chez les FE et nouveau-nés. Au total, 11 questionnaires ont été élaborés. La matrice utilisée dans l'AP original de l'OMS a également été adaptée pour l'analyse des données.



Recrutement et formation des enquêteurs

Sept (7) enquêteurs ont été recrutés sur la base des critères suivants : expérience préalable dans la conduite d'enquêtes sur la santé et la nutrition, capacité à communiquer en Wolof et/ou en Peul, et détention d'une licence en santé ou dans un domaine connexe. Avant la collecte des données sur le terrain, une formation de deux jours a été organisée à Dakar, suivie d'exercices pratiques sur le terrain le 20 mai 2024. Deux consultants et deux membres du personnel de Nutrition International se sont ajoutés afin de constituer cinq équipes pour la collecte de données.

Collecte de données

La collecte des données sur le terrain s'est déroulée du 21 au 24 mai, du 27 au 30 mai et du 8 au 12 juin 2024. Chaque enquêteur a participé à la collecte des données à différents niveaux (région sanitaire, district, centres, postes et cases de santé), de même que les deux consultants (national et international) et les deux membres du personnel de Nutrition International (directeur national et responsable du suivi-évaluation). Le septième enquêteur a mené des entretiens avec des personnes ciblées, y compris les représentants des points focaux régionaux de la nutrition qui assistaient à une réunion à Thiès pendant la collecte de données dans leur région. Dans un cas, le questionnaire a été envoyé par courrier électronique à la personne interrogée pour qu'elle le remplisse. Chaque entretien a été enregistré (après avoir demandé l'autorisation de la personne interrogée) et les données étaient saisies directement dans le questionnaire par l'un des deux membres de l'équipe tout au long de l'entretien.

Analyse des données

Des professionnels de la recherche ont transcrit certains entretiens enregistrés, que les consultants ont ensuite lu. Préalablement à la collecte, une matrice a été conçue afin d'identifier les questions contenues dans chaque questionnaire en lien avec chacun des piliers soit : 1. Politiques et protocoles, 2. Prestation de services, 3. Produits et approvisionnement et 4. Financement.

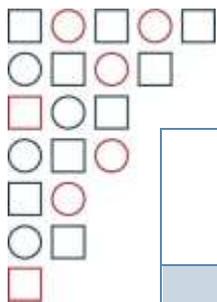
Résultats

Les sections suivantes fournissent les informations provenant de la revue de la littérature lesquelles ont été présentée lors du premier atelier (29-30 avril 2024) à Dakar (voir le rapport de l'atelier 1). Pour chaque pilier, les données de terrain de l'AP complètent ces informations. De plus, des informations sur les perceptions des parties prenantes rencontrées lors de l'analyse du paysage quant aux problèmes de nutrition sont également fournies. La section des résultats se termine par une liste des goulots d'étranglement et des opportunités qui ont été identifiés pour chaque pilier.

Le tableau 5 présente les entretiens planifiés et réalisés au cours de l'AP. Cinquante-deux (52) entretiens ont été menés dans l'ensemble des régions et 9 au niveau central. En moyenne, les entretiens ont duré entre 45 minutes (pour les questionnaires 7 et 8) et 120 minutes (pour les autres questionnaires).

Tableau 5. Description des entretiens prévus et réalisés au cours de l'analyse du paysage.

| Emplacement | Niveau | Entretiens prévus | Entretiens réalisés |
|--|----------|---|---|
| Régions : Kaffrine, Kolda, Ziguinchor, Dakar | Régional | Total of 24 : 4 médecins chef de région (MCR) 4 responsables nutrition (SRANSE) 4 responsables de la santé reproductive (SRO) 4 responsables suivi- évaluation (SEO) 4 responsables de la promotion de la santé (SREIPS) 4 pharmaciens (PO) | 16 : 3 MCR 4 SRANSE 3 SRO 2 SREIPS 1 SEO 3 PO |



| | | | |
|--|----------------|---|---|
| | District | 32 : 8 médecins chefs de districts (MCD) 8 sages-femmes (SF) 8 PO 8 dépositaires (DO) | 15 : 4 MCD 3 SF 3 PO 5 DO |
| | Poste de santé | 24 : 8 infirmiers-chef de poste (ICP) 8 SF 8 DO | 16 : 3 ICP 4 SF 6 DO 1 matrone 2 « Bajenu Gox » ¹ |
| | Case de santé | 8 : 4 Agents de santé communautaires (ASC) 4 « Bajenu Gox » | 5 : 3 ASC 2 « Bajenu Gox » |
| Niveau national : Partenaires techniques et financiers (PTF), Associations (Ass.), Institutions académiques (Insts), Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN), Gouvernement (Gvt) | Nationale | 22 : 13 PTF 2 Ass. 2 Inst. 1 CNDN 6 Gvt | 9 : 5 PTF 1 Ass. 0 Inst. 1 CNDN 2 Gvt |

¹ La « Bajenu Gox » est une femme de la communauté qui se porte volontaire pour apporter son soutien aux femmes pendant la grossesse.

Il est nécessaire ici de souligner que la saturation des données semble avoir été atteinte en ce qui concerne les régions. En effet, lors de la collecte dans la région de Dakar laquelle a été réalisée après celles des régions de Kaffrine, Kolda et Ziguinchor, aucune nouvelle information n'a été obtenue.

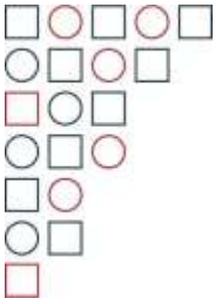
Perception des problèmes de nutrition

- De façon générale, tant chez les acteurs du niveau central que chez les prestataires au niveau des régions, district, centres, postes et cases de santé, la malnutrition et particulièrement l'anémie est reconnu comme un problème de nutrition important. Au niveau du nouveau-né, la prématurité, le faible poids de naissance et les mortinaissances ont également été soulevés comme problèmes de nutrition. Les causes les plus fréquemment citées sont la pauvreté, le manque de connaissances sur une bonne alimentation (diversité et quantité), l'utilisation limitée des aliments disponibles localement et certains tabous alimentaires (notamment les œufs et la viande).

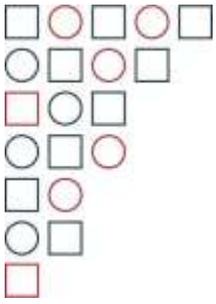
PILIER 1 - POLITIQUES ET PROTOCOLES

Le Sénégal dispose de plusieurs politiques, normes et protocoles relatifs à la nutrition maternelle. Les principaux, y compris ceux portant sur la supplémentation en micronutriments, sont présentés dans la section suivante.

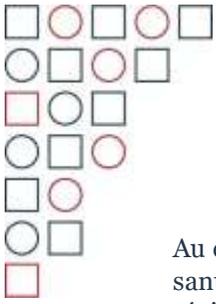
- Politique nationale pharmaceutique (Ministère de la santé et de la prévention médicale, 2006)** qui vise à assurer un approvisionnement régulier en médicaments de qualité, une réglementation pharmaceutique stricte, une production pharmaceutique locale, un financement pharmaceutique adéquat et une recherche opérationnelle active.
- Liste des médicaments essentiels du Sénégal** - voir la section produits et approvisionnement ci-dessous.
- Document de Politique nationale sur la nutrition 2015-2025 (Ministère de la santé et de l'action sociale/MSAS, 2015)** – ayant comme objectif général d'assurer un état nutritionnel optimal pour tous, en particulier les enfants de moins de cinq (5) ans, les femmes en âge de reproduction et les adolescents, notamment en améliorant l'accès et l'utilisation de services de santé de qualité (objectif intermédiaire).



- d. **Le plan stratégique multisectoriel de nutrition / PSMN 2024-2028 du Sénégal (CNDN, 2024).** Le PSMN comprend les plans et budgets sectoriels de 18 ministères et inclut six objectifs spécifiques à atteindre d'ici 2028, notamment : n° 5 : Réduire la prévalence de l'anémie chez les groupes vulnérables (y compris les FE) à moins de 40 %; et, n° 6 : Réduire la prévalence des autres carences en micronutriments (iode, zinc et vitamine A) à moins de 20 %. Six axes d'intervention ont été identifiés. Le troisième axe porte sur la lutte contre les carences en micronutriments. Dans le PSMN, la nutrition relève principalement du secteur de la santé. Les interventions prévues se concentrent sur la réduction de l'anémie chez FAR, le déparasitage des FE, la supplémentation hebdomadaire en FAF des adolescentes, la prévention de la carence en iode chez les FE et la provision de CPN de qualité (y compris la fourniture d'un carnet de santé aux FE). Pour réduire le faible poids à la naissance (objectif spécifique n° 2), en ce qui concerne les MMS, il est indiqué qu'il est nécessaire de mener des études préliminaires sur les MMS chez les FE et leur fournir des suppléments nutritionnels (également appelés « MMS ») (p.133 et 136).
- e. **Politiques, normes et protocoles des services de santé de la reproduction et survie de l'enfant : alimentation et nutrition (MSAS, 2018b).** Objectif : Fournir des informations sur la nutrition et les pratiques d'hygiène aux agents de santé et aux responsables de programmes afin de soutenir la prestation de services. Ce document met l'accent sur la lutte contre les carences en micronutriments. En tant que telles, les interventions visant à réduire le risque d'anémie pendant la grossesse sont recommandées, à savoir l'administration d'un vermifuge aux FE à partir du deuxième trimestre et d'une supplémentation en FAF comme suit : Supplémentation intermittente en FAF soit un (1) comprimé de FAF par jour (formulation : 60 mg de fer + 400 µg d'acide folique) tout au long de la grossesse et jusqu'à deux (2) mois après l'accouchement. Si la CPN a lieu tardivement (tardive n'est pas définie) au cours de la grossesse, fournir deux (2) comprimés de FAF par jour. Si une anémie est détectée par le test d'hémoglobine (Hb) et/ou la pâleur des paumes et des muqueuses, le traitement suivant est recommandé en fonction de la gravité de l'anémie : a) anémie légère (Hb ≥ 10 et < 11 mg/dl) : 60 mg de fer et 400 µg d'acide folique pendant toute la grossesse et une période de deux (2) mois après l'accouchement, b) anémie modérée (Hb ≥ 7 et < 10 mg/dl) : 120 mg de fer et 400 µg d'acide folique pendant toute la grossesse et une période de deux (2) mois après l'accouchement, c) anémie sévère (< 7 mg/dl) : 120 mg + 400 µg/ jour, pendant trois (3) mois et poursuite du traitement préventif (sans préciser la durée). Transfusion sanguine si nécessaire.
- f. **Politiques, normes et protocoles des services de santé de la reproduction et survie de l'enfant : Santé maternelle, périnatale et néonatale (MSAS, 2018a).** Objectif : Suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum afin d'aider les femmes à mener une grossesse à terme dans les meilleures conditions possibles et assurer le bon déroulement de l'accouchement et du post-partum. Les normes relatives au contenu de chacun des quatre (4) CPN sont décrites. Il est recommandé de fournir une supplémentation en FAF ainsi que des conseils sur la nutrition lors de chaque CPN. Si une anémie clinique est détectée, il est possible de procéder à un test de formule sanguine complète lors de la deuxième CPN. De plus, si la femme souffre d'une anémie modérée (Hb entre 7-11 g/dl ou si elle présente une pâleur des muqueuses ou des paumes), selon le protocole, elle doit recevoir 120 mg de fer, 400 µg d'acide folique combinés à de la vitamine C pendant une période de six (6) mois. Si la patiente souffre d'une anémie sévère (Hb < 7 g/dl), une transfusion sanguine doit être effectuée. Ces directives sont conformes aux résultats des entretiens menés sur le terrain avec les prestataires de soins de santé. Toutefois, elles diffèrent légèrement des politiques, normes et protocoles sur l'alimentation et la nutrition (section précédente) en ce qui concerne les définitions et les unités de mesure de l'hémoglobine pour la détection de l'anémie.

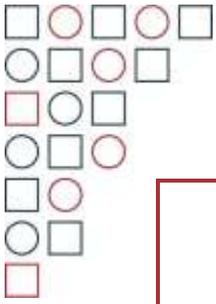


- g. **Plan national de développement sanitaire et social/PNDSS, 2019-2028 (MSAS, 2019).** Objectif : Le plan vise la couverture sanitaire universelle au Sénégal. Il se concentre sur trois axes : (i) la gouvernance et le financement du secteur de la santé; (ii) l'offre de services de santé et d'action sociale; et (iii) la protection sociale dans le secteur. Le plan comporte de nombreuses lignes d'action, dont deux (lignes 31 et 33) qui portent respectivement sur : i) l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de services intégrés du couple mère-enfant, et; ii) le renforcement de la disponibilité en médicaments et autres produits essentiels de qualité pour toute la pyramide sanitaire. Dans ce document, la chaîne d'approvisionnement du Sénégal en FAF et autres produits pharmaceutiques est décrite aux pages 37 et 38.
- h. **Plan stratégique intégré sur la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition (PSI-SRMNIA_N), -2024-2028 (MSAS, 2024).** Dans ce plan, plusieurs effets sont attendus d'ici 2028 notamment la réduction de l'anémie chez les FAR, via la provision de FAF à toutes les FAR (100 %) et l'amélioration de la nutrition maternelle.
- i. **Politique nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (MSAS, 2013).** En raison du manque d'informations disponibles sur les pratiques alimentaires optimales pendant la grossesse ainsi que pendant les deux (2) premières années de vie de l'enfant (incluant durant l'allaitement), cette politique se concentre sur les actions prioritaires suivantes : i) assurer une supplémentation adéquate en micronutriments des femmes (par exemple, FAF et calcium pour les FE); ii) assurer le déparasitage des FE au cours du deuxième trimestre de la grossesse; et, iii) renforcer les capacités du personnel de santé en ce qui concerne les pratiques alimentaires optimales chez les nourrissons et les jeunes enfants, la nutrition chez les femmes enceintes et allaitantes, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et les pratiques d'hygiène. Le guide de formation pour la mise en œuvre de la stratégie (MSAS, année inconnue) comprend un certain nombre d'indicateurs pour lesquels des données doivent être rapportées sur une base mensuelle en lien avec les CPN notamment la proportion de FE qui ont reçu un counseling sur l'importance de l'alimentation pour un bon déroulement de la grossesse et le nombre de FE qui sont sous prescription en FAF.
- j. **Politique nationale de santé communautaire, 2014-2018 (MSAS, 2014)** Objectifs : i) améliorer la couverture et la qualité des services de santé communautaire; ii) renforcer la participation de la communauté à la résolution des problèmes de santé; et iii) assurer la durabilité des interventions communautaires. Le plan définit les responsabilités de chaque acteur de la santé communautaire (par exemple, *relais*, *Bajenu gox*, agent communautaire de santé). Ainsi, les agents communautaires de santé sont chargés de fournir des comprimés de FAF aux FE, tandis que les *Bajenu Gox* et les autres acteurs de la santé communautaire doivent effectuer des visites à domicile (VAD) auprès des FE et les recenser au sein de la communauté, ainsi que promouvoir le respect des quatre (4) CPN. Certains défis liés aux acteurs de santé communautaire sont mis en évidence, tels qu'une formation limitée et non standardisée. Des mécanismes de coordination sont proposés pour assurer la mise en œuvre optimale du plan, lequel nécessite un investissement de 27 milliards de francs CFA. Dans ce document, on ne retrouve pas d'indicateur sur la nutrition maternelle, non plus sur la supplémentation en FAF.
- k. **Programme de renforcement de la nutrition du CNDN.** Objectifs : i) améliorer la croissance des enfants âgés de 0 à 5 ans vivant dans les zones urbaines et rurales pauvres du Sénégal; et ii) renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles pour mettre en œuvre et évaluer les interventions de nutrition.
- l. **Programme de nutrition de la Division de l'alimentation et de la nutrition (DAN).** Ce programme s'applique aux structures de santé. Son mandat est de préparer et mettre en œuvre les politiques nationales sur l'alimentation et la nutrition en collaboration avec les autres ministères, et partenaires techniques et financiers (PTF).



- m. **Programme d'enrichissement des aliments (2017-2021).** Ce plan se concentre sur l'enrichissement en iode du sel, l'ajout de fer et d'acide folique à la farine ainsi qu'à l'enrichissement de l'huile de cuisson avec de la vitamine A.

Au cours des visites sur le terrain, divers prestataires de CPN (sages-femmes, MCR, responsables de la santé reproductive et responsables de l'alimentation et de la de nutrition/SRANSE) au niveau des régions ont indiqué qu'ils se référaient aux documents sur les politiques, normes et protocoles (notamment celui sur la santé maternelle, périnatale et néonatale et celui sur l'alimentation et la nutrition) pour guider leur offre de soins prénataux. Des copies électroniques étaient disponibles, mais aucun exemplaire papier n'a été vu. Cependant, la plupart des personnes ont indiqué que les prestataires de santé n'exploitaient pas systématiquement ces documents, bien qu'ils puissent être utilisés lors des supervisions.



PILIER 1 - POLITIQUES ET PROTOCOLES

Résumé des possibilités

- Plusieurs politiques, normes et protocoles sont disponibles pour guider et mettre en œuvre les CPN, y compris la supplémentation en MMS.
- L'anémie chez les FE et la mauvaise qualité de leur alimentation sont perçues comme des problèmes nutritionnels majeurs, de même que la non-utilisation des aliments locaux disponibles en raison d'un manque de connaissances.
- Le PSMN peut être utilisé pour plaider en faveur d'une amélioration du mécanisme de coordination entre les secteurs au niveau central.

Résumé des défis

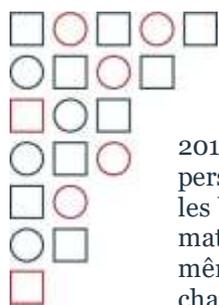
- En cas de transition du FAF vers les MMS, les politiques, normes et protocoles pertinents (énumérés ci-dessus) devront être revus. Pour ce faire, un processus clair doit être mis en œuvre et compris par toutes les parties prenantes afin d'avancer efficacement.
- Les recommandations relatives à la détection et au traitement de l'anémie présentes dans les documents sur les politiques, normes, protocoles des services de santé de la reproduction et survie de l'enfant diffèrent et doivent être harmonisées. Ceci est particulièrement important dans le contexte d'une transition vers les MMS.

PILIER 2 - PRESTATION DE SERVICES

Répartition du personnel

Le Ministère du service civil est chargé du recrutement du personnel de santé devant être déployé dans les établissements de santé et le placement se fait normalement en fonction des besoins. Les mairies ou les comités de développement sanitaire (CDS) peuvent également recruter des sages-femmes. Selon les données de la carte sanitaire 2019 (ANSD, 2020), le gouvernement recrute 72 % des sages-femmes, 57 % des infirmiers et 47 % des médecins travaillant dans les structures de santé (MSAS, 2020).

Selon l'évaluation de la situation économique et sociale du Sénégal de 2019, la répartition du personnel de santé dans le pays n'est pas optimale. Alors que seulement 22 % de la population du pays habite dans la région de Dakar, plus d'un tiers (36 %) des prestataires de santé y travaillent. Les données fournies dans le Plan national de développement des ressources humaines en santé 2009-2018 indiquent que la moitié du personnel de santé se trouve à Dakar (Kandé, 2021). Des données plus récentes montrent que sur les 1 441 sages-femmes (estimé de l'effectif national) réparties dans l'ensemble des postes de santé, 19 % travaillent dans la région de Dakar, contre 13 % à Thiès (ANSD, 2020). La répartition des sages-femmes dans les centres de santé suit la même tendance : sur un total estimé de 744 sages-femmes, 38 % travaillent à Dakar et 11 % à Thiès (ANSD, 2020). La répartition des médecins spécialisés est plus critique. À titre d'exemple, 88 % des gynécologues de l'ensemble du pays pratiquent dans la région de Dakar (MSAS, 2020). Par conséquent, le rapport personnel de santé/population - en particulier le rapport FE/sage-femme - n'est pas uniforme d'une région à l'autre (MSAS, 2020). Les régions de Kolda, Diourbel, Sédhiou et Kaolack ont le ratio FE/sage-femme le plus élevé, tandis que les régions de Kédougou, Ziguinchor et Dakar ont le ratio le plus faible. Dans le document portant sur la carte sanitaire de



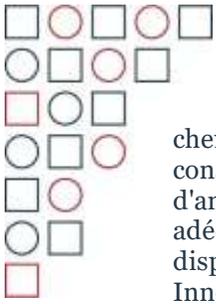
2019, un redéploiement du personnel de santé est proposé ainsi que revoir la répartition du personnel de santé (recommandation appuyés par l'association des sages-femmes du pays), ainsi les besoins en matériel nécessaire dans chacune des régions pour l'offre de soins de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. La présidente de l'association des sages-femmes va même plus loin en cherchant à redistribuer les sages-femmes en fonction de leur expérience dans chaque établissement pour maintenir la motivation. Pour ce faire, une cartographie de la répartition réelle des effectifs pourrait être utile.

Tableau 6. Rapports démographiques des prestataires de santé par région (MSAS, 2020).

| Région | Rapport FAR/sage-femme d'État | Rapport population /infirmiers d'État | Rapport population/médecin |
|----------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| DAKAR | 1 245 | 1 716 | 3 962 |
| DIORBEL | 1 925 | 4 621 | 16 234 |
| FATICK | 1 364 | 3 468 | 23 523 |
| KAFFRINE | 1 292 | 3 953 | 37 029 |
| KAOLACK | 1 632 | 4 083 | 31 228 |
| KÉDOUGOU | 945 | 2 393 | 23 035 |
| KOLDA | 2 229 | 4 828 | 39 829 |
| LOUGA | 1 433 | 3 477 | 20 248 |
| MATAM | 1 514 | 3 362 | 21 395 |
| SAINT-LOUIS | 1 473 | 3 272 | 12 661 |
| SÉDHIOU | 1 660 | 5 586 | 46 084 |
| TAMBACOUNDA | 1 441 | 3 380 | 23 375 |
| THIÈS | 1 578 | 3 600 | 20 644 |
| ZIGUINCHOR | 1 061 | 1 502 | 10 511 |
| SENEGAL | 1 444 | 2 831 | 10 424 |
| Norme de l'OMS | S.O. | S.O. | 10 000 |

Des postes dédiés à la santé maternelle et à la nutrition ont été pourvus dans toutes les régions couvertes par l'AP. Les équipes cadres de région et de district disposent de coordinatrices sur la santé de la reproduction qui sont toutes des sages femmes capitalisant une longue expérience d'offre de soins maternels. Pratiquement toutes les structures censées offrir des CPN disposent de sages-femmes qualifiées et aptes à dispenser ce service.

Du fait de la politique de doublement des postes, appelé dans le système par le « couplet gagnant », pratiquement tous les postes de santé comptent une sage-femme chargée d'offrir les services de soins maternels en général et les CPN en particulier en plus d'un infirmier. Il y a cependant quelques postes qui ne sont pas encore « doublés » et dans lesquels il manque une sage-femme. On en dénombre 22 dans la région de Kolda. Par ailleurs, traditionnellement, les



chefs de postes de santé étaient des infirmiers, mais des modifications administratives ont été constatées : actuellement des postes de santé sont gérés par des sages-femmes, ce qui permet d'améliorer l'offre de CPN dans ces structures. Pour combler les lacunes et assurer une dotation adéquate des établissements de santé, du personnel a été recruté afin que chaque établissement dispose d'au moins une sage-femme et d'un infirmier. Ceci a été réalisé grâce à l'appui du projet Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique (ISMEA), qui est en place à Kaffrine, Kolda, Ziguinchor, Tambacounda, Kédougou et Sédhiou. Pour plus de détails sur le projet ISMEA, consulter l'annexe 1 du présent rapport. Lors de la collecte de données sur le terrain à Kaffrine, la liste du personnel du district indiquait que le projet ISMEA avait embauché environ 30 % du personnel. Si beaucoup se félicitent de ce soutien (MCR, MCD, présidente de l'association des sages-femmes, PTF), certains s'interrogent sur la durabilité de l'initiative. Toutefois, il est prévu que ce personnel soit intégré dans la fonction publique à la fin du projet. Un accord semble avoir été conclu sur ce transfert ainsi que sur l'engagement de ce personnel à servir et à rester dans leur lieu de travail actuel pendant au moins deux (2) ans.

