



Université Senghor
Université Internationale de langue française
au service du développement africain
Opérateur direct de la Francophonie

Année : 2007

Promotion : 2005-2007

Mémoire

Pour l'obtention du

Master en Développement

DE L'UNIVERSITE SENGHOR

Spécialité : Politiques Nutritionnelles

Thème :

**STRATEGIE DE COMMUNICATION
POUR LA PREVENTION DE L'OBESITE EN MILIEU
URBAIN DAKAROIS
DANS LE CONTEXTE DE LA TRANSITION NUTRITIONNELLE**

Présenté par :

Mme Ndeye Rokhaya SECK

Sous la direction de Mme Geneviève LE BIHAN

Chargée de projet au CRES Languedoc-Roussillon

Soutenu le 15/03/2007

Jury:

Président : Dr Christian MESENGE, Directeur du département Santé Nutrition

Membre : Pr Francis DELPEUCH, Directeur l'unité 106 « Alimentation, nutrition, sociétés » de L'IRD de Montpellier

Membre : Pr Mouhamed GAD, Professeur de Biotechnologie à l'Université D'Alexandrie



**A LA MEMOIRE DE MA FILLE FATIM DIOR
NDIAYE ARRACHEE A NOTRE AFFECTION
LE 08 AVRIL 1998 A SEDHIOU
JE NE CESSERAI JAMAIS DE PENSER A TOI MA
PETITE CHERIE**

AVANT PROPOS

Louanges à ALLAAH et à son prophète MOUHAMED PSL.

Je tiens également à remercier toutes les personnes, physiques ou morales qui m'ont aidée et donc qui ont permis la réalisation de ce travail.

Mes sincères remerciements à Madame Geneviève Le Bihan pour m'avoir encadrée pendant mon stage de mise en situation professionnelle au sein du Comité Régional d'Education pour la Santé du Languedoc-Roussillon et pour avoir accepté de diriger ce travail.

Remerciement et gratitude au Docteur Christian Mesenge chef du département Santé Nutrition de l'université Senghor d'Alexandrie.

Ma profonde reconnaissance à Monsieur Francis Delpeuch et toute l'équipe de l'unité « Alimentation, nutrition, sociétés » de L'IRD de Montpellier pour toute l'aide apportée.

Remerciements à Dr Mohamed Gad pour avoir accepté de faire partie du jury

Remerciements à tous les professeurs du Master 2005_2007 de l'université Senghor

Je dédie ce mémoire à des personnes qui me sont particulièrement chères

- Mes Filles Mouminatou, Maman Nogaye, et Mame Ndiora
- Mon Papa chéri El Hadji Mbaye SECK
- Ma Maman Adjaratou Nogaye GAYE
- Mon Frère Aîné Yoro SECK
- Bassirou Mbacké Ndiaye
- A tous mes frères et sœurs Baye Gana, Samba Diokoul, Alassane, Awa, Moustapha, Khardiata, Pape, Ibrahima, Badou, Ousseynou, Mame Yacine, Maguette, Oumi
- Ma sœur Ndeye Fatou CISSE, mon oncle Cheikh Ball et toute la famille
- Mes chéries Ngoné, Maïmouna, Penda, Astou
- Mes Mamans Nogaye Niang et Nogaye Gaye
- Ma sœur jumelle Awa Cheikh SEYE et sa famille
- Ousmane, Sokhna, Ndeye Rokhaya SECK, Pape Alassane Seck, Papa Mamadou Cissé, Baye Mbaye, Pape Sarr, Mame Diarra SQUARE, Ndeye Daba SECK, Ndeye Rokhaya Diop
- Aboubakry Sadikh Niang pour toute l'aide apportée

- Mon Grand Maître Mamadou DIALLO
- Mon cher ami El hadji Mor Diop et toute sa famille
- Toute la communauté sénégalaise de Senghor
- Alice Mounir
- Tous les étudiants du département Santé
- Tous les étudiants de la dixième promotion de l'Université Senghor d'Alexandrie

RESUME

L'obésité constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement (PED). L'OMS estime à plus d'un milliard le nombre de personnes en surpoids dont 300 millions souffrant d'obésité.

La dernière Enquête Démographique et de Santé¹ (EDS) du Sénégal de 2005 a révélé chez les femmes de 15 à 49 ans des prévalences de 15% de surpoids et de 7,2% d'obésité avec des grandes disparités suivant le milieu de résidence. Alors que les prévalences du surpoids et de l'obésité sont respectivement de 10,9% et 3,4% en zone rurale, elles atteignent 18,2% et 10,9% en ville.

La région de Dakar est la plus touchée avec 18,8 % de femmes âgées de 15- 49 ans en surpoids et 11,7 % obèses.

L'objectif de notre stratégie était de réduire de 10% la prévalence du surpoids et de stopper la progression de l'obésité en milieu urbain dakarois d'ici 2015 grâce à une intervention précoce en termes de communication pour un changement de comportement.

La première étape de notre travail a consisté à une recherche documentaire sur la problématique de l'obésité en général et sur la situation du Sénégal en particulier. Ensuite, un stage de mise en situation professionnelle a été effectué au CRES- LR² du 2 mai au 28 Juillet 2006 pour bénéficier de l'expérience de la France et du Languedoc- Roussillon dans la lutte contre l'obésité. Par ailleurs, des personnes ressources ont été consultées afin de pouvoir proposer cette intervention au Sénégal.

Les expériences de la France et du Languedoc-Roussillon dans la lutte contre l'obésité nous ont servie à élaborer des stratégies pour la prévention de l'obésité en milieu urbain dakarois axées sur un plaidoyer à l'endroit des décideurs et une campagne en faveur d'une alimentation et d'un mode de vie sains envers la population sans oublier une éducation nutritionnelle à l'école.

¹ EDS : Enquête Démographique et de Santé

² CRES- LR : Comité Régional d'Education pour la Santé Languedoc- Roussillon

C'est pourquoi, le site Internet www.educationnutritionsante.org a été créé pour appuyer la stratégie et relayer toutes les actions.

Une bonne réactivité par une intervention précoce en termes de communication axée sur un changement de comportement permettra de freiner l'évolution galopante de l'obésité en milieu urbain dakarois. Enfin, pour que la stratégie soit opérationnelle elle devrait être soumise à l'appréciation des pairs, un pré-test des messages serait également nécessaire.

Mots clés : Obésité - Surpoids- Sénégal- Stratégie de communication

SOMMAIRE

RESUME.....	IV
SIGLES ET BREVIATIONS.....	X
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES.....	XII
CHAPITRE I. INTRODUCTION GENERALE.....	1
I-1. Le problème de l'obésité	1
I-2. Justification de notre stratégie	3
I-3. Hypothèse de travail et objectifs.....	5
I-3.1. Hypothèse.....	5
I-3.2. Objectifs de la stratégie.....	5
I-3.2.1. Objectif général	5
I-3.2.2. Objectifs nutritionnels prioritaires spécifiques.....	5
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	6
II-1. Revue de la littérature.....	6
II-1.1. Les Maladies Non Transmissibles liées à l'Alimentation	6
II-1.2. Obésité.....	6
II-1.3. Les facteurs favorisant l'obésité	8
II-1.3.1. L'alimentation.....	8
II-1.3.2. L'activité physique.....	9
II-1.3.3. L'urbanisation.....	9
II-1.4. La transition nutritionnelle.....	9
II-1.5. La perception de la corpulence.....	10
II-1.6. Communication en nutrition.....	11
II-2. Approche méthodologique.....	11
II-2.1. Recherche documentaire.....	12
II-2.2. Consultation de personnes ressources.....	12
II-2.3. Le stage de mise en situation professionnelle	13
CHAPITRE III: MISE EN PLACE DU PNNS EN LANGUEDOC- ROUSSILLON	
DANS LA PREVENTION DE L'OBESITE.....	14
III-1. Le cadre du stage : le CRES-LR.....	14
III-2. La situation sanitaire et nutritionnelle en France et en Languedoc-Roussillon	
.....	15
III-3. La politique nutritionnelle de santé publique en France : le Programme	16

National Nutrition Santé de la France	16
III-4. Les principales actions de communications menées dans le cadre du PNNS	17
III-4.1. Les principales actions de 2001/2003.....	17
III-4.2. Les principales actions menées en 2004/2006.....	18
III-5. Présentation du Programme Régional de Santé/ Alimentation, Nutrition et Activité Physique (PRS/ANAP) du Languedoc-Roussillon.....	18
III-5.1. Objectifs	19
III-5.1.1. Objectif général.....	19
III-5.1.2. Objectifs spécifiques.....	19
III-5.2. Organisation et Fonctionnement du PRS/ANAP.....	19
III-6. Stratégie de communication du PRS/ANAP.....	20
III-6.1. Justification.....	20
III-6.2. Objectifs.....	21
III-6.2.1. Objectifs spécifiques.....	21
III-6.2.2. Objectifs opérationnels.....	21
III-6.3. Les réalisations du PRS/ANAP en 2006 en matière de communication:....	22
.....	23
CHAPITRE IV : LA SITUATION NUTRITIONNELLE AU SENEGAL.....	23
IV-1. Le contexte général du Pays.....	23
IV-1.1. Situation géographique.....	23
IV-1.2. Situation démographique.....	23
IV-1.3. Indicateurs socio-économiques.....	24
IV-2. Les maladies de carence au Sénégal.....	25
IV-2.1. La malnutrition protéino-énergétique (MPE) du jeune enfant.....	25
IV-2.2. Les carences en micronutriments	27
IV-2.3. Les programmes existants.....	29
IV-3. La transition nutritionnelle au Sénégal.....	31
IV-3.1. L'évolution de la malnutrition protéino-énergétique (MPE) du jeune enfant	31
IV-3.2. L'évolution de l'obésité en milieu urbain Sénégalais.....	32
IV-3.3. Analyse de quelques facteurs favorisant l'obésité au Sénégal.....	36
IV-3.3.1. Les facteurs socioculturels et la perception de la corpulence.	38
IV-3.3.2. Les facteurs alimentaires.....	38
IV-3.3.3. La sédentarité ou l'inactivité physique.....	41
IV-3.3.4. L'urbanisation.....	41

CHAPITRE V : PROPOSITION D'UNE STRATEGIE DE COMMUNICATION

POUR LA PREVENTION DE L'OBESITE EN MILIEU URBAIN DAKAROIS.....	42
V-1. Le cadre du projet	43
V-1.1. Situation démographique de la région de Dakar	43
V-1.2. La situation nutritionnelle de Dakar par rapport au niveau national.....	44
V-2. Les objectifs de la communication.....	47
V-3. Les principes d'action	47
V-4. Les types de communication.....	48
V-5. Les cibles de la communication.....	49
V-6. Les canaux et supports de la communication.....	50
V-7. Les Messages à faire Passer.....	51
V-8. Les axes stratégiques.....	52
V-8.1. Plaidoyer auprès des décideurs : Promotion Santé-Nutrition.....	52
Calendrier	54
V-8.2. Organisation des assises dakaroises sur la nutrition.....	54
.....	55
V-8.3. Campagnes en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière.....	56
V-8.4. Education nutritionnelle à l'école primaire.....	58
V-8.5. Site web d'information et de communication entre les différents acteurs....	60
V-9. Les bénéfices Attendus du projet.....	62
V-10. Les éventuels partenaires.....	62
V-11. Le Suivi - évaluation du projet.....	62
V-12. Le budget prévisionnel / ressources prévues.....	63
V-13. Le cadre institutionnel du projet.....	64
V-14. Tableau de planification stratégique du projet.....	64
V-15. Le calendrier d'exécution du projet	64
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES.....	68

SIGLES ET BREVIATIONS

CDC	Centers for Disease Control
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé.
CDEAO	Communauté Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CIN	Conférence Internationale sur la Nutrition
CRES- LR	Le Comité Régional d'Education pour la santé – Languedoc Roussillon
DEA	Disponibilités Energétiques Alimentaires
DNID	Diabète Non Insulino Dépendant
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique.
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé.
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages.
FAO	Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine.
HCSF	Haut Comité de la Santé Publique
HTA	Hypertension artérielle
IDH	Indice de Développement Humain.
IEC	Information, Education, Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
LR	Languedoc-Roussillon
MCV	Maladies Cardio-Vasculaires
MNTA	Maladies Non Transmissibles liées à l'Alimentation
NCHS /CDC/WHO	National Center for Health Statistics (NCHS) Centers for Disease Control (CDC) and the World Health Organisation
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (WHO en anglais)
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORSTOM	Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition.
PECIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance.
PED	Pays En Développement
PIB	Produit Intérieur Brut
PNC	Programme Nutrition Communautaire
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRS/ANAP	Programme Régional de Santé/ Alimentation Nutrition et Activité Physique
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RMDH	Rapport Mondial sur le Développement Humain
SRAN	Stratégie Régionale Africaine pour la Nutrition
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WHO	World Health Organisation (OMS en français)
USAID	Agence des USA pour le Développement International
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immuno Déficience Acquis

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES

TABLEAUX

<i>Tableau I : Les principales complications de l'obésité.....</i>	<i>2</i>
<i>Tableau II : Classification de l'état nutritionnel chez l'adulte en fonction de l'IMC.....</i>	<i>7</i>
<i>Tableau III : Classification du risque pour la santé en fonction du tour de taille</i>	<i>8</i>
<i>Tableau IV : Les repères nutritionnels du PNNS.....</i>	<i>17</i>
<i>Tableau V : Répartition de la population dans les onze régions du Sénégal.....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau VI : Quelques Indicateurs socio- économiques du Sénégal</i>	<i>24</i>
<i>Tableau VII : La malnutrition chez l'enfant de moins de 5 ans.....</i>	<i>26</i>
<i>Tableau VIII : Prévalences de quelques carences en micronutriments dans la population générale</i>	<i>27</i>
<i>Tableau IX : Durée médiane de l'allaitement au sein (en mois).....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau X : Consommation en vitamine A et en sel iodé.....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau XI : Prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants âgés de 6-59 mois.....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau XII : Pourcentage d'enfants (< 5 ans) malnutris.....</i>	<i>46</i>
<i>Tableau XIII : Prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes</i>	<i>46</i>
<i>Tableau XIV : Prévalences exprimant l'état nutritionnel des femmes suivant l'IMC (Kg/m²).....</i>	<i>46</i>
<i>Tableau XV : Planification des activités de communication.....</i>	<i>60</i>
<i>Tableau XVI : Calendrier d'exécution.....</i>	<i>64</i>

FIGURES

<i>Figure 1: Prévalence du surpoids et de l'obésité dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest. 1</i>	
<i>Figure 2 : Tendances de la malnutrition (enfants < 5 ans).....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 3 : Prévalence du surpoids et de l'obésité des femmes suivant le milieu de résidence.....</i>	<i>32</i>
<i>Figure 4 : Prévalence du surpoids et de l'obésité des femmes suivant le niveau d'instruction.....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 5 : Prévalence du surpoids et de l'obésité suivant le niveau socio-économique.....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 7 : Modèle causal hypothétique du surpoids et de l'obésité au Sénégal</i>	<i>36</i>
<i>Figure 9 : Evolution des importations de produits hautement énergétiques en tonnes métrique</i>	<i>40</i>
<i>Figure 11 : Le nouveau visage de la malnutrition au Sénégal.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 12 : Carte géographique de la région de Dakar.....</i>	<i>44</i>
<i>Figure 13 : Inventaire des ressources prévisionnelles du projet.....</i>	<i>64</i>

CHAPITRE I. INTRODUCTION GENERALE

I-1. Le problème de l'obésité

Aujourd'hui, on peut dire sans risque de se tromper que l'un des plus grands défis de la Communauté Internationale en général et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en particulier est l'épidémie mondiale de l'obésité que certains appellent la « globésité ».

D'après les estimations de l'OMS, plus d'un milliard de personnes dans le monde sont confrontées à une surcharge pondérale et 300 millions souffrent d'obésité (OMS., 2003a). Il s'agit de l'épidémie du siècle qui n'est plus limitée aux pays industrialisés (OMS., 2003b).

L'obésité est d'autant plus grave qu'elle constitue un déterminant important des maladies non transmissibles liées à l'alimentation (MNTA) comme le diabète non insulino-dépendant (DNID), l'hypertension artérielle (HTA), les maladies cardiovasculaires (MCV), certains cancers (hormonodépendants et colon...).

En 2001, ces dernières étaient responsables d'environ 60 % des 56,5 millions de décès déclarés dans le monde et de 46 % de la charge mondiale de morbidité (OMS., 2002). La situation est d'autant plus grave que près de 80% des décès attribuables aux maladies chroniques se produisent dans les PED.

L'Afrique sub-saharienne, longtemps et encore confrontée aux problèmes d'insécurité alimentaire, de dénutrition, n'est pas épargnée par ce phénomène. Depuis quelques années, l'obésité gagne du terrain dans la plupart des pays (Figure 1).

Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) du Bénin (1996), du Burkina Faso (1992/1993), de la Côte d'Ivoire (1994), du Ghana (1998), du Mali (1996), du Niger (1992), du Nigeria (1999) et du Sénégal (1992/1993) indiquent des prévalences assez élevées et du même ordre que celles observées dans les pays développés (Martorell., 2002). Les données nous ont permis de réaliser la figure suivante.