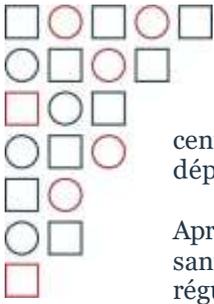
- D'autres problèmes sont notés dans l'offre de CPN en lien avec l'absence d'une sage-femme et la présence unique d'un prestataire qualifié, mais de sexe masculin, ce qui peut entraîner des réticences de la part de certaines FE ou de leurs maris réfractaires à l'idée qu'un homme puisse examiner leurs épouses. Mieux, certaines barrières culturelles se situeraient du côté de certains infirmiers qui se refusent à pratiquer certains examens chez des femmes (comme le toucher). Il est essentiel d'approfondir cette réticence et vérifier si elle est réellement liée à des considérations morales et religieuses ou plutôt à l'évitement de problèmes au sein de communautés très attachées à leurs traditions.

Capacités du personnel

L'École nationale de développement sanitaire et social (ENDSS), rattachée à l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD), assure la formation initiale des sages-femmes et des infirmiers. Créée par décret en 1992, cette institution est la plus grande école publique de formation de sages-femmes et d'infirmiers du pays. Elle offre un programme de formation de trois (3) ans (dont environ 60 % est consacré à la formation pratique) pour les sages-femmes. Le curriculum de formation comprend à la fois de la théorie et de la pratique. Ses composantes portent sur la santé communautaire, la santé de la reproduction et les soins infirmiers. Il existe également un module général sur la nutrition. Dans celui-ci, on y souligne l'importance de la supplémentation en FAF pendant la grossesse et des directives sur la provision de FAF sont également données. Cependant, bien que le programme de formation contienne des éléments généraux sur la nutrition, la présidente de l'association des sages-femmes du Sénégal estime que le volet relatif à la nutrition maternelle doit être renforcé. Il est à noter qu'une fois la composante académique complétée, chaque étudiant doit passer un examen d'entrée à la profession. En moyenne, entre 800 et 1 000 candidats se présentent chaque année à l'examen, mais le taux d'échec est de 80 %, ce qui ne laisse que 200 sages-femmes formées à déployer sur une base annuelle. Toutes les sages-femmes formées à l'ENDSS ou dans des écoles privées doivent passer le même examen final, appelé diplôme d'État. En cas d'échec, les sages-femmes formées dans les écoles privées ne reçoivent que leur diplôme de leur école, et non pas le diplôme d'État.

Certaines écoles privées proposent des formations de sage-femme et d'infirmier. L'une d'entre elles, l'Institut de formation en administration des affaires, propose même une licence technique (BTS) supérieure en diététique axée sur la nutrition clinique (par exemple, l'élaboration de régimes et de menus, la qualité des aliments) ainsi qu'une formation pour devenir sage-femme et infirmier d'État.

Dans le cas du personnel impliqué dans la distribution directe du fer aux FE notamment soit les pharmaciens des centres de santé et les dépositaires oeuvrant dans les dépôts de médicaments des postes de santé, ceux-ci détiennent soit un doctorat en pharmacie (pharmaciens au niveau des



centres) ou une formation de niveau secondaire suivie d'une formation spécifique comme dépositaire dans le cas du personnel des postes de santé.

Après avoir complété leur formation, lorsqu'assigné dans une structure de santé, le personnel de santé tel que les sages-femmes devrait être recevoir une supervision formative à une fréquence régulière (p.33, MSAS, 2018c), laquelle devrait être réalisée en utilisant les outils de supervision fournis (par exemple, les grilles, les normes). Le tableau 7 présente le calendrier recommandé pour la supervision.

Tableau 7. Calendrier de supervision par niveau (MSAS, 2018c).

| NIVEAU DE SERVICE | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| SUPERVISION | Case de santé | Poste de santé | District | Région |
| Fréquence | Une fois par mois | Au moins une fois tous les 2 mois | Au moins une fois tous les 3 mois | Au moins une fois tous les 6 mois |
| Superviseur | Équipe du poste de santé | Équipe cadre de district | Équipe cadre de région | Équipe nationale |

De plus, une formation continue devrait être dispensée au personnel de santé afin de maintenir la qualité des CPN. Selon le document sur les politiques, normes et protocoles - Éléments généraux (MSAS, 2018c), les différents intervenants en matière des services de la santé de la reproduction et survie de l'enfant devraient développer des plans de formation et de recyclage basés sur les curricula de formation nationaux ainsi que des moyens de motivation des différentes catégories de personnels. Des critères quant à la réussite des apprenants sont également définis dans le document alors que pour les formateurs, ceux-ci devraient avoir suivi une formation des formateurs dans les domaines ciblés, avoir une expérience de terrain de deux (2) ans au minimum dans l'offre de service de santé de la reproduction et de survie de l'enfant et avoir des compétences en formation des adultes. Un suivi des personnes formées doit être effectué dans les trois (3) mois suivant la fin de leur formation.

Malgré les recommandations susmentionnées, les données du rapport 2019 de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD et ICF, 2020) sur la prestation des services de santé montrent que le personnel des établissements de santé n'avait pas reçu de formation en CPN au cours des 24 mois précédant l'enquête (Tableau 8). En dépit de sa population plus importante, la région de Dakar avait généralement la plus faible proportion de personnel formé, suivie de Kaolack, Louga, Thiès et Ziguinchor. C'est à Fatick, Thiès et Sédhiou que le pourcentage de personnel formé à donner des conseils aux FE était le plus faible. St-Louis est la région où la proportion de prestataires de santé ayant été supervisés au cours des six (6) derniers mois était la moins élevée.



Tableau 8. Proportion (%) du personnel formé aux CPN, soins prénataux, sur les conseils à donner aux FE et ayant été supervisé au cours des six derniers mois.

| Région | % du personnel formé aux CPN ¹ | % du personnel formé aux soins prénataux au cours des 24 derniers mois ² | % du personnel formé au conseil aux FE au cours des 24 derniers mois ³ | % du personnel supervisé au cours des 6 derniers mois ⁴ |
|--------------|---|---|---|--|
| Dakar | 48,5 | 43,9 | 26,5 | 71,7 |
| Diourbel | 94,5 | 62,8 | 18,4 | 81,7 |
| Fatick | 74,1 | 54,5 | 0,6 | 87,8 |
| Kaffrine | 97,0 | 65,4 | 16,9 | 85,3 |
| Kaolack | 60,9 | 55,5 | 21,1 | 86,8 |
| Kédougou | 90,0 | 81,3 | 18,7 | 87,3 |
| Kolda | 73,7 | 58,0 | 21,5 | 63,1 |
| Louga | 65,8 | 42,0 | 12,9 | 67,3 |
| Matam | 72,7 | 73,3 | 31,4 | 81,8 |
| St-Louis | 93,3 | 59,3 | 25,8 | 50,7 |
| Sédhiou | 70,2 | 51,8 | 5,3 | 88,2 |
| Tambacounda | 67,7 | 57,6 | 18,1 | 91,2 |
| Thiès | 57,3 | 41,2 | 8,2 | 71,1 |
| Ziguinchor | 65,2 | 54,7 | 13,2 | 86,9 |
| Total | 68,1 | 52,9 | 17,8 | 75,3 |

¹ La structure de santé (exclut la case de santé) avait au moins un membre du personnel fournissant des services de CPN interviewé indiquant avoir suivi une formation continue dans le domaine des soins prénataux au cours des 24 mois précédant l'enquête. La formation doit comprendre des sessions structurées ; elle ne comprend pas les instructions individuelles qu'un prestataire pourrait avoir reçues au cours d'une supervision de routine.

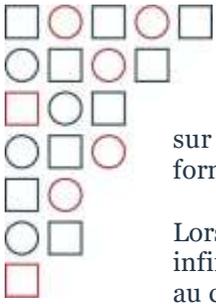
² Prestataires interviewés qui ont reçu une formation continue au cours des 24 derniers mois.

³ Prestataires offrant des CPN interviewés qui déclarent avoir reçu une formation continue sur les conseils aux femmes enceintes.

⁴ Prestataires interviewés qui ont reçu une supervision formative qui réfère à toute forme d'assistance technique ou de surveillance d'un superviseur basé dans la structure ou en visite. Cela peut inclure, sans s'y limiter, l'examen des dossiers et l'observation du travail, avec ou sans retour d'informations à l'agent de santé.

Les données de l'ANSD et d'ICF révèlent que 52,3 % des hôpitaux, 76,4 % des centres de santé et 68,1 % des postes de santé ont au moins un membre de leur personnel qui a été formé aux CPN (ANSD et ICF, 2020).

Dans une étude réalisée dans la région de Kolda, Ningue et al. (2020) ont constaté qu'entre 50 et 69 % des prestataires de CPN (n=27) avaient reçu une formation sur la nutrition maternelle au cours des dernières années, tandis que moins de 50 % avaient bénéficié d'une formation continue



sur la supplémentation en FAF et les carences en micronutriments. Moins de 30 % avaient été formés sur la supplémentation en calcium.

Lors des visites de terrain de l'AP, peu de prestataires de soins prénatals (sages-femmes et infirmiers) ont indiqué avoir reçu une formation en CPN (1/10) ou en nutrition maternelle (1/10) au cours des deux (2) dernières années. Les résultats d'une étude portant sur les obstacles et les facteurs favorables à l'amélioration de la couverture et de l'utilisation du FAF dans sept (7) pays, dont le Sénégal, ont également révélé un manque de formation spécifique à la supplémentation en FAF et des lacunes dans les capacités des prestataires de santé de tous les pays (Siekmans et al., 2018).

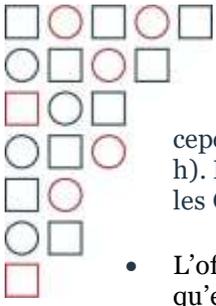
La supervision semble se faire sur une base régulière puisque les équipes cadres de district et de région avaient visité les centres de santé et les postes au moins deux à trois fois au cours la dernière année. Dans les districts visités lors de l'AP, un système avait aussi été mis en place pour intégrer et former les nouvelles sages-femmes, à savoir celles qui étaient recrutées dans le cadre du projet ISMEA. Dès que ces nouvelles sages-femmes arrivent dans leur zone d'affectation, les sages-femmes travaillant déjà au centre de santé les prennent sous leur aile avant qu'elles ne soient déployées dans les postes de santé et ce, afin de bien les former. Cependant, en raison du manque de personnel dans certains postes, les nouvelles sages-femmes peuvent être déployées plus rapidement, ce qui raccourcit le temps de formation.

Disponibilité des consultations prénatales (CPN)

Les centres et les postes de santé offrent les CPN. Le personnel des postes de santé fournit également des CPN dans le cadre de stratégies avancées au niveau des cases de santé, où elles sont généralement dispensées par des sages-femmes une fois par mois. Cela leur permet de rencontrer des FE qui, autrement, ne pourraient pas accéder aux soins dans une structure de santé en raison de leur éloignement, de barrières financières ou de contraintes géographiques et logistiques (isolement et accès au transport limité, particulièrement en saison des pluies). Au cours des visites de terrain, l'équipe a également constaté une utilisation transfrontalière des services de CPN, en particulier dans la région de Kolda, où certaines femmes y accèdent en Gambie. Les CPN sont également parfois proposées les jours de marché public. Bien que des semaines sur la santé de la mère et de l'enfant soient organisées sur une base annuelle, les CPN ne sont normalement pas incluses dans ces événements auxquels se concentrent principalement sur la sensibilisation aux problèmes de santé maternelle et infantile et pas nécessairement sur la CPN ou la nutrition.

En ce qui concerne l'accès physique à un établissement de santé, les données de la carte sanitaire 2019 (MSAS, 2020) révèlent que Thiès a la plus forte proportion de postes de santé du pays (12 % soit un total de 1 478 en 2019), tandis que Sédhiou serait la moins pourvue (4 %). Dakar reste en tête de liste en termes de proportion de centres de santé (23 % pour un total de 99), tandis que Kédougou et Sédhiou sont en dernière position (3 %). Les populations vivant dans les régions de Kédougou et de Tambacounda ont les distances les plus longues à parcourir pour atteindre un poste de santé (entre 10 km et 12 km) tandis que celles vivant dans la région de Matam ont la distance la plus longue à parcourir pour se rendre à un centre de santé (48 km). C'est à Dakar que la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé est la plus courte (environ 3 km). Comme le montre l'étude de Siekmans et al. (2018), l'accessibilité géographique aux établissements de santé fait partie des obstacles à la supplémentation en FAF les plus fréquemment signalés dans plusieurs pays africains, dont le Sénégal.

Dans l'ensemble du pays, les CPN sont offertes dans 83,5 % des hôpitaux, 79,3 % des centres de santé et 76,2 % des postes de santé. De plus, selon le document Politiques, normes et protocoles (éléments généraux), les services de santé de la reproduction et de survie de l'enfant « doivent être accessibles aux client(e)s tous les jours aux heures ouvrables pour les structures et auprès des prestataires à tout moment ». L'étude de Ningue et al. (2020) montre que plus de 90 % des structures de la région de Kolda incluses dans l'étude étaient ouvertes tous les jours de la semaine;



cependant, il semble qu'il y ait des heures spécifiques allouées aux CPN (par exemple, de 8 h à 12 h). Les données collectées pendant l'AP ont montré que les centres et les postes de santé offraient les CPN tous les jours de la semaine, généralement entre 8 h et 16 h.

- L'offre de CPN intègre aussi la référence dans des situations dans lesquelles la sage-femme estime qu'en fonction d'un certain nombre de paramètres, il est préférable que la FE se rapproche des structures plus spécialisées. Il s'agit par exemple des femmes de petite taille, de celles qui ont subi une césarienne, de femmes dont la hauteur utérine est inférieure à 28 cm en fin de grossesse, des primipares dont le fœtus se présente par le siège ou des femmes dont le fœtus est positionné de façon transversale.

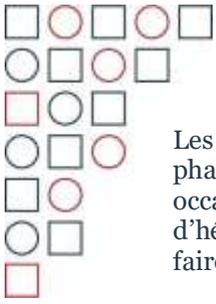
Qualité des CPN

Selon le document Politiques, normes et protocoles sur les éléments généraux (MSAS, 2018c), l'infirmier d'État, la sage-femme, le médecin, le gynécologue, l'agent de santé communautaire et le travailleur social sont tous autorisés à fournir des services de surveillance de la grossesse, d'accouchement et de planification familiale (p. 31). Dans la région de Kolda, Ningue et al. (2020) ont constaté que les sages-femmes offraient des CPN dans environ 75 % des établissements de santé. Les visites de terrain réalisées lors de l'AP ont confirmé que les sages-femmes étaient effectivement les principaux prestataires de CPN, avec un certain soutien de la part des infirmiers, en particulier dans les postes de santé où le système du « duo gagnant » était en place. Dans plusieurs établissements, les sages-femmes recevaient également le soutien des matrones qui prenaient principalement les signes vitaux (tels que le poids, la taille, la circonférence brachiale et la tension artérielle) avant que la FE ne rencontre la sage-femme. Selon plusieurs MCR, MCD et sages-femmes, cela réduit la charge de travail des sages-femmes qui en plus des CPN, fournissent des services de planification familiale et d'accouchement.

Outre les exigences en matière de qualification du personnel, les politiques, normes et protocoles des services de santé de la reproduction et survie de l'enfant : Santé maternelle, périnatale et néonatale (MSAS, 2018a) donnent les directives (protocoles) à suivre sur le contenu de chacune des quatre (4) CPN, donc chacune inclut la prescription de comprimés de FAF (p. 65) en plus d'autres actions spécifiques (par exemple, les actions cliniques, les évaluations verbales, les tests, l'accueil et l'attitude du personnel).

Au cours de la collecte de données sur le terrain, les informations recueillies auprès des sages-femmes et des infirmiers-chef de poste (ICP) révèlent qu'une CPN de qualité inclut l'accueil des FE et l'évaluation verbale de leur état suivies d'actions cliniques, de la prescription de FAF et d'un bilan de santé (qui comprend un test d'Hb). Dans le cas où une carence en calcium est suspectée, un test pour en déterminer le statut sera recommandé. Une CPN dure généralement entre 15 et 30 minutes (dont la première CPN qui est normalement plus longue pour les premières grossesses), mais certains prestataires ont indiqué qu'ils prenaient tout le temps nécessaire pour assurer une CPN de qualité. Les CPN mettent également l'accent sur l'importance de réaliser tous les tests prescrits et comprennent des conseils sur la nutrition et sur les médicaments à prendre ainsi que sur la prévention des complications liées à la grossesse.

Lors de sa première CPN (généralement au troisième mois ou plus tard), le FE reçoit une prescription de FAF à raison d'un comprimé par jour. Toutefois, si le test Hb révèle une anémie légère ou modérée (Hb entre 7 et 11 g/dl), la prescription sera de deux (2) comprimés de FAF par jour. En cas d'anémie sévère (Hb inférieur à 7 g/dl), la FE sera référée au centre de santé pour une transfusion sanguine. Advenant un retard de la première CPN, les femmes ne recevront pas plus de FAF - en d'autres termes, il n'y a pas de rattrapage. Après l'accouchement, les femmes recevront du FAF pendant une période de 30 à 42 jours. Si une carence en calcium est suspectée, des suppléments seront prescrits à partir de la 20^e semaine. Des vermifuges sont prescrits à partir du deuxième trimestre de la grossesse.



Les comprimés de FAF et le déparasitant prescrits peuvent être obtenus dans les dépôts et pharmacies des postes et centres de santé respectivement. Au niveau des cases, le FAF peut être occasionnellement donné aux femmes enceintes lors des stratégies avancées. Le test d'hémoglobine est effectué au centre de santé car les postes n'ont pas l'équipement requis pour le faire. Les tests et les prescriptions de médicaments sont payants.

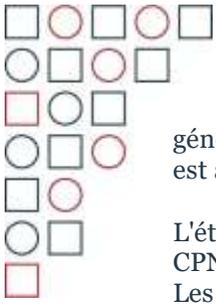
En accord avec les résultats de l'étude de Siekmans et al. (2018), les informations recueillies lors des visites sur le terrain révèlent qu'aucune activité spécifique individuelle portant sur les changements de comportements visant à assurer l'adhérence au FAF n'est faite systématiquement aux FE : on leur recommande simplement de consommer le FAF sans s'attarder nécessairement aborder les facteurs qui en limitent la prise. Conséquemment, plusieurs prestataires ont mentionné la faible adhérence au FAF chez les FE. Les raisons invoquées par les sages-femmes pour expliquer la non-adhésion au FAF sont principalement les effets secondaires tels que le goût, les nausées, etc. De plus, certaines sages-femmes ont souligné la pénurie de FAF dans les structures de santé telles que les pharmacies de l'Initiative de Bamako (IB), ce qui conduit les FE à devoir se procurer du FAF dans des établissements où leur coût est plus élevé.

De plus, les prestataires de soins prénatals n'ont pas de connaissances approfondies sur la nutrition des FE pour répondre efficacement aux questions soulevées par ces dernières lors des visites. La plupart des sages-femmes ont exprimé le besoin d'une formation plus poussée dans ce domaine. Il en va de même pour les points focaux régionaux chargés l'éducation et de la communication en matière de santé (SREIPS) qui comme certains SRANSE (point focal régional sur la nutrition et la survie de l'enfant) sont formés sur le tas et acquièrent des connaissances supplémentaires en consultant des blogues de nutritionnistes ou des livres qui ne sont pas nécessairement fondés sur des données probantes ou adaptés au contexte. Certains ont des appréhensions à communiquer à travers des radios parce qu'ils n'ont pas forcément les bons arguments. Ils ont également exprimé le besoin de formation pour développer leurs compétences en matière de communication.

Afin de surmonter les défis liés à la prise de FAF et s'assurer que chaque femme enceinte fasse toutes les CPN, on fait notamment appel à la « Bajenu Gox » au niveau des communautés laquelle assure le lien entre le poste/centre de santé et les FE. En effet, à travers des VAD et des causeries, elles sensibilisent les FE à faire les CPN et à prendre le FAF, font le suivi auprès de celles qui n'ont pas respecté leur rendez-vous pour une CPN (les « perdues de vues ») en plus de sensibiliser les conjoints/maris, leaders religieux, belles-mères afin qu'ils motivent les femmes à respecter les CPN et à prendre le FAF.

En plus des *Bajenu Gox*, les agents de santé communautaires (y compris les *relais*) sont impliqués dans la mise en place d'interventions visant à modifier les comportements. Selon le document Politiques, normes et protocoles des services de santé et survie de l'enfant : Éléments généraux (MSAS, 2018c), les agents de santé communautaire peuvent également fournir des comprimés de FAF aux FE, mais cette recommandation n'est pas opérationnelle. Cela est regrettable étant donné que la distribution de FAF au niveau communautaire semble faciliter son adhésion et favorise ainsi une plus grande couverture (Siekmans et al., 2018). Cela représente une occasion manquée, car les plateformes communautaires permettent d'améliorer le renouvellement de FAF ainsi que l'accès aux conseils sur les effets secondaires et sur l'importance de la prise de FAF, deux éléments qui peuvent contribuer à accroître son utilisation chez les femmes (Verney et al., 2018).

Outre les conseils sur la nutrition maternelle et la supplémentation en FAF offerts lors des CPN individuelles, les sages-femmes organisent également des causeries sur ces sujets. Cependant, le counseling n'est pas systématique, pas plus que la provision de conseils de nutrition. Par ailleurs, lors des visites sur le terrain, mis à part des boîtes à images (observées notamment dans la région de Kolda), peu de matériel d'appui aux activités de changement de comportement sur la nutrition maternelle et sur la supplémentation en FAF était disponible dans les structures de santé. Plusieurs prestataires ont d'ailleurs indiqué qu'ils n'avaient pas de matériel en quantité suffisante. Pour surmonter ce défi, plusieurs sages-femmes utilisent la section portant sur les conseils



généraux sur la nutrition maternelle qui se trouve dans le carnet de santé des FE, dans laquelle il est aussi notamment recommandé de « prendre la quantité indiquée de FAF ».

L'étude de Ningue et al. (2021), qui a comparé les pratiques observées et rapportées en matière de CPN, corrobore les informations précédentes et apporte un éclairage supplémentaire sur le sujet. Les résultats de leur recherche ont montré qu'environ 85 % des prestataires (n=27, observation directe de 54 consultations en CPN) ont vérifié les signes d'anémie lors des CPN. Il n'y avait pas de différences entre les résultats de l'auto-évaluation et ceux de l'observation directe. Une grande partie des prestataires (89 %) ont déclaré avoir demandé aux FE si elles prenaient du FAF, alors que cette action a été directement observée que chez 44 % d'entre eux. De plus, les observations directes ont révélé qu'aucun prestataire (0 %) n'a demandé à la femme si elle avait eu des effets secondaires suite à la prise de FAF, alors que 33 % ont déclaré l'avoir fait. Cependant, lors de la période de counseling, environ 80% des prestataires discutaient de l'importance de la prise de FAF (autant chez ceux observés que ceux qui avaient rapporté leur pratique). Près de 100% des prestataires discutaient des effets potentiels de la prise de fer lors des CPN lorsqu'ils étaient observés alors que seulement 33% ont rapporté le faire. Lors des observations, 15% des prestataires demandaient aux femmes si elles prenaient du sel iodé alors que 33% avaient rapporté le demander. Par ailleurs, lors de l'observation du counseling, 18% soulignaient l'importance d'utiliser du sel iodé.

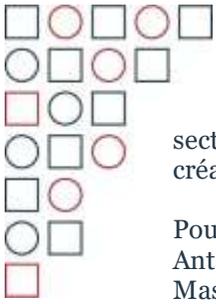
Enfin, les résultats de l'AP durant laquelle une question a été posée aux sages-femmes rencontrées sur « comment » elle fait une CPN montrent que celles-ci sont bien rôdées :
« Dès que la femme vient, on l'accueille, on la demande de s'asseoir et on lui demande son nom et son prénom et l'objectif de sa visite. Si c'est pour une CPN, on prend le temps de bien faire l'interrogatoire en demandant prénom, nom, âge, adresse, situation matrimoniale, le nom du mari, adresse du mari, âge du mari. On demande aussi sur les antécédents familiaux et médicaux. On demande aussi le nombre de grossesses, le nombre d'accouchements et ensuite on l'examine de la tête au pied. On regarde au niveau de sa chevelure, sa bouche s'il n'a pas de carie dentaire et fait une palpation des seins. On palpe l'abdomen pour voir la souplesse de l'abdomen, rechercher des vergetures ou des cicatrices de laparotomie. Au niveau des mollets, on recherche la souplesse. On prend la hauteur utérine Rechercher aussi un éventuel écoulement et terminer par le (...) vaginal pour vérifier la position du col, la souplesse du degré d'ouverture etc. Après on enregistre tout, on fait la proposition du test de dépistage VIH. Après le test, on fait la vaccination antitétanique et on enregistre tout sur le registre et sur le carnet puis on lui donne un rendez-vous avec un bilan et une échographie à faire avant de venir à son rendez-vous et aussi il y a la prescription du médicament (FAF). On leur prescrit de la vitamine C pour aider le fer à se fixer » (Description d'une CPN par une sage femme).

Les nutritionnistes dans le système de santé

Au Sénégal la profession de nutritionniste n'est pas reconnue par le service civil. Ceci a un impact sur leur présence à tous les niveaux (Deussom et coll., 2018) et représente une contrainte à la sensibilisation des acteurs pour l'intégration de la nutrition dans les programmes et autres, tant verticalement qu'horizontalement (Bergeron-Ruel, 2018), constat qui a également soulevé lors de l'AP.

En 2018, huit (8) personnes travaillaient à la DAN au Ministère de la santé et de l'action sociale, dont trois techniciennes en nutrition. Il n'y avait pas de cadre supérieur dans le domaine de la nutrition. Dans le cas du Bureau exécutif national du Conseil National de développement de la nutrition (CNDN), en 2018, sur les 46 employés, il semble que seulement quatre (4) étaient des spécialistes sur les politiques de nutrition et de santé. De plus, peu de nutritionnistes travaillent pour les PTF.

Pour renforcer la nutrition, le PSMN 2024-2028 met l'accent sur la formation, la recherche et l'innovation. On y prévoit la formation de spécialistes en nutrition aux niveaux secondaire, master et doctorat. Un programme de formation continue adapté aux besoins prioritaires des divers



secteurs est aussi planifié tout comme la mise en place de mesures institutionnelles pour la création de postes budgétaires pour les nutritionnistes dans les différentes régions.

Pourtant, il y aurait avantage à former et recruter plus de nutritionnistes. L'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) offre actuellement deux (2) programmes en nutrition humaine et alimentaire : Master I (2 semestres de 30 crédits chacun) et Master II (2 semestres supplémentaires de 30 crédits chacun après l'achèvement de la Maîtrise I). Sur ces 120 crédits répartis sur quatre (4) semestres, 14 sont consacrés à des cours liés à la nutrition publique et 36 à la recherche (mémoire et méthodes de recherche). Deux autres cours de trois (3) crédits sont consacrés à la mesure de la production de lait maternel et à la communication pour le changement de comportement. La nouvelle université du Sine Saloum propose également deux programmes de baccalauréat en nutrition : a) Nutrition et sciences de l'alimentation et b) Nutrition humaine et diététique.

L'un des problèmes majeurs identifiés est que tous les points focaux des régions (SRANSE) et districts en charge de la nutrition et de la survie de l'enfant ne sont pas des nutritionnistes qualifiés. Ils ont besoin d'une formation supplémentaire pour s'acquitter efficacement de leurs tâches.

Système d'information sur la santé

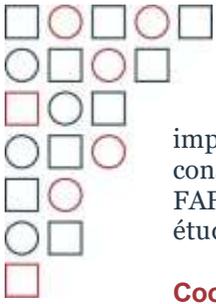
Le DHIS2 est le principal système d'information sur la santé au Sénégal. Il fournit des données sur les CPN et d'autres services. Chaque mois, dans chacune des structures de santé, les données du registre sur les CPN portant sur les indicateurs suivants sont retranscrites dans le logiciel : 1) taux d'utilisation des CPN (tout contact pour un CPN), 2) taux d'achèvement des CPN (c'est-à-dire les FE qui ont complété au moins quatre (4) CPN), 3) taux de couverture adéquate en CPN (c'est-à-dire les FE qui ont eu une CPN à chaque trimestre et une CPN au cours du neuvième mois de grossesse), 4) nombre de FE auxquelles du FAF a été prescrit. Dans le DHIS2, aucune donnée n'est actuellement collectée sur le déparasitage non plus sur les conseils de nutrition octroyés aux FE bien qu'il puisse arriver que des informations sur ces deux indicateurs soient disponibles dans le registre des CPN au niveau des structures de santé.

Cependant, dans le futur, des informations sur cette intervention pourraient être disponibles car un indicateur sur la provision de conseils sur la nutrition maternelle a été ajouté dans le nouveau (2023) registre des CPN des établissements de santé.

Lors des supervisions, des grilles sont utilisées pour le suivi des indicateurs de chacun des programmes. De plus, des rapports de zone (c'est-à-dire la zone couverte par un établissement de santé) sont préparés tous les trimestres et envoyés au niveau administratif supérieur (par exemple, du poste de santé au district sanitaire). Il est également important de souligner que la supervision se concentre généralement que sur certains aspects, lesquels peuvent différer d'une supervision à l'autre.

Malheureusement, depuis septembre-octobre 2022, il y a une rétention des données au niveau des structures de santé et par conséquent, aucune information sur la prestation des CPN n'apparaît dans le DHIS2 bien que des rapports mensuels de zones soient préparés et conservés au niveau des structures de santé. En revanche, un compromis a été trouvé et qui a donné lieu à des arrangements dans lesquels, les MCD essayent de convaincre les prestataires de remplir correctement les rapports et de les garder et ce, afin d'être en mesure de fournir les informations au moment où la rétention d'information prendra fin.

Outre le système de surveillance de la santé, des EDS sont menées régulièrement. Par exemple, entre 2012 et 2019, des EDS continues ont été réalisées chaque année. Au cours de ces enquêtes, des données peuvent être collectées sur les CPN, notamment sur la supplémentation en FAF et le déparasitage chez les FE. De même, l'ANSND a recueilli des informations sur l'offre des services de santé sur une base annuelle au cours de la même période. La mise en œuvre de ces enquêtes nationales nécessite toutefois des ressources humaines et des investissements financiers



importants. Malheureusement, ces enquêtes ne recueillent pas d'informations sur la provision de conseils en matière de nutrition lors des CPN, alors que des données sur la supplémentation en FAF et sur la prévalence de l'anémie ne sont pas collectées systématiquement dans toutes ces études.

Coordination

Les entretiens réalisés dans le cadre de l'AP et les résultats de l'étude de Deussom et al. (2018) montrent que le CNDN organise des réunions semestrielles avec ses partenaires, dont des ministères impliqués dans des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Cependant, les personnes assignées comme points focaux par chacun des ministères ne semblent pas avoir d'influence pour porter ensuite l'agenda de nutrition au sein de leur propre institution.

Deussom et coll. (2018) font également ressortir les éléments suivants quant au rôle du CNDN en matière de coordination interne à savoir que celui-ci tient aussi des rencontres chaque trimestre afin de valider et revoir le plan d'action annuel en plus d'avoir des révisions trimestrielles avec ses antennes régionales. À leur tour, ces bureaux exécutifs dans les régions ont des rencontres mensuelles de coordinations et des révisions trimestrielles avec les agences d'exécution communautaire.

Selon une analyse de la Banque mondiale (Ruel-Bergeron, 2018), l'absence d'engagement à haut niveau a freiné la mise en œuvre du précédent PSMN et il en va de même pour le PSMN actuel (2024-2028). Le CNDN s'attaque à ce défi car il vise à jouer un rôle de coordination au niveau national, en particulier par le biais des réunions du groupe des partenaires en nutrition, qui inclut des représentants du gouvernement, ainsi que des PTF.

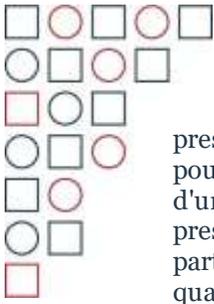
Les réunions du mouvement SUN agissent comme mécanisme de coordination, bien qu'elles soient irrégulières, à l'exception de la réunion annuelle qui évalue les progrès du mouvement au Sénégal. De plus, le groupe sur la nutrition et son sous-comité ad hoc sur l'anémie organisent des réunions, mais celles-ci ne sont pas régulières. Ces observations sont cohérentes avec celles de Deussom et al. (2018), qui ont qualifié la collaboration entre les PTF comme étant limitée.

En mars 2024, un nouveau groupe de travail a été créé. Composé de représentants des PTF et du Ministère de la santé et de l'action sociale, ce groupe de travail œuvrera spécifiquement sur la transition du FAF vers les MMS. Le mandat de ce groupe a été rédigé tout comme une feuille de route.

Au niveau interne, tel que relevé par Deussom et coll. (2018) et confirmé lors de l'AP, des réunions hebdomadaires sont organisées par la DSME et auxquelles participent le personnel des différentes divisions telles que celle sur l'alimentation et la nutrition (DAN), celle sur la santé de la mère et du nouveau-né et celle sur la survie de l'enfant. Cependant, pour certains, la coordination entre les différentes divisions n'est pas optimale. Ce défi a également été mis en exergue par Deussom et coll. (2018) en ce qui concerne la DAN. Similairement, au niveau des Nations unies, chaque agence respecte son mandat, ce qui limite la mise en place d'une action unique, composée d'interventions complémentaires les unes avec les autres.

Les équipes des districts de santé sont invitées aux réunions régionales trimestrielles. Les infirmiers et sages-femmes des centres et postes de santé sont également conviées. Les centres de santé et les postes de santé organisent aussi des réunions mensuelles du personnel. Au cours de ces rencontres, les résultats des indicateurs de performance (notamment en matière de CPN) sont présentés et examinés. Des actions pour résoudre les problèmes sont également définies. À noter que chaque invitation à ces réunions est envoyée aux partenaires présents dans la zone, que ce soit au niveau de la région, du district ou de la structure de santé.

Sur une base mensuelle ou trimestrielle, des supervisions sont organisées surtout dans les structures de santé problématiques. Sur place, les superviseurs s'entretiennent avec les



prestataires de santé afin d'identifier à la fois, les causes aux problèmes rencontrés et les solutions pour les surmonter. Au cours de ces visites, les deux parties (superviseur et employé) conviennent d'un plan de redressement, qui fera l'objet d'un suivi. Dans le cas de la supervision des prestataires de CPN, l'un des superviseurs est le responsable de la santé de la reproduction, qui participe généralement aux supervisions régulières (trimestrielles) et formatives, assurant ainsi la qualité de la prestation des services.

Partenariats

L'Annexe 1 fournit une description des partenaires actuellement impliqués dans la nutrition maternelle au Sénégal.

PILIER 2 - PRESTATION DE SERVICES

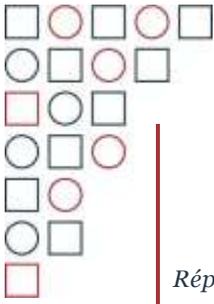
Résumé des possibilités

Capacités du personnel :

- Le programme de formation des sages-femmes comporte un volet important sur les soins maternels et infantiles, mais pas sur la nutrition maternelle.
- Des recommandations sont disponibles sur la manière d'assurer une supervision optimale et une formation continue des prestataires de santé.
- Au niveau des régions et des districts, des pharmaciens bien formés sont disponibles.
- Au niveau des régions et districts, on retrouve des points focaux dédiés à la nutrition.
- Quelques universités proposent des formations de premier et deuxième cycles en nutrition.
- Il existe une association de sages-femmes qui a le potentiel de devenir un ordre professionnel.
- Il existe des politiques, des normes et des protocoles pour guider la prestation des CPN.
- La coordination et la supervision décentralisées permettent de renforcer les compétences des prestataires de santé, en

Résumé des défis

- Les prestataires de CPN ainsi que les responsables de l'alimentation, de la nutrition et de la survie de l'enfant au niveau des régions et des districts ne sont pas suffisamment formés à la nutrition maternelle et aux techniques de changement de comportement.
- Les prestataires de CPN ne bénéficient pas d'un suivi approprié pour garantir l'intégration des compétences.
- Les services de nutrition souffrent d'un manque de ressources humaines en termes de personnel affecté à la provision de conseils nutritionnels.
- Les dépositaires ne bénéficient pas d'une formation standardisée.
- Les activités de supervision (incluant la supervision formative) ne sont pas systématiquement menées dans chaque établissement de santé.
- Peu d'outils sont disponibles pour soutenir les activités visant à modifier les comportements en matière de nutrition maternelle.



particulier en ce qui concerne la fourniture de CPN, y compris la supplémentation en FAF, ainsi que le suivi des stocks de FAF.

Répartition du personnel :

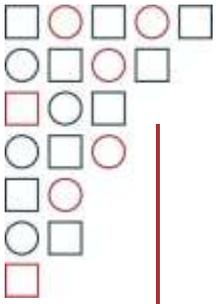
- Il existe une association de sages-femmes qui peut appuyer un exercice de cartographie pour revoir la répartition des sages-femmes.
- Dans cinq (5) régions, le « duo gagnant » (sage-femme/infirmier) est présent dans presque tous les établissements de santé. Ce duo peut contribuer à augmenter la disponibilité des soins prénatals.
- Le projet ISMEA vise à améliorer l'accès à des CPN de qualité. Cette initiative pourrait être intégrée dans le programme de couverture universelle des soins de santé.
- La répartition des sages-femmes dans le pays n'est pas uniforme.
- La durabilité du soutien d'ISMEA n'est pas assurée.
- La formation continue et le déploiement des sages-femmes offerts par le projet ISMEA ne sont pas standardisés.

Disponibilité des CPN :

- Des CPN sont proposées dans la plupart des structures de santé.
- Les CPN sont également proposées en dehors des établissements de santé, par exemple dans le cadre de stratégies avancées au niveau des cases de santé ou lors des marchés publics.
- Des directives sur les critères d'orientation des FE à haut risque sont disponibles.
- Le passage de 4 à 8 consultations prénatals pourrait contribuer à améliorer l'accès à la supplémentation en FAF et en MMS.
- Le FAF (et les MMS) pourrait être distribué par certains agents de santé communautaires.
- Les CPN ne sont pas proposées dans tous les établissements de santé.
- L'accès physique aux établissements de santé offrant des CPN varie d'une région à l'autre.
- Le passage de 4 à 8 CSP n'est pas perçu comme réaliste par les prestataires de soins et cette directive n'est pas officiellement en place.

Qualité des CPN :

- Les sages-femmes (et les infirmiers) s'engagent à offrir des CPN de qualité, incluant une supplémentation en micronutriments.
- Certaines sages-femmes sont surchargées.
- Le déroulement des CPN est satisfaisant et les tâches/responsabilités de chaque prestataire sont organisées de manière à faciliter l'accès des FE aux CPN. Par
- Les compétences et les connaissances des sages-femmes en matière de counseling et d'éducation nutritionnelles ainsi que sur la supplémentation en micronutriments



exemple, au niveau de l'établissement de santé, d'autres agents de santé communautaires soutiennent les sages-femmes afin de réduire leur charge de travail.

- La supplémentation en calcium est recommandée dans les politiques.
- Les « Bajenu Gox » sont des actrices clés au niveau communautaire étant donné leur rôle dans l'établissement de liens entre les FE et les prestataires de soins de santé par le biais d'activités de sensibilisation axées sur l'importance des CPN et la supplémentation en FAF. Elles mènent également des activités de sensibilisation auprès des maris et belles-mères des femmes, afin de s'assurer qu'ils soutiennent les FE.
- Le FAF et le déparasitant sont prescrits régulièrement lors des CPN.
- Des programmes de formation en nutrition sont disponibles dans certaines universités.
- La formation en nutrition des prestataires de soins de santé est prévue dans le PSMN.
- La transition potentielle de 4 à 8 contacts CPN est une occasion d'améliorer la qualité des CPN et la supplémentation en micronutriments.

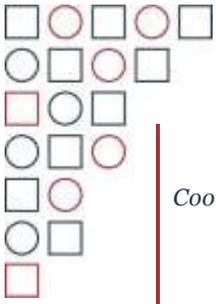
Système d'information sur la santé :

- Un système de surveillance de la santé en ligne est en place et il est utilisé par les établissements de santé pour communiquer des données mensuelles sur la santé.
- Des enquêtes nationales collectant des données sur la supplémentation en FAF (≥ 90 comprimés) et le déparasitage chez les FE sont menées régulièrement.
- Des données mensuelles sur la couverture des CPN sont normalement disponibles (en l'absence de grève), ainsi que sur le nombre de FE auxquelles du FAF a été prescrit.
- Un nouvel indicateur sur la provision de conseils nutritionnels maternels a été

sont limitées.

- La formation des prestataires de soins de santé à la supplémentation en calcium est faible et cette supplémentation est peu pratiquée par les prestataires.
- Les compétences et les connaissances des points focaux régionaux et de district en matière de nutrition maternelle et sur les techniques de changement de comportement sont limitées.
- Le nombre de nutritionnistes est limité dans le pays.

- La grève des prestataires de soins de santé est un obstacle important à l'accès aux données sur les CPN.
- Les données des EDS sur la supplémentation en FAF et le déparasitage des FE ne sont pas désagrégées au niveau régional.
- Aucune donnée sur le counseling et l'éducation en matière de nutrition maternelle n'est collectée dans le cadre du système de surveillance de la santé ou des enquêtes nationales.
- Le système de surveillance sanitaire ne recueille pas de données sur le nombre de



intégré dans le registre des CPN de 2023.

FE ayant pris un déparasitant.

Coordination et partenariats :

- Des réunions impliquant les différentes divisions du MSAS sont organisées sur une base régulière.
 - Des réunions impliquant les PTF sont organisées au niveau national par le CNDN.
 - Un groupe de travail sur la nutrition et des sous-groupes de travail sur l'anémie et les MMS sont en place au niveau national. Ces derniers pourraient être utilisés pour assurer une meilleure coordination entre les initiatives des partenaires impliqués dans la transition du FAF aux MMS.
 - Il existe une volonté (CNDN et MSAS) de mettre en œuvre et de diriger des mécanismes de coordination au niveau central.
 - Quelques partenaires allouent des ressources à la nutrition maternelle (voir annexe 1).
- Il n'existe pas de mécanisme formel de coordination des interventions en matière de nutrition maternelle entre les PTF et au sein des ministères.
 - Le travail en vase clos (entre les PTF et/ou le gouvernement) persiste.

PILIER 3 - PRODUIT ET APPROVISIONNEMENT

La chaîne d'approvisionnement en médicaments (y compris le FAF) comporte deux circuits : a) un circuit public, où la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) fournit des produits à divers établissements de santé publics du pays, et b) un circuit privé géré par des grossistes répartiteurs privés qui approvisionnent les officines (Figure 1).

De façon générale, la chaîne fonctionne selon les étapes suivantes : (i) la sélection et la quantification des médicaments et autres produits de santé; (ii) l'acquisition et l'importation des médicaments ; (iii) la distribution et le stockage et; (iv) l'accès et la consommation.

Sélection et exigences des produits de nutrition maternelle

Au niveau central, la sélection des médicaments est faite par la PNA. Plusieurs produits commandés font partie de la liste nationale des médicaments essentiels (Agence sénégalaise de réglementation pharmaceutique, 2024) mise à jour tous les deux (2) ans. La dernière mise à jour date de 2022.

Des visites sur le terrain des dépôts et des pharmacies ont confirmé la présence de produits inclus dans la liste des médicaments essentiels (ou similaires en termes de composition), à savoir des boîtes de 1 000 comprimés d'a) fumarate ferreux (200 mg) et acide folique (0,25 mg); et b) sulfate ferreux (200 mg) et acide folique (0,25 mg). Cependant, tel qu'indiqué précédemment, les produits ne contiennent pas la quantité d'acide folique recommandée par l'OMS pour les suppléments destiné aux FE (0,40 mg). Du sirop de fer (ne contenant pas d'acide folique) était également disponible.



La PNA détermine les besoins des stocks en FAF sur la base des estimations fournies par les pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA). Chaque PRA fait la moyenne de l'utilisation de FAF dans chaque district au cours des trois (3) mois précédents pour déterminer les quantités nécessaires. De leur côté, les districts estiment leurs besoins en FAF sur la base de l'utilisation mensuelle de chaque établissement de santé. Ces calculs incluent le FAF vendu aux FE, aux femmes en post-partum et à toute autre personne.

Le processus de réquisition des médicaments incluant le FAF se fait essentiellement à travers le logiciel ErpX3 disponible dans les districts et centres de santé essentiellement. Il semble que les postes de santé ne disposent toutefois pas du logiciel (p.ex. celui de Maabo dans la région de Kaffrine). Durant les visites sur le terrain, des dépositaires ont souligné augmenter les besoins de certains produits dont le FAF dans leur commande mensuelle afin d'éviter les ruptures.

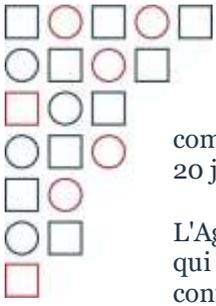
Dans le cas où une structure de santé telle que le poste de santé de Maabo n'a pas accès au logiciel, à la fin du mois, un inventaire sera fait par le dépositaire et les besoins en FAF seront estimés pour ensuite être transcrits sur un bon de commande. Les stocks périmés seront aussi identifiés afin d'être détruits et remboursés. Le bon de commande sera approuvé par l'ICP et ensuite, apporté au district par le président et trésorier du CDS avec/sans l'ICP, et/ou le dépositaire qui feront l'achat du produit au niveau du district (à l'aide d'une moto ou de l'ambulance) pour ensuite, déposer le tout au poste. Le FAF sera disposé sur une étagère en respectant la date de péremption (les plus anciens devant et les nouveaux, derrière). Au préalable, le produit sera inspecté par le CDS et le dépositaire afin de détecter s'il rencontre les normes de qualité (péremption, quantité adéquate/boîte, bris). Un procès-verbal de chacune des réceptions des médicaments est fait lequel inclut les quantités reçues et périmées.

Outre le logiciel, chaque pharmacie et dépôt dispose d'une fiche de suivi du stock de FAF laquelle est remplie sur une base journalière permettant ainsi d'avoir une idée juste des quantités en inventaire à tous moments: on y note les entrées et les sorties quotidiennes de FAF. Cette méthode alternative d'enregistrement des informations permet d'éviter de potentiellement perdre des informations compte tenu des « bugs » occasionnels du logiciel ErpX3. Par ailleurs, au niveau du logiciel, les sorties de médicaments sont entrées au fur et à mesure tout au cours de la journée. À titre d'exemple, lors de la visite du dépôt du centre de santé de Kaffrine, une personne est arrivée avec une ordonnance. Sur le champ, la dépositaire a pris l'ordonnance, a entré le nombre de comprimés indiqués dans l'ordonnance dans le logiciel qui a ensuite soustrait cette quantité du stock actuel en plus d'en indiquer le prix de vente.

Tant au niveau de la PRA qu'au niveau des districts et des structures sanitaires, les commandes se font généralement sur une base mensuelle mais il peut arriver qu'un poste de santé s'approvisionne deux (2) fois dans le mois dans le cas où il n'a pas pu acheter tout ce qu'il avait besoin pour un mois entier en raison d'un manque de ressources financières. Également, dans le cas où la quantité en stock atteint le seuil d'alerte (par exemple, un reste de 3-4 boîtes de FAF) avant la fin du mois, l'ICP et le CDS seront notifiés pour faire une commande afin d'éviter la rupture. Au niveau de certaines cases de santé, l'approvisionnement en FAF est fait également sur une base mensuelle pas l'agent de santé communautaire qui se rend soit au niveau du poste ou du district sanitaire directement ou encore, le FAF est apporté par la sage-femme lors des stratégies avancées mensuelles.

Importation

La PNA commande principalement le FAF et d'autres produits auprès de fournisseurs asiatiques, à savoir l'Inde, la Corée du Sud et le Pakistan, bien qu'il existe des industries de production pharmaceutique au Sénégal comme Valdafrique, l'Institut Pasteur, West Africa Pharma, Teranga Pharma (Pfizer) et Medis (Winthrop). Lors des visites sur le terrain, du FAF produit par Medis et importés d'Inde ont été trouvés sur les étagères des pharmacies et des dépôts de plusieurs établissements, comme ceux de Kaffrine. Tel que mentionné en annexe 1, le délai entre la



commande et la réception des médicaments varie de deux (2) à trois (3) mois par bateau ou de 5 à 20 jours par avion.