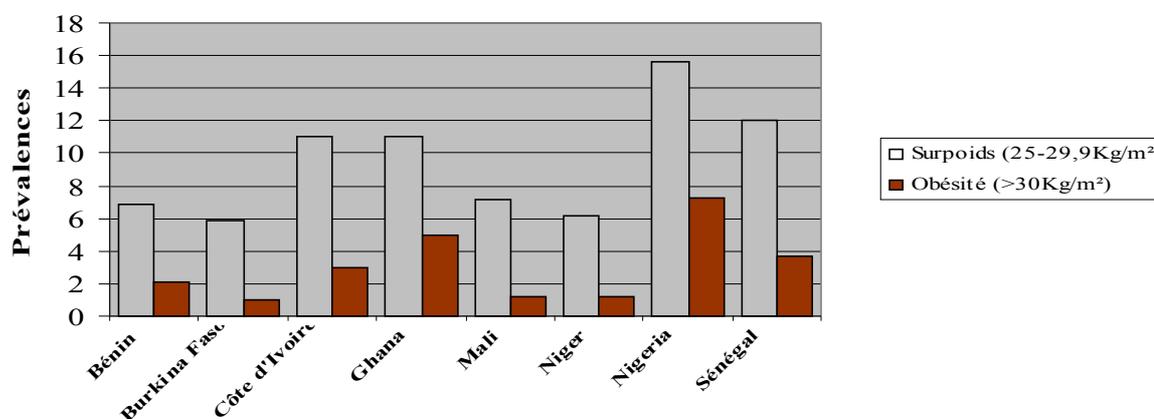


Figure 1: Prévalence du surpoids et de l'obésité dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest

Tous ces pays sont encore éprouvés par les maladies de carence mais l'obésité et la surcharge pondérale y progressent lentement mais sûrement.

Au Sénégal, selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2005, près de 15% de la population féminine âgée de 15 à 49 ans est en surcharge pondérale et 7,2% souffrent d'obésité.

Par ailleurs, les conséquences de l'obésité ne sont pas seulement d'ordres métaboliques, cardiovasculaires ou respiratoires. Elles sont très variées touchant d'autres organes (Tableau I).

Tableau I : Les principales complications de l'obésité

Métaboliques	Insulinorésistance*, DNID* Dyslipidémie*, hyperurécémie*, goutte
Cardiovasculaires	HTA*, insuffisance coronaire, Accidents vasculaires cérébraux*, thromboses veineuses, embolies pulmonaires
Respiratoires	Syndrome d'apnée du sommeil*, insuffisance respiratoire*HTA pulmonaire
Cancers	Homme : prostate, colorectum, voies biliaires Femme : endomètre, voies biliaires, col utérin, ovaires, sein, colorectum
Endocriniennes	Infertilité, dysovulation*, hypogonadisme
Ostéoarticulaires	Lombalgies, troubles de la statique
Autres	Oedèmes des membres inférieurs, hypertension intracrânienne, complications obstétricales

*complications liées à l'adiposité abdominale

Source : Inserm, 2005

Outre ces complications d'ordre médical, l'obésité et les maladies associées font peser une lourde charge économique sur les systèmes de santé.

Des données sur l'impact économique de l'obésité dans les pays en développement font défaut mais les études internationales estiment que les coûts économiques de l'obésité représentent au moins 2 à 7% des coûts de santé (Inserm., 2005).

Le coût annuel direct de l'obésité (prise en charge de l'obésité et des MNTA) est estimé à 4,2 milliards de francs en France, 100 milliards de dollars aux USA³, 464 millions de dollars en Australie (OMS., 2003 b).

³ <http://www.esculape.com/generale/obesitecout.html> consulté le 08 Août 2006

I-2. Justification de notre stratégie

Depuis 1992, la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) a montré la nécessité de promouvoir des régimes alimentaires appropriés et des modes de vie sains pour prévenir et freiner le développement des maladies chroniques (FAO/OMS., 1992) ; (OMS., 1992) qui ont un facteur de risque commun : l'obésité.

Dans le contexte actuel de mondialisation et d'urbanisation, les régimes alimentaires traditionnels à base de céréales, de fruits, de légumes laissent la place à une alimentation très raffinée ; riche en sucres simples, sel et graisses. L'alimentation humaine a beaucoup changé tant en qualité qu'en quantité. La consommation d'aliments par personne a nettement augmenté dans le monde (OMS., 2003). Partout, on note :

- une augmentation des graisses consommées par rapport aux protéines,
- une augmentation de la consommation de sucres,
- une augmentation de la consommation de viandes,
- une diminution de la part des céréales dans les disponibilités énergétiques alimentaires (DEA),
- une diminution de la consommation des légumineuses.

L'une des principales conséquences de ces changements alimentaires est la progression du surpoids et de l'obésité.

Cette situation a été à la base de la mise sur pied de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé lors de la 57ème Assemblée Mondiale de la santé du 17 Avril 2004. Elle a pour but de « promouvoir et de protéger la santé en aidant à créer des conditions propices à l'application de mesures durables au niveau individuel, communautaire, national et mondial qui, ensemble, réduiront la morbidité et la mortalité liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité ».

A l'horizon 2020, les maladies non transmissibles dont la plupart liées à l'alimentation, seront responsables d'environ 73% de l'ensemble des décès et de 60% de la charge mondiale de morbidité (OMS., 2002). L'Afrique n'est pas épargnée.

Déjà à Rome pendant la CIN, le document de la Stratégie Régionale Africaine pour la Nutrition (SRAN) avait attiré l'attention de la Communauté Internationale sur le double fardeau de la malnutrition (the double burden of malnutrition) dans les pays africains. Outre les problèmes traditionnels de nutrition (malnutrition protéino-énergétique, carences en micronutriments), la SRAN affirmait que « la région doit maintenant s'attaquer aux troubles chroniques des maladies liées à l'alimentation tels que le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires qui affectent la majorité de la population active adulte⁴ »

⁴ Stratégie Régionale Africaine pour la Nutrition 2005- 2015 de l'Union Africaine

Certes, les pays en développement (PED) doivent continuer la lutte contre les maladies de carence mais ils ne doivent pas laisser progresser l'épidémie mondiale de l'obésité. Cette dernière, avec toutes ses conséquences, risque de chambouler l'économie de la santé de ces pays qui déjà ont beaucoup de mal à gérer les maladies infectieuses en général et les infections à VIH/SIDA en particulier.

Dans certains ménages, les maladies de carences telles que la malnutrition protéino-énergétique, l'avitaminose A peuvent cohabiter avec les maladies de pléthore (Le Bihan et al., 2002).

Par ailleurs, ces deux stratégies (OMS et SRAN) passent par l'élaboration d'un cadre politique et portent sur les deux principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles : une alimentation inadéquate et le manque d'exercice physique (OMS., 2004). Les états membres de l'OMS et signataires sont appelés à mettre en place des stratégies nationales pour l'atteinte des objectifs à savoir promouvoir une alimentation saine associée à une activité physique régulière.

Selon la stratégie mondiale de l'OMS pour « l'alimentation, l'exercice physique et la santé », les gouvernements devraient donner aux populations des informations exactes et objectives. Pour cela, l'accent devrait être mis notamment sur la communication, l'éducation, la sensibilisation du public, les connaissances de base et les programmes d'éducation des adultes, la commercialisation, la publicité ...

A l'instar de tous les pays en développement, le Sénégal s'achemine inexorablement vers la transition nutritionnelle s'il n'y est pas déjà de plein pied ; il est donc confronté à l'émergence et au développement de l'obésité et d'autres MNTA. Par ailleurs, dans sa dernière lettre de politique de développement de la nutrition datant de juin 2006 (voir annexe 1), le Sénégal reconnaît qu'il « doit faire face de plus en plus à l'émergence de pathologies chroniques (obésité, DNID, MCV) » liées à la transition nutritionnelle sans qu'aucune action ne soit envisagée pour lutter contre ces fléaux.

Dans le contexte Sénégalais, une des priorités devrait être la prévention de l'obésité qui passerait par une mobilisation de tous les acteurs. En effet, il n'y aura pas de changements dans les modes de consommation et de production ni d'évolution vers une alimentation équilibrée et vers des modes de vie plus sains, sans que la société toute entière se mobilise et communique sur la problématique de la nutrition en général et de l'obésité en particulier. Notre projet pilote sera mené dans la capitale Dakar qui enregistre les plus forts taux de prévalence de surpoids et d'obésité avec 22,6% et 18,6% respectivement.

I-3. Hypothèse de travail et objectifs

I-3.1. Hypothèse

Une intervention précoce en termes de communication pour un changement de comportement permettra de freiner l'évolution galopante de l'obésité en milieu urbain dakarais.

I-3.2. Objectifs de la stratégie

I-3.2.1. Objectif général

L'objectif général de notre stratégie est de réduire de 10 % la prévalence du surpoids et de stopper la progression de l'obésité en milieu urbain dakarais d'ici 2015.

I-3.2.2. Objectifs nutritionnels prioritaires spécifiques

1. Augmenter la consommation de fruits et de légumes,
2. Promouvoir la pratique d'une activité physique régulière,
3. Diminuer la consommation des huiles et des graisses animales,
4. Limiter la consommation de sucre,
5. Freiner la diminution de la part des céréales dans l'apport énergétique journalier.

***CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE***

II-1. Revue de la littérature

II-1.1. Les Maladies Non Transmissibles liées à l'Alimentation

On désigne sous le vocable de " Maladies Non Transmissibles liées à l'Alimentation" (MNTA) les maladies qui ont en commun les facteurs de risques tels qu'une alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, l'alcool... (Le Bihan et al., 2002).

Les MNTA augmentent partout dans le monde et ne sont donc plus limitées au pays développés. (OMS., 2003a). Il serait aujourd'hui erroné de penser qu'il y a des pays épargnés par de telles pathologies. D'ailleurs, dans les pays en développement, les principaux facteurs de risque des MNTA se répandent (OMS., 2004).

L'obésité et la surcharge pondérale, le diabète non insulino-dépendant, les maladies cardiovasculaires et certains cancers sont en émergence et /ou en croissance rapide dans le monde et notamment dans nombre de sociétés en développement (Delpeuch et Maire., 2004) ; (Le Bihan et al. 2002) ; (OMS, 2003a).

II-1.2. Obésité

Les experts définissent l'obésité comme une accumulation anormale de graisse dans les tissus adipeux. L'obésité est une maladie complexe et multifactorielle résultant d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques (Martorell., 2002).

Le glucose en excès est utilisé dans la lipogénèse. Plus les apports sont supérieurs aux dépenses, plus il y a fabrication et stockage de graisse sous forme de triglycérides dans les adipocytes qui augmentent en volume (obésité hypertrophique) et/ou en nombre (obésité hyperplasique).

Ainsi, la quantité du tissu adipeux peut être appréciée de différentes manières :

- Mesure du pli cutané à certains endroits du corps notamment au niveau du ventre, des hanches, des épaules...
- Impédancemétrie qui permet d'estimer la masse de graisse et la masse des tissus maigres de l'organisme.
- Indice de Quételet ou indice de Masse Corporelle (IMC). Il est aujourd'hui considéré comme le plus fiable (OMS, 2003b) des outils pour mesurer la corpulence d'un adulte. Cet indice anthropométrique se calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres.

$$\text{IMC} = \text{P (kg)} / \text{T}^2 \text{ (m}^2\text{)}.$$

Il ne donne pas un poids idéal mais une zone de normalité. Pour cette raison, des seuils correspondant à des risques pour la santé ont été définis (Tableau II)

Tableau II : Classification de l'état nutritionnel chez l'adulte en fonction de l'IMC

IMC (kg/m ²)	Classification	Risque
< 18,5	Maigreur	Dénutrition
18,5 - 24,9	Normal	Pas de risque pour la santé
25 - 29,9	Surpoids	Modérément augmenté
> 30	Obésité	Nettement augmenté
30 - 34,9	- Obésité grade I	Obésité modérée ou commune
35 - 39,9	- Obésité grade II	Obésité sévère
> 40	- Obésité grade III	Obésité massive ou morbide

Sources : OMS et l'International Obesity Task Force (1998)

L'IMC compris entre 18,5 et 24,9 Kg/m² serait plus favorable à la santé. En dehors de cet intervalle, il y a l'une ou l'autre forme de malnutrition à savoir une dénutrition (IMC < 18,5), une surcharge pondérale (IMC entre 25 et 29,9) ou une obésité (IMC ≥30 Kg/m²).

Une des limites de l'IMC est qu'il ne donne aucune indication de la répartition des graisses dans l'organisme.

Certaines études tendent à montrer que la répartition abdominale ou obésité androïde serait plus grave sur le plan cardio-vasculaire que la localisation fémorale ou obésité gynoïde. Ainsi il est de plus en plus préconisé d'utiliser l'indice Taille / Hanche pour distinguer ces deux formes d'obésité. Le rapport tour de taille/ tour de hanche élevé (> 1,0 chez l'homme et > 0,85 chez la femme) indique une accumulation des graisses au niveau abdominal (Han et al., 1997).

Le tour de taille pris isolément constitue également un outil de mesure des risques (Tableau III)

Tableau III : Classification du risque pour la santé en fonction du tour de taille

Seuil du tour de taille	Risque pour la santé
Hommes: ≥ 102 cm (40 po*)	Risque accru
Femmes: ≥ 88 cm (35 po)	

*1 po équivaut à 0,0254 m.

Source : OMS 2003b

II-1.3. Les facteurs favorisant l'obésité

Il n'est pas possible d'envisager une lutte contre l'obésité et les MNTA sans une analyse approfondie des facteurs déterminants ou facteurs de risque (OMS., 2003a).

Par ailleurs, avant toute intervention en matière de santé en général et de nutrition en particulier, qu'il s'agisse d'actions de prévention ou de prise en charge, il est essentiel de les rechercher et d'en tenir compte. L'alimentation et l'activité physique fortement influencées par l'urbanisation semblent être les facteurs de risques de première importance (FAO/OMS., 2003).

II-1.3.1. L'alimentation

Le rôle de l'alimentation dans l'apparition de l'obésité est primordial et incontestable. En effet, l'obésité résulte d'un bilan énergétique positif ; les apports étant supérieurs aux dépenses. Un déséquilibre de l'ordre de 100 Kcal/j entraînerait une prise de poids annuelle de 5kg donc une obésité à long terme (Jéquier., 2002). De nombreuses études ont montré le rôle d'une consommation d'aliments hautement énergétiques (Simon., 2003). Il ne s'agit pas seulement d'une consommation d'aliments riches en lipides (les plus souvent mis en cause). Une consommation excessive de glucides, surtout de sucre ajouté, constitue également une des causes de déséquilibre de la balance énergétique (Inserm., 2005) ; le sucre ajouté augmente la densité énergétique des aliments.

L'alimentation pendant la période néonatale (pendant la vie intra- utérine et/ou pendant les premiers jours ou les premiers mois de la vie) est de plus en plus évoquée comme un déterminant important de l'obésité et d'autres MNTA (Delisle., 2000). La malnutrition foetale pendant le deuxième et le troisième mois de la grossesse conduit à un phénomène de programmation foetale (Gallou-Kabani et Julien., 2005). En outre des études de plus en plus nombreuses indiquent un lien direct entre l'allaitement maternel exclusif au sein et le risque d'obésité. Les enfants exclusivement allaités au sein ont plus de chance de ne pas être obèses à l'âge adulte (Kramer., 1981) ; (Dietz., 2001).

II-1.3.2. L'activité physique

Les dépenses énergétiques constituent une autre partie de la balance énergétique. Plusieurs études épidémiologiques ont montré une relation entre l'activité physique et le gain de poids.

Haapanen et ses collaborateurs, dans une étude conduite sur 2695 femmes et 2564 hommes pendant 10 ans entre 1980 et 1990 ont noté un maintien voire une perte de poids chez les personnes ayant des loisirs considérés comme physiquement actifs. A l'opposé un gain de poids était observé chez les personnes qui s'adonnent à des loisirs dits passifs.

D'autres études épidémiologiques ont aussi établi la relation entre le niveau habituel d'activité physique et le gain ou la perte de poids corporel (Williamson., 1993) ; (Schimitz., 2000) ; (Di-Pietro., 2004).

II-1.3.3. L'urbanisation

Certes l'urbanisation améliore les conditions sanitaires, l'accessibilité et la diversification des aliments mais elle constitue un des principaux facteurs de la rapidité de la transition nutritionnelle (Maire et al., 1992).

La prévalence du surpoids augmente avec le taux d'urbanisation (Popkin et al, 2005) ; (Caballero 2001). En effet, elle contribue à une modification des régimes. La nourriture traditionnelle est largement remplacée par des produits manufacturés riches en gras et en sucre (Delpuech et Maire., 1997) ; (Popkin., 2001). La consommation de lipides est plus élevée en milieu urbain (Bourne et al, 1993). Par ailleurs, l'urbanisation favorise la sédentarité et la diminution de l'activité physique (Popkin., 1999) ; (Maire et Delpuech., 1992).

C'est ainsi que dans les grandes villes des pays en développement, la consommation de matières grasses et de sucre se conjugue avec une diminution de l'activité physique due aux transports, aux loisirs, aux modes de production modernes entraînant ainsi une augmentation de la prévalence de surpoids et de l'obésité.

II-1.4. La transition nutritionnelle

La Transition Nutritionnelle désigne les changements dans l'alimentation et les modes de vie avec des répercussions sur les risques d'obésité et de Maladies Non transmissibles liées à l'alimentation.