L'Agence sénégalaise de réglementation pharmaceutique (ARP) veille à ce que les médicaments qui entrent dans le pays, tant pour le circuit public que privé, soient de bonne qualité et conformes à la liste nationale des médicaments essentiels. L'ARP délivre les autorisations de mise en marché pour chaque nouveau produit. Avant l'entrée d'un nouveau médicament dans le pays, l'agence s'assure que le fournisseur est en possession de cette autorisation de mise en marché. Une fois rendu à la douane, l'ARP inspecte le produit et prélève des échantillons pour effectuer une analyse dans son laboratoire. Si le ministère de la Santé et de l'action sociale souhaite acquérir un nouveau produit, il doit introduire une demande (nom du produit, quantité requise, durée de l'essai/pilote) auprès de l'ARP, qui accordera une autorisation spéciale d'importation. Le processus depuis la demande d'importation d'un nouveau produit jusqu'à l'obtention d'une autorisation spéciale prend 90 jours. Advenant un impact positif du produit et une décision de passage à l'échelle du produit, ce dernier recevra une autorisation de mise en marché. Pour mener à bien ses travaux, l'ARP utilise Orbus, un réseau informatique qui regroupe toute la documentation en lien avec les opérations d'import-export, notamment les certificats d'origine et de sécurité des produits (Ministère du commerce et des petites et moyennes entreprises, 2024). En plus de valider la qualité des produits importés, l'ARP fixe les prix des médicaments dans le pays lesquels sont affichés sur son site Internet. Ces informations sont accessibles au public (site Internet de l'Agence Sénégalaise de réglementation pharmaceutique). A titre d'exemple, le prix d'une boîte de 1 000 comprimés FAF (200 mg de fumarate de fer et 0,25 mg d'acide folique) produite par Medis (Winthrop) est fixé à 8 363 francs CFA. Enfin, c'est toutefois la PNA qui négocie les prix avec les fournisseurs, et non l'ARP.

Dans le cas d'une recherche de mise en œuvre dans le futur, la PNA peut commander des MMS pour l'étude à la demande de la DSME.

Distribution et entreposage

La distribution en FAF et autres médicaments au Sénégal se fait comme suit (MSAS, 2019). Tout d'abord, au niveau central, il y a la PNA qui approvisionne les 11 pharmacies d'approvisionnement localisées dans chaque région ou PRA (Figure 2) à travers le système « Jegesinaa ». Par la suite, chaque PRA fournit des médicaments au niveau des pharmacies situées dans les 79 districts (Figure 3) qui à leur tour, approvisionnent les centres et postes de santé (Figure 4). Les cases de santé localisées dans les communautés se procurent le FAF généralement au niveau des postes mais celles qui disposent d'un infirmier s'approvisionnent directement au niveau du district sanitaire. Dans les structures sanitaires (centres et postes), il y a des dépôts de ventes de médicaments avec un système de reversement de la marge de profit. Il existe également la PRA Mobile qui approvisionne directement soit les districts («Jegesinaa», 42 districts) ou les centres et postes de santé («Yeksinaa»). Dans le cas de la PRA mobile, des frais sont également chargés aux différents points de livraison que ce soit le district ou le centre/poste de santé. Sur l'ensemble des 8 districts visités durant les visites-terrain de l'AP, ceux de Ziguinchor, Kolda et Kaffrine avaient le système de distribution « Jegesinaa ».

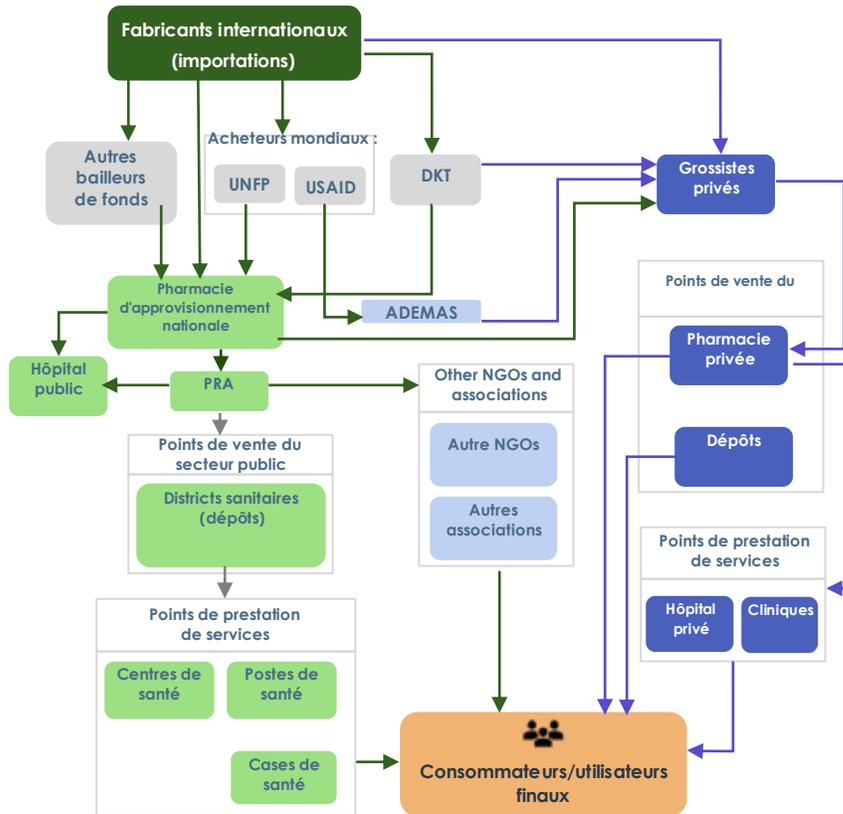
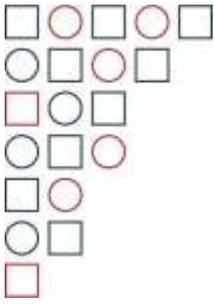
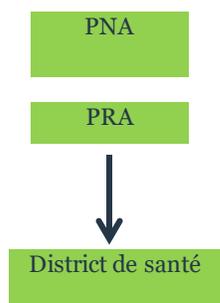
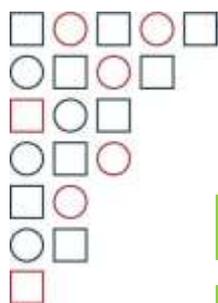


Figure 2. Chaîne d’approvisionnement dans le secteur de la santé de la reproduction (SEMA, 2023)

Concrètement, le « Jegesinaa » fonctionne comme suit. Chaque PRA apporte le FAF au niveau du district chaque fin de mois. À titre d’exemple, dans le cas du FAF, dont le coût est de 5003 francs CFA pour une boîte de 1000 comprimés, celui-ci sera vendu au district sanitaire par la PRA à un prix majoré de 15% soit à 5754 francs CFA. Le coût de dix (10) comprimés de FAF est habituellement autour de 100 francs CFA (entre 75-150 francs CFA) pour les FE ce qui signifie que le revenu total issu de la vente de tout le contenu de la boîte de 1000 comprimés sera normalement de 10 000 francs CFA au niveau de la pharmacie du district. À la fin du mois, lorsque la PRA fera l’inventaire du stock utilisé, elle prélèvera un profit de 15-25% du bénéfice fait sur la vente du contenu de toute la boîte (soit $10\ 000 - 5\ 754$ francs CFA = 4 246 francs CFA) soit entre 637 francs CFA et 1 062 francs CFA. Le montant restant (3 609-3184 francs CFA) est conservé par le district pour l’achat de nouveau FAF. Le délai de livraison des produits est de 1-3 jours tant au niveau de la PRA que des districts sanitaires mais il faut que la commande soit passée à plus de 72 heures avant le départ du camion de livraison de son point d’origine.



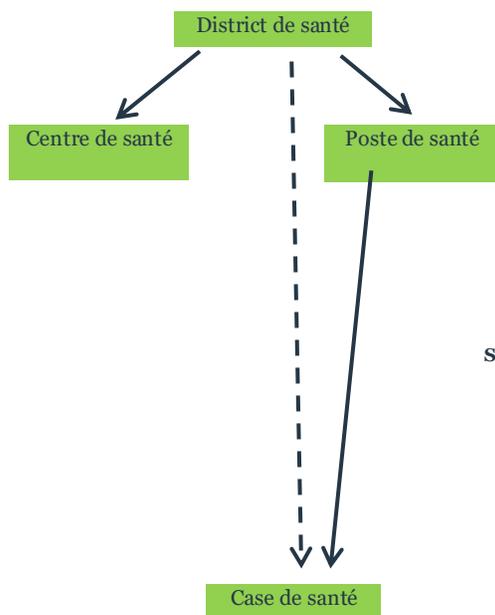
Achat par l'agence Sénégalaise de réglementation pharmaceutique (ARP) au niveau international/national, dons des partenaires

- Estimations moyennes d'utilisation trimestrielles
- Commande auprès de la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) vis-à-vis du logiciel ErpX3
- Commandez mensuellement ou bimensuellement
- Expédition : 2 à 3 jours
- La PRA ne paie pas la PNA pour les médicaments
- Certaines conditions d'entreposage ne sont pas respectées

Avec le Jegesinaa : 42/79 districts

- Estimations moyennes d'utilisation trimestrielles (fiche de stock, logiciel ErpX3)
- Commande de la PRA mensuelle via le logiciel ErpX3
- Livraison bimensuelle depuis la PRA et l'entreposage
- Expédition : 1 à 3 jours
- Inventaire et facturation (le district paie 15 % sur le prix du produit plus remet 25 % du bénéfice net au PRA)
- Paiements effectués par virements bancaires
- Conditions d'entreposage respectées

Figure 3. Schéma et description de la chaîne d'approvisionnement de la PNA au district sanitaire.



Centres et postes de santé

Avec le Yeksinaa (prochainement)

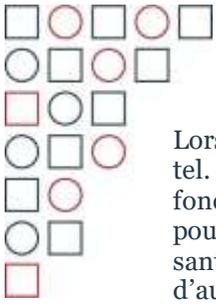
- Estimations d'utilisation trimestrielles moyennes (en utilisant les données de la feuille d'inventaire)
- Le district organise et livre mensuellement
- Expédition : 1 à 3 jours
- Inventaire et facturation du district (30,3 à 42% au-dessus du prix du produit)
- Paiement par virement bancaire

Centres et postes de santé

Sans le Yeksinaa

- Estimations moyennes d'utilisation trimestrielles (fiche d'inventaire)
- L'infirmière en chef et l'entrepôt remplissent le formulaire de commande. Le comité de développement de la santé (avec ou sans l'infirmière en chef) se rend au bureau de district pour le ramassage une à deux fois par mois.
- Chef médical du district (DMH) approuve le bon de commande
- Médicaments achetés à la pharmacie du district
- Facturation (30,3 to 42 % supérieur au prix du produit)

Figure 4. Schéma et description de la chaîne d'approvisionnement du district sanitaire à la case de santé.



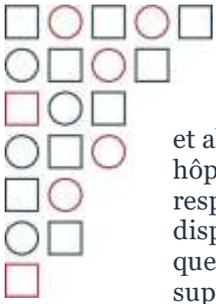
Lors des visites sur le terrain, aucune des structures de santé n'utilisait le « Yeksinaa » en tant que tel. Cependant, il semble que sa mise en place soit planifiée. Il faut souligner ici que le fonctionnement du « Yeksinaa » est similaire à celui du « Jegesinaa » mis à part que le pourcentage prélevé par le district en ce qui a trait aux bénéfices faits par les centres et postes de santé varie entre 30,4 et 42% peu importe la localisation géographique de la structure. En d'autres mots, si la vente d'une boîte de 1000 comprimés de francs CFA engendre un bénéfice de 4 246 francs CFA, un montant de 1291 francs CFA (30,4% du bénéfice au minimum) sera prélevé laissant à la structure un bénéfice net de 2955 francs CFA. Il est aussi important de mentionner que le prix de vente du FAF peut varier (75-150 francs CFA) mais tourne généralement autour de 100 francs CFA /10 comprimés, peu importe si on l'achète au niveau de la pharmacie / dépôt du centre, poste ou case de santé bien que le FAF était gratuit à la case de santé de Maabo.

Outre les profits faits par la vente des médicaments à travers le « Yeksinna » et utilisés pour les achats subséquents, autant le district que les centres et les postes de santé peuvent recevoir une dotation financière annuelle de la mairie de leur commune (par exemple 5 millions de francs CFA pour 5 postes du district de Kolda) ou encore, un don en médicaments directement d'une association de ressortissants du village ou autre. Ces dons s'ajoutent normalement au stock en place et font partie du total des bénéfices de la vente. S'il y a des ruptures de FAF au niveau des structures, pour la majorité des sites visités lors de l'AP, des arrangements peuvent être pris : par exemple, soit le poste de santé achètera un certain stock à un autre poste ou soit, il fera un échange (p.ex. déparasitant en échange de FAF).

Le FAF doit être conservé à l'abri de la chaleur et de l'humidité, comme cela est clairement indiqué sur les étiquettes des boîtes observées lors des visites sur le terrain dans les établissements de santé. Plusieurs dépôts (par exemple ceux des postes de santé de Kaffrine et Ouonk) ne disposaient pas de salle climatisée pour entreposer le FAF et d'autres produits. Pour préserver la fraîcheur, la qualité et la sécurité des comprimés de FAF, les conditions d'entreposage suivantes doivent être respectées : a) une température ne dépassant pas 30°C (un seuil facilement dépassé, notamment à Kaffrine où les températures en mai et juin atteignent 45°C); b) conservés dans un endroit aéré; et c) à l'abri du soleil. Dans les PRA et les districts sanitaires, les comprimés de FAF étaient généralement entreposés dans des pièces climatisées, à l'abri du soleil et de l'humidité (bien que ce paramètre n'ait pas été mesuré). Cependant, la PRA de Kolda ne disposait pas de ces conditions, pas plus qu'aucun des postes de santé visités. Le dépositaire d'un poste de santé a même évoqué la présence de rats dans son dépôt. Le centre de santé du district de Ziguinchor ne disposait pas non plus d'un espace d'entreposage climatisé pour le FAF.

Lorsque le FAF est périmé ou présente des caractéristiques organoleptiques indésirables (par exemple un changement de couleur, la présence d'une odeur), la PRA le récupérera pour le détruire ou l'enverra ailleurs, par exemple dans une autre région, si la date de péremption est inférieure à trois (3) mois. Si le FAF est périmé depuis plus de trois (3) mois, le service d'hygiène du district sera appelé par la pharmacie du district pour détruire le produit, le coût dépendant de la quantité à éliminer. Dans les postes de santé, le FAF périmé ou inutilisable est brûlé ou entreposé dans un autre local pour ensuite être transféré au pharmacien de district lors de la supervision trimestrielle.

Une analyse des indicateurs de disponibilité des médicaments essentiels et autres produits de santé dans les établissements de santé réalisée entre 2016 et 2017 a mis en évidence les points suivants : a) le taux de disponibilité moyen des produits de santé essentiels est passé de 82 % à 89 % au cours de la période étudiée (2016 à 2017); b) la durée moyenne de pénurie de produits de santé essentiels a été réduite de 31 à 27 jours dans les installations sanitaires de base, mais elle a augmenté de 36 à 54 jours dans les installations hospitalières de référence. Une étude plus récente (ANSD, 2020) portant sur la prestation des services de soins de santé montre que pour l'ensemble des hôpitaux, centres et postes de santé, 87% des structures disposaient soit de comprimés de fer, de comprimés d'acide folique ou de comprimés de FAF. Un pourcentage similaire a été observé pour l'ensemble de 21 structures de santé dans la région de Kolda (Ningue



et al., 2021). Cependant, seulement 34% des cases de santé détiendraient du FAF. Environ 70% des hôpitaux en auraient en stock en comparaison à 82% et 88% pour les centres et postes de santé respectivement. Cependant, seulement une structure de santé sur cinq (22%) aurait à sa disposition du matériel de test de l'Hb. Notons enfin que l'étude de Ningue et al. (2021) montre que moins de 30% des structures échantillonnées dans la région de Kolda avaient des suppléments de calcium en stock.

Plusieurs des points soulevés ci-dessus avaient déjà été relevés lors d'une évaluation participative du programme de supplémentation en FAF réalisée en 2015 (Universités Cheikh Anta Diop & Moncton 2015).

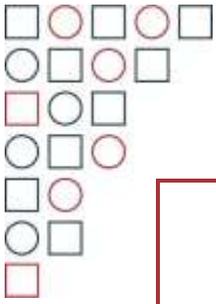
Accès et consommation de suppléments en micronutriments multiples (MMS)

Lors des CPN, les FE reçoivent une prescription de FAF de la sage-femme qui couvre la période jusqu'à la visite prénatale suivante (généralement 30 jours). Les femmes achètent le FAF à l'entrepôt du poste de santé ou à la pharmacie du centre de santé. En cas de rupture de stock de comprimés de FAF, deux (2) flacons de sirop de fer, qui ne contient pas d'acide folique peuvent être prescrits. Cet ajustement posologique repose sur le fait que la forme sirop est principalement destinée aux enfants. Les FE semblent préférer ces deux formes (comprimé et sirop) (Siekmans et al., 2018). À noter que lors de l'AP, la majorité des personnes rencontrées ont souligné leur réticence à offrir des MMS dans une bouteille aux FE car elles estiment que ce type d'emballage pourrait occasionner des problèmes a) d'hygiène en raison de l'ouverture quotidienne de la bouteille pour y prendre un comprimé; b) de conservation adéquate car dans certaines régions, les conditions d'humidité et la chaleur ne sont pas optimales; et c) de « praticabilité » car le format « comprimés sous forme de plaquettes » est plus facile à insérer dans le portefeuille de la femme et également, plus discret.

Selon les sages-femmes et matrones rencontrées lors des visites-terrain, le FAF prescrit est généralement acheté par les femmes. Dans le cas où la FE n'a pas les moyens financiers pour en acheter, elle sera dirigée soit vers le service d'aide sociale (centre de santé) ou encore, ce sera la sage-femme ou l'ICP/MCD qui couvriront les coûts. Dans certains secteurs visités, des mutuelles de santé permettent aux femmes d'avoir certains soins et médicaments gratuits mais le FAF n'est soit pas toujours couvert tout comme le déparasitant (p.ex. poste de santé de Kaffrine II) ou encore, subventionné mais à hauteur de 80%. Comme le soulignent Siekmans et al. (2018), le coût élevé de la CPN est un frein majeur pour les FE au Sénégal, malgré le faible prix des comprimés de FAF par rapport à la consultation.

Siekmans et al. (2018) ont également souligné que de nombreuses femmes ne font que leur première CPN à la fin du premier trimestre ou au début du deuxième trimestre. Cela signifie qu'elles ne bénéficient pas d'une supplémentation pendant toute la période prénatale. Elles peuvent également ne pas compléter les quatre (4) CPN recommandées, ce qui limite davantage leur prise en FAF. Ceci est particulièrement regrettable car il a été démontré que la réalisation de quatre (4) CPN est liée à une plus grande adhésion au FAF chez les femmes sénégalaises (Karyadi et al., 2023 ; Ba et al., 2019 ; Verney et al., 2018).

D'après les informations recueillies lors des entretiens sur le terrain avec des prestataires de santé (par exemple des sages-femmes), certaines FE signalent des effets secondaires (vomissements et diarrhée) associés à la prise de FAF. Elles ont également quelques fausses perceptions sur la supplémentation en FAF et ses bienfaits pendant la grossesse. Bien qu'elles reconnaissent les bénéfices du FAF tels que avoir du sang, prévenir les complications lors de l'accouchement et fournir de la force, son rôle dans la prévention ou le traitement de l'anémie asymptomatique semble être moins compris ou moins important pour elles (Siekmans et al., 2018). Il a également été démontré que les femmes sénégalaises hésitent à révéler leur grossesse car elles pensent que cela pourrait mettre le fœtus en danger. D'autres pensent que les visites prénatales ne sont nécessaires que pour résoudre des problèmes de santé, c'est pourquoi certaines choisissent de ne pas les faire si elles estiment que leur grossesse se déroule bien (Siekmans et al., 2018).



PILIER 3 – PRODUITS ET APPROVISIONNEMENT

Résumé et opportunités

- Les mécanismes « Jegesinaa » et « Yeksinaa » ont le potentiel de fournir des FAF/MMS sur une base régulière et d'éviter les ruptures de stock.
- Les structures de santé utilisent des solutions créatives pour éviter les ruptures de stock.
- Le coût des comprimés FAF ne semble pas être un frein à leur achat.
- Certains districts et centres de santé utilisent un système en ligne (ErpX3) pour passer des commandes de FAF.
- Les pharmaciens et les dépositaires sont généralement bien formés aux conditions d'entreposage.
- Des lignes directrices sur l'entreposage des médicaments sont disponibles.
- La mise en place du logiciel d'ErpX3 dans tous les établissements de santé pourrait améliorer la gestion des stocks.
- Il existe un potentiel d'approvisionnement local en FAF/MMS.
- L'ARP et le PNA collaborent et se complètent pour assurer l'importation et la distribution de médicaments de qualité dans le pays.

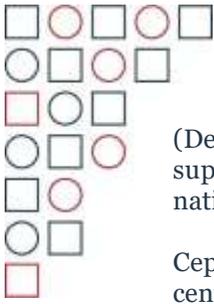
Résumé des défis

- La rupture de FAF au niveau central a des conséquences au niveau du district et des structures de santé : lors des visites sur le terrain, environ 30 % des pharmacies/dépôts n'avaient pas de comprimés FAF (bien que du sirop de fer pouvait être disponible). Dans les quatre (4) régions, une pénurie de comprimés FAF a été signalée au cours de la dernière année.
- Des « bugs » du logiciel ErpX3 se produisent occasionnellement. Les pannes de courant réduisent son fonctionnement et par conséquent, peuvent impacter l'approvisionnement. Ce logiciel n'est pas disponible dans toutes les structures de santé.
- Le coût du FAF pour les FE varie selon les régions.
- Les comprimés de FAF actuellement disponibles en pharmacies et dans les dépôts ne contiennent pas suffisamment d'acide folique.
- La formation des dépositaires n'est pas standardisée.
- Les conditions de conservation des médicaments ne sont pas toujours optimales.
- Il existe une réticence des prestataires de santé à offrir des bouteilles pour la supplémentation en MMS.

PILIER 4 - FINANCEMENT

Budget de la nutrition

Les résultats des visites sur les terrains effectués dans les quatre (4) régions lors de l'AP ont montré qu'il n'y avait aucune allocation spécifique pour la nutrition prévue dans les budgets régionaux, de district ou autres. Il en va de même au niveau national : la DAN ne dispose d'aucune autonomie financière et son allocation budgétaire dépend de celle de son ministère



(Deussom et al., 2018). Les activités de nutrition maternelle telles que les soins prénatals et la supplémentation en FAF font partie du budget global de santé de la reproduction alloué au niveau national.

Cependant, l'analyse documentaire et informations provenant des entretiens réalisés au niveau central ont fourni certaines données sur les besoins ou allocations budgétaires antérieurs en matière de nutrition au Sénégal. Ces informations peuvent notamment être trouvées dans les documents suivants.

Plan stratégique multisectoriel de nutrition/PSMN du Sénégal (CNDN, 2024)

- 1 536,8 milliards de francs CFA sont nécessaires à la mise en œuvre du PSMN (durée quatre ans) en plus d'un complément de 315,4 milliards.
- 38 millions de francs CFA sont prévus pour l'objectif 2 du plan qui vise à réduire la prévalence de faible poids à la naissance. Ce montant inclut 28 millions pour des activités spécifiques de nutrition.
- 4 918 millions de francs CFA sont prévus pour l'objectif 5 qui vise à réduire l'anémie. Ce montant inclut 3,378 millions pour des activités spécifiques de nutrition.
- 67 904 millions de francs CFA sont prévus pour l'objectif 6 qui vise à réduire les autres carences en micronutriments. Ce montant inclut 994 millions pour des activités spécifiques de nutrition.
- Une part importante du budget (44 %) est allouée à la prévention et la prise en charge de la malnutrition chronique et aiguë.
- 11 % du budget est alloué à la lutte contre les carences en micronutriments et 14 % à la formation.
- 46 % du budget est réservé aux activités spécifiques de nutrition (699,4 millions) et 54 % (837,4 millions) aux interventions dites sensibles à la nutrition.
- Le ministère de la Santé est censé recevoir 60 % du budget prévu du MSNP, suivi par le Ministère de l'aménagement du territoire et des collectivités locales⁵ (34 %).

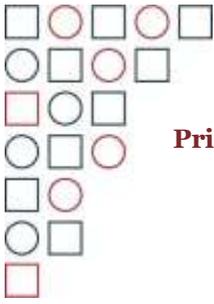
Une réunion avec le CNDN lors de l'AP a révélé qu'il existe une ligne budgétaire dédiée uniquement à la nutrition dans le budget de la Primature de l'État. Pour l'année 2024, ce montant est d'environ 1,2 milliard de francs CFA sur les 7 milliards de budget annuel total nécessaire du PSMN. Environ 80 % du financement pour la mise en œuvre du PSMN provient de prêts du GFF et de la Banque mondiale, qui transitent par le projet ISMEA et le projet Investir dans la petite enfance pour le développement humain au Sénégal (PIPAEDS).