Elle caractérise une situation marquée par la diminution des maladies nutritionnelles de carences et l'augmentation des problèmes de surcharge pondérale et d'obésité (Popkin., 1994). Cette transition se fait par étape ; à l'échelle d'une nation, la transition nutritionnelle touche d'abord les couches les plus favorisées économiquement, puis elle s'étend aux

populations à revenu intermédiaire et faible (Maire et al., 2002) ; (Maire et Delpeuch., 1992).

En effet, l'un des signes caractéristiques de la transition nutritionnelle est l'augmentation de l'obésité (Delpeuch et al., 2004) et des maladies chroniques liées à l'alimentation dans le monde.

Le fardeau des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires (notamment les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux), le cancer, le DNID et les maladies respiratoires chroniques s'alourdissent rapidement dans le monde entier.

Les pays en développement ne seront pas épargnés ; 20% seulement des décès par maladie chronique se produisent dans les pays à revenu élevé tandis que 80% surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui vont donc payer le plus lourd tribut (OMS., 2005).

Les maladies chroniques y progressent très vite et désormais « près de la moitié de la charge de morbidité dans les populations adultes environ (60%) est attribuable aux maladies non transmissibles ». (OMS., 2003a). La Transition nutritionnelle s'effectue plus rapidement dans ces pays et elle est accélérée du fait d'une urbanisation galopante (Caballero et Popkin., 2002).

Les problèmes d'insécurité alimentaire diminuent progressivement mais laissent la place aux MNTA (Maire et Delpeuch., 1992).

II-1.5. La perception de la corpulence

On pourrait souligner un certain paradoxe dans la perception de la corpulence qui varie en fonction de la culture, de l'ethnie, du niveau d'instruction, du statut socioculturel (Furnham et Alibhai., 1983) ;(Metcalf et al., 2000). Alors que l'obésité est bannie, rejetée, stigmatisée et mal vécue dans certaines sociétés (européennes notamment), elle est plutôt désirée, recherchée dans d'autres (Holdsworth et al., 2004). Elle y est associée à l'opulence, la beauté, la réussite sociale, la prospérité (Brown et Konner., 1987) ; (Van der Sande et al., 2001) de telle sorte qu'on en arrive à utiliser des médicaments à base de cyproheptadine et de corticoïdes connus pour augmenter le poids corporel et des techniques de gavage pour rendre la femme « pulpeuse », obèse.

Au Maroc, en 2002, « la consommation de médicaments à base de cyproheptadine représentait près de 8 millions de boîtes correspondant à 65,3 millions de doses »⁵.

En Mauritanie, les jeunes filles pré pubères sont gavées en vue d'un mariage précoce.

⁵ [http : //www.bladi.net/2400-quand-les-femmes-marocaines-recherchent-l-obesite.html](http://www.bladi.net/2400-quand-les-femmes-marocaines-recherchent-l-obesite.html) consulté le 29/01/07

Ces dernières années, dans beaucoup de pays d'Afrique, les femmes revendiquent leurs rondeurs comme en témoignent l'organisation de concours de beauté où c'est la minceur qui est bannie⁶ :

- **Miss Lolo** qui récompense la plus grande et belle poitrine au Cameroun, Bénin et Togo
- **Concours Poog-Beêdré** qui signifie « femme à forte corpulence » en moré, a été créé par le Ministère Burkinabé de la Promotion de la femme. En 2003, la gagnante avait 27 ans et faisait 117 kilos pour une taille de 1,81m (IMC de 35,71 kg/m²).
- **Reine Hanan** du Bénin ; les critères pour être couronné sont : « avoir des fesses et des hanches » (culotte de cheval) et mesurer au moins 1,65m.
- **Miss Diongoma** a été lancé au Sénégal en 1992 pour élire la femme la plus enveloppée.

Tous les moyens de communication sont utilisés pour véhiculer cette image de la femme africaine.

II-1.6. Communication en nutrition

La communication en nutrition s'est longtemps résumée en une éducation nutritionnelle utilisant l'approche pédagogique la plus traditionnelle (Andrien., 1994) ; transmission d'un savoir nutritionnel de celui qui sait (nutritionniste ou agent de santé) à celui présumé ignorant (la maman en général). Or cette démarche a peu d'influence sur le changement des comportements.

A partir des années 90, de nouvelles techniques apparaissent dans la communication en santé. On commence à utiliser le marketing social et son efficacité a été prouvée en nutrition (Touré., 1993). D'après Andrien, il serait « possible d'améliorer l'état nutritionnel d'une population par les seules vertus de la communication ».

Il existe différentes méthodes d'interventions dans la communication en nutrition mais elles doivent impérativement s'appuyer sur une approche participative des communautés (FAO., 1993).

II-2. Approche méthodologique

En vue de proposer une stratégie de communication pour la prévention de l'obésité en milieu urbain dakarais, nous avons eu recours aux outils tels que :

- La recherche documentaire
- La consultation de personnes ressources
- Le stage de mise en situation professionnelle

⁶<http://perso.orange.fr/jacqver/texte/elogedelarondeur.htm> . Jeune Afrique l'Intelligence : Eloge de la rondeur 05/05/2004 consulté le 29/01/2007

II-2.1. Recherche documentaire

Les maladies chroniques notamment les MNTA sont de plus en plus d'actualité. Les écrits sur la transition nutritionnelle ne manquent pas. Dans le cadre de cette recherche, nous avons été amenée à consulter beaucoup de documents sur ce phénomène notamment des articles scientifiques d'éminents chercheurs. L'obésité (ses implications, ses facteurs de risque) est entrain de devenir le thème de santé le plus documenté aujourd'hui.

Nous avons consulté :

- des documents officiels notamment ceux de l'OMS et de la FAO,
- des articles scientifiques d'éminents chercheurs (voir bibliographie),
- des ouvrages de référence.

Cependant des données sur le Sénégal n'ont pas été très faciles à obtenir. Alors nous avons eu recours à des contacts (que nous remercions encore) qui nous ont faits parvenir certains rapports officiels qui ne sont pas toujours accessibles en ligne.

L'unité de recherche UR 106 « «Nutrition, Alimentation et Sociétés » de IRD de Montpellier, dirigé par le Professeur Francis Delpeuch, a été un cadre privilégié pour notre recherche documentaire car, elle a déjà mené plusieurs études sur le Sénégal. Il nous a aussi fallu consulter beaucoup de sites Internet notamment ceux des structures onusiennes (FAO, OMS, PNUD...)

II-2.2. Consultation de personnes ressources

Nous avons bénéficié de l'aide de personnalités connues pour leurs travaux et leurs publications dans le domaine de la nutrition :

- Madame Geneviève Le Bihan, Nutritionniste de Santé Publique et Coordinatrice du Programme Régional de Santé /Alimentation Nutrition et Activité Physique (PRS/ANAP) du Languedoc-Roussillon
- Monsieur Francis Delpeuch. Directeur de l'unité de recherche UR 106 « «Nutrition, Alimentation et Sociétés » de IRD de Montpellier
- Agnès Gartner à l'IRD de Montpellier
- Yves Kameli à l'IRD de Montpellier
- Madame Isabelle Fontaine Cipriani Médecin Nutritionniste
- Monsieur Alain Grynberg INRA- Université Paris 11
- Madame Hélène Delisle Université de Montréal

II-2.3. Le stage de mise en situation professionnelle

Du 3 mai au 28 juillet 2006, nous avons effectué notre stage de mise en situation professionnelle au Comité Régional d'Education pour le Santé Languedoc-Roussillon (CRES-LR). Nous y avons travaillé sous la supervision de Madame Geneviève Le Bihan, chargée de projet dans cette structure, nutritionniste de santé publique et coordinatrice du (PRS/ANAP).

Au cours de ce stage, il nous a été donné l'opportunité de travailler au sein du groupe de pilotage du dit programme et de participer au colloque « Journée sur la nutrition et l'alimentation méditerranéenne » du 23 mai 2006 à Agropolis-Museum.

Notre travail durant ces trois mois entrain dans le cadre du PRS/ANAP et consistait à réaliser une étude de faisabilité d'un site Internet qui réponde au besoin de communication des professionnels de la région autour de la nutrition. Que ce soit au niveau national ou au niveau régional, la communication semble être une clé de réussite des politiques nutritionnelles.

Alors, tenant compte des spécificités et des contextes (nutritionnel, socioéconomique, culturel...) différents, nous allons nous servir de l'expérience de la France en général et du LR en particulier pour élaborer une Stratégie de communication pour la prévention de l'obésité au Sénégal.

A notre connaissance, en termes de programme ou de politique, il n'y a encore aucune action de prévention de l'obésité au Sénégal. Pour cette raison, nous allons commencer avec un projet pilote à Dakar pour voir dans quelle mesure il serait possible de faire une extension au niveau national.

L'approche pluridisciplinaire et participative renforcera sûrement la crédibilité de la stratégie que nous proposons. Elle va devoir donc être soumise à l'appréciation d'autres acteurs pour sa validation.

***CHAPITRE III: MISE EN PLACE DU
PNNS EN LANGUEDOC- ROUSSILLON
DANS LA PREVENTION DE L'OBESITE***

Pour mieux connaître la politique nutritionnelle de la France et bénéficier de son expérience et de celle du Languedoc-Roussillon dans la lutte contre l'obésité et les MNTA, nous avons effectué notre stage au Comité Régional d'éducation pour la Santé (CRES-LR).

III-1. Le cadre du stage : le CRES-LR

Le Comité Régional d'Education pour la santé est une association de loi 1901 qui a pour mission la Promotion de la santé et l'Education pour la santé dans la région du Languedoc-Roussillon.

Composition de l'équipe

Elle est composée :

- d'un président d'honneur, le Pr. René Baylet, Professeur de santé publique, membre fondateur,
- d'un président, le Dr. Claude Terral
- et d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecin, nutritionniste, pédagogue, psychologue, diététicienne, documentaliste et secrétaires (voir annexe 1)

Les partenaires du CRES- LR

La prise en compte des problèmes de santé ne peut être efficace que si les professionnels des différentes compétences se rencontrent ; ce qui est le cas au CRES-LR. La coordination de divers partenaires favorise la mise en place d'actions de promotion de la santé.

Ainsi, le CRES- LR travail en partenariat avec plusieurs structures parmi lesquelles la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS), les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les Comités départementaux d'Education pour la santé (Codes), la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), les Mutuelles, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), le CHU, les services d'actions de santé des Conseils Généraux et du Conseil Régional, le Rectorat, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), l'Institut Régional des Travailleurs Sociaux (IRTS).

Les champs d'activités

- Le conseil méthodologique pour l'impulsion, le développement et l'évaluation de projets ;
- L'accompagnement dans l'exécution des projets ;
- Les programmes de recherche-action ;
- Les formations ;

- Les rencontres entre professionnels, la coordination ;
- La participation aux politiques régionales ;
- La documentation, la veille par rapport aux besoins émergents.

III-2. La situation sanitaire et nutritionnelle en France et en Languedoc-Roussillon

En France comme dans beaucoup de pays industrialisés, la situation sanitaire est marquée par les maladies chroniques d'origine alimentaire (HCSP., 2000)

- ⇒ L'obésité concerne 7 à 10% des adultes et 10 à 12,5% des enfants de 5 à 12 ans ; chez ces derniers, la prévalence de l'obésité a plus que doublé depuis ces 15 dernières années ;
- ⇒ Près d'un adulte sur cinq a une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/l ;
- ⇒ La prévalence du diabète de type 2, tous les âges confondus, est estimée à 2 -2,5% ;
- ⇒ Les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 32% des décès en France (170 000 décès /an) ;
- ⇒ Les tumeurs malignes représentent 29% des décès chez l'homme et 23% des décès chez la femme avec une incidence estimée à 240 000 nouveaux cas /an ;
- ⇒ L'ostéoporose concerne 10% des femmes de 50 ans et 40% à 75 ans.

Le Languedoc-Roussillon (LR) n'est pas épargné (ORS., 2004). Il est même en train de perdre ses avantages sanitaires. L'espérance de vie en région a longtemps été supérieure à la moyenne nationale mais depuis 1981, elle s'en rapproche. En 1999, on note une prévalence de 3,07% pour le DNID en région comparativement à 2,37% au niveau national. Les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires MCV diminue mais moins vite en LR qu'au niveau national. Le Baromètre santé nutrition 2002 montre des prévalences de surpoids et d'obésité très préoccupantes.

En moyenne, 27,8% des habitants de la région présentent un surpoids avec 37% chez les hommes contre 18,7% chez les femmes (Le Bihan., 2004).

Les modifications de comportements, d'habitudes, de modes de vie, associées à la dérive de l'alimentation méditerranéenne expliquent en grande partie le développement des pathologies dites chroniques.

Alors, consciente du fait que la nutrition est un des déterminants majeurs de la santé, la France met en place en 2001 un Programme National Nutrition Santé PNNS.

III-3. La politique nutritionnelle de santé publique en France : le Programme National Nutrition Santé de la France⁷

En juin 2000, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), sur la demande concertée du Ministère de l'emploi et de la solidarité et du Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, sort un rapport intitulé "Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France".

Ce rapport du HCSP émet un certain nombre de recommandations qui vont conduire à l'élaboration et à la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) en 2001.

Le PNNS a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Ses neuf objectifs nutritionnels prioritaires en termes de Santé Publique sont :

- Augmenter la consommation de fruits et légumes ;
- Augmenter la consommation de calcium ;
- Réduire les apports lipidiques à moins de 35% de l'apport énergétique journalier ;
- Augmenter l'apport glucidique à plus de 50% de l'apport énergétique journalier, en particulier l'apport en fibres de 50% ;
- Réduire la consommation d'alcool à moins de 20g par jour dans la population générale ;
- Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne des adultes ;
- Réduire de 10 mm de Hg la pression artérielle systolique des adultes ;
- Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité ;
- Augmenter l'activité physique journalière de l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide supplémentaire par jour.

Le PNNS s'articule autour de six axes stratégiques :

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant. Eduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant ;
2. Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins ;
3. Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques ;

⁷ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Programme National Nutrition Santé PNNS 2001-2005

4. Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population ;
5. Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et clinique ;
6. Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population.

Les recommandations du PNNS

Des repères de consommation et des recommandations ont été définis à l'attention du grand public pour atteindre ces objectifs prioritaires. Ces recommandations (Tableau IV) ont été publiées dans le guide alimentaire pour tous.

Tableau IV : Les repères nutritionnels du PNNS

Fruits et légumes	Au moins 5 par jour
Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs	A chaque repas et selon l'appétit
Lait et produits laitiers (yaourts, fromages)	3 par jour
Viandes et volailles, produits de la pêche et oeufs	1 à 2 fois par jour
Matières grasses ajoutées	Limiter la consommation
Produits sucrés	Limiter la consommation
Boissons	De l'eau à volonté
Sel	Limiter la consommation
Activité physique	Au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour

Sources : Ministère de l'emploi et de la solidarité (France), Programme National Nutrition Santé PNNS 2001-2005

III-4. Les principales actions de communications menées dans le cadre du PNNS

Avant la mise en place du PNNS, c'est le Comité Français Education pour la Santé (CFES) qui menait des actions d'éducation nutritionnelle. Il réalisait et diffusait des brochures d'information et des outils pédagogiques pour le milieu scolaire.

A partir de 2001, pour atteindre les objectifs nationaux du PNNS, les actions nationales d'information et de communication sont sous la responsabilité du CFES puis de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

III-4.1. Les principales actions de 2001/2003

- Campagne de promotion et de consommation de fruits et de légumes en 2001 ;
- Diffusion du document d'accompagnement du guide alimentaire pour tous 2001 ;
- Diffusion de la Lettre de Prévention Education Santé spécial nutrition en 2001 ;
- Edition, promotion des guides alimentaires pour tous ;

1. La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous lancé en 2002
 2. La santé vient en bougeant en 2002
- Les disques d'évaluation de l'indice de masse corporelle adultes et enfants accompagnés de courbes de corpulence filles/garçons, diffusés auprès de 150 000 médecins en 2003 ;
 - Créations d'outils pédagogiques, de dossier documentaire sur les comportements et représentations alimentaires, d'un répertoire sur cédérom d'ouvrages en appui à l'éducation nutritionnelle ;
 - Réalisation et diffusion d'un outil d'aide à la mise en place de modules de sensibilisation aux actions d'éducation nutritionnelle.

III-4.2. Les principales actions menées en 2004/2006

- Promotion de l'activité physique quotidienne ;
- Promotion des guides alimentaires ;
 1. La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et des ados pour tous les parents en 2004
 2. J'aime manger, j'aime bouger ; le guide nutrition des ados en 2005
 3. La santé en mangeant et en bougeant, le guide nutrition à partir de 55 ans en 2006
 4. La santé en mangeant et en bougeant, le guide nutrition pour les aides des personnes âgées en 2006
- Création d'un site dédié au programme d'éducation nutritionnelle : www.mangerbouger.fr qui s'adresse à l'ensemble de la population. Tous les documents sont diffusés gratuitement, sur simple demande.

A la suite du bilan fait en 2005, Le PNNS a été reconduit pour 5ans (2006-2010). Son application au niveau régional est assurée par différents acteurs notamment le PRS/ANAP.

III-5. Présentation du Programme Régional de Santé/ Alimentation, Nutrition et Activité Physique (PRS/ANAP) du Languedoc-Roussillon

C'est depuis 1996, c'est-à-dire bien avant le Programme National Nutrition Santé, que le PRS/ANAP a commencé à réfléchir sur la problématique de la nutrition et de l'alimentation dans la région. Diverses activités ont été menées.

III-5.1. Objectifs

III-5.1.1. Objectif général

L'objectif général défini en 2001 était de «développer les comportements alimentaires respectueux de la santé et notamment, diminuer les risques d'obésité et ses conséquences sur la santé, en agissant de manière précoce et préventive sur les facteurs de risques, en particulier l'hygiène de vie, et en coordonnant les prises en charge des pathologies avérées».

III-5.1.2. Objectifs spécifiques

1. Rassembler les connaissances sur ce problème de santé
2. Encourager la prévention et l'éducation pour la santé en matière de comportements alimentaires et d'activité physique
3. Coordonner les prises en charge des personnes en surpoids et des personnes obèses
4. Promouvoir des actions et leur évaluation
5. Prévoir des critères d'évaluation du travail du groupe sur les quatre objectifs précédents.

III-5.2. Organisation et Fonctionnement du PRS/ANAP

Jusqu'en 2006, le PRS/ANAP est piloté par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et le groupe de travail est animé par Mme Geneviève LE BIHAN chargée de projet au CRES. Elle est entourée d'un groupe de pilotage représentant les structures suivantes :

- **Administrations** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Languedoc-Roussillon (DRASS), Rectorat, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et Sports (DRDJS)
- **Assurance-maladie et mutuelles** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon et Mutualité française
- **Parents d'élèves** : Fédération des Conseils de Parents d'élèves (FCPE)
- **Consommateurs** : Association de Défense d'Education et d'Information du Consommateur (ADEIC) Gard, Consommation Logement et Cadre de Vie 34 (CLCV) Hérault
- **Education pour la santé** : CRES- LR, Epidaure -Centre Régional de Lutte contre le Cancer (CRLC)
- **Observation et Recherche** : Observatoire Régional de la Santé (ORS), Institut Agronomique Méditerranéen (IAM)

- **Production agricole** : Centre d'Initiative et de Valorisation de l'Agriculture et du Milieu rural (CIVAM) Gard
- **Diététiciens** : Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF)
- **Collectivités territoriales** : Conseil général Hérault (PMI), Conseil régional
- **Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier (CHU)**

Le fonctionnement du PRS/ANAP est défini selon les thématiques ou les travaux réalisés par le groupe. Ainsi il fonctionne par des réunions régulières en plénière ou en sous-groupe comme ce fut le cas pour la préparation de la Conférence Régionale de Santé (CRS) de 2002, l'élaboration de l'annuaire, la veille alimentaire, l'approche de la grande distribution.

Les lignes directrices du PRS/ANAP peuvent être ainsi résumées :

- Le lancement du débat autour de la problématique Alimentation Nutrition dans la région ;
- La définition d'objectifs spécifiques dans le cadre général de la lutte contre l'obésité et les comportements alimentaires à risque ;
- Le suivi des appels d'offres régionaux Drass-Urcam ;
- L'évaluation de son propre fonctionnement ;
- L'établissement de liens avec d'autres PRS ;
- Le soutien à l'émergence de projets en région ;
- La mise en communication des acteurs entre eux ;

Ce dernier axe (pas le moins important, au contraire) a retenu en 2006 toute l'attention du groupe.

III-6. Stratégie de communication du PRS/ANAP

III-6.1. Justification

Une journée de contribution à l'élaboration du Programme Régional de Santé Publique (PRSP) a eu lieu le 1 juillet 2005 à Montpellier au cours de laquelle un diagnostic situationnel a été fait.

Entre autres problèmes identifiés concernant les professionnels et les décideurs, on a noté un réel problème de communication entre d'une part les professionnels de la région mais également entre le groupe et les professionnels et décideurs d'autre part.

Les résultats de l'étude auprès des décideurs de la région menée par Michaël Cribaillet, dans le cadre de son mémoire, montre un réel problème d'information et de communication. En effet, les décideurs affirment qu'ils manquent d'informations sur cette thématique. Ils évoquent aussi une difficulté de « faire circuler les messages sur la commune, entre la municipalité, les acteurs locaux, la population... » (Cribaillet., 2006).

D'ailleurs, cette situation a été également prise en compte dans le PNNS 2 qui, dans le premier de ces trois plans d'action, met beaucoup l'accent sur la nécessité de renforcer la communication nationale et la communication de proximité (Herberg., 2006) Par ailleurs, une enquête déjà réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé a révélé un manque d'intérêt, de la part des décideurs, vis-à-vis des priorités régionales de santé⁸ ; ce qui peut se justifier par une déficience au niveau de la transmission de l'information.

Alors, le groupe PRS/ANAP, au cours de sa réunion du 8 mars 2006 s'est encore appesanti sur cette problématique pour dégager des objectifs et des pistes stratégiques pour les atteindre.

III-6.2. Objectifs

III-6.2.1. Objectifs spécifiques

1. Sensibiliser l'ensemble des acteurs et décideurs de la région sur le PRS/ANAP et ses activités
2. Développer la communication entre les décideurs et les professionnels
3. Etre, dans la région, en matière d'alimentation de nutrition et d'activité physique, un pôle de référence en information, formation et accompagnement

III-6.2.2. Objectifs opérationnels

1. Sensibiliser l'ensemble des acteurs et décideurs de la région sur le PRS ANAP et ses activités
 - Organiser des rencontres : conférences, colloques, séminaires, etc.
 - Disposer d'un bulletin électronique et le diffuser auprès des décideurs et professionnels
 - Créer un site Internet
2. Développer la communication entre les décideurs et les professionnels
 - Mettre en place un réseau entre tous les acteurs en relation avec la nutrition l'alimentation et l'activité physique
 - Recenser toutes les ressources humaines compétentes dans la région.
3. Etre, dans la région, en matière d'alimentation de nutrition et d'activité physique, un pôle de référence en information, formation et accompagnement
 - Mettre à la disposition des professionnels le plus d'informations possibles (sans prétendre être exhaustif)
 - Proposer des formations en méthodologie de projets et / ou des formations thématiques

⁸ ORS, Projet de loi de programmation quinquennale en santé publique. Enquête auprès des acteurs et décideurs. 2002

- Accompagner l'exécution des projets

Alors pour une grande efficacité et une meilleure efficacité l'accent est mis sur une nouvelle approche de sa stratégie de communication.

Cette dernière doit pleinement profiter des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).

III-6.3. Les réalisations du PRS/ANAP en 2006 en matière de communication:

- Conception d'un prêt à insérer relayant la campagne « ado » du PNNS dans la presse locale.
- Définition des missions du groupe de travail en automne 2006
- Rédaction d'un article sur la politique nutritionnelle en Languedoc-Roussillon pour la revue « la santé de l'homme ».
- Communication faite par madame LE BIHAN au nom du PRS ANAP dans le cadre de la journée organisée par la ville de Montpellier le 23 mai 2006.
- Etude de faisabilité site Internet (Seck., 2006).

Nous nous proposons ici, avec l'expérience que nous avons acquise auprès du PRS/ANAP du Languedoc-Roussillon dans le cadre de notre stage de mise en situation professionnelle, d'élaborer un Programme d'actions d'information et de communication pour la prévention de l'obésité en milieu urbain dakarois intégrant la conception et la réalisation d'un outil Internet d'éducation nutritionnelle et sanitaire des populations.

Nous le ferons en tenant compte des contextes socio-économiques, culturels différents et de la situation nutritionnelle du Sénégal (transition nutritionnelle et double fardeau de la malnutrition).

***CHAPITRE IV : LA SITUATION
NUTRITIONNELLE AU SENEGAL***

IV-1. Le contexte général du Pays

IV-1.1. Situation géographique

Situé entre le douzième et le seizième degré de latitude Nord, et bordé à l'ouest par l'océan atlantique (513 kilomètres), le Sénégal partage ses frontières avec la Mauritanie au nord (813 kilomètres), le Mali à l'est (419 kilomètres), la Guinée (330 kilomètres) et la Guinée Bissau (338 kilomètres) au sud, sans oublier la Gambie (740 kilomètres) qui est située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor⁹. Le pays couvre une superficie de 196 021 Km², compte onze régions administratives et 35 Départements.

IV-1.2. Situation démographique

Les résultats préliminaires du 3ème et dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de décembre 2002 indiquent une population de 9 956 202 habitants avec un taux de croissance démographique de 2,8 %, un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 5,3 enfants nés/femme.

Ceci a permis de faire une projection de 11 113 793 d'habitants pour 2005¹⁰, avec une population très inégalement répartie (Tableau V).

Tableau V : Répartition de la population dans les onze régions du Sénégal

Région	Population		Superficie		Densité
	Total	%	Total	%	Hbts/Km ²
Dakar	2 347 776	23	547	0,3	4292
Thiès	1 615 372	13	6 670	3,4	242
Diourbel	1 171 464	11	4 903	2,5	239
Kaolack	1 119 714	11	15 449	7,9	72
Kolda	966 155	8	21 112	10,8	46
Saint-Louis	869 529	7	19 241	9,8	45
Louga	731 882	7	25 254	12,9	29
Fatick	689 404	6	7 910	4,0	87
Tambacounda	666 010	6	59 542	29,9	11
Ziguinchor	457 038	4	7 352	3,7	62
Matam	479 448	4	29 041	14,8	17
Ensemble	11 113 793	100	196 021	100,0	57

Sources : DPS 2005, Projections de la population du Sénégal issues du RGPH de décembre 2002

La population du Sénégal est surtout concentrée dans la région de Dakar qui abrite 2 347 776 habitants, soit 23 % de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale.

⁹

¹ Sources : <http://www.cia.gov> (mise à jour du 01/06/06)

¹⁰ MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, DIRECTION DE LA PRÉVISION ET DE LA STATISTIQUE, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DU TROISIÈME RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT DU SÉNÉGAL de 2002

Les régions de Thiès, Diourbel, Kaolack sont aussi densément peuplées avec chacune plus d'un million d'habitants alors qu'elles n'occupent que respectivement 3,4%, 2,5% et 7,9% de la superficie totale du pays. Ces quatre régions abritent 58 % de la population totale.

Les conditions de vie dans les zones rurales se sont beaucoup dégradées depuis les années 70 et sont à l'origine d'importants flux migratoires vers ces grandes villes, entraînant une grande disparité dans les niveaux d'urbanisation. Le taux d'urbanisation moyen est 41 %, variant de 97 % dans la Région de Dakar à 10 % dans la Région de Fatick¹¹.

Ce fort taux d'urbanisation, comme nous le verrons par la suite, n'est pas sans conséquence sur la santé notamment sur l'état nutritionnel des populations dans ces villes.

La population du Sénégal est essentiellement jeune avec un âge médian de 19.1 ans : les moins de 14 ans représentent 58 %, la population âgée de 15-65 ans représente 38,9% alors que les plus de 65 ans constituent 3,1% de la population totale. Les femmes représentent 52 % de la population.

Les principaux groupes ethniques¹² sont respectivement les Wolofs 43%, les Pulars 23% et les Sérères 14.4%. Le Sénégal est essentiellement composé de Musulmans 94%, Chrétiens 5% et de croyances traditionnelles dites indigènes 1%.

IV-1.3. Indicateurs socio-économiques

Depuis 1995 le Sénégal connaît un taux de croissance moyen du PIB de l'ordre de 5% mais cette croissance économique n'a pas beaucoup amélioré les conditions de vie des populations.

Selon l'enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II), la proportion des pauvres (personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté) était de 67,9 % en 1994. En 2001/2002, elle passe à 57,1 %¹³. Ce chiffre est encore très élevé dans le contexte actuel des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Cette situation se traduit par la classification du Sénégal au 157ème rang sur 177 pays, selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH) de 2006.

La situation socio-économique reste encore très précaire. Dans le tableau VI ci-dessous, nous avons tenté de la synthétiser.

Tableau VI : Quelques Indicateurs socio- économiques du Sénégal

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé, bureau régional de l'Afrique Coopération avec le Sénégal 2002-2006

¹² [Http://www.cia.gov](http://www.cia.gov) (mise à jour du 01/06/06)

¹³ Rapport Mondial sur le Développement Humain PNUD 2004 (RMDH-PNUD 2004)

Indicateurs économiques								
	Valeur		Année		Sources			
PNB/habitant (CFA)	379 297 FCFA soit 540 \$US		2002		PNUD 2004			
PIB par habitant	1713 \$US en PPA				PNUD 2006			
Taux de croissance du PIB (estimation)	5,3%		2005		IDEM			
Indicateurs Sociaux								
Espérance de vie	56 ans		2004		PNUD 2006			
Taux de mortalité infantile	78‰		2004		PNUD 2006			
Taux de mortalité infanto- juvénile	137‰		2004		PNUD 2006			
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	560/ 100 000 naissances vivantes		2004		PNUD 2006			
Taux de malnutrition (moins de 5 ans)	23		2004		Idem			
Taux d'alphabétisation des adultes	39,3		2004		PNUD 2006			
Taux brut de scolarisation (TBS)	71,6%		2003		PNUD 2004			
Taux de scolarisation chez les garçons	73,9%		2000/2001		D S R P 2002			
Taux de scolarisation chez les filles	64,8%		2000/2001		Idem			
Taux global d'alphabétisation des hommes adultes	51,1%		2004		PNUD 2006			
Taux global d'alphabétisation des femmes adultes	29,2%		2004		PNUD 2006			
Taux d'électrification national	31%		2003		PNUD 2004			
Taux d'électrification urbain	55%		2003		IDEM			
Taux d'électrification rural	8%		2003		IDEM			
Pourcentage ménage pauvre	48,5%		2001/2002		ESAM II			
Proportion de personnes pauvres	57,1%		2001/2002		Idem			
Evolution de l'indice du Développement Humain								
Années	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004	PNUD 2006
IDH	0,313	0,342	0,378	0,405	0,422	0,439	0,460	

Dans ce contexte socio-économique, quelle est la situation nutritionnelle au Sénégal ?

IV-2. Les maladies de carence au Sénégal

Elles se résument à la malnutrition protéino-énergétique généralement observée chez le jeune enfant et les carences en micronutriments.

IV-2.1. La malnutrition protéino-énergétique (MPE) du jeune enfant

Quelques concepts méritent d'être précisés.

Les terminologies Poids- Taille ou Taille- Age ou Poids- Age sont utilisées pour désigner des indices anthropométriques basés sur les mesures du poids, de la taille et de l'âge de l'enfant.

Leur mode d'expression est l'écart type (ET) ou z score et ils sont toujours comparés par rapport à ceux de la population de référence internationale proposée par la NCHS /CDC/WHO.

- **L'indice Taille - Age** renseigne sur la croissance osseuse de l'enfant. Lorsqu'il est faible par rapport aux valeurs de la population de référence de la NCHS/CDC/OMS, on parle de retard de croissance, « stunting » et par extension de malnutrition chronique :

- Au cours des deux premières années, il traduit un retard de croissance en cours. Cela veut aussi dire qu'une intervention peut y remédier ;
- Par contre au-delà de deux ans, il indique un retard de croissance antérieur. Il est important de savoir que d'une part, une intervention n'aura pas un grand effet et d'autre part ce retard de croissance augmente les risques de morbidité de mortalité et entraîne également un mauvais développement psychomoteur de l'enfant.

- **L'indice Poids- Taille** mesure la masse musculaire et la masse grasse rapportées à la taille de l'enfant et traduit la situation nutritionnelle actuelle de l'enfant. Quand il est inférieur à celui de la population de référence pour le même âge et pour le même sexe, on parle d'amaigrissement, maigreur, émaciation ou « Wasting » ou malnutrition aiguë. A ce niveau, une bonne intervention trouvera toute sa justification et son opportunité.

- **L'indice Poids- Age** faible par rapport à celui de la population de référence indique une insuffisance pondérale. Seulement, il faut signaler que c'est un indice très global et globalisant car il peut traduire à la fois une malnutrition chronique et / ou aiguë. C'est la raison pour laquelle il est jugé peu pertinent et il est de moins en moins utilisé. La malnutrition, quelque soit sa forme, influence négativement le développement physique et psychomoteur de l'enfant. La situation au Sénégal indique des prévalences encore élevées (Tableau VII) malgré les efforts fournis¹⁴.

Tableau VII : La malnutrition chez l'enfant de moins de 5 ans

Types de malnutrition	Prévalence de la malnutrition (%)	
	-2ET	-3ET
Malnutrition Chronique*		
Taille- Age	16,3	5,3

¹⁴ Voir le point concernant les programmes existants

Insuffisance *pondérale		
Poids- Age	17,3	3,0
Malnutrition*Aiguë		
Poids- Taille	7,6	0,8

Source : D'après les résultats de l'EDS IV de 2005

La prévalence du retard de croissance est de 16,3% au niveau national mais varie beaucoup suivant le milieu de résidence. Il se situe à environ 8,5% en milieu urbain et à plus de 20,6% en milieu rural. Il est aussi fortement corrélé au niveau d'instruction des mères : 18,8% chez les enfants de mères non scolarisées, 10,6% pour un niveau primaire et seulement 5,4% quand la mère a un niveau secondaire et plus. Toujours selon l'EDS IV de 2005, ces déterminants (milieu de résidence, niveau d'instruction et âge de la mère) agissent aussi sur l'émaciation et l'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans. Dans une perspective d'intervention, il faut voir au-delà des prévalences moyennes. En effet, elles cachent de grandes disparités.