Malheureusement, de façon générale, selon les résultats des entretiens réalisés durant l'AP, les ressources nationales allouées à la nutrition sont insuffisantes et par ailleurs, il est difficile de suivre ces dépenses au niveau ministériel.

Financement d'une étude sur la santé reproductive, maternelle et néonatale et la nutrition au Sénégal (Béhanzin et al., 2021)

Cette étude visait à décrire l'évolution du financement de la santé en général et particulièrement, de la santé reproductive, maternelle, néonatale et de nutrition (SRMN-N) au Sénégal en plus d'avoir un regard plus approfondi sur l'équité et l'efficacité de ces dépenses au cours de la période 2014-2021.

⁵ Ce ministère est responsable de la préparation et la mise en œuvre de la politique de décentralisation au Sénégal (Ministère de l'aménagement du territoire et des collectivités locales, 2024).



Principaux résultats :

- En proportion du PIB, bien que le montant ait augmenté, les dépenses de santé ont varié autour de 1 % entre 2014 et 2021 (Figure 6). Les données montrent que 6 % des dépenses totales du gouvernement ont été consacrées aux dépenses courantes de santé, ce qui est inférieur à l'objectif de l'accord d'Abuja fixé à 15 % (Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, 2001). De plus, la nutrition représentait environ 30 % des dépenses en SRMN -N (Figure 6).
- Les ménages supportent la plupart des dépenses courantes de santé (Figure 7). En moyenne, celles-ci représentaient 56 % de toutes les dépenses de santé annuelles courantes au cours de la période étudiée.
- La contribution du gouvernement aux dépenses régulières de santé est restée pratiquement inchangée, passant de 22 % en 2014 à 23 % en 2021 (Figure 7).
- Il existe des inégalités dans les dépenses courantes de santé et de nutrition par habitant entre les régions : Dakar est la région où les dépenses par habitant en 2021 sont les plus élevées (87 429 francs CFA), suivie de Ziguinchor (70 446 francs CFA), Kédougou (40 456 francs CFA) et Saint Louis (34 833 francs CFA). Parmi les trois (3) principales sources de financement du SRMN-N au Sénégal, le gouvernement fournit le montant le plus faible. Les ménages couvrent en moyenne 46 % des coûts, tandis que les donateurs extérieurs financent 39 % en moyenne.
- En 2021, Ziguinchor (14 420 francs CFA) et Dakar (13 814 francs CFA) avaient les dépenses par habitant en SRMN-N les plus élevées du Sénégal.
- Kédougou est la région où les bailleurs de fonds extérieurs fournissent le plus de financement pour la SRMN-N au Sénégal.
- Sur la période étudiée, les États-Unis étaient le principal donateur (principalement à travers la Fondation Bill & Melinda Gates), suivis du Fonds mondial (Figure 8).
- Les résultats d'une analyse sur l'efficacité de l'utilisation des fonds révèlent que le score d'efficacité moyen - en ce qui concerne la façon dont ces fonds ont été dépensés - était de 48 % en 2015. Cela signifie qu'en moyenne, 48 % des ressources financières ont été optimisées pour atteindre les résultats visés, mais que 52 % des ressources sont ou bien gaspillées, sous-utilisées ou mal allouées. En 2015, les régions Dakar, Diourbel et Thiès étaient les plus performantes alors que Kédougou se classait dernier dans la liste, avec un résultat de 7 %. Cela signifie que 93 % des ressources n'avaient pas été utilisées de façon optimale dans cette région.

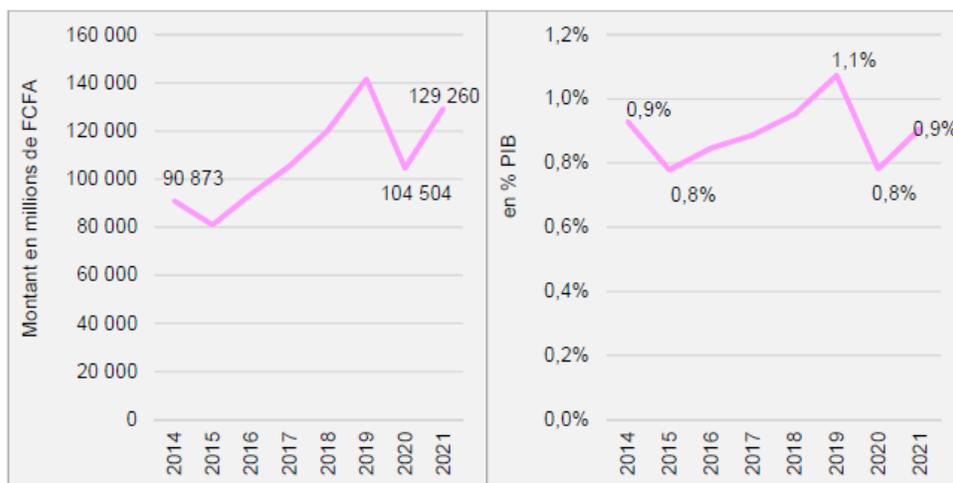
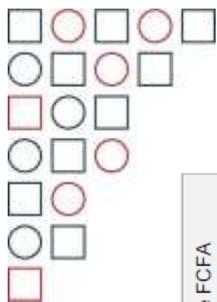


Figure 5. Tendances des dépenses de SRMN-N (en millions de francs CFA et en % du PIB) entre 2014 et 2021

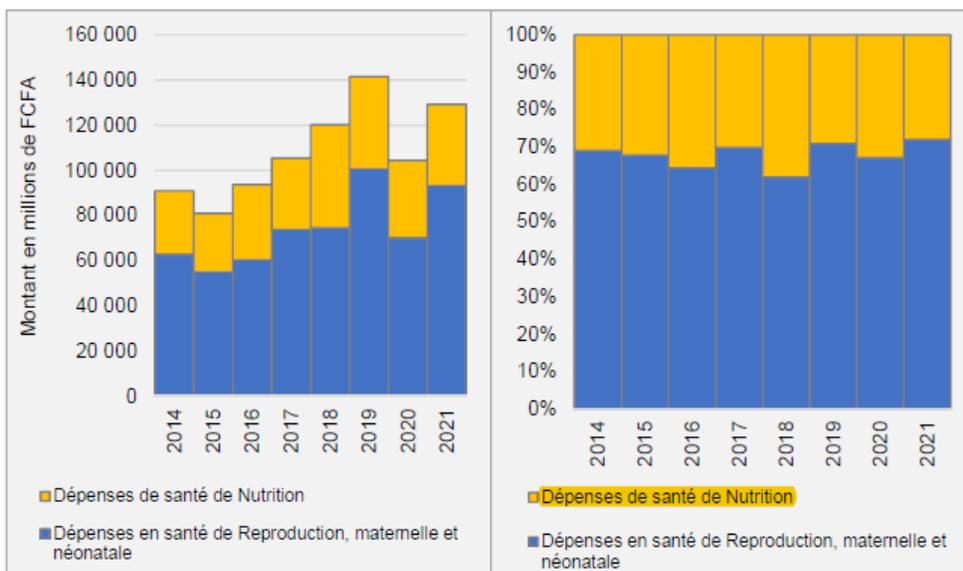


Figure 6. Évolution des dépenses en santé de la reproduction, maternelle, néonatale et nutrition SRMN-N par composante, 2014-2021, Sénégal

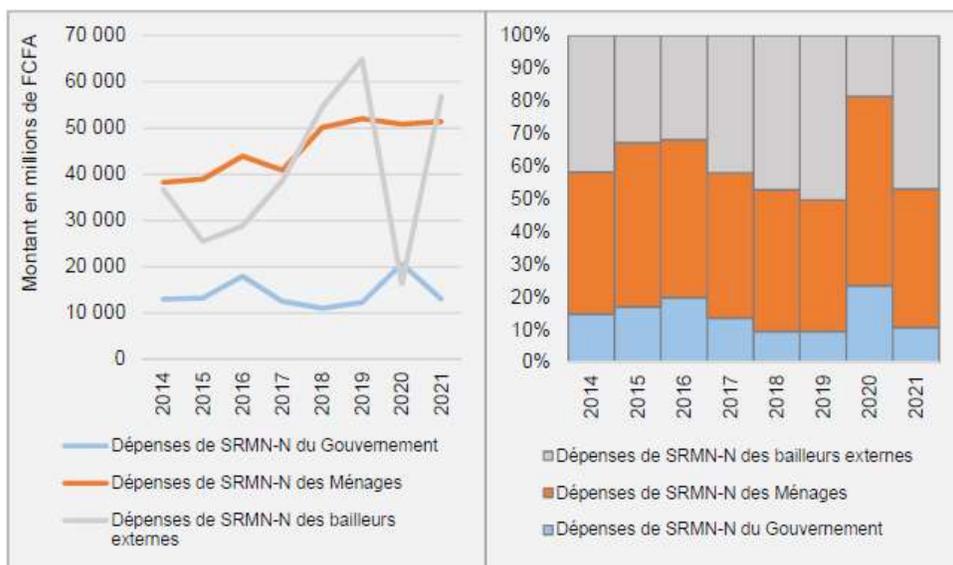
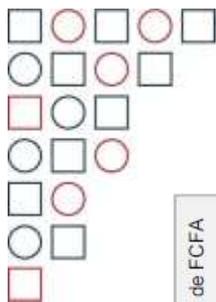


Figure 7. Évolution des dépenses en santé de la reproduction, maternelle, néonatale et nutrition SRMN-N par sources de financement, 2014-2021, Sénégal

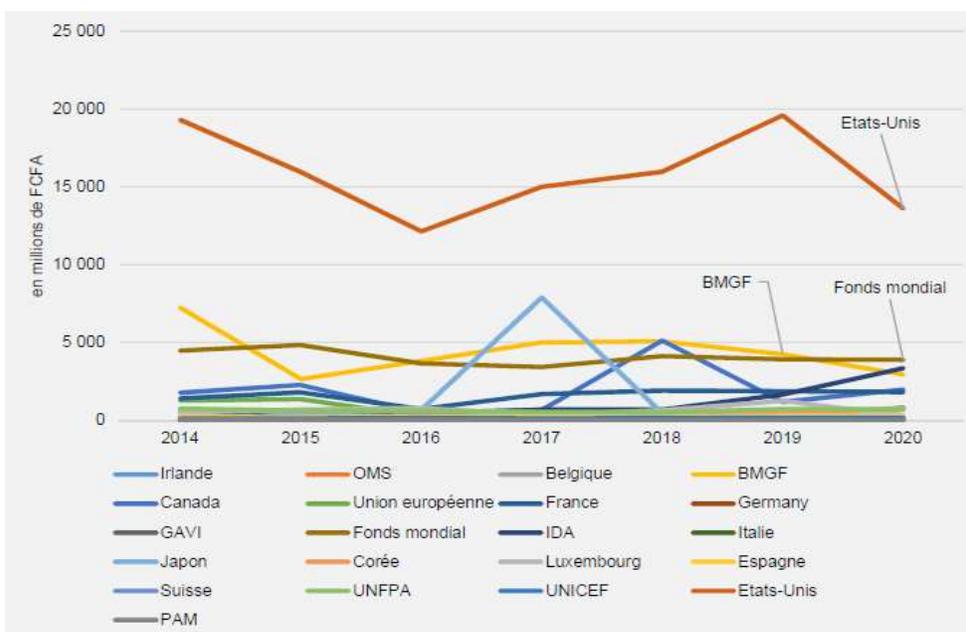
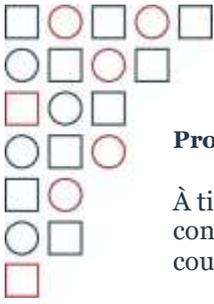


Figure 8. Principaux donateurs soutenant les programmes de santé de la reproduction, maternelle et néonatale au Sénégal.



Programme de renforcement de la nutrition (PRN) du CNDN

À titre indicatif, sur les dépenses du PRN au fil des années, le gouvernement du Sénégal a contribué dans des proportions variantes entre 6% et 62% durant la période 2004-2015 pour en couvrir les coûts (Banque mondiale, 2017).

Lors de la rencontre avec le CNDN dans le cadre de l'AP, les informations recueillies ont révélé que le budget annuel du Conseil pour 2024 est de 7 milliards de francs CFA : tel que mentionné précédemment, 80 % du montant est financé par ISMEA et le PIPADHS qui sont des prêts. La contribution du gouvernement sénégalais telle qu'inscrite dans une ligne budgétaire spécifique sur la nutrition au niveau de la Primature est de 1,2 milliards (environ 20% du budget total) bien que celle-ci puisse varier entre 1 et 7 milliards selon les années. D'autres partenaires dont l'UNICEF, le PAM et NI contribuent également au budget du CNDN.

Plan stratégique intégré pour la santé et la nutrition reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (2024-2028). (MSAS, 2024)

La mise en œuvre de ce plan nécessite 191 milliards de francs CFA, dont 25 milliards pour la prévention de la malnutrition aiguë et 2,4 milliards pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il n'y a pas de budget spécifique pour l'amélioration des pratiques alimentaires des FE non plus pour la supplémentation en FAF.

Étude sur les Capacités du secteur de la nutrition au Sénégal. Analyse et perspective (Deussom et al., 2018)

Objectifs : a) Améliorer les connaissances sur les capacités et les contraintes organisationnelles et institutionnelles du secteur de la nutrition au Sénégal; et b) identifier quelles capacités sont requises afin d'améliorer la fonctionnalité future en matière de coordination multisectorielle.

- Le financement de la nutrition est assuré par le GdS à travers une ligne budgétaire directe pour la nutrition dans le budget national. Ce financement est en augmentation depuis 2001 et il existerait une exigence explicite d'inclure une ligne sur la nutrition dans les budgets des collectivités locales bien que cette information n'ait pas été confirmée dans le document de la loi 3 sur la décentralisation (ministère de l'Aménagement du territoire et des collectivités locales, 2013).
- Le financement du secteur public pour des interventions spécifiques en matière de nutrition provient de sources diverses : autorités locales (42 %), ministère de la Santé et de l'action sociale (30 %), cabinet du Premier ministre (19 %), recherche (7 %), commerce (1 %) et Ministère de l'éducation (1 %).
- L'étude met en évidence une forte dépendance à l'égard des PTF en matière de financement du CNDN (ex-CLM ou Cellule de lutte contre la malnutrition) et ses antennes régionales pour la période entre 2004 et 2015.
- Il apparaît qu'entre 2004 et 2015, le gouvernement sénégalais a contribué à hauteur de 36 % au budget du CNDN tandis que le reste était fourni par la Banque mondiale (56%), l'UNICEF (4%) et NI, GAIN et le PAM (2 % au total pour les 3 partenaires). Au fil des années, le soutien financier apporté au CNDN par des donateurs extérieurs a toutefois diminué (d'environ 95 % du budget total en 2004 à 60 % en 2015).

Études complémentaires

Ruel-Bergeron (2018) et Ofosse (2018) présentent des données issues d'analyses des engagements en matière de nutrition entre 2012 et 2015. Les résultats montrent qu'un montant annuel de 17 millions de dollars américains, soit 1,30 dollars américains par personne et par an, a été consacré à la nutrition au cours de ces trois (3) années. (Ruel-Bergeron, 2018). Les résultats d'Ofosse (2018) montrent que la majorité des fonds (34 %) ont été alloués à des interventions sur la sécurité alimentaire, 31 % à des activités liées à la santé (y compris le déparasitage des FE et des enfants), 22 % à des actions communautaires (notamment aux activités de changement de comportement) et 4 % à la prévention des carences en micronutriments. Les fonds alloués à la



prévention des carences en micronutriments étaient gérés principalement par le ministère de la Santé et de l'action sociale, le cabinet du Premier ministre (possiblement la CLM) et le Ministère du commerce.

Coûts des consultations de soins prénatals (CPN) et des consultations postnatales (CPoN)

Selon les données recueillies lors de l'AP, plusieurs PTF financiers financent la santé maternelle et la nutrition au niveau régional, notamment ISMEA qui soutient grandement l'accès aux CPN à travers leur appui à une mutuelle de santé. Ainsi, les FE peuvent obtenir leurs suppléments en FAF gratuitement ou à moindre coût (entre 75 et 150 francs CFA pour 10 comprimés). Il en est de même pour les vermifuges, même s'il semble que le coût soit généralement supporté par les FE. La mutuelle prendrait en charge plus de 80 % des coûts liés au contenu des CPN.

Selon les informations recueillies, les coûts associés aux CPN sont les suivants :

Tableau 9. Coût unitaire (francs CFA) par composante de la CPN

| Composante | Coût par unité (franc CFA) |
|---|---|
| Consultation | 200 - 1000 francs CFA Si appui de la mutuelle : 100 francs CFA au lieu de 300 francs CFA |
| FAF | 50-100 francs CFA/10 comprimés (200 mg de fumarate/sulfate de fer + 0,25 mg d'acide folique) 500-800 francs CFA pour le sirop (flacon de 125 ml de sirop LeFer, 5 ml = 34 mg de fer élémentaire) |
| Vermifuge (albendazole, mébendazole) | 100-300 francs CFA Gratuit si obtenu en stratégie avancée avec la vaccination mais aussi au niveau de certaines structures (par exemple le: poste de santé de Kandiyaye) |
| Test de formule sanguine complète | 2000 - 7000 francs CFA Inclut le test d'Hb |

Malgré les avantages de la mutuelle, les FE doivent quand même assumer certains frais associés aux CPN tels que le coût de la supplémentation en FAF, les consultations et le transport vers les établissements de santé. Par ailleurs, la pérennité de ces mutuelles demande à être mieux investiguée.

Tout comme pour les CPN, le coût d'une seule CPoN varie : il se situe entre 300 et 500 francs CFA. Si une supplémentation en FAF est nécessaire pour la FE, le FAF lui sera prescrit et elle devra en assumer les coûts.

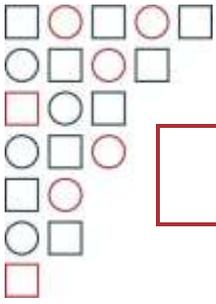
PILIER 4 - FINANCEMENT

Résumé des opportunités

- Il existe une ligne budgétaire dédiée à la nutrition au niveau de la Primature. Des efforts de plaidoyer pourraient être entrepris toutefois pour augmenter les fonds alloués à cette ligne budgétaire pour les interventions en matière de nutrition maternelle, afin de garantir une supplémentation gratuite en micronutriments aux FE.

Résumé des défis

- Les activités de nutrition dans divers ministères, notamment le ministère de la Santé et de l'action sociale, sont intégrées dans le budget global. Il est donc difficile d'estimer les fonds utilisés pour des activités spécifiques de nutrition (par exemple, la supplémentation en FAF). De plus, il s'agit d'une information sensible à obtenir.



- Le budget alloué à la nutrition maternelle est insuffisant.



Priorisation

Les résultats de l'AP, y compris la liste des défis et des opportunités concernant la transition FAF-MMS ont été présentés le premier jour au cours d'un atelier tenu à Dakar du 23 au 25 juillet 2024. Les jours 2 et 3, l'analyse s'est concentrée sur les goulots d'étranglement et les opportunités, y compris l'identification de solutions potentielles pour surmonter les obstacles identifiés à la transition FAF-MMS ainsi que l'identification et la priorisation des questions pour la recherche de mise en œuvre (REMO).

Plus de 50 représentants de différentes institutions gouvernementales (MSAS, CNDN, ARP, représentants des équipes régionales de santé visités dans le cadre de l'AP), des PTF (par exemple UNICEF, Solthis, HKI, Counterpart), des institutions académiques (UCAD, Université de Bambay) et des associations professionnelles (par exemple celle des sages-femmes) ont participé à cet événement (veuillez consulter le rapport de l'atelier 2 – disponible sur demande).

Méthodologie

Pour diriger cet exercice de priorisation, un processus modifié portant sur le développement d'initiatives de recherche sur la santé et la nutrition des enfants (CHNRI) a été utilisé (Rudan et al., 2008).

Définitions et déroulement du processus de priorisation

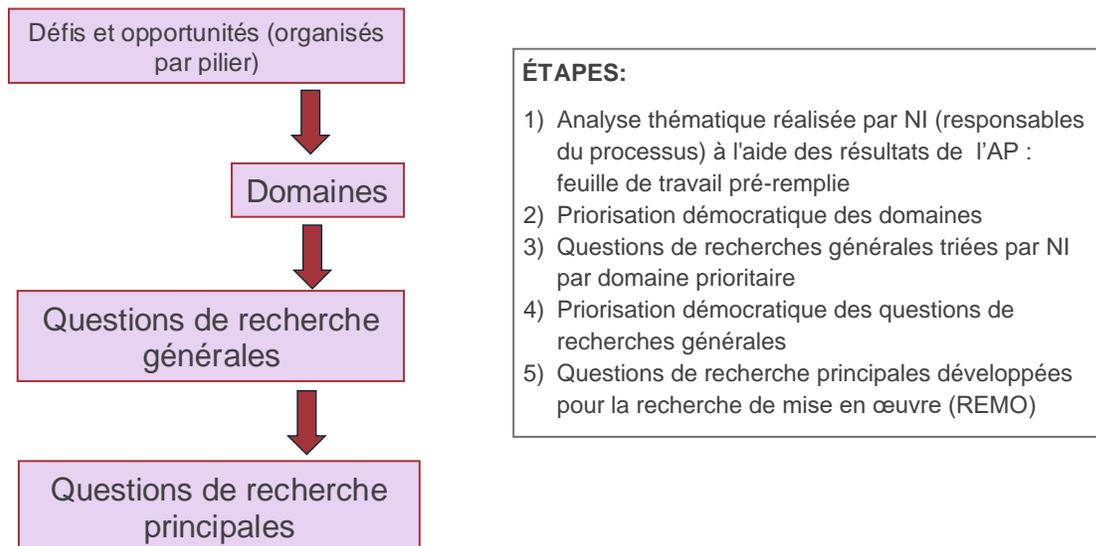


Figure 9. Définitions et déroulement du processus de priorisation.

Collecte de données

Les défis et les opportunités liés à chaque pilier qui avaient été identifiés au cours de l'AP ont été présentés aux principales parties prenantes lors d'un atelier de trois jours en juillet 2024. Cette étape a été suivie par la classification de ces principaux défis et opportunités sous différents domaines en utilisant des feuilles de travail pré-remplies lesquelles ont été distribuées aux membres de cinq (5) groupes de travail différents. Les piliers Politiques et Protocoles et Financement ont été omis de cet exercice, car les principaux défis et opportunités identifiés sous



ces piliers se prêtent mieux à des recommandations de plaidoyer et de suivi, plutôt qu'à une exploration à travers une REMO. En outre, en raison du chevauchement inhérent entre les piliers, certains défis et opportunités clés des piliers Politiques et Protocoles et Financement apparaissent dans l'exercice de priorisation. En tant que responsables du processus du CHNRI, l'équipe de consultants et le personnel technique de NI ont facilité les échanges au sein de chaque groupe.

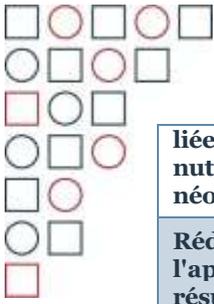
De plus, chaque groupe s'est vu attribuer au moins un domaine pour chacun des deux piliers sélectionnés. Il a été demandé à chaque équipe de a) valider les informations incluses dans les feuilles de travail ainsi que de supprimer les informations inappropriées/ajouter toute information manquante; b) d'identifier les raisons sous-jacentes à chaque défi; et c) d'identifier une solution potentielle à chaque défi qui pourrait être développée et testée grâce à la REMO.

Après la présentation des résultats par chaque groupe de travail, deux enquêtes de priorisation des domaines ont été menées auprès des participants à l'atelier à l'aide du logiciel Survey Monkey : une enquête portait sur le pilier « Prestation de services » et l'autre, sur le pilier « Produit et approvisionnement ».