IV-2.2. Les carences en micronutriments

Les carences en micronutriments continuent d'être un grave problème de santé publique surtout dans les pays en développement. Elles touchent des milliards de personnes dans le monde mais principalement les femmes enceintes et les jeunes enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés¹⁵.

Malgré les nombreux programmes existants et l'aide alimentaire, le Sénégal reste confronté à la problématique de la malnutrition par carence en micronutriment. Il s'agit principalement de l'avitaminose A, de la carence en fer et en iode.

Le tableau VIII résume la situation épidémiologique de ces carences au Sénégal.

Tableau VIII : Prévalences de quelques carences en micronutriments dans la population générale

Carences	Prévalence %	Sources des données
----------	-----------------	------------------------

¹⁵ Rapport OMS Mai 2006 la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

Avitaminose A chez les enfants	61	Ministère de la santé et de Prévention Médicale Enquête rapide de couverture des journées locales de supplémentation en vitamine A au Sénégal Juillet/Août 2005
Anémie par carence en fer Enfants de 6-59 mois - anémie légère - anémie modérée - anémie sévère Chez les femmes 15-49 ans - anémie légère - anémie modérée - anémie sévère	20,0 56,0 8,4 38,1 19,9 3,2	EDS IV 2005
Carence en iode (Kolda/ Tamba) - Goitre - Carence sévère - Carence modérée	23 à 33 21 18	Forum annuel de la CDEAO Sur la nutrition Du 15 au 19 Septembre 2003 A Conakry
Notes sur anémie		
<p>La classification des anémies en anémie légère, modérée et sévère utilise la formule de Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique CDC de 1998 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ anémie légère : taux d'hémoglobine sanguin de 10.0- 10.9 g/dl ▪ anémie modérée : taux d'hémoglobine sanguin de 7.0- 9.9 g/dl <ul style="list-style-type: none"> ▪ anémie sévère : taux d'hémoglobine sanguin <7g/dl 		

AVITAMINOSE A

Il est aujourd'hui admis que l'avitaminose A est un problème de santé publique lorsque dans un pays le taux de mortalité infanto juvénile est supérieur à 70% (OMS et UNICEF, 1999). Ce taux est de 121% au Sénégal (EDS 2005). Depuis 1999, les Journées Nationales de Vaccination et les Journées Nationales des Micronutriments sont couplées avec une

campagne de supplémentation en vitamine A. Beaucoup de chemin reste quand même à parcourir si l'on voit que cette carence toucherait 61% des enfants de moins de 5 ans.

ANEMIE

Les chiffres du tableau montrent que l'anémie est un véritable problème de santé publique au Sénégal. La prévalence de l'anémie, toutes formes confondues, est de 84% chez les enfants de moins de 5 ans. Ici également, il y a une différence suivant le milieu urbain et rural avec respectivement 79% et 87%.

Chez les femmes, la prévalence est forte ; 61% en milieu urbain comme en milieu rural.

CARENCE EN IODE

Au niveau mondial, on estime que près de 2 milliards de personnes ont une carence en iode en 2004¹⁶ et 740 millions souffrent de goitre¹⁷. Au Sénégal, des données sur la situation au niveau national font défaut. Il faut cependant noter que la carence en iode est endémique dans certaines régions du pays comme à Tambacounda et à Kolda où elle peut atteindre jusqu'à plus de 30%.

Face à ces troubles nutritionnels par carences, quels ont été les programmes initiés au Sénégal ?

IV-2.3. Les programmes existants

Au Sénégal, l'alimentation et la nutrition font partie des soins de santé primaire et sont placées sous la responsabilité du Ministère de la Santé et de la Prévention. La lutte contre la malnutrition protéino-énergétique a longtemps été une priorité du gouvernement du Sénégal. Elle continue encore de l'être et à juste titre. Parmi les politiques et programmes conduits par le Gouvernement pour réduire la malnutrition on peut retenir :

- Le Projet de Nutrition Communautaire (PNC 1995/2001)

Le PNC est un projet initié en 1995 par le ministère de la santé et financé par la Banque Mondiale. Sa finalité était la prévention de la malnutrition et la réduction des taux existants.

Son exécution était confiée à une ONG nationale ; l'Agence pour l'Exécution de Travaux d'Intérêt Public (AGETIP). Ce projet ciblé, avait pour bénéficiaires les enfants de 6 à 36 mois, les femmes enceintes et les femmes allaitantes des zones périurbaines. L'un des atouts du PNC a été un niveau élevé d'engagement politique et populaire.

- Le Paquet d'Activités Intégrées en Nutrition (PAIN 1999/2004) avec :

- La promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois qui réduit la morbidité (diarrhée, infections respiratoires aiguës) de manière notable ;
- Les bonnes pratiques de sevrage qui préviennent la malnutrition ;

¹⁶ Rapport OMS Mai 2006 la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

¹⁷OMS juin 2001 Domaine d'activité : nutrition Rapport de situation 2000

- La promotion de la consommation d'aliments riches en fer, en vitamine A ;
- La promotion de la consommation du sel iodé ;
- La promotion d'une alimentation adéquate chez les enfants malades ;
- La surveillance de la croissance des enfants.

- **Le programme de Renforcement de la Nutrition (PRN 2002/2010)**

Le PRN est actuellement le plus important programme de lutte contre la malnutrition au Sénégal. C'est un programme décennal mis en place par le gouvernement et financé par la Banque Mondiale à hauteur de 14,7 millions de dollars. Il bénéficie aussi de l'appui du Programme Alimentaire Mondial (PAM) et de la coopération allemande.

Son objectif principal est l'amélioration de la nutrition dans des zones urbaines et dans les zones rurales pauvres. Ces cibles sont à peu près les mêmes que celles du PNC auquel il succède ; les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants de moins de 5 ans. Ces composantes sont :

1. Nutrition et Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;
2. Information, éducation et communication pour le changement de comportement ;
3. Interventions intersectorielles ;
4. Renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles ;
5. Suivi et évaluation du programme ;
6. Gestion du programme ;

Le bilan de la première phase, réalisé pour le lancement du plan stratégique II (2007-2011), le qualifie de succès incontestable¹⁸.

Il existe d'autres programmes mais ce qu'il faut peut-être noter c'est leur chevauchement surtout au niveau de leurs actions, leurs objectifs et parfois au niveau de leurs zones d'intervention. Cette situation n'a pas échappé aux autorités. La volonté de créer un cadre de coordination a été concrétisée par la création de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) basée à la primature. Celle-ci devrait se trouver au centre de toutes les initiatives dans le combat contre la malnutrition.

Les programmes sont nombreux et force est de constater que des progrès ont été réalisés dans la lutte contre les maladies nutritionnelles par carence. D'ailleurs, dans ce combat, le Sénégal a bénéficié de l'appui de plusieurs institutions onusiennes et d'ONG. Il s'agit entre autres de :

- L'UNICEF,
- L'OMS,
- L'USAID
- La Banque Mondiale,

¹⁸ PRN, plan stratégique II 2007-2011 Mai 2006

- Le PAM,
- Le Plan international,
- World Vision,
- Africare...

Mais, la malnutrition ne présente t-elle pas un nouveau visage au Sénégal ? Est –elle toujours synonyme de maladies nutritionnelles de carences uniquement ? Que devient-elle aujourd’hui dans ce contexte de mondialisation, de forte urbanisation et de transitions ?

IV-3. La transition nutritionnelle au Sénégal

IV-3.1. L'évolution de la malnutrition protéino-énergétique (MPE) du jeune enfant

L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans a connu une légère amélioration ces dix dernières années comme le montre la figure 2 ci-après.

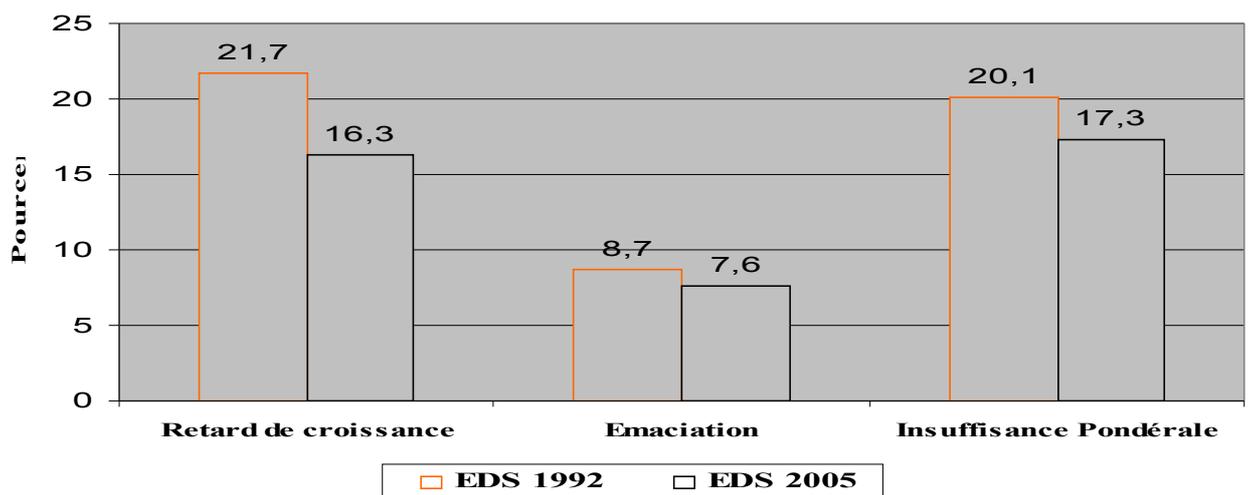


Figure 2 : Tendances de la malnutrition (enfants < 5 ans).

En 13 ans, c'est-à-dire entre l'EDS II de 1992 et l'EDS IV de 2005, la prévalence du retard de croissance a diminué de 5,3% ; passant de 21,7% à 16,4%. La baisse observée au niveau de l'émaciation est moins importante ; elle a été de 2,7% pendant la même période. L'insuffisance pondérale quant à elle est passée de 8,7% à 7,7%.

Cette évolution est favorisée par la mise en œuvre des programmes de lutte contre le paludisme, le PRN et les autres actions en faveur des enfants et des femmes enceintes et allaitantes. Cependant, en milieu urbain une autre forme de malnutrition connaît une évolution inverse.

IV-3.2. L'évolution de l'obésité en milieu urbain Sénégalais

Au Sénégal, près de 15% de la population féminine âgée de 15 à 49 ans est en surcharge pondérale et 7,2% souffrent d'obésité (EDS IV de 2005). Cependant, on constate des disparités importantes des prévalences en fonction des caractéristiques sociodémographiques :

- Suivant le niveau de résidence

Selon le milieu de résidence, les prévalences de l'obésité et du surpoids présentent de fortes variations (Figure 3).

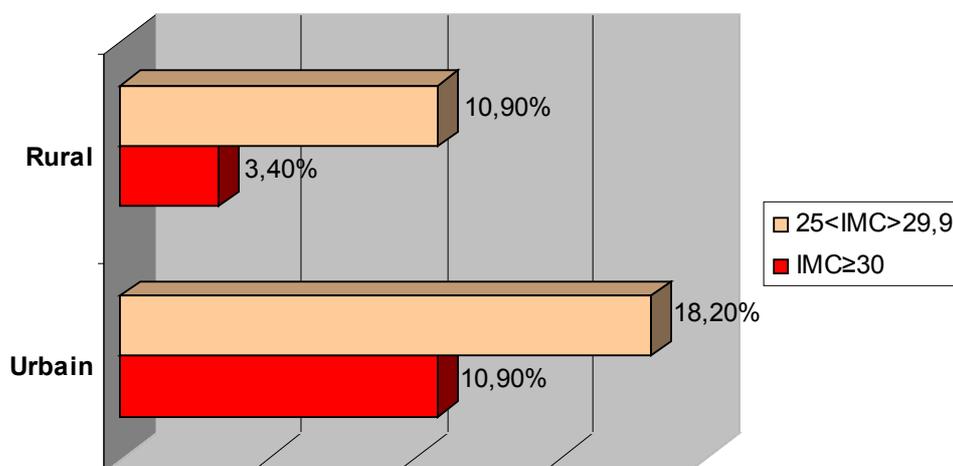


Figure 3 : Prévalence du surpoids et de l'obésité des femmes suivant le milieu de résidence.

Les femmes vivant en milieu urbain présentent plus fréquemment le surpoids que celles vivant en milieu rural (18,2% contre 10,9%). La différence est encore plus nette avec l'obésité. La prévalence observée en milieu urbain est trois fois supérieure à celle du milieu rural (10,9% contre 3,4%). Les raisons de ce phénomène pourraient être qu'en ville, il y a une plus grande accessibilité des aliments et de produits manufacturés. Au village, l'alimentation est encore de type traditionnel avec une forte consommation de céréales (mil, sorgho, maïs...). La femme rurale est très active ; elle est au carrefour des travaux domestiques et agricoles.

- **Suivant le niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction des femmes semble également lié à leur IMC.

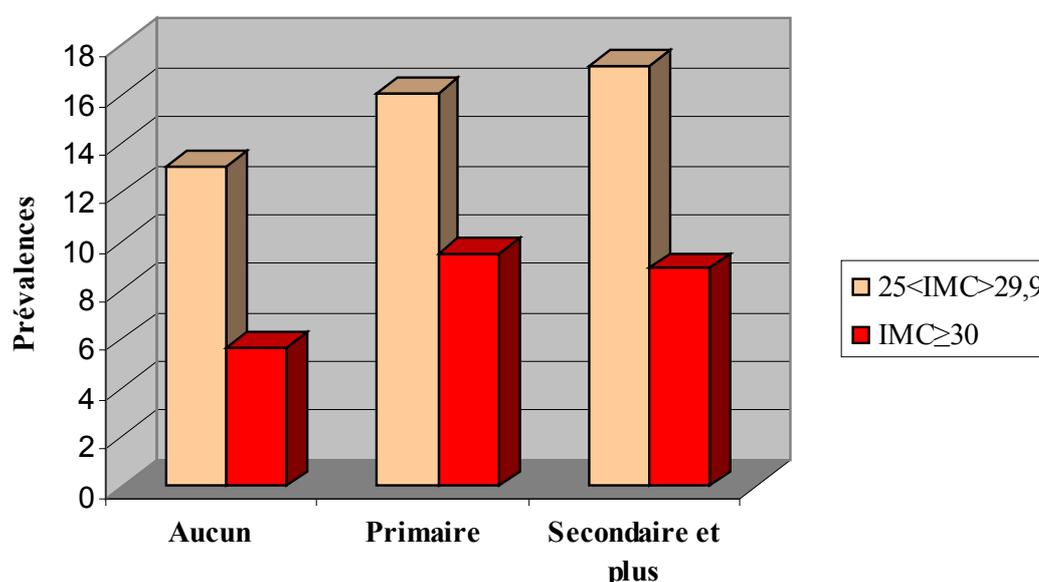


Figure 4 : Prévalence du surpoids et de l'obésité des femmes suivant le niveau d'instruction.

La prévalence du surpoids augmente avec le niveau d'instruction des femmes. Celles qui n'ont aucun niveau d'instruction sont en surpoids pour 13,1 % d'entre elles et obèses pour 5,7%. Les chiffres atteignent 17,2% et 8,9% chez les femmes de niveau d'instruction « secondaire et plus »

On peut tout de même remarquer que l'obésité a tendance à diminuer entre le niveau primaire et secondaire. C'est dire que les femmes les plus instruites connaissent les dangers

de l'obésité. Si la tendance devait se poursuivre, il est possible de prévoir que l'obésité va diminuer ensuite avec le niveau d'instruction.

- **Selon le niveau économique**

Nous pouvons dire sans risque de nous tromper que les femmes non instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions socio-économiques les plus précaires. Elles sont plus exposées à l'insécurité alimentaire. Par contre, et comme nous pouvons le voir sur la figure 5, les femmes appartenant au quintile de bien-être économique le plus riche, ont plus accès à la nourriture.

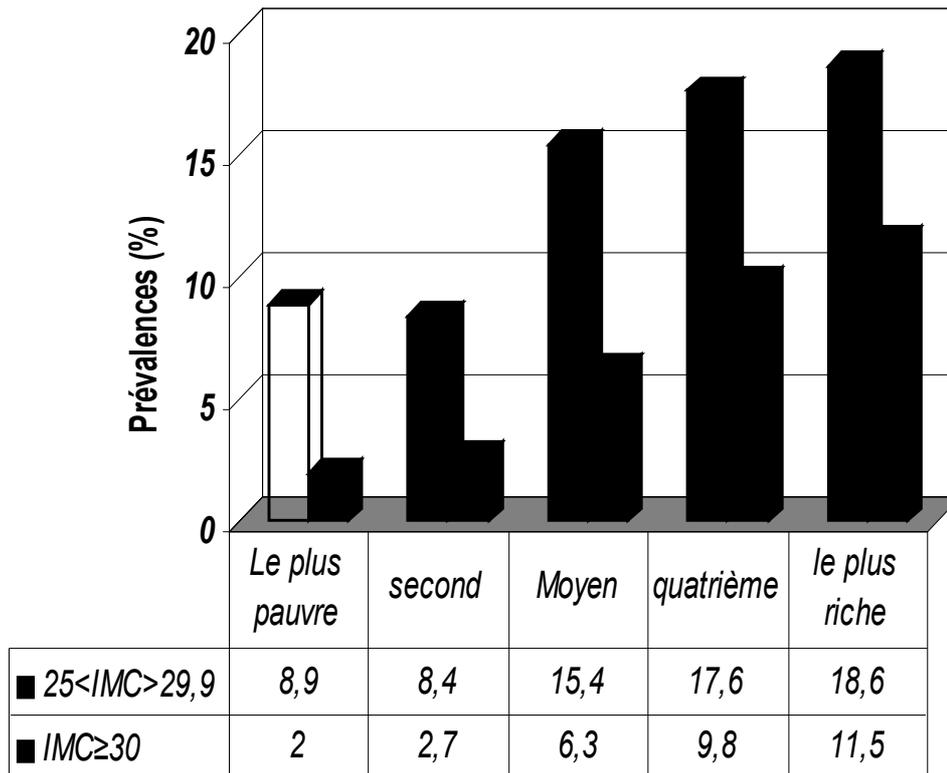


Figure 5 : Prévalence du surpoids et de l'obésité suivant le niveau socio-économique.

Au niveau du quintile le plus pauvre, les prévalences de surpoids et d'obésité sont relativement faibles (8,9% et 2%). Par contre, dans le quintile le plus riche, elles avoisinent celles des pays développés ; 18,6% de surcharge pondérale et 11,5 % de femmes obèses.

Dans notre étude, nous nous intéressons au phénomène de transition nutritionnelle et par conséquent à l'évolution dans le temps de l'obésité et du surpoids. Alors, nous avons eu recours à trois enquêtes effectuées respectivement en 1986, 1996 et 2003. Leur utilisation est intéressante et se justifie pour trois raisons :

- Les trois études ont été faites sous l'égide de la même structure ; il s'agit de l'ORSTOM qui est devenu l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement)

- Les trois études ont été faites dans la même zone géographique ; Pikine, une banlieue de Dakar
- L'intervalle de temps entre les trois études est tout à fait satisfaisant

La figure 6 suivante résume les résultats obtenus lors de ces trois enquêtes.

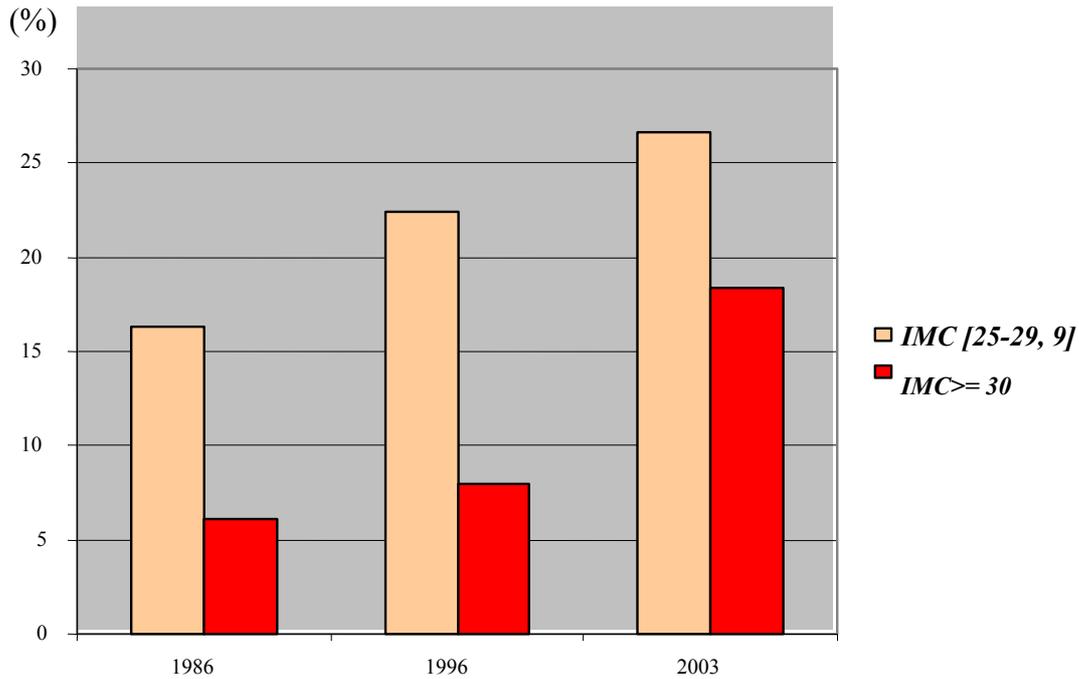


Figure 6 : Evolution de l'Obésité et du Surpoids en milieu périurbain sénégalais.

L'enquête de 1986 réalisée auprès de 2257 mères de Pikine âgées de 16 à 45 ans et ayant au moins un enfant de moins de 5 ans avait déjà montré des prévalences de surpoids et d'obésité très élevées ; respectivement 16,3% et 6,1% (Maire et al., 1992). Déjà, les auteurs avaient attiré l'attention sur la nécessité d'élaborer « une politique d'éducation adaptée ».

En 1996, on observe une augmentation substantielle. Le surpoids passe de 16,3% à 22,4% soit une augmentation de 6,1% (ORSTOM., 1997). Même avec de tels chiffres, il n'a été noté aucune réactivité des décideurs. Les données les plus récentes de 2003 indiquent des prévalences plus que préoccupantes ; 26,6% des femmes de Pikine âgées de 20 à 50 ans ont des problèmes de surcharge pondérale, 18,6% souffrent d'obésité (Holdsworth., 2004). En 18 ans, la prévalence du surpoids a presque doublé et celle de l'obésité est passée du

simple au triple. Malgré cela, la prévention et la lutte contre l'obésité ne figurent toujours pas dans l'agenda des décideurs alors que les implications sont de plusieurs ordres.

L'obésité est une maladie multifactorielle. Suivant les milieux, certains facteurs peuvent être plus déterminants que d'autres. Qu'en est-il au Pays de la Téranga¹⁹ ?

IV-3.3. Analyse de quelques facteurs favorisant l'obésité au Sénégal

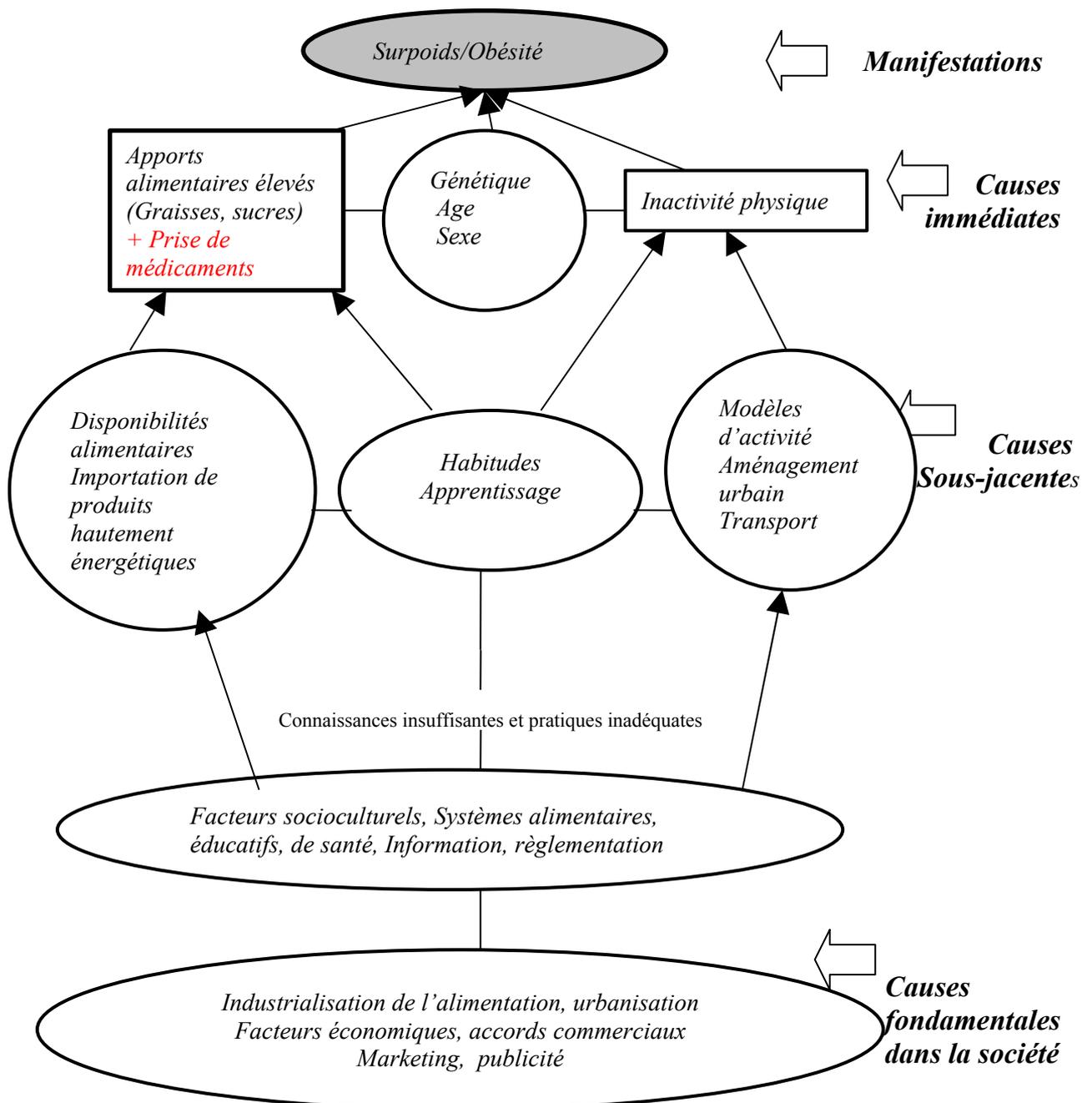


Figure 7 : Modèle causal hypothétique du surpoids et de l'obésité au Sénégal

¹⁹ Pays où l'hôte est roi

Source : D'après un schéma de F. Delpeuch.

Les facteurs déterminants ou favorisant le surpoids et l'obésité peuvent être de deux sortes. Les facteurs comme la génétique, l'âge, le sexe et ne sont pas modifiables. Par ailleurs, on évoque de plus en plus l'alimentation fœtale et infantile comme déterminants significatifs de l'obésité à l'âge adulte. D'où la nécessité d'envisager une action intégrée de lutte contre le double fardeau de la malnutrition.

Les autres facteurs par contre sont largement déterminés par la culture, les comportements, l'environnement et les conditions socioéconomiques. Leur étude permettra d'orienter les actions et les ressources souvent faibles vers les facteurs les plus modifiables tels que l'alimentation et l'activité physique qui constituent également les facteurs de risques de première importance (FAO/OMS., 2003).

IV-3.3.1. Les facteurs socioculturels et la perception de la corpulence

Ils sont déterminants et par conséquent constituent le principal obstacle à la lutte contre l'obésité.

Dans un pays à faible revenu comme le Sénégal encore éprouvé par la dénutrition, le surpoids et l'obésité sont considérés comme signe d'opulence mais aussi de réussite sociale, d'épanouissement, de bien-être, de forte personnalité, de sociabilité et d'amabilité (Holdsworth., 2004). La "maigreur" est perçue comme une maltraitance de la femme, la pauvreté du couple, des soucis, des problèmes conjugaux...

Certains hommes sont dans la même logique. Ils pensent que la société va voir en la corpulence de leurs épouses leur statut socio-économique et leur qualité de bon mari. Quelques temps après de mariage d'une fille, sa famille commence à faire des supputations. Le mari est jugé sur la corpulence de la femme ; il sera bien vu par sa belle famille si on constate un gain de poids visible à l'œil. Par contre on commence à se poser des questions quand il n'y a aucun changement dans ce sens.

Ainsi, au Sénégal, le surpoids est désiré et recherché par tous les moyens. Cela peut aller d'une modification de régime alimentaire à une prise de médicaments.

Le "fondé²⁰" est très prisé la nuit par les femmes qui recherchent la rondeur. La cyproheptadine, à l'origine un médicament antiallergique, a un effet secondaire très particulier, il augmente l'appétit, et fait donc grossir. Elle se retrouve sous des noms aussi bizarres les uns que les autres : Alpha Appeti, Bon appétit, Vita Appeti, Super Appeti, "domou gnaye²¹" vendus à des coûts très bas, 200 à 250 FCFA la boîte.

²⁰ Bouillie à base de farine de mil

²¹ Voulant dire littéralement en wolof (langue nationale sénégalaise) bébé de l'éléphant.

Depuis 1992, le concours de Diongoma, avec une gagnante qui peut faire 111cm de tour de poitrine, 92 cm de tour de taille, 143 cm de tour de hanche (Cadasse., 2003) prend le contre-pied du concours de miss Sénégal pour monter l'image de la "vraie" femme sénégalaise.

IV-3.3.2. Les facteurs alimentaires

Nous tenterons d'étayer nos propos en utilisant des chiffres et des éléments de rapports officiels, enquêtes de terrain, de mémoires et de sites tels que celui de la FAO, l'OMS ; l'ORSTOM ou IRD.

Avec les phénomènes de mondialisation et d'urbanisation, les régimes alimentaires traditionnels à base de produits locaux (mil, maïs, tubercules...) laissent la place à une alimentation de plus en plus tournée vers des produits importés (riz, blé, pommes de terre) et vers des produits plus riches en graisse et en sucre libre. (Maire et al. 1992). Les modèles de consommation alimentaire en milieu urbain sénégalais s'éloignent de plus en plus des styles alimentaires traditionnels (Ndoye., 2003). En effet, ces dernières années, on constate d'importantes modifications au niveau de la consommation. L'origine et la nature des aliments ont bien changé (Ndiaye et al. 1988). Il en est aussi de même des comportements alimentaires.

▪ Consommation d'huile et de sucre

L'enquête FRAT (Fortification Rapid Assessment Tool) menée du 20 juin au 10 juillet 2005 auprès de 827 femmes en âge de procréer et de 827 enfants de 12 à 59 mois a révélé une consommation très élevée d'huile et de sucre. Les quantités médianes d'huile industrielle et de sucre consommées au cours des 24h par les enfants étaient respectivement de 9,8 g/j et 12,0 g/j contre 48,6 et 37,4 g/j chez les femmes en âge de procréer.

▪ Comportements alimentaires

Dans la banlieue dakaroise, près de 50% des femmes « avouent manger entre les repas » : fruits, pain, glaces, bonbons, chocolat, gâteaux, omelette etc. (Landais., 2003). Cette même étude a montré que 34.0% de ces femmes qui grignotent entre les repas sont en surpoids. L'alimentation hors domicile encore appelée alimentation de la rue, répondant souvent à un rythme de travail et à des difficultés de transport, gagne de plus en plus de terrain et favorise le recours au fast-food (pizza, « chawarma »...) très riche en matières grasses.

▪ Diminution de la part des céréales dans les disponibilités énergétiques alimentaires (DEA)

La part des céréales dans les disponibilités énergétiques alimentaires a beaucoup diminué (Figure 8).

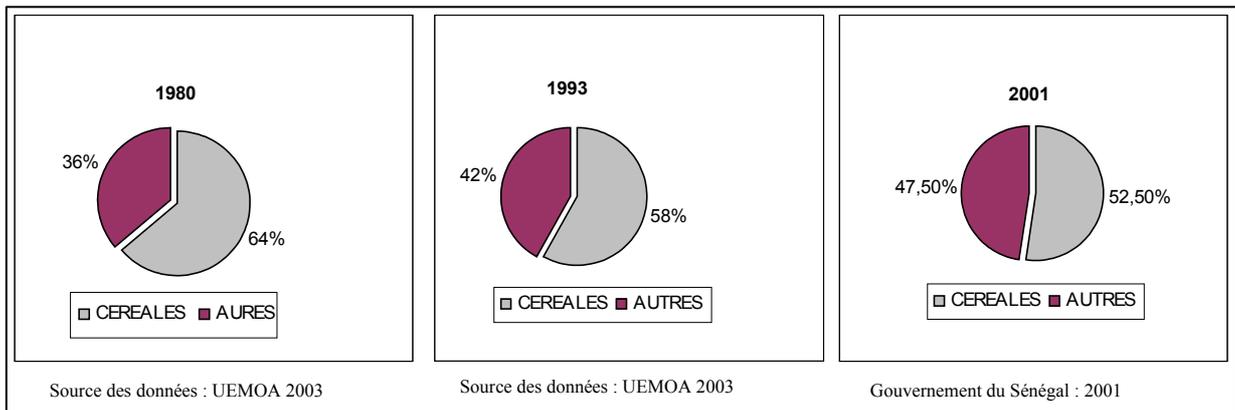


Figure 8 : Evolution de la part des céréales dans les DEA au Sénégal.

En 1980, la part des céréales dans les DEA était de 64%. Il y avait une forte consommation de céréales locales notamment le mil et le sorgho. En 1993, elle passe à 58% ; et en 2001, la part des céréales dans les DEA se situe entre 50 et 55%. Si on pouvait la maintenir à ce niveau et ainsi éviter encore une diminution ce serait "l'idéal" c'est-à-dire parfaitement en phase avec les recommandations nutritionnelles.