Les sondages ont été envoyés par courrier électronique aux participants de l'atelier et complétés (n = 34 participants) à la fin du deuxième jour. Il a été demandé aux répondants de classer chaque domaine en utilisant les critères suivants et une échelle de Likert comprenant cinq (5) choix de réponses :

Tableau 10 : Critères de priorisation des domaines et des questions de recherche

| | Tout à fait d'accord | D'accord | Ni d'accord ni en désaccord | Pas d'accord | Fortement en désaccord | Je ne peux pas répondre |
|---|----------------------|----------|-----------------------------|--------------|------------------------|-------------------------|
| Pertinent : Répond à un défi important de mise en œuvre du programme pour la transition du FAF vers les MMS pour les FE du Sénégal. | | | | | | |
| Faisable : Mener cette recherche serait acceptable pour les principales parties prenantes au Sénégal (y compris le gouvernement, les prestataires de soins de santé, les FE et leurs familles) | | | | | | |
| Maximiser l'impact : L'application des résultats contribuerait à maximiser l'impact des MMS sur la santé des FE du Sénégal. | | | | | | |
| Éclairer les politiques et les pratiques : les résultats informeraient les politiques et les pratiques au Sénégal | | | | | | |



| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| liées à la santé et à la nutrition maternelle et néonatale. | | | | | | |
| Réduire les inégalités : l'application des résultats contribuerait à garantir que les FE mal desservies au Sénégal bénéficient des MMS. | | | | | | |

Analyse des données

Les réponses à chaque enquête ont été classées par domaine de recherche pour chacun des deux piliers. L'exercice de priorisation des domaines était essentiel afin que des questions de recherche globales puissent être élaborées sur la base des solutions potentielles proposées pour faire face aux défis par domaine prioritaire. Plus important encore, pour mieux répondre aux besoins et aux attentes du groupe de travail MMS du Sénégal, il était essentiel d'organiser les questions de recherche triées par domaine afin que les sujets de recherche prioritaires et les questions respectives émergent et puissent être transmises à ce groupe. Pour chacun des deux (2) piliers, les domaines à classer étaient les suivants :

Prestation de services :

- Système d'information sur la santé
- Répartition du personnel de santé
- Capacité des prestataires de première ligne
- Capacité des gestionnaires de stocks (par exemple pharmaciens et dépositaires)
- Accès et disponibilité des soins prénatals
- Qualité des soins prénatals et coordination

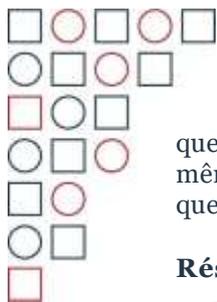
Produit et approvisionnement :

- Prévisions
- Importation
- Entreposage
- Distribution
- Emballage
- Accès et consommation de MMS⁶

À l'aide des données des deux premières enquêtes complétées par les participants de l'atelier, des questions de recherche globales par solution potentielle (et liées à un défi clé chacune) pour les domaines prioritaires identifiés par chaque groupe de travail ont été élaborées par l'équipe de NI (ou les responsables de processus du CHNRI) dans la soirée du jour 2 (Figure 9).

Le troisième jour de l'atelier, les participants ont été divisés en groupes afin d'examiner, modifier et ajouter/supprimer des questions de recherche proposées dans une liste globale préparée par les gestionnaires de processus. Des enquêtes supplémentaires ont ensuite été menées pour trier ces

⁶ La communauté globale sur les MMS organise souvent les problèmes et les opportunités liés aux MMS en quatre (4) piliers : financement, politiques et protocoles, produits et approvisionnements, et prestation de services. Ce cadre est une façon d'aborder la programmation des MMS, et notre équipe l'a utilisé tout au long de ce projet. Cependant, il est important de noter qu'il existe une subjectivité et un chevauchement dans la catégorisation des différents domaines. Par exemple, l'accès aux MMS et leur consommation pourraient sans doute être considérés comme un pilier à part entière. Cette mise en garde s'applique également à d'autres domaines et à leur catégorisation sous ces piliers (la capacité des gestionnaires de stocks est un autre exemple, pourrait s'inscrire dans le pilier Produit et Approvisionnement).



questions de recherche globales. Les domaines dont les questions de recherche contribuaient au même résultat ont été fusionnés. Il a de nouveau été demandé aux participants de classer les questions de recherche en utilisant les mêmes critères que ce ayant été présentés ci-dessus.

Résultats

Validation des goulots d'étranglement et des défis et identification des solutions

Veillez consulter l'annexe 2 pour les résultats du premier exercice lié à la validation des défis et des opportunités identifiés au cours de l'AP sur la transition du FAF aux MMS, y compris les solutions potentielles, qui ont ensuite été utilisées pour développer des questions de recherche par les responsables du processus CHNRI.

Priorisation du domaine

Un total de 26 réponses et de 23 réponses sur les produits&approvisionnement et la prestation de services ont été reçues respectivement sur un potentiel de 34 participants aux deux enquêtes sur « Survey Monkey ». Les résultats du processus de classement, montrant les réponses pour chaque domaine des deux piliers, sont présentés ci-dessous

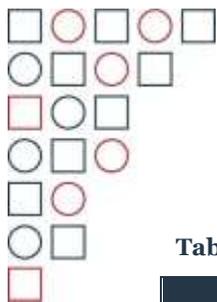
Tableau 11. Classement global des domaines pour les piliers « Prestation de services » et « Produits et approvisionnement. ».

| Domaine | Classement |
|--|------------|
| Accès et disponibilité des soins prénatals | 2 (86 %) |
| Accès et consommation des MMS | 2 (86 %) |
| Capacité des prestataires de santé de première ligne | 5 (84 %) |
| Répartition du personnel de santé | 5 (84 %) |
| Prévision du produit | 5 (84 %) |
| Qualité des soins prénatals | 8 (82 %) |
| Répartition des responsabilités | 8 (82 %) |
| Information et coordination des services de santé | 8 (82%) |
| Capacité des gestionnaires de stocks | 10 (80%) |
| Emballage | 10 (80%) |
| Entreposage | 11 (78%) |
| Importation | 12 (70%) |

Priorisation des questions de recherche

À l'aide des réponses de l'enquête du jour 3, plusieurs questions de recherche ont été élaborées et classées pour les domaines suivants :

- Capacité des agents de santé de première ligne, des gestionnaires de stocks et qualité des soins prénatals (n = 13)
- Distribution et emballage (n=10)
- Utilisation et consommation appropriées (n=13)



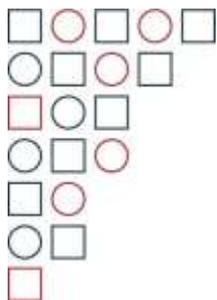
- Répartition des prestataires de soins de santé (n=11)

Tableau 12. Questions de recherche initiales proposées et classement.

| Questions de recherche fondamentales | Classement général |
|--|--------------------|
| Quelles sont les initiatives de changement de comportement les plus efficaces pour promouvoir l'offre et l'adhésion aux MMS chez les FE? | 94 % |
| De quelles façons les différentes catégories de prestataires de soins de santé (infirmiers et sages-femmes) et les acteurs communautaires peuvent-ils interagir pour augmenter l'accès à l'adhésion aux CPN et aux MMS? | 93 % |
| Quel est le mécanisme financier qui faciliterait le meilleur accès aux MMS chez les FE? | 91 % |
| Comment la répartition des prestataires de santé au sein d'un district peut-elle affecter l'adhésion des FE aux MMS? | 91 % |
| Quels mécanismes doivent être mis en place pour améliorer la capacité (connaissances et compétences, y compris sur le counseling) des prestataires de soins de santé, y compris les acteurs communautaires à fournir des services de nutrition maternelle de qualité, y compris la supplémentation en MMS, dans le cadre des soins prénatals complets, et ce, afin d'augmenter l'adoption des MMS? | 90 % |
| Quelle(s) méthode(s) de distribution garantirait le mieux l'accès aux MMS chez les FE? | 88 % |
| Comment la communauté peut-elle être mobilisée pour améliorer l'adhésion des FE aux MMS? | 88 % |
| Comment pouvons-nous améliorer les compétences et les connaissances des gestionnaires de stocks, notamment en matière de normes d'entreposage, pour garantir la disponibilité continue des MMS? | 87 % |
| Quel type d'emballage favorise le mieux l'adhésion des FE aux MMS? | 80 % |

Les questions de recherche suivantes relevaient de domaines qui ne comportaient qu'une seule question de recherche. Ces dernières n'ont pas été classées.

1. Comment pouvons-nous améliorer les capacités des fournisseurs pour améliorer l'accès aux MMS via les CPN? (sous le *domaine l'Accès et la disponibilité aux CPN*, qui se classait à égalité et au premier rang, avec 86 %)
2. Comment optimiser l'utilisation des outils de gestion et des données sur l'adhésion pour éviter les ruptures de stock en MMS? (sous le domaine de *Prévision*, classé à 84 %)
3. Comment le renforcement du système d'informations sanitaires peut-il contribuer à améliorer l'adhésion aux MMS chez les FE? (sous le domaine du *Système d'information et de la coordination des services de santé*, classé à 82 %)



4. Quelles stratégies sont nécessaires pour garantir que des conditions d'entreposage adéquates sont établies et maintenues pour les MMS? (sous le domaine de l'*Entreposage*, classé à 78 %)
5. Comment garantir efficacement un approvisionnement continu et adéquat en MMS? (sous le domaine *Importation*, classé à 70%)

Un résumé des domaines de recherche de mise en œuvre classés et des questions pouvant fournir des orientations sur la transition du FAF aux MMS au Sénégal est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13. Liste récapitulative des domaines de REMO prioritaires et des questions de recherche pour l'introduction potentielle et la transition du FAF vers les MMS au Sénégal.

| Domaine | Questions de recherche associées |
|---|---|
| Accès et disponibilité aux CPN | Comment pouvons-nous améliorer les capacités des fournisseurs pour optimiser l'accès aux MMS par l'intermédiaire des CPN? |
| Accès et consommation de MMS | Quelles sont les initiatives de changement de comportement les plus efficaces pour promouvoir la provision et l'adhésion aux MMS chez les FE? |
| | Quel est le mécanisme financier qui faciliterait le mieux l'accès aux MMS chez les FE? |
| | Comment la communauté peut-elle être mobilisée pour améliorer l'adhésion des FE aux MMS? |
| Répartition du personnel de santé | Comment la répartition des prestataires de soins de santé au sein d'un district peut-elle affecter l'adhésion des FE aux MMS? |
| | Comment les différentes catégories de prestataires de soins de santé (infirmiers et sages-femmes) et les acteurs communautaires peuvent-ils interagir pour optimiser l'accès aux soins prénatals et l'adhésion aux MMS? |
| Prévision et entreposage | Comment pouvons-nous améliorer les compétences et les connaissances des gestionnaires de stocks, notamment en matière de normes d'entreposage, pour garantir la disponibilité continue des MMS? |
| | Quelles stratégies sont nécessaires pour garantir que des conditions d'entreposage adéquates soient en place et maintenues pour les MMS? |
| Capacité des prestataires de santé de première ligne, des gestionnaires de stocks et qualité des soins prénatals | Quels mécanismes doivent être mis en place pour améliorer la capacité (connaissances et compétences, incluant sur le counseling) des prestataires de soins de santé, y compris les acteurs communautaires, à fournir des services de nutrition maternelle de qualité, lesquels incluent la supplémentation en MMS, dans le cadre des soins prénatals complets, et ce, afin d'augmenter l'adoption de MMS? |
| | Comment pouvons-nous améliorer les compétences et les connaissances des gestionnaires de stocks, notamment en matière de normes d'entreposage, pour garantir la disponibilité continue en MMS? |
| Distribution du stock et emballage | Quelle(s) méthode(s) de distribution garantirait le mieux l'accès aux MMS chez les FE? |
| | Quel type d'emballage favorise le mieux la prise de MMS chez les FE? |
| Information et coordination des services de santé | De quelle façon le renforcement du système d'informations sanitaires peut-il contribuer à améliorer la consommation de MMS chez les FE? |
| Importation | Comment garantir efficacement un approvisionnement continu et adéquat en MMS? |



DÉVELOPPEMENT D'ORIENTATIONS OPÉRATIONNELLES PRÉLIMINAIRES POUR FAIRE AVANCER LE PROGRAMME D'APPRENTISSAGE SUR LE MMS AU SÉNÉGAL

Afin d'avoir une liste prioritaire des domaines et des questions de recherche aussi pratique que possible pour le groupe de travail MMS, les gestionnaires de processus du CHNRI ont ensuite fusionné et regroupé les domaines et les questions par catégorie, en tenant compte des méthodologies de recherche.

Le tableau suivant présente des domaines et des questions qui sont résumés et hiérarchisés par priorité et qui ont été élaborés sur la base d'une analyse thématique des défis et des opportunités identifiés lors de l'AP sur la supplémentation maternelle (en FAF) en micronutriments au Sénégal, et tel que décrit ci-dessus. Le tableau est destiné à servir de guide pour soutenir le groupe de travail MMS dans sa prise de décision concernant la recherche et la programmation des MMS au Sénégal.

Tableau 14. Tableau d'orientation opérationnelle préliminaire pour faire progresser le programme d'apprentissage sur le MMS du Sénégal

| Sceau 1 | Sceau 2 | Sceau 3 |
|---|--|--|
| Accès et disponibilité de CPN de qualité, y compris la prestation de services de MMS et l'adhésion aux MMS | Renforcement et optimisation de la chaîne d'approvisionnement | Gestion du système de santé, y compris la répartition et la coordination du personnel et les systèmes d'informations sanitaires |
| <p>La meilleure façon d'aborder ce domaine est de tester des solutions potentielles par le biais de la recherche de mise en œuvre (REMO). Un projet de REMO pourrait explorer des mécanismes et des initiatives visant à améliorer la capacité (connaissances et compétences, y compris sur le counseling) des prestataires de services de santé, y compris les acteurs communautaires, à optimiser l'accès aux MMS dans le cadre des soins prénatals, à fournir des services de nutrition maternelle de qualité (y compris la supplémentation en MMS) dans le cadre de soins prénatals complets, et à augmenter l'utilisation et l'adhésion du MMS.</p> <p>L'acceptabilité, la faisabilité, la durabilité, l'équité et le rapport coût-efficacité de ces mécanismes et initiatives pourraient être évalués à l'aide d'un ensemble de méthodes, notamment une évaluation des processus, une étude des coûts et une évaluation des résultats.</p> | <p>Bien que ce domaine puisse convenir à la REMO, une évaluation de la chaîne d'approvisionnement est plus efficace pour : évaluer la fiabilité des capacités à satisfaire les besoins en produits de base pour l'introduction des MMS (par exemple, par le biais d'un essai pilote); identifier les goulots d'étranglement logistiques; suivre la performance de la distribution des MMS; comprendre les facteurs qui pourraient avoir un impact sur la demande de MMS; et finalement améliorer la performance de la chaîne d'approvisionnement. Une évaluation des besoins des utilisateurs finaux, ainsi que des exigences en matière de produits, des capacités de fabrication et des évaluations des coûts, pourrait aider à déterminer l'emballage idéal pour les MMS au Sénégal.</p> | <p>Bien que ce domaine puisse faire l'objet d'une REMO, une évaluation du système de santé est mieux adaptée pour évaluer l'efficacité, l'efficience, l'acceptabilité et l'équité du système de soins prénatals du Sénégal. Une évaluation du système de santé pourrait avoir lieu avant ou parallèlement à l'introduction des MMS et pourrait être menée et coordonnée avec les partenaires qui soutiennent déjà les efforts de renforcement du système de santé au Sénégal. Cette évaluation pourrait viser à tester l'impact et l'acceptabilité des approches de renforcement du système de santé par le biais de méthodes randomisées ou non randomisées et d'études descriptives, écologiques et/ou qualitatives. Elle pourrait également viser à évaluer la qualité et l'efficacité du système d'informations sanitaires.</p> |



Recommandations et prochaines étapes

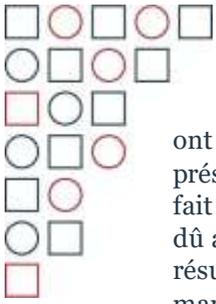
Les résultats de l'AP, les discussions tenues et l'identification de solutions potentielles à explorer grâce à la REMO ont permis de définir des recommandations clés pour soutenir une transition potentielle du FAF aux MMS au Sénégal, si le gouvernement choisissait de s'engager dans cette voie. Plusieurs de ces recommandations pourraient également s'appliquer au programme de supplémentation en FAF et de CPN existants, et ce, que les MMS soient introduits ou non.

1. **Des recherches sur les MMS devraient être menées au Sénégal** afin de tester les solutions potentielles aux obstacles identifiés et d'approfondir les goulots d'étranglement prioritaires en utilisant le tableau ci-dessus. Le groupe de travail MMS pourrait coordonner et superviser toutes les recherches sur les MMS au Sénégal, y compris appuyer la mobilisation des ressources pour soutenir ce programme. Les résultats de la recherche sur les MMS peuvent fournir des informations essentielles pour guider la transition SMART et la mise à l'échelle des MMS au Sénégal
2. **Politiques et protocoles** : Un processus clair devrait être élaboré et mis en œuvre pour l'alignement et la mise à jour du contenu des politiques et des protocoles relatifs à la nutrition maternelle ainsi que pour soutenir la transition vers les MMS et sa mise à l'échelle. L'alignement du contenu des politiques et des protocoles en vue d'une harmonisation contribuera également à garantir une détection et un traitement optimaux de l'anémie. Dans le PSMN, l'abréviation « MMS » devrait être clarifiée.
3. **Prestation de services** : Pour réussir la transition vers les MMS et sa mise à l'échelle, les prestataires de CPN ont besoin d'une formation et d'outils supplémentaires pour renforcer leurs techniques de changement de comportement et leurs connaissances sur la nutrition maternelle. Un suivi approprié est primordial pour garantir l'intégration des compétences et des connaissances. La répartition du personnel de santé et les rôles et responsabilités du personnel de santé communautaire doivent être revus.
4. **Chaîne d'approvisionnement** : Les ruptures de stock au niveau central et les répercussions en cascade aux niveaux des régions, districts et structures de santé ont été identifiées comme l'un des plus grands obstacles à la programmation en FAF (et potentiellement aux MMS) au Sénégal et nécessitent être résolues. En outre, les MMS devraient être ajoutés à la liste des médicaments essentiels.
5. **Financement** : Une ligne budgétaire spécifique est essentielle pour assurer un approvisionnement durable en MMS au niveau central. La mobilisation des ressources nationales pour les MMS devrait être explorée. Les MMS devraient être subventionnés pour les FE.

Limites

L'AP a fourni une mine d'informations sur le programme de supplémentation en FAF et sur le système de prestation de CPN au Sénégal en très peu de temps. Bien que toutes les parties prenantes concernées n'aient pas été rencontrées lors de la collecte de données sur le terrain, la saturation des données semble avoir été atteinte. Cependant, certaines informations clés sur la planification et la budgétisation du ministère de la Santé et de l'action sociale (MSAS) sur la nutrition maternelle sont manquantes.

En outre, un temps limité a été alloué à l'exercice de priorisation au cours du deuxième atelier, lequel est normalement un long processus permettant de laisser suffisamment de temps pour la réflexion et le peaufinage. Cependant, la rigueur et la grande qualité de l'AP ainsi que le fait d'avoir rempli en avance les sections des outils de travail de groupes utilisés lors du second atelier

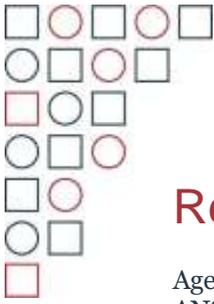


ont contribué à accélérer le processus. Néanmoins, le fait de pré-remplir les outils de travail présentait également des inconvénients, notamment l'introduction potentielle de préjugés et le fait que moins de solutions potentielles puissent avoir été répertoriées. Cela était probablement dû au fait que les participants n'avaient pas suffisamment de temps de réfléchir et intégrer les résultats de l'AP et n'ont bénéficié que de quelques heures pour remplir les feuilles de travail. Le manque de temps de réflexion dédié à l'élaboration des questions de recherche constitue également une limite, car cela a été fait dans la nuit entre les deuxième et troisième jours de l'atelier, encore une fois, limitant le temps pour peaufiner le tout.

De plus, la traduction de documents techniques, notamment de présentations, du français vers l'anglais, peut avoir entraîné des pertes d'informations. Cependant, l'équipe a essayé d'en être extrêmement consciente et a mis en œuvre plusieurs stratégies d'atténuation. Enfin, le pourcentage de participation aux enquêtes de priorisation des questions de recherche a été limité (entre 29 à 76 %).

CONCLUSION

En dépit de ces limites, nous pensons que le gouvernement sénégalais dispose désormais d'informations importantes afin de prendre des décisions éclairées sur les domaines clés à investiguer et pour ceux qui nécessitent un soutien supplémentaire pour la transition du FAF aux MMS. Le groupe de travail MMS nouvellement créé, et soutenu par NI et d'autres partenaires clés, pourrait diriger l'avancement du programme MMS dans le pays en se concentrant sur les goulots d'étranglement et les opportunités identifiés. La prochaine étape consistera pour le groupe de travail MMS à valider et à finaliser la liste des questions et des domaines de recherche classés ainsi que les recommandations. Par la suite, les partenaires intéressés et détenteurs de ressources pourraient aller de l'avant en donnant suite aux recommandations et/ou aux recherches de mise en œuvre qui seront assignées par le groupe de travail. Les protocoles des études sur les MMS qui seront entreprises cette année par HKI et Solthis pourraient également aider le groupe de travail MMS à définir des questions de recherche et développer des critères pour les futures recherches de mise en œuvre.



Références

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). (2023). Données de population. ANSD. Disponible à partir de : <https://www.ansd.sn/Indicateur/donnees-de-population>.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF (2023). Enquête Démographique et de Santé du Sénégal 2023. Rapport des indicateurs-clés. Dakar, Sénégal and Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Senegal] et ICF. (2020). Sénégal: Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) 2019-Tableaux. Dakar, Sénégal : ANSD.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF. (2019). Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019). Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF. (2018). Sénégal: Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2017). Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. (2012). Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.

Agence Sénégalaise de réglementation pharmaceutique (ARP). Liste nationale des médicaments et produits essentiels. Disponible à partir de : <https://arp.sn/liste-des-amms/#>

African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. (2001). Abuja declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Abuja, Nigeria. April.

Ba, D. M., Ssentongo, P., Kjerulff, K. H., Na, M., Liu, G., Gao, X., Du, P. (2019). Adherence to iron supplementation in 22 Sub-Saharan African countries and associated factors among pregnant women: A large population-based study. *Current Developments in Nutrition*, 3(12), nzz120. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzz120>

Béhanzin, S.O.P.R, Ly, B.S., Mbaye, A., Sarr, K., Diop, N., Dieng, D., Ndiaye, A., Bocoum, F.Y., Diallo, A.I., Thiam, S., Faye, C., Doucouré, A., Diaw, T.G., Faye, A., Martinez Alvarez M. (2023). Étude du financement de la santé reproductive, maternelle, néonatale et de nutrition au Sénégal sur la période 2014-2021. Dakar, Sénégal. Juillet

Comité Sénégalais pour la fortification des aliments en micronutriments. (2018). Sénégal : Enquête nationale sur la nutrition. Rapport d'enquête sur l'évaluation de l'enrichissement des aliments sur le statut nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois et des femmes en âge de procréer : analyse détaillée de l'enquête nutritionnelle de 2018 et analyse comparative avec l'enquête nutritionnelle de 2010. Version du 22 juin 2022.

Conseil national de développement de la nutrition (CNDN). (2024). Plan stratégique multisectoriel de nutrition, 2024-2028. Dakar, Sénégal : CNDN.



Conseil national de développement de la nutrition (CNDN). (2024). Programme de renforcement de la nutrition (PRN). Disponible à partir de : <https://cndn.sn/comment-intervenons-nous/projets-et-programmes/programme-de-renforcement-de-la-nutrition-prn/>

Conseil national de développement de la nutrition (CNDN). (2024). Programme de renforcement de la fortification. Disponible à partir de : <https://cndn.sn/comment-intervenons-nous/projets-et-programmes/programme-de-renforcement-de-la-fortification-prf/>

Deussom N., G., Wise V., Ndione, M.-S., Gadiaga, A. (2018). Capacities of the nutrition sector in Senegal. - Analysis & perspective: 15 years of experience in the development of nutrition policy in Senegal., Washington, DC/ Dakar, Senegal : World Bank and CLM .

École nationale de développement sanitaire. Training programs of midwives and nurses. Disponible à partir de : <http://endss.free.fr/formations/section%20sage%20femme.pdf> (midwives) and <http://endss.free.fr/formations/sectionInfirmier.pdf> (nurses)

Genève International. (2024). Sénégal: Programme de fortification des aliments à large échelle. Disponible à partir de : <https://www.geneve-int.ch/fr/senegal-programme-de-fortification-des-aliments-large-echelle>

Institut de Formation en Administration des Affaires du Sénégal. Training program in dietetics. Disponible à partir de : <https://ifaa.sn/cours/bts-dietetique/>

ISMEA project website. Available from: <https://www.faapa.info/blog/isma-un-projet-visant-a-corriger-les-disparites-en-matiere-de-sante-reproductive/>

Kande, N.M.A. (2021). Motivation et maintien du personnel de santé dans un contexte de rareté des ressources humaines : cas des zones périphériques du Sénégal. In : Serge Francis Simen. *Management des organisations africaines, diversité et développement des territoires. Mélanges en l'honneur du Professeur Bassirou Tidjani*. Caen, EMS Ed., « Questions de société », p. 271-295. DOI : 10.3917/ems.simen.2021.01.0271. Disponible à partir de : <https://www.cairn.info/management-des-organisations-africaines-diversite---9782376874478-page-271.htm>

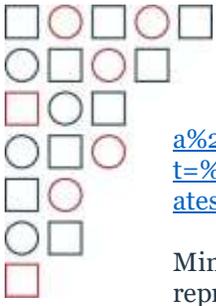
Karyadi, E., Reddy, J. C., Dearden, K. A., Purwanti, T., Mardewi, Asri, E., Roquero, L. B., Juguan, J. A., Sapitula-Evidente, A., Anand, B., Warvadekar, K., Bhardwaj, A., Alam, M. K., Das, S., Nair, G. K., Srivastava, A., Raut, M. K. (2023). Antenatal care is associated with adherence to iron supplementation among pregnant women in selected low-middle-income-countries of Asia, Africa, and Latin America & the Caribbean regions: Insights from Demographic and Health Surveys. *Maternal & Child Nutrition*, 19(2), e13477. <https://doi.org/10.1111/mcn.13477>

Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 14;3:CD004905

Ministère de l'aménagement du territoire et des collectivités locales. (2024). Disponible à partir de : <https://collectivitesterritoriales.sn/le-ministere/#:~:text=Le%20Minist%C3%A8re%20des%20collectivit%C3%A9s%20territoriales%20du%20d%C3%A9veloppement%20et%20de%20l,que%20de%20la%20mise%20en>

Ministère de l'aménagement, du territoire et des collectivités locales. (2013). Acte III de la décentralisation – Propositions pour la formulation d'une cohérence territoriale rénovée. Comité de pilotage de la réforme de la décentralisation du Sénégal.

Ministère du commerce et des PME. Procédures Import-Export. Disponible à partir de : <https://senegalcommerce.sec.gouv.sn/ProceduresImportDetails.aspx#:~:text=ORBUS%20is%20>



[a%20r%C3%A9network%20for%20computers.op%C3%A9ration%20for%20import%20export.&text=%2DCertificate%20of%20origin%20and%20of.export%20and%20various%20other%20certificates](#)

Ministère de la santé et de l'action sociale. (2024). Plan stratégique intégré de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition (PSI SRMNIA_N)-2024-2028. Dakar, Sénégal Direction de la santé de la mère et de l'enfant, MSAS. Février.

Ministère de la santé et de l'action sociale. (2020). Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire – 2019. Dakar, Sénégal: Cellule de la carte sanitaire et sociale, de la santé digitale et de l'observatoire de la santé.

Ministère de la santé et de l'action sociale. (2019). Plan national de développement sanitaire et social (PNDSS), 2019-2028. Dakar, Sénégal : MSAS.

Ministère de la santé et de l'action sociale. (2018a). Politiques normes et protocoles des services de santé de la reproduction et survie de l'enfant: Santé maternelle, périnatal et néonatal. Dakar, Sénégal : Direction de la santé de la mère et de l'enfant. MSAS.

Ministère de la santé et de l'action sociale. (2018b). Politiques normes et protocoles des services de santé de la reproduction et survie de l'enfant: Alimentation et nutrition. Dakar, Sénégal : Direction de la santé de la mère et de l'enfant. MSAS.

Ministère de la santé et de l'action sociale. (2018c). Politiques normes et protocoles des services de santé de la reproduction et survie de l'enfant : Éléments généraux. Dakar, Sénégal : Direction de la santé de la mère et de l'enfant. MSAS.

Ministère de la santé et de l'action sociale. 2015. Document de politique nationale sur la nutrition, 2015-2025. Dakar, Sénégal : MSAS. Novembre.

Ministère de la santé et de l'action sociale. (2014). Politique nationale de santé communautaire. Dakar, Sénégal : Direction générale de la santé-cellule de santé communautaire, MSAS. Décembre.

Ministère de la santé et de l'action sociale. (2013). Politique nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Dakar, Sénégal : Division de l'alimentation et de la nutrition, MSAS. Décembre.

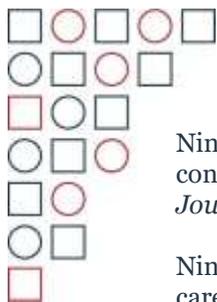
Ministère de la santé et de l'action sociale. (2007). Plan stratégique national pour la survie de l'enfant. Dakar, Sénégal : MSAS. Juillet.

Ministère de la santé et de l'action sociale. (année de publication inconnue). Manuel de formation des prestataires de santé sur l'alimentation de la mère, de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (AM-ANJE). Dakar, Sénégal : Direction de la santé de la mère et de l'enfant, MSAS.

Ministère de la santé et de la prévention médicale. (2006). Politique nationale pharmaceutique. Dakar, Sénégal : Direction de la pharmacie et des laboratoires, MSPM Août.

Ndiaye, N. F., Idohou-Dossou, N., Diouf, A., Guiro, A. T., Wade, S. (2018). Folate deficiency and anemia among women of reproductive age (15-49 years) in Senegal: Results of a national cross-sectional survey. *Food and Nutrition Bulletin*, 39(1), 65–74.

Ndiaye, S., Ayad, M. (2006). Enquête Démographique et de Santé du Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] and ORC Macro.



Ningue, B.A., Galibois, Blaney, S. (2021). Nutrition services by health providers during antenatal consultations in Senegal (Kolda region): A comparison of observed versus self-reported practices. *Journal of Global Health Reports*: e2021035

Ningue B.A., Galibois, I. Blaney, S. (2020). Antenatal nutrition services offer in primary health care facilities of Kolda region, Senegal. *Journal of Global Health Reports*: e2020103

Offosse N.M.-J. (2018). Nutrition financing in Senegal - Analysis & Perspective: 15 years of experience in the development of nutrition policy in Senegal. Washington, DC/ Dakar, Senegal: CLM et World Bank.

Rudan, I., Gibson, J. L., Ameratunga, S., El Arifeen, S., Bhutta, Z. A., Black, M., Black, R. E., Brown, K. H., Campbell, H., Carneiro, I., Chan, K. Y., Chandramohan, D., Chopra, M., Cousens, S., Darmstadt, G. L., Gardner, J. M., Hess, S. Y., Hyder, A. A., Kapiriri, L., ... Webster, J. (2008). Setting priorities in global child health research investments: Guidelines for implementation of CHNRI method. *Croatian Medical Journal*, 49(6), 720–733. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.49.720>

Ruel-Bergeron, J. (2018). The case for investment in nutrition in Senegal - Analysis & perspective: 15 years of experience in the development of nutrition policy in Senegal. Washington, DC/ Dakar, Senegal: World Bank and CLM.

Shaping Equitable Market Access for Reproductive Health project (SEMA). (2023). Summary of the evaluation and recommendations of SEMA Senegal. Dakar, Senegal. October.

Siekman, K., Roche, M., Kung'u, J. K., Desrochers, R. E., De-Regil, L. M. (2018). Barriers and enablers for iron folic acid (IFA) supplementation in pregnant women. *Maternal & Child Nutrition*, 14 Suppl 5, e12532. <https://doi.org/10.1111/mcn.12532>

Smith ER, Shankar AH, Wu LS-F, Aboud S, Adu-Afarwuah S, Ali H, et al. Modifiers of the effect of maternal multiple micronutrient supplementation on stillbirth, birth outcomes, and infant mortality: a meta-analysis of individual patient data from 17 randomised trials in low-income and middle-income countries. *Lancet Global Health*. 2017 Nov;5(11):e1090–100.

Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Graduate programs in nutrition. Disponible à partir de : <https://larnah.ucad.sn/wp-content/uploads/2020/02/Prospectus-Master-NAH-actualise%CC%81.pdf>

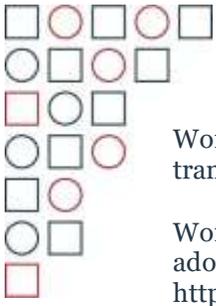
Université Cheikh Anta Diop & Moncton University. (2015). Results of the PAG workshop in Senegal on the participatory evaluation of the intervention on quality IFA supplementation during pregnancy. Dakar, Senegal/Moncton, NB, Canada: UCAD and UdeM.

Université du Siné Saloum El-Hadj Ibrahima Niass. Programmes de formation en nutrition. Disponible à partir de : <https://www.ussein.sn/ufr-nutrition-et-alimentation/>

Verney, A., Reed, B. A., Lumumba, J. B., Kung'u, J. K. (2018). Factors associated with socio-demographic characteristics and antenatal care and iron supplement use in Ethiopia, Kenya, and Senegal. *Maternal & Child Nutrition*, 14 Suppl 1, e12565. <https://doi.org/10.1111/mcn.12565>

World Health Organization. (2020). WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Nutritional interventions update: Multiple micronutrient supplements during pregnancy. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2019). Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course. Geneva, Switzerland: WHO.



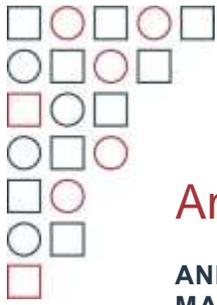
World Health Organization. (2017). Guideline: Preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization. (2016a). Guideline: Daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. Disponible à partir de : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204761/1/9789241510196_eng.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization. (2016b). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Disponible à partir de : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2012). Global analysis of countries' readiness to accelerate action on nutrition - Country assessment tools. Geneva, Switzerland: WHO.

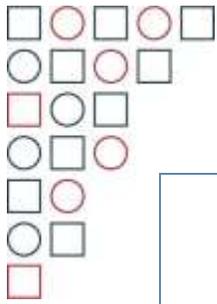
World Bank. (2017). Project performance assessment report: A decade of World Bank support to Senegal's nutrition program. Washington, DC : World Bank.



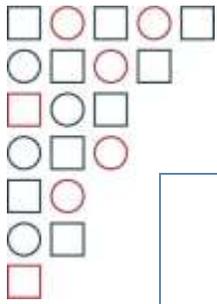
Annexes

ANNEXE 1. CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES INTERNATIONAUX ET SÉNÉGALAIS IMPLIQUÉS DANS LA NUTRITION MATERNELLE AU SÉNÉGAL.

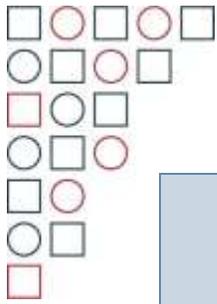
| Nom | Rôle dans la nutrition maternelle (résumé) | Détails de la participation |
|---------------|--|---|
| UNICEF | Renforcement des capacités des prestataires de CPN sur les techniques de changement de comportement | <p>Nom du projet : Renforcer la nutrition maternelle</p> <p>Sources de financement : Affaires mondiales Canada, MUSKOKA</p> <p>Durée : 2 ans (2024-2025)</p> <p>Couverture : Au moins 80 % des sages-femmes et des ICP</p> <p>Détails:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appui à l'élaboration de la stratégie sur l'alimentation maternelle et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (AM-ANJE) (100 millions de francs CFA) - Appui à l'élaboration de matériels de formation (pour une formation de cinq jours) sur la nutrition maternelle et appui à la conception de matériels d'éducation, information et communication - Appui à la formation des formateurs (équipe composée de représentants des PTF, personnel du MSAS) suivie de formations des équipes-cadres régionales (2,3 millions de francs CFA par région) et de district (2,4 millions de francs CFA par district) (points focaux pour la nutrition, la santé de la reproduction et la promotion de la santé) - Appui aux équipes-cadres pour la formation des prestataires de CPN (sages-femmes et infirmiers) - Appui pour l'intégration de la formation dans le système d'apprentissage en ligne du MSAS - Collaboration avec HKI, Action contre la Faim |
| HKI | Cinq actions pour sauver des vies (programme ayant un focus sur des actions spécifiques pour sauver des vies) : nutrition maternelle incluant les MMS, soutien à l'allaitement maternel exclusif et à l'alimentation complémentaire, supplémentation en vitamine A, détection et prise en charge de la | <p>Nom du projet : Recherche sur la mise en œuvre du MMS</p> <p>Source de financement : Church of Saints (Église des Saints)</p> <p>Durée : 1 an (2024 à 2025) à partir de juillet-août 2024</p> <p>Couverture : 20 000 à 30 000 FE dans l'une des régions suivantes : Louga, Diourbel ou St-Louis</p> |



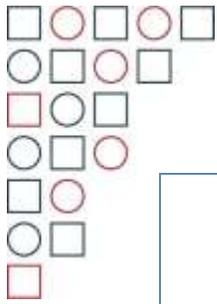
| | | |
|--------------------|---|---|
| | malnutrition aiguë, etc. | <p>Détails :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche de mise en œuvre pour apprécier l'offre de services, l'intégration des MMS dans le paquet de soins des CPN avec accompagnement en termes de communication sur les MMS. - Il n'est pas clair si HKI se procurera un stock de MMS à partir d'un don ou d'un achat pour les fins de cette recherche. <p>Outre la recherche, HKI a aussi des activités sur le Renforcement des capacités sur les techniques de changement de comportement en matière de nutrition maternelle. Il s'agit d'un partenariat avec l'UNICEF pour les formations dans les régions de St-Louis, Matam, Louga, Tambacounda et Diourbel.</p> |
| Counterpart | Le programme vise à améliorer la nutrition des adolescentes en milieu scolaire et des FE | <p>Nom du projet : Alimentation des FE à travers un renforcement en matière de changement de comportement des prestataires de CPN.</p> <p>Source de financement : USAID (21 millions de francs CFA)</p> <p>Durée : 5 ans (2023-2028)</p> <p>Couverture : 25 % des FE vivant dans les régions de Sédhiou (deux districts) et de Kolda (trois districts) d'ici 2026</p> <p>Détails :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partenaires : World Vision, Imagine - Formation similaire à celle de l'UNICEF - Réalisations : 200 relais communautaires formés à ce jour. Il est prévu que chaque relais soit responsable du suivi de 10 FE. - Chaque « relais » est rémunéré pour effectuer des VAD afin de suivre l'alimentation des FE et s'assurer qu'elles fassent les CPN (500 francs CFA remis à chaque « relais » par visite). <p>Autre : L'initiative de Counterpart visant à introduire les MMS auprès des FE à St-Louis a été arrêtée. Cependant, l'organisation estime que la région est capable d'intégrer les MMS dans le système de santé. La région de St-Louis entretient présentement une relation avec Vitamin Angels. À l'avenir, Counterpart recommande de réduire le nombre de comprimés de MMS à 60 par flacon, car les sages-femmes souhaitent que les FE reviennent aux CPN</p> |
| Solthis | <p>Renforcement des capacités des prestataires ainsi que des capacités institutionnelles sur les CPN (formation, fourniture d'équipements et d'intrants)</p> <p>Soutenir la transition du gouvernement du FAF</p> | <p>Nom du projet : Accompagner la transition de la supplémentation en FAF vers la supplémentation en MMS</p> <p>Source de financement : Fondation Bill & Melinda Gates</p> <p>Durée : 1 an, début d'une étude dans deux (2) semaines</p> <p>Couverture : 13 formations sanitaires, région de Thiès</p> |



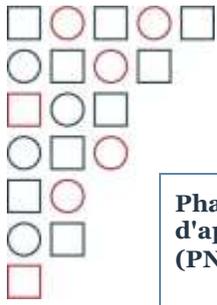
| | | |
|-------|--|---|
| | vers les MMS (étude) | <p>Détails :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires de santé qui feront partie de l'étude ont été formés et les indicateurs de suivi de l'étude ont été définis (par exemple, conseils nutritionnels, déparasitage, supplémentation en MMS). • Utilisera les données actuellement recueillies dans les registres afin de suivre les indicateurs de l'étude. • Obtention d'un don en MMS (de Counterpart) pour cette étude. • Les MMS seront fournis gratuitement aux FE tout au long de l'étude. |
| ISMEA | Appui au gouvernement sénégalais dans l'offre de soins sur la santé de la reproduction | <p>Nom du projet : Initiative sur l'Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique</p> <p>Source de financement : Prêt de la Banque mondiale (70 milliards de francs CFA)</p> <p>Durée : 5 ans (2019-2024)</p> <p>Couverture : 6 régions soit Kaffrine, Kolda, Ziguinchor, Kédougou, Sédhiou, Tambacounda.</p> <p>Détails:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appui à la mise à disposition de personnel de santé: 400 sages-femmes, 395 infirmiers, une vingtaine de médecins et 20 pharmaciens : coût estimé pour le personnel à 400 000 000 francs CFA par an - Appui en équipements et matériels tels que 250 motos pour les postes de santé, mobilier de bureau, Plumpy Nut, F75, capsules de Vitamine A, mébendazole. Approvisionnement en électricité à 40 postes de santé grâce à l'énergie solaire. Aucune fourniture en FAF. - Soutien à la formation du personnel (par exemple sur les techniques d'échographie) - Appui à la mise en place d'une mutuelle pour les FE (équivalent de 1700 francs CFA par femme). Dans le futur, cette mutuelle devrait être intégrée au programme de couverture maladie universelle du Sénégal. Jusqu'à présent, environ 52 000 FE sont couvertes par ce dispositif dans les six régions. - L'appui couvre l'ensemble de la population de chaque district ciblé dans chacune des régions. - Avant la mise en œuvre du projet, un atelier participatif a été organisé avec les parties prenantes concernées pour identifier les besoins de soutien. - Pérennité de l'initiative : Un accord a été signé entre le GdS et la |



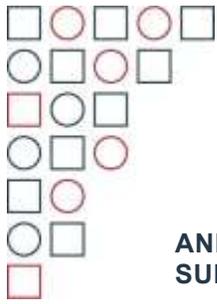
| | | |
|--|--|--|
| | | Banque mondiale lequel stipule que le personnel recruté par ISMEA sera intégré à la fonction publique à la fin du projet. Ce personnel sera toutefois maintenu dans les mêmes structures (c'est-à-dire où ils travaillent présentement) pendant une période de deux (2) ans après l'achèvement du projet, sans option de mobilité. En signe de volonté de respecter l'engagement gouvernemental, le gouverneur de la région de Kolda s'est engagé à maintenir le personnel recruté par ISMEA dans sa région à la fin du projet. |
| Association des sages-femmes sénégalaises | Améliorer les compétences des sages-femmes en vue de garantir une prestation de services prénataux de qualité. | <p>Malgré un décret voté en 2017 pour que l'association devienne un ordre professionnel, ce changement ne s'est pas traduit dans la réalité.</p> <p>L'adhésion des sages-femmes à l'association est volontaire.</p> <p>Les sages-femmes ont besoin d'une formation continue, qui n'est pas toujours assurée. Le recyclage n'est pas obligatoire.</p> <p>Le Ministère de la santé et de l'action sociale a peu recruté de sages-femmes ces dernières années. À l'opposé, ISMEA a embauché de nombreuses sages-femmes mais celles-ci ont des contrats à durée déterminée et rien ne garantit qu'elles soient intégrées dans la fonction publique à la fin du projet ISMEA.</p> <p>Nécessité de cartographier la répartition des sages-femmes en fonction de leur niveau d'ancienneté.</p> <p>Les salaires des sages-femmes varient entre 50 000 et 150 000 francs CFA mensuels</p> |
| Agence de Réglementation Pharmaceutique (ARP) | Garantir la qualité des produits pharmaceutiques | <p>Objectif : Garantir la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans circuits publique et privée du pays.</p> <p>L'agence veille à la qualité des médicaments tout au long de la chaîne (de l'achat à la consommation) qu'ils soient fabriqués localement ou importés.</p> <p>Elle délivre les autorisations de mise en marché des médicaments, en étroite collaboration avec les douanes pour tous les médicaments, et procède aux contrôles de qualité.</p> <p>L'agence fixe également le prix des produits.</p> <p>La DSME doit faire une demande formelle pour introduire un nouveau produit destinée à des fins de recherche. Il doit clairement énoncer le besoin du produit et soumettre un projet pilote. Le processus prend environ 90 jours.</p> |
| CNDN – projet n°1 | Mise en œuvre du plan stratégique multisectoriel de nutrition (PSMN) | <p>Nom du projet : Programme de renforcement de la nutrition (PRN)</p> <p>Objectifs généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'état nutritionnel de la population, en particulier la croissance des enfants de moins de deux (2) ans vivant dans les |



| | | |
|--------------------------|---------|---|
| | | <p>zones urbaines et rurales pauvres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles en matière de nutrition <p>Sources de financement : État sénégalais, Banque mondiale, PAM, UNICEF, NI</p> <p>Durée : 2002 à 2024</p> <p>Couverture : 287 289 femmes enceintes et allaitantes (90 % de la cible), adolescentes et mères/ »caregivers » d'enfants vivant dans 66 districts répartis dans toutes les régions du pays à l'exception de la région de Dakar.</p> <p>Détails :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet se concentre sur la communication pour le changement de comportement, la mobilisation sociale avec l'implication/le soutien des « relais communautaires » et des agents de santé communautaire. - Indicateur : Nombre de causeries organisées avec les groupes ciblés et nombre de personnes ciblées rejointes. Collecte de données sur une base mensuelle. |
| CNDN – projet n°2 | Article | <p>Nom du projet : Investir dans la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent (soutenu par ISMEA) – volet demande de soins maternels</p> <p>Objectif général :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la demande de services de santé maternelle en aidant les ménages pauvres à surmonter les obstacles à l'accès aux soins de santé. <p>Source de financement : Banque mondiale (1,8 milliards francs CFA)</p> <p>Durée : 2021 à 2024</p> <p>Couverture : 35 134 femmes enceintes et allaitantes (78 % de l'objectif total estimé à 45 000) réparties dans 25 districts des régions de Sédhiou, Kédougou, Ziguinchor, Kolda, Tambacounda et Kaffrine.</p> <p>Détails :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet se concentre sur les activités de communication (dirigées par les acteurs communautaires) et la fourniture d'une allocation financière aux femmes en fonction de leurs conditions. - L'identification des femmes éligibles réalisée par les structures d'appui locales. - Le suivi des FE se fait par l'agent de santé communautaire. - L'incitation financière offerte aux femmes par le biais d'un transfert d'argent. |

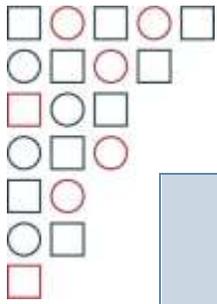


| | | |
|---|--|---|
| <p>Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA)</p> | <p>Assurer l'approvisionnement en médicaments, y compris le FAF aux circuits public et privé</p> | <p>Objectif : Assurer l'approvisionnement en FAF afin de couvrir 100% des besoins</p> <p>Détails :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ce qui concerne les comprimés de FAF, la PNA traite avec plusieurs fournisseurs, mais principalement avec l'Inde et une société pharmaceutique locale (Medis). La PNA demande à chaque fournisseur de fournir un échantillon de son produit avec son offre. - UNIMAP ne fait pas partie de la liste des médicaments essentiels au Sénégal - La PNA commande le FAF sur la base des estimations annuelles des régions. - Les délais d'obtention de FAF sont dus aux éléments suivants : a) dédouanement au port, b) choix de l'itinéraire de transport (canal de Suez au lieu du passage au sud du continent africain), 3) quantité demandée pas toujours disponible, 4) financement limité alloués au niveau central à l'achat de FAF. - Délai de livraison : 2 à 3 mois par bateau, 15 à 20 jours par avion - Coordination avec l'agence de réglementation pharmaceutique du Sénégal (ARP) en charge du contrôle de la qualité et de l'autorisation de mise en marché des médicaments. - Le FAF est généralement acheté sous forme de sirop, de comprimés ou sous forme injectable. - La sélection du FAF est basée sur la liste des médicaments et des besoins du programme. - Le schéma de distribution « Jeguesinaa » ajoute 15 % au coût de base pour couvrir les frais de livraison à la PRA. La livraison subséquente par la PRA aux districts s'effectue selon un plan préétabli. - La PRA supervise les sites d'entreposage où sont conservés les médicaments. Il y a huit (8) critères à remplir pour garantir de bonnes conditions d'entreposage des médicaments, y compris le FAF. |
|---|--|---|