Cette situation traduit de profondes modifications au niveau de la consommation alimentaire avec de plus en plus une forte importation de produits alimentaires.

- **Importations de produits alimentaires hautement énergétiques**

Le Sénégal, à l'instar de tous les pays du Sahel, est en déficit vivrier. Par conséquent on note une forte importation de certains produits alimentaires (Figure 9) qui en plus sont hautement énergétiques et sont tout à fait différents des aliments consommés traditionnellement.

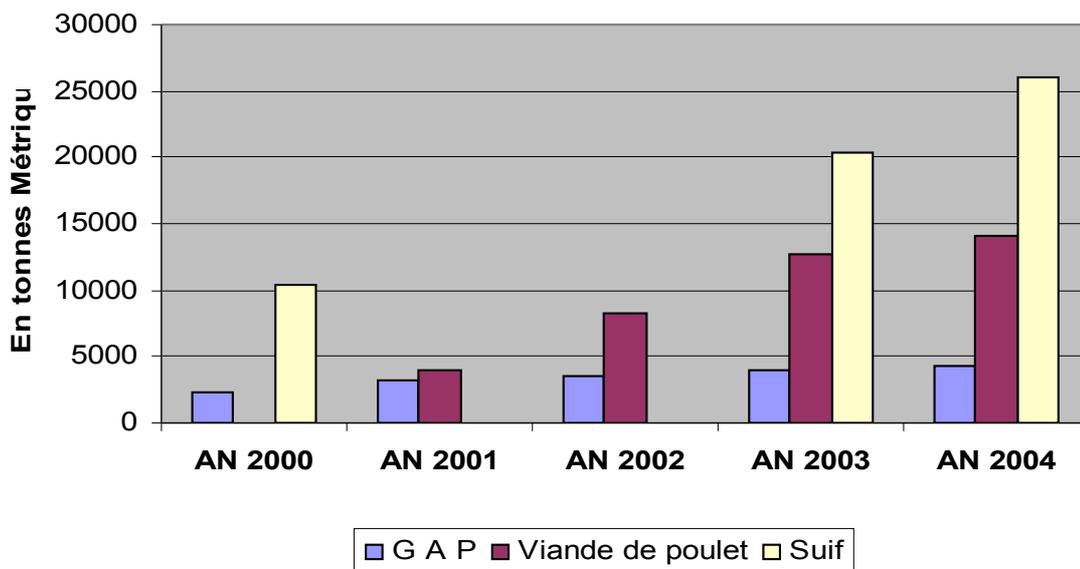


Figure 9 : Evolution des importations de produits hautement énergétiques en tonnes métrique
Source : D'après les données de la FAO²²

Entre 2000 et 2004, les importations en graisses alimentaires préparées (GAP) sont passées de 2366 tonnes à 4341 tonnes, soit presque le double. Une évolution plus importante est observée avec l'importation de cuisses de poulet (essentiellement composées de graisses donc en acides gras saturés) : 3953 tonnes en 2001 contre 14 051 tonnes en 2004

L'industrie alimentaire est de plus en plus présente au Sénégal ; le suif est de plus en plus demandé. Les importations en 2000 se chiffraient à 10 349 tonnes. Elles ont doublé en 2004 avec 26 005 tonnes.

IV-3.3.3. La sédentarité ou l'inactivité physique

On note de plus en plus une sédentarité de la femme urbaine maintenant habituée à se reposer sur leurs bonnes ou employées de maison (Nankasse., 2003). Ce sont ces dernières qui sont chargées de faire toutes les tâches : faire la lessive, la vaisselle, préparer les repas, balayer, astiquer les carreaux... (Dial et coll., 2003). En effet, près d'un ménage sur trois dispose d'une employée de maison (Preira., 2004) et près de 85% des femmes reçoivent une aide pour les tâches ménagères (Landais., 2003).

Les travaux domestiques sont allégés par l'utilisation d'appareils électroménagers. L'aménagement urbain et le réseau de transport urbain ne favorisent pas non plus une activité physique des populations ; notamment des femmes.

IV-3.3.4. L'urbanisation

L'urbanisation est un facteur favorisant l'obésité et les MNTA en ce sens qu'elle entraîne un changement au niveau des comportements alimentaires et des modes de vie. La population urbaine augmente très rapidement ; elle est estimée à 4.120.375 habitants sur une population de 10.127.809 habitants ; soit un taux d'urbanisation de près de 41%. Il existe une corrélation positive entre le taux d'urbanisation des régions du Sénégal et les prévalences de surpoids et d'obésité comme le montre la figure suivante.

²² <http://www.fao.org/es/ess/top/country.html?lang=fr&country=195&year=2005>

Obésité et surpoids suivant le taux d'urbanisation des régions du Sénégal

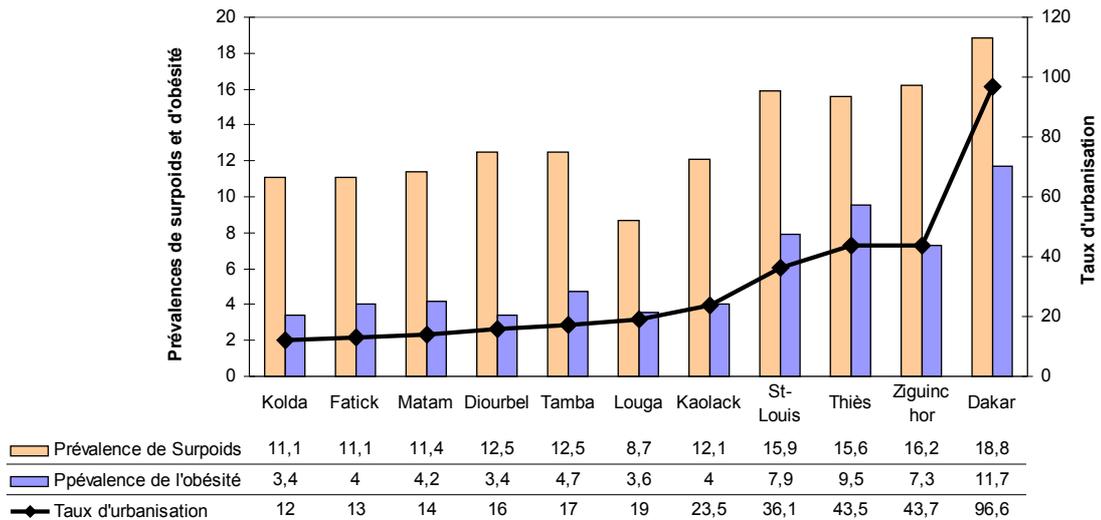
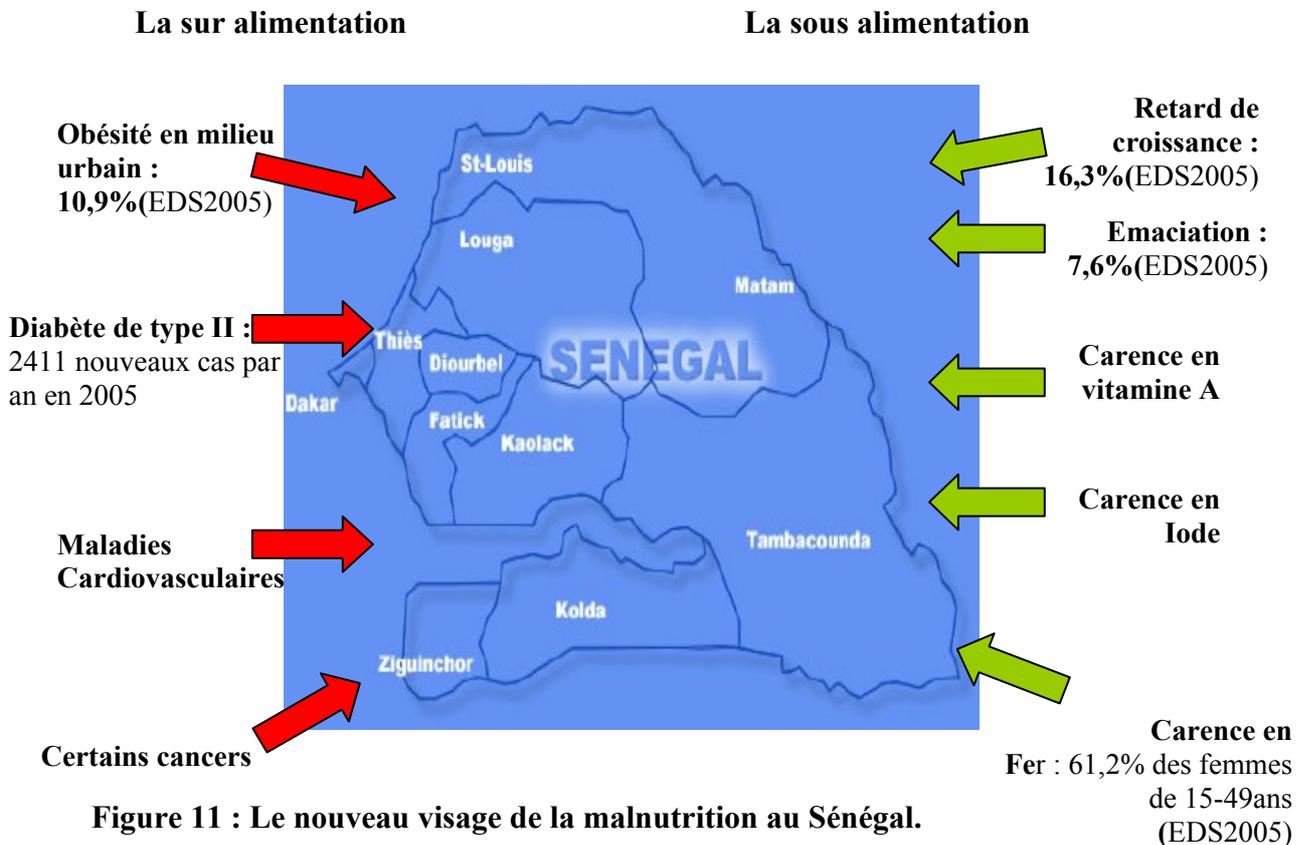


Figure 10 : Obésité et surpoids suivant le taux d'urbanisation des régions du Sénégal.

A partir d'un taux d'urbanisation de 36%, les prévalences de surpoids et d'obésité sont particulièrement élevées, les maxima étant atteints à Dakar, région qui présente aussi le plus fort taux d'urbanisation.

Ce diagnostic situationnel de l'état nutritionnel du pays révèle la transition en cours dans le pays qui par conséquent doit faire face au double fardeau de la malnutrition (Figure 11).



Vues les nombreuses actions menées au Sénégal dans la lutte contre la malnutrition par carence et devant l'absence pour le moment de réactivité devant l'augmentation du surpoids et de l'obésité, nous allons proposer à notre gouvernement via le ministère de la santé et de l'hygiène publique, un projet pilote de lutte contre l'obésité.

***CHAPITRE V : PROPOSITION D'UNE
STRATEGIE DE COMMUNICATION
POUR LA PREVENTION DE L'OBESITE
EN MILIEU URBAIN DAKAROIS***

Il s'agira ici de choisir une région du Sénégal pour mener le projet en phase pilote. Nous choisirons la région de Dakar pour plusieurs raisons. C'est la région la plus touchée par le phénomène et la plus urbanisée. Des études ont déjà été faites dans sa banlieue et par conséquent les données sont disponibles ; ce qui permettra de mesurer l'impact de notre intervention. L'évaluation de cette phase pilote qui durera 4 ans permettra d'envisager son extension au niveau national.

V-1. Le cadre du projet

V-1.1. Situation démographique de la région de Dakar

Elle constitue la pointe la plus avancée du continent africain vers l'Océan Atlantique. Ce qui en fait une presqu'île limitée au nord, à l'ouest et au sud par l'océan atlantique. La seule ouverture sur le continent se trouve vers l'est (figure 12).

Divisée en 4 départements (Dakar, Guediawaye, Pikine et Rufisque), elle s'étend sur une superficie de 547 km² soit seulement 0,3 % du territoire national pour 2 437 776 habitants ; ce qui se traduit par une densité de 4292 hbts /Km²²³.

²³ Direction de la Prévision et de la Statistique, Résultats préliminaires du troisième recensement général de la population et de l'habitat du Sénégal de 2002

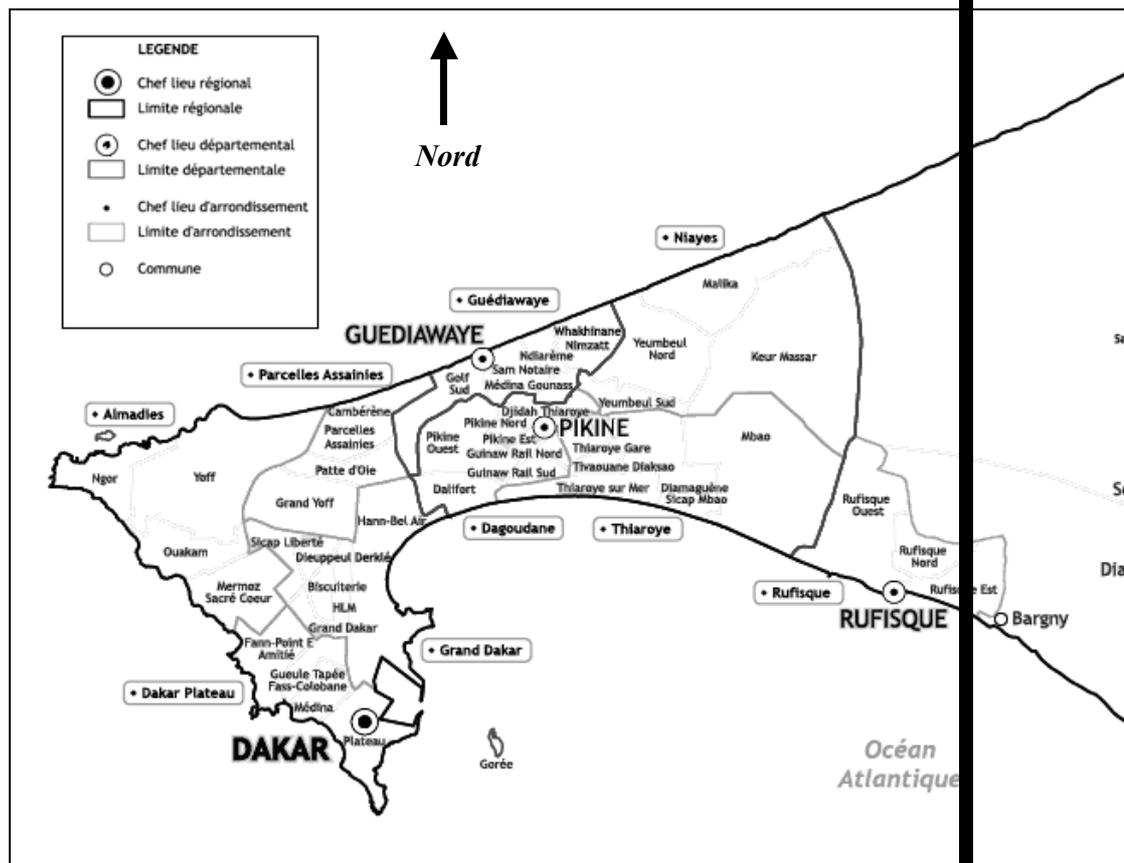


Figure 12 : Carte géographique de la région de Dakar

Avec un taux d'accroissement annuel des flux migratoires de 4% la région de Dakar se caractérise par une très forte urbanisation; 97%. Seul le département de Rufisque abrite une zone rurale avec les communautés rurales de Sangalkam et de Yène.

V-1.2. La situation nutritionnelle de Dakar par rapport au niveau national

L'analyse de la situation nutritionnelle de la population dakaroise permettra si besoin en est encore de justifier pourquoi le projet pilote est mené à Dakar.

NB : Toutes les données que nous utilisons ici sont issues de l'EDS IV de 2005.

☞ **Allaitement maternel**

Tableau IX : Durée médiane de l'allaitement au sein (en mois)

	Allaitement au	Allaitement exclusif	Allaitement au sein
--	----------------	----------------------	---------------------

	sein	au sein	prédominant
Dakar	18,4	2,1	5,0
Sénégal	20,1	1,1	5,5

Dans l'ensemble il apparaît une diminution de la durée de l'allaitement maternel en région. Cette situation peut s'expliquer par le travail des femmes. La femme urbaine en général et la femme dakaroise en particulier est de plus en plus présente sur le marché du travail.

☞ Consommation de micronutriments chez les enfants

Tableau X : Consommation en vitamine A et en sel iodé

	Consommation de fruits et légumes riches en vitamine A (%)	Part des enfants vivant dans les ménages utilisant du sel adéquatement iodé (%)
Dakar	44,4	66,2
Sénégal	38,1	35,3

La consommation en micronutriments à Dakar est plus importante par rapport au niveau national. Cette différence notable peut s'expliquer par une plus grande diversité alimentaire dans la capitale.

☞ Carence en fer chez les enfants

Tableau XI : Prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants âgés de 6-59 mois

	Anémie	Formes d'anémies		
		Légère Hb 10-10,9 g/dl	Modérée Hb 7-9,9 g/dl	Sévère Hb < 7 g/dl
Dakar	68,8	14,6	48,7	5,5
Sénégal	82,6	20,2	55,0	7,4

La situation est encore une fois relativement plus favorable pour Dakar.