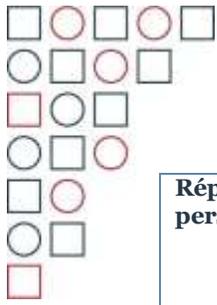


ANNEXE 2A. DÉFIS ET OPPORTUNITÉS POTENTIELS DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME MMS ET SOLUTIONS POUR SURMONTER LES DÉFIS : PILIER SUR LA PRESTATION DE SERVICES

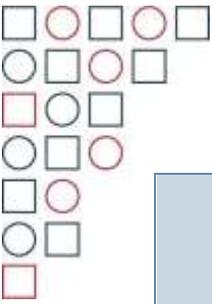
| Domaine | Défis | | Opportunités | |
|---|--|---|--|--|
| Capacités des prestataires de santé de première ligne | 1. Les défis ou les lacunes anticipées dans la mise en œuvre du programme MMS qui nécessite une attention : | 2. Pourquoi? Les raison(s) sous-jacente(s) du défi : | 3. Tout facteur facilitateur ou habilitant connexe sur lequel on pourrait potentiellement s'appuyer pour relever le défi, compte tenu de la raison sous-jacente : | 4. Les solutions potentielles au défi (stratégies de mise en œuvre) qui pourraient être développées et testées grâce à la recherche sur la mise en œuvre : |
| | <p>Les prestataires de santé (par exemple les sages-femmes) ne sont pas bien formés sur la nutrition maternelle (y compris sur le counseling et l'éducation nutritionnelle, la supplémentation en MMS)</p> <p>Chez les prestataires de santé, il n'existe pas de système de suivi pour garantir l'adhésion des FE aux MMS.</p> | <p>(i) Les programmes de formation de base sur la nutrition ne couvrent pas la nutrition maternelle</p> <p>(ii) La formation continue sur la nutrition maternelle est limitée</p> <p>(iii) La supervision sur la nutrition maternelle est limitée (y compris la supplémentation en MMS)</p> <p>(iv) Les points focaux régionaux et de district sur l'alimentation et la nutrition ont des capacités limitées en matière de nutrition maternelle</p> <p>(v) Le nombre de nutritionnistes travaillant dans le système de santé est faible</p> <p>(vi) Le budget alloué à la nutrition maternelle n'est pas clairement identifié dans le budget global de la</p> | <p>(vii) Le cursus de formation des sages-femmes est complet et rigoureux en matière de santé maternelle mais doit être renforcé sur la nutrition maternelle</p> <p>(viii) Recommandations disponibles sur la formation continue</p> <p>(ix) Potentiel pour l'association des sages-femmes de devenir un ordre susceptible d'assurer une formation continue de qualité à ses membres.</p> <p>(x) Recommandations disponibles sur la supervision des prestataires de santé</p> <p>(xi) Supervision décentralisée réalisée sur une base trimestrielle</p> <p>(xii) Le PSMN comporte une composante sur la formation en nutrition qui pourrait être utilisée à des fins de plaidoyer.</p> <p>(xiii) Programmes de formation en nutrition (master et doctorat)</p> | <p>Intégrer un module sur la nutrition maternelle dans le cursus de formation de base des sages-femmes</p> <p>Formation continue des points focaux de nutrition régionaux et de district</p> |



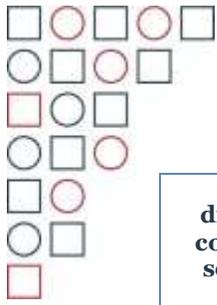
| | | | | |
|--|---|--------|--|--|
| | | santé. | <p>disponibles dans quelques universités (par exemple UCAD, Bambey)</p> <p>(viii) Existence d'une ligne dédiée spécialement à la nutrition dans le budget de la Primature laquelle est dédiée à la mise en œuvre du PSMN</p> <p>(IX) Certains partenaires consacrent des fonds à la nutrition maternelle</p> | |
| Capacités des gestionnaires de stocks | Programme de formation des dépositaires non standardisé | | <p>(i) Disponibilité de pharmaciens dans chaque région et district qui supervisent les dépositaires</p> <p>(ii) Mécanisme d'approvisionnement rigoureux (travail d'équipe entre le chef de la structure de santé, un membre de la communauté et le dépositaire)</p> | Offrir des formations sur les conditions d'entreposage et la gestion des stocks aux dépositaires |



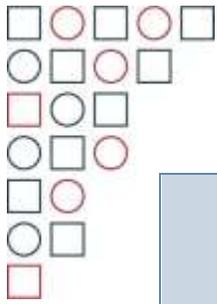
| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <p>Répartition du personnel de santé</p> | <p>Répartition inégale des sages-femmes d'une région/district à l'autre</p> | <ul style="list-style-type: none"> (i) Motivation limitée du personnel à travailler dans des zones reculées/difficiles (ii) Effectif limité (iii) Problèmes de sécurité dans certaines zones (iv) Taux de réussite à l'admission à la profession de sage-femme faible ce qui limite le nombre de sages-femmes disponibles à être déployées (v) Contrats à court terme/durée limitée avec des organisations (vi) Recrutement limité par le gouvernement (vii) Absence de cartographie au niveau national sur la répartition des sages-femmes basée sur leur expérience, ce qui limite leur mobilité et leur motivation (viii) Faible salaire pour certaines sages-femmes (par exemple 50 000 francs CFA/mois) | <ul style="list-style-type: none"> (i) Appui du projet ISMEA pour assurer la disponibilité du personnel de santé capable d'assurer les soins prénatals dans 5 régions, notamment le « duo » sage-femme-infirmier dans chaque formation sanitaire (ii) Existence de l'association des sages-femmes qui peut aider à revoir la répartition du personnel | <ul style="list-style-type: none"> (i) Définir une politique en matière de rotation du personnel (ii) Élaboration d'une politique de motivation des prestataires de santé (iii) Stabiliser le statut du personnel de santé (sage-femme, infirmier) (iv) Engagement du gouvernement à intégrer les prestataires de santé d'ISMEA dans la fonction publique |
|---|---|--|---|---|



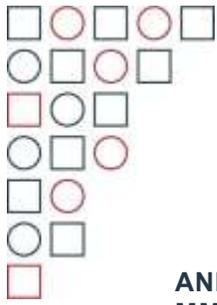
| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|---|
| <p>Qualité des prestations</p> | <p>Application des politiques, normes et protocoles non optimaux (et divergences entre les contenus)</p> <p>Disponibilité d'un produit de qualité (par exemple le FAF)</p> <p>Recommandation du Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) d'augmenter le nombre de CPN de 4 à 8</p> | <ul style="list-style-type: none"> (i) Disponibilité limitée du personnel de santé (ii) Charge de travail élevée des prestataires de santé (iii) Appropriation des politiques, normes et protocoles (iv) Approvisionnement limitée (v) Gestion des stocks inadéquate (vi) Conditions d'entreposage inappropriées (vii) Perte de vue des FE (viii) Outils de surveillance des CPN non mis à jour (par exemple, registre des CPN) | <ul style="list-style-type: none"> (i) Procédures opérationnelles standard facilement disponibles et résumées pour les infirmiers et les sages-femmes (ii) Mise en œuvre complète des programmes « Jegesinaa » et « Yeksinaa » à venir (iii) Sensibilisation auprès des FE afin qu'elles fassent toutes les CPN | <ul style="list-style-type: none"> (i) Supervision continue des prestataires de santé (ii) Gestion appropriée de l'approvisionnement des stocks (iii) Plaidoyer pour obtenir des outils de surveillance des CPN mis à jour (iv) Harmonisation du contenu des documents sur les politiques, normes et protocoles |
|---------------------------------------|---|---|--|---|



| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <p>Accès et disponibilité de consultations de soins prénatals (CSP)</p> | <p>Disponibilité et accès aux CPN limités dans certains cas (et par conséquent, à la supplémentation en FAF)</p> | <ul style="list-style-type: none"> (i) La distance des structures de santé offrant des CPN peut être importante (y compris le coût du transport) (ii) Nombre insuffisant de structures de santé proposant des CPN (iii) Répartition inégale des structures de santé offrant des CPN (iv) Répartition inégale des sages-femmes à travers le pays | <ul style="list-style-type: none"> (i) Offre de CPN mensuelle par les sages-femmes dans les cases de santé à travers la stratégie avancée (ii) Offre de CPN les jours de marchés publics (iii) Offre de CPN tous les jours de la semaine dans la majorité des structures de santé (iv) Disponibilité du duo sage-femme-infirmier dans la majorité des structures de santé (v) Pharmacies et dépôts pour les achats de FAF à proximité des structures de santé ce qui facilite l'achat de FAF par les FE (vi) Disponibilité de données régionales sur la répartition des sages-femmes (vii) Appui du projet ISMEA pour assurer la disponibilité du duo sage-femme-infirmier dans les structures sanitaires de 5 régions et l'intégration potentielle de ces prestataires de santé dans la fonction publique dans le futur. | <ul style="list-style-type: none"> (i) Augmenter le nombre de structures de santé (ii) Maintien des sages-femmes et des infirmiers dans les structures de santé en offrant des incitatifs (iii) Harmonisation de la formation en soins prénatals pour les prestataires de santé (iv) Continuer d'offrir de CPN les jours de marchés publics (v) Fournir des fonds pour soutenir les études des sages-femmes (vi) Assurer la disponibilité du duo sage-femme-infirmier dans chaque structure de santé (vii) Accroître le recrutement de sages-femmes et d'infirmiers. Ainsi, les communautés locales pourraient également contribuer au recrutement (viii) Intégrer le personnel d'ISMEA dans la fonction publique (ix) Élaborer et mettre en œuvre une politique de mobilité du personnel de santé |
| <p>Système d'information sanitaire et coordination</p> | <p>Défi de suivre la qualité des CPN en ce qui concerne les activités de counseling et d'éducation nutritionnelle ou sur la la supplémentation en</p> | <ul style="list-style-type: none"> (i) Existence d'un indicateur sur la fourniture de conseils nutritionnels mais il est intégré dans un indicateur plus large qui inclut la planification familiale (ii) L'indicateur sur les conseils | <ul style="list-style-type: none"> (i) Existence du logiciel DHIS2 pour le suivi mensuel des CPN lequel inclut les indicateurs suivants : # de FE ayant effectué 4 CPN, # de FE anémiques, # de FE qui ont reçu une prescription de FAF | <ul style="list-style-type: none"> (i) Effectuer une évaluation de routine de la qualité des données sur les CPN afin de vérifier leur validité, leur fiabilité, leur complétude et leur précision. (ii) Renforcer les capacités des |

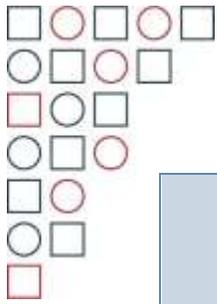


| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>FAF et le déparasitage. Coordination limitée entre les acteurs impliqués dans la nutrition maternelle</p> | <p>nutritionnels et la planification familiale concerne uniquement les femmes âgées de 25 à 49 ans. Il n'inclut donc pas toutes les femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans).</p> <p>(iii) Dans le système de suivi sanitaire (DHIS2), il n'existe aucun indicateur sur la couverture en FAF. L'indicateur actuel concerne le nombre de FE qui ont reçu une prescription de FAF.</p> <p>(iv) De même, dans le DHIS2, il n'y a pas d'indicateur sur le déparasitage des FE.</p> <p>(v) La grève actuelle du personnel de santé est une contrainte à l'accès aux données sur les CPN</p> <p>(vi) Formation insuffisante des sages-femmes sur le counseling et l'éducation en nutrition</p> <p>(vii) Supervision insuffisante pour garantir la qualité des rapports sur les données sanitaires dans les structures de santé</p> <p>(viii) Absence d'un mécanisme de coordination fonctionnel au niveau central</p> | <p>(ii) Intégration d'un indicateur dans le registre CPN 2023 sur les conseils en nutrition maternelle</p> <p>(iii) Disponibilité de rapports mensuels et trimestriels qui incluent les données sur les CPN offertes au sein des établissements de santé</p> <p>(iv) Existence de groupes de travail sur la nutrition maternelle (par exemple, groupes de travail sur l'anémie et sur les MMS)</p> <p>(v) Réunions régulières entre divisions du MSAS, CNDN</p> <p>(vi) Collaboration étroite entre l'ARP et la PNA pour assurer la fourniture de FAF de qualité</p> <p>(vii) Existence du PSMN qui comprend des plans sectoriels et budgets associés/ministère</p> <p>(viii) Potentiel de l'initiative OneUN pour améliorer la coordination entre les agences des Nations unies</p> | <p>sages-femmes en matière de counseling et d'éducation sur la nutrition maternelle</p> <p>(iii) Créer un cadre/mécanisme de coordination unique au niveau central</p> |
|--|--|--|--|--|

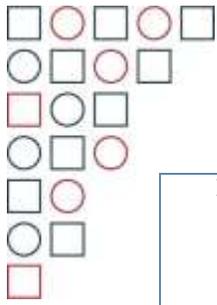


ANNEXE 2B. DÉFIS ET OPPORTUNITÉS POTENTIELS DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE SUPPLÉMENTATION EN MMS ET DES SOLUTIONS POUR SURMONTER LES DÉFIS : PILIER PRODUIT ET APPROVISIONNEMENT.

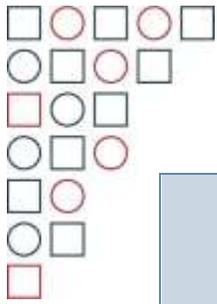
| Domaine | Défis | | Opportunités | |
|----------------------------|---|---|--|--|
| Importation FAF/MMS | 1. Défi ou lacune anticipée dans la mise en œuvre du programme MMS qui nécessite une attention : | 2. Pourquoi? Les raison(s) sous-jacente(s) du défi | 3. Tout facteur facilitateur ou habilitant connexe sur lequel on pourrait potentiellement s'appuyer pour relever le défi, compte tenu de la raison sous-jacente : | 4. Les solutions potentielles au défi (stratégies de mise en œuvre) qui pourraient être développées et testées grâce à la recherche sur la mise en œuvre |
| | <p>Le contenu en acide folique des comprimés de FAF actuellement offerts aux FE n'est pas conforme aux recommandations de l'OMS pour les FE</p> <p>Les MMS ne font pas partie de la liste des médicaments essentiels</p> <p>L'emballage des MMS (bouteille) peut poser problème</p> | <p>(i) Processus de sélection des types de FAF actuellement commandés par la PNA à investiguer</p> <p>(ii) FAF disponible (avec une quantité appropriée d'acide folique) sur les marchés internationaux mais peut être trop cher ou plus difficile à acquérir</p> <p>(iii) Les bouteilles sont fragiles et prennent beaucoup plus de place : cela peut être une limite à la quantité à importer (et à distribuer)</p> | <p>(i) L'acide folique fait partie de la liste des médicaments essentiels et peut être commandé séparément</p> <p>(ii) Les MMS devront obtenir une autorisation de mise en marché avant d'être offerts aux FE</p> <p>(iii) Il existe une volonté politique de remplacer le FAF par les MMS</p> <p>(iv) La composition des MMS est un avantage car il contient plusieurs micronutriments</p> <p>(v) Des mécanismes adéquats de contrôle de la qualité des produits entrant au Sénégal sont en place par les douanes</p> | <p>(i) Établir le statut des MMS</p> <p>(ii) Faire une demande d'octroi d'une autorisation de mise en marché pour les MMS</p> <p>(iii) Faire une demande pour intégrer les MMS dans la liste des médicaments essentiels (en 2024?)</p> <p>(iv) Identifier l'emballage approprié pour les MMS</p> |
| Prévision | <p>Il est nécessaire de connaître les spécifications techniques des MMS, puis de faire une demande d'achat auprès de la DSME</p> <p>Le MMS ne fait pas partie</p> | <p>(i) Il est indispensable d'obtenir une autorisation de mise en marché pour les MMS</p> <p>(ii) Les MMS doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels avant d'être distribués</p> | <p>(i) Confirmer le statut des MMS : S'agira-t-il d'un médicament essentiel? Sera-t-il intégré au circuit de distribution de la PNA?</p> <p>(ii) Les mécanismes « Jegesinaa » et « Yeksinaa » pourraient assurer un approvisionnement</p> | <p>(i) Confirmation du statut des MMS</p> <p>(ii) Mise en place d'une ligne budgétaire spécifique au niveau central pour sécuriser l'achat de MMS</p> <p>(iii) Anticiper les besoins et exploiter les données de</p> |



| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | <p>de la liste des médicaments essentiels actuelle</p> <p>L'estimation de la quantité de MMS est inconnue (mais pourrait être basée sur une hypothèse issue de la consommation de FAF)</p> <p>Rupture de stock de FAF au niveau des régions, des districts et des structures de santé</p> | <p>aux FE</p> <p>(iii) Non disponibilité des estimations de consommation de MMS au Sénégal</p> <p>(iv) Retard de livraison potentiel par les fournisseurs</p> <p>(v) Les outils de gestion des stocks pas toujours utilisés pour estimer les besoins en FAF</p> <p>(vi) Les besoins de FAF (et potentiellement des MMS) ne sont pas satisfaits malgré une commande régulière par la PNA</p> <p>(vii) Manque de données complètes et fiables sur la consommation de FAF (et de MMS)</p> <p>(viii) Retard de paiement des commandes de FAF</p> <p>(ix) Capacités limitées pour prévoir les quantités de FAF (et de MMS)</p> <p>(x) Budget insuffisant pour l'achat de MMS : le FAF est acheté avec les fonds propres de la PNA</p> <p>(xi) L'offre actuelle de FAF couvre les besoins de l'ensemble de la population (pas seulement les FE)</p> | <p>régulier et stable en MMS aux structures de santé</p> <p>(iii) Disponibilité des plans au niveau des PRA, des districts et des structures de santé sur l'évaluation des besoins en FAF (et MMS?)</p> <p>(iv) Des échanges entre les structures de santé pour assurer un approvisionnement stable en FAF sont en place</p> <p>(v) Collaboration entre l'ARP et la PNA pour assurer un approvisionnement en FAF de qualité adéquate et à un prix raisonnable.</p> <p>(vi) Potentiel d'achat local de micronutriments (par exemple le FAF)</p> <p>(vii) La contribution potentielle des PTF aux achats de FAF (et peut-être aux MMS) doit être explorée</p> <p>(viii) Formation continue dispensée régulièrement aux prestataires de santé</p> | <p>consommation de FAF pour estimer les besoins d'achat de MMS</p> <p>(iv) Organiser des ateliers pour renforcer les capacités de prévision des stocks</p> <p>(v) Fournir les MMS gratuitement</p> <p>(vi) Sensibiliser les prestataires de santé, les pharmaciens et des dépositaires sur les MMS à travers la supervision, le l'encadrement et la formation</p> |
|--|---|---|--|---|



| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <p>Entreposage</p> | <p>Les conditions d'entreposage ne sont pas toujours optimales</p> | <ul style="list-style-type: none"> (i) Conditions du local d'entreposage des produits/médicaments ne sont pas toujours adaptées/aux normes (non à jour, absence de climatiseur, de lumière, d'aération suffisantes, température élevée, taille inadéquate) (ii) Absence d'un espace dédié à l'entreposage des produits et médicaments dans certaines structures sanitaires (iii) Manque de formation/de remise à niveau des dépositaires | <ul style="list-style-type: none"> (i) Disponibilité de lignes directrices sur la gestion des stocks (ii) Disponibilité d'un formulaire de suivi de stock utilisé par les pharmaciens et les dépositaires (iii) Disponibilité du logiciel ErpX3 pour la gestion des stocks et l'approvisionnement (iv) Disponibilité de personnel formé au niveau régional et du district sur la gestion des stocks (v) Disponibilité de personnel ayant une expérience sur les conditions optimales d'entreposage dans les structures de santé | <ul style="list-style-type: none"> (i) Besoin d'évaluation des espaces/pièces à construire, réhabilités pour répondre aux normes d'entreposage (ii) Mise en place de formations continues sur la gestion des stocks (iii) Supervision régulière (à une fréquence prédéterminée) pour suivre l'approvisionnement et la gestion des stocks |
| <p>Distribution et emballage</p> | <p>« Le mécanisme Yeksinaa » n'est pas encore en place</p> <p>Le conditionnement de flacons de 180 comprimés de MMS peut poser problème (les conditions de logement des femmes enceintes peuvent être non optimales, présence d'enfants)</p> <p>Promotion des MMS à réaliser pour garantir que les FE qui recevront un flacon de 180 comprimés reviendront pour leur prochaine CPN</p> | <ul style="list-style-type: none"> (i) Le moyen de transport utilisé pour apporter les médicaments aux structures peut ne pas faciliter l'achat de MMS (par exemple une moto) (ii) Les conditions d'hygiène peuvent être problématiques si des flacons de 180 comprimés de MMS sont fournis aux FE (iii) Il est possible que les FE partagent les MMS avec d'autres. La sécurité et l'entreposage des MMS (si un flacon de 180 comprimés est fourni) peuvent être problématiques (iv) La fourniture d'un flacon | <ul style="list-style-type: none"> (i) Potentiel du mécanisme « Yeksinaa » pour assurer un approvisionnement régulier des centres et postes de santé malgré le coût associée à la logistique (ii) Des flacons de 180 comprimés de MMS peuvent être fournis lors des CPN (iii) Renforcer les capacités des prestataires de santé sur les MMS (iv) Utilisation du logiciel ErpX3 pour assurer l'approvisionnement stable en MMS | <ul style="list-style-type: none"> (i) Potentiel d'achat de flacons de 30 comprimés de MMS à travers une subvention du GdS (ii) Distribution de flacons de 30 comprimés de MMS aux structures de santé (iii) Fourniture de MMS aux FE en fonction du nombre de CPN prévues (diviser la quantité/flacon en nombre de CPN) (iv) Surveiller la consommation de MMS chez les FE en vérifiant la quantité disponible dans le flacon lors de chaque CPN (v) Formation des prestataires de santé et des agents de santé communautaires sur la |



| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | <p>L'accès aux structures de santé par les FE n'est pas toujours optimal</p> <p>La gestion des stocks n'est pas toujours optimale.</p> | <p>de 180 comprimés peut limiter les CPN ultérieures des FE dans les structures de santé et ainsi diminuer la couverture des soins prénatals.</p> <p>(v) Dans certains cas, la distance par rapport à l'établissement de santé peut limiter l'accès aux MMS.</p> <p>(vi) Rupture de stock dans les structures de santé (pharmacies et dépôts)</p> | | <p>promotion des MMS et la gestion des stocks</p> <p>(vi) Sensibilisation aux MMS lors des CPN</p> <p>(vii) Achat de MMS sous deux formes : comprimés et sirop (?)</p> <p>(viii) Les plateformes communautaires pourraient être utilisées pour améliorer l'accès aux MMS</p> <p>(ix) Achat de MMS à l'avance pour éviter les ruptures de stocks</p> |
| <p>Accès et consommation de MMS</p> | <p>Coût du MMS</p> <p>Non acceptation des MMS par les prestataires de santé</p> <p>Non acceptation des MMS par les communautés</p> <p>Disponibilité des MMS</p> <p>Emballage et consommation des MMS</p> | <p>(i) Absence d'un mécanisme de financement pour acquérir des MMS (au niveau de l'État et des partenaires)</p> <p>(ii) Manque de connaissances sur le produit chez les prestataires de santé</p> <p>(iii) Manque de connaissances sur le produit dans les communautés</p> <p>(iv) Manque de connaissances sur la manière de se procurer des MMS, les conditions d'entreposage et les emballages disponibles</p> <p>(v) Manque de connaissances sur la forme disponible des MMS (ex. comprimé, sirop), la taille du comprimé, la quantité à prescrire, la posologie, le goût</p> | <p>(i) Appui des communautés locales</p> <p>(ii) Disponibilité d'une mutuelle pour couvrir une partie des coûts des MMS</p> <p>(iii) Mise à disposition de documentation sur les MMS</p> <p>(iv) Disponibilité de différents emballages pour les MMS dont la forme de plaquettes</p> <p>(v) Nouveau produit, nouveau goût?</p> <p>(vi) Gestion adéquate des stocks dans la plupart des pharmacies et dépôts</p> <p>(vii) Mécanisme approprié pour le transport et l'entreposage</p> | <p>(i) Avoir une ligne budgétaire dédiée spécifiquement à l'achat de MMS</p> <p>(ii) Formation des prestataires de santé sur les MMS</p> <p>(iii) Sensibilisation des communautés et des prestataires de santé sur les MMS</p> <p>(iv) Renforcement des capacités des dépositaires en matière de gestion des stocks</p> <p>(v) Plaidoyer auprès des sociétés pharmaceutiques pour obtenir un emballage approprié pour les MMS</p> |