☞ **Etat nutritionnel général chez les enfants**

Tableau XII : Pourcentage d'enfants (< 5 ans) malnutris

	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge	
	% en dessous de -3 ET	% en dessous de -2 ET	% en dessous de -3 ET	% en dessous de -2 ET	% en dessous de -3 ET	% en dessous de -2 ET
Dakar	3,0	8,5	0,4	5,7	1,6	9,7
Sénégal	5,3	16,3	0,8	7,6	3,0	17,3

Comme pour les autres indicateurs nutritionnels, l'état nutritionnel général des enfants de moins de cinq ans est moins préoccupant en région. Une meilleure disponibilité des aliments et un plus fort pouvoir d'achat dans la capitale sénégalaise pourraient être des facteurs explicatifs. Qu'en est-il chez les adultes ?

☞ **Carence en fer chez les femmes**

Tableau XIII : Prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes

	Anémie	Formes d'anémies		
		Légère Hb 10-10,9 g/dl	Modérée Hb 7-9,9 g/dl	Sévère Hb < 7 g/dl
Dakar	51,6	30,1	18,2	3,3
Sénégal	59,1	37,4	18,8	2,9

Les prévalences sont sensiblement les mêmes. Il serait d'ailleurs utile de noter que l'anémie ferriprive sévère est plus importante à Dakar qu'au niveau national.

☞ **Etat nutritionnel général des femmes**

Tableau XIV : Prévalences exprimant l'état nutritionnel des femmes suivant l'IMC (Kg/m^2)

	Moyenne IMC	IMC<18,5	18,5<IMC<24,9	25<IMC<30	IMC>30
Dakar	23,2	17,4	52,1	18,8	11,7
Sénégal	18,2	18,2	59,9	14,6	7,2

Le tableau XIV montre très clairement que la capitale du Sénégal est en prise avec le surpoids et l'obésité. Cependant, les prévalences d'IMC inférieurs à 18,5 sont également très élevées. Cela confirme la double charge de la malnutrition au Sénégal notamment à Dakar. Par conséquent, l'intervention que nous mettrons en place en tiendra compte.

V-2. Les objectifs de la communication

Notre objectif général de communication

Sensibiliser la population et les acteurs (professionnels et décideurs) aux enjeux du double fardeau de la malnutrition et aux bienfaits d'une alimentation saine et d'un mode de vie actif.

Les objectifs spécifiques seront :

- Informer les femmes sur les dangers d'une consommation excessive d'huile et de graisse
- Valoriser la consommation de fruits et de légumes en tant que produits favorables à la santé en général et à la prévention des MNTA en particulier
- Sensibiliser les populations sur les bienfaits de l'activité physique
- Informer les populations sur les liens entre l'alimentation et les MNTA
- Promouvoir le dialogue entre les différents acteurs

V-3. Les principes d'action

Globalité ; les causes de la malnutrition et de l'obésité étant multifactorielles, il faut en tenir compte dans le choix des stratégies et des actions à mener

Cohérence ; la cohérence des actions est essentielle dans ce contexte de coexistence malnutrition protéino-énergétique et obésité

Approche participative, il est essentiel d'impliquer tous les acteurs notamment les populations dès le début de la conception et de l'élaboration de la stratégie

Précocité, l'obésité et les maladies chroniques évoluent de manière exponentielle et risquent d'ébranler notre système de santé déjà surchargé par les maladies infectieuses et les maladies de carences. Il faut donc agir de manière préventive.

Equité, le projet se doit de favoriser une plus grande justice sociale.

Décentralisation, pour sa mise en œuvre et l'atteinte de ses objectifs, le programme a besoin d'être relayé au niveau régional en tenant compte des spécificités locales

Responsabilisation, pour assurer la pérennité du projet.

V-4. Les types de communication

Selon l'idée de la FAO que nous partageons, « une stratégie de communication pour la nutrition doit prévoir des interventions synergiques relevant de la communication sociale, de la communication éducative et de la communication institutionnelle ».

Ces trois principaux types de communication seront développés pour appuyer les différentes activités de notre stratégie multimédia.

1. **Communication sociale** ; elle sera utilisée pour répondre à des objectifs d'informations générales destinées au grand public (femmes, enfants, adolescents, hommes). Elle permettra la sensibilisation de la société et favorisera l'information interactive. Enfin, elle facilitera la mobilisation autour des activités du projet. Elle utilisera la radio, la télé, la presse écrite, l'affichage, le théâtre...

2. **Communication éducative** ; elle va aider au transfert des connaissances et de savoir faire. Elle prendra la forme de séances d'animation, de démonstrations culinaires, d'affiches, de brochures...
3. **Communication institutionnelle**, elle permettra une communication interne (entre les personnes qui pilotent le projet) et une communication entre les différents partenaires.

V-5. Les cibles de la communication

- **Les femmes** en priorité. Pièces maîtresses des interventions en nutrition, elles constituent la cible primaire de notre stratégie car ce sont elles qui sont les plus touchées par l'obésité et le surpoids. Aussi, dans notre société, pour des considérations socio anthropologiques, elles ont exclusivement en charge l'achat des aliments et surtout la préparation des repas pour toute la famille.
- **Les enfants et les adolescents** en général et particulièrement les élèves. Ils constituent une cible facile à atteindre avec un programme scolaire qui donne une plus grande place à la nutrition dans les enseignements de base. Il est unanimement reconnu qu'il est plus facile de changer un comportement chez un enfant que chez l'adulte.
- **Les hommes** constituent une cible très importante souvent négligée dans les programmes de nutrition au Sénégal. Pourtant, ils prennent les principales décisions au niveau du foyer, imposent leurs points de vue et en particulier en ce qui concerne "l'image de la femme". Pour ces raisons et pour d'autres leur implication est également essentielle pour l'atteinte de nos objectifs.

- **Les décideurs ou autorités politiques** devront appuyer la stratégie pour son acceptation, son financement et donc sa mise en œuvre.
- **Les leaders d'opinions** sont des personnes de la communauté qui ont une certaine influence sur les opinions des autres. Leur contribution sera d'une importance capitale.
- **Les enseignants**, en contact quasi permanent avec les enfants, sont en même temps des modèles pour eux.

Par ailleurs, pour chacun de nos axes stratégiques nous définirons les publics cibles spécifiques.

V-6. Les canaux et supports de la communication

Pour l'atteinte des objectifs de communication et au-delà des objectifs nutritionnels, il est indiqué de bien choisir les canaux et les supports de communication à partir de leurs utilisations par les publics. Il n'y a pas un canal qui est meilleur que les autres et qui, à lui seul, permettrait de changer des comportements ; chacun présentant des avantages et des inconvénients. Il s'agira plutôt de voir comment obtenir une combinaison optimale des canaux de communication pour atteindre les objectifs fixés.

Comme canal nous aurons recours à :

- la leçon à l'école
- la radiodiffusion
- la télédiffusion
- l'Internet
- le théâtre populaire
- les associations de femmes
- les ASC (Associations Sportives et Culturelles)
- les leaders d'opinion

Les supports utilisés seront :

- la radio
- la télé
- les affiches
- les brochures
- les notes d'information
- la lettre électronique
- le bulletin de liaison
- les dépliants
- les diapos
- les boîtes à images

V-7. Les Messages à faire Passer

Il s'agit ici de donner des messages à titre indicatif. Les messages seront élaborés par un groupe pluridisciplinaire et feront l'objet de pré-test avant d'être validés.

1. Envers les décideurs

- 👉 *L'OBÉSITÉ EST UN PROBLEME DE SANTÉ PUBLIQUE DANS NOTRE PAYS*
- 👉 *UNE BONNE RÉACTIVITÉ FACE À L'ÉPIDÉMIE D'OBÉSITÉ PERMETTRA DE RÉDUIRE LE DIABÈTE ET BEAUCOUP D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES TRÈS COÛTEUSES.*

2. Envers les populations

- 👉 *UNE ALIMENTATION SAINTE ET UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE SONT LES CLÉS DE LA BONNE SANTÉ.*
- 👉 *LES FRUITS ET LES LÉGUMES PROTÈGENT DES MALADIES GRAVES COMME L'OBESITÉ, LE DIABETE L'HYPERTENSION ET LES CANCERS.*

👉 *MANGEONS MOINS DE SUCRE DE SEL ET DE GRAISSE POUR PRÉSERVER NOTRE SANTÉ.*

V-8. Les axes stratégiques

V-8.1. Plaidoyer auprès des décideurs : Promotion Santé-Nutrition

Axe stratégique 1 :

Plaidoyer auprès des décideurs : Promotion santé Nutrition

L'obésité et les autres MNTA étant des maladies chroniques ; le principal enjeu est de convaincre les décideurs politiques des effets à long terme s'ils négligent la prévention et le contrôle de ces pathologies. Il va falloir trouver des arguments. Notre action de plaidoyer sera aussi élargie aux élus locaux et aux professionnels.

Objectif général

Amener les décideurs à redéfinir les priorités en matière de Nutrition- Santé

Objectifs Spécifiques

- Elaborer une Politique Sénégalaise de Nutrition Santé (PSNS) donnant la place qui lui revient à la prévention de toutes les maladies chroniques
- Rendre opérationnel l'enseignement de la nutrition à l'école
- Encourager les élus à soutenir la promotion de l'activité physique à travers les équipements de salles de sports et les aménagements urbains
- Rechercher un financement pour le projet

Justification

Depuis le 8 septembre 2000 avec l'adoption à New York de la « déclaration du millénaire » par l'Assemblée Générale des Nations Unies, les politiques des 191 pays signataires dont le Sénégal, n'ont qu'un seul mot d'ordre ; l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD. La promotion de la prévention de l'obésité et au-delà des MNTA se situe dans ce contexte même si cet enjeu n'est pas explicitement inclus comme tel dans les OMD. Et pourtant, les liens entre les MNTA et les OMD notamment ceux concernant la pauvreté, la santé des enfants et des femmes ne sont pas difficiles à établir :

- Les maladies chroniques causent l'appauvrissement des populations (les coûts des soins de santé, les pertes de revenus découlant de l'incapacité, les pertes de revenus dues à l'incapacité, le paiement des traitements des membres de la famille) et par conséquent entravent le développement économique des pays.
- Les coûts économiques de l'obésité représenteraient au moins 2 à 7% des coûts de santé. Sur un budget d'environ 47 milliards de FCFA²⁴ en 2005, l'obésité pourrait absorber 938 millions à 3,3 milliards.
- La prise en compte des maladies transmissibles en négligeant les maladies non transmissibles aura pour effet de favoriser la croissance de ces dernières qui risquent à long terme d'épuiser les ressources consacrées aux maladies transmissibles et à la santé maternelle et infantile.

Ces trois facteurs mettent en péril l'atteinte des OMD. D'autres arguments vont aussi dans le sens de la nécessité de mener des actions de prévention du surpoids et de l'obésité.

- Les actions de promotion de la santé et les mesures de prévention auront des effets qui iront bien au-delà de l'obésité : un régime alimentaire sain et une

²⁴ *Budget du ministère de la santé du Sénégal en 2005*

amélioration de l'activité physique quotidienne auront également des effets sur le DNID, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers.

- Les MNTA telles que le diabète prélèvent une part toujours plus importante des budgets nationaux de la santé et elles constituent un poids supplémentaire pour les budgets de santé déjà très faibles.

Cibles

- Décideurs politiques
- Elus
- Professionnels de la nutrition et de la santé

Les activités prévues

Les activités de plaidoyer commenceront à partir d'Août 2007 sous forme de réunions d'information ou de concertation, de séminaires, d'ateliers de travail et de Journées de réflexion. Le premier événement sera un atelier qui aura pour thème '**Nutrition Santé, Economie et Développement**'. Il réunira des représentants du Ministère de la Santé et de la prévention, ceux du Ministère de l'Economie et des finances, le ministère de l'agriculture, le ministère de l'Education, le ministère des communications, les représentants de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM), des experts de la transition nutritionnelle, l'IRD, des organismes notamment l'OMS, l'UNICEF, le PAM... Les recommandations seront formulées et permettront de définir un agenda de toutes les activités.

Calendrier

Du 01/01/08 au 30/06/08

V-8.2. Organisation des assises dakaroises sur la nutrition

Axe stratégique 2 :

Organisation des assises dakaroises sur la nutrition

Objectif général

L'objectif général de ces assises est d'amener les acteurs à avoir une meilleure appréciation de l'état nutritionnel, des habitudes et comportements alimentaires, du niveau d'activité des populations de la région et de leurs facteurs déterminants.

Objectifs opérationnels

- Instaurer un dialogue entre les différents acteurs
- Redéfinir les priorités en matière de Nutrition-Santé dans la région
- S'inscrire dans une démarche participative
- Chercher les solutions au double fardeau de la malnutrition dans la région.

Justification

Quand au niveau national le surpoids et l'obésité s'observent respectivement chez 14,6 % et 7,2 % des femmes de 15 – 49 ans, les prévalences sont de 18,8 % et 11,7 % à Dakar. La dernière EDS de 2005 donne certes des prévalences nationales mais seulement des chiffres chez la femme. On ne sait pas ce qu'il en est chez les enfants ou chez les hommes. Les assises donneront l'occasion aux acteurs de faire le point sur l'alimentation, la nutrition et l'activité physique en région. Nous privilégions cette démarche vues les contraintes d'une enquête nutritionnelle d'envergure nationale (beaucoup de temps pour avoir les résultats et surtout les financements).

Principes

Ce dialogue régional doit obéir à certaines règles :

- **Démocratie** : le dialogue est ouvert à toutes les personnes qui veulent réfléchir sur la

problématique de l'alimentation, de la nutrition et de l'activité physique

p **Transparence** : elle est essentielle pour avoir une bonne lisibilité de toutes les actions

p **Equité** : tous les participants (organisme public, privé, les individualités) auront le même poids.

Tous les points de vue seront respectés.

Les cibles (les participants prédéfinis)

Toutes les personnes qui se sentent concernées par ces problématiques sont invitées mais on compte aussi et surtout sur :

1. Les professionnels de la Santé Nutrition
2. L'agro-alimentaire
3. Les associations de consommateurs
4. Les chercheurs
5. Les élus et décideurs de la région
6. Les enseignants
7. Les journalistes
8. La société civile

Les activités prévues (voir Tableau XV : Planification des activités de communication)

Calendrier : Du 01/07/08 au 31/12/08

V-8.3. Campagnes en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière

Axe stratégique 3 :

Campagnes en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière

Objectif Général

L'objectif général de cette campagne est d'inciter les dakarois en général et les citoyens en particulier, à avoir une alimentation plus saine et à pratiquer une activité physique régulière.

Objectifs spécifiques

- Valoriser la consommation de fruits et de légumes en tant que produits favorables à la santé en général et à la prévention des MNTA en particulier
- Sensibiliser les populations sur les bienfaits de l'activité physique
- Augmenter les connaissances sur l'alimentation, la nutrition et les liens entre régime alimentaire, mode de vie et MNTA

Justification

Cet axe stratégique est très important et constitue le cœur de notre dispositif multimédia. En effet, les habitudes alimentaires sont très difficiles à changer et les populations subissent tous les jours la publicité de produits alimentaires pas forcément bons pour la santé.

Une enquête réalisée à Pikine en 2003 auprès de 301 femmes âgées de 20 à 50 ans montre une faible connaissance des rôles et des effets protecteurs des fruits et des légumes (Holdsworth et al., 2006) :

- 13,3% des femmes savent que la faible consommation de fruits peut contribuer à l'apparition de certains cancers
- 14,6% savent que la faible consommation de légumes peut entraîner l'apparition de certains cancers
- 17,9% savent que la faible consommation de légumes peut entraîner l'obésité.

L'obésité comme facteur de risque des MCV est bien connue : 88,4% savent qu'elle peut engendrer une HTA et 75,4% affirment que l'obésité peut entraîner des problèmes au niveau du cœur. Dès lors, il est prévu de mettre l'accent sur la promotion de la

consommation de fruits et légumes mais les données sur le terrain permettront de décider.

Nous allons nous servir du marketing social utilisant diverses techniques de la communication publicitaire pour amener les populations à faire des choix raisonnés.

Public cible

Tout le grand public.

Activités

- Elaborer des outils d'éducation à la santé sur l'équilibre nutritionnel dans une démarche participative (affiches, brochures...)
- Réaliser des actions locales d'éducation pour la santé sur les lieux de travail, au niveau des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), au niveau des maisons de jeunes etc.
- Diffuser des messages à l'intention du grand public (femme, enfants ; hommes...) des femmes, des enfants.
-

Calendrier

15 Janvier 2009 au 31 décembre 2010

V-8.4. Education nutritionnelle à l'école primaire

Axe stratégique 4 :

Education nutritionnelle en milieu scolaire

Objectif général

L'objectif général de l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire est de promouvoir chez les enfants, l'acquisition de connaissances simples et d'habitudes alimentaires favorables à la santé.

Objectifs spécifiques

- Relever le niveau des connaissances en nutrition chez les élèves.
- Inciter à la consommation de fruits et de légumes
- Encourager la pratique d'un loisir actif

Justification

Les enfants sont plus flexibles que les adultes et leur âge est propice pour l'adoption de saines habitudes de vie et d'alimentation. L'éducation nutritionnelle est reconnue comme un élément incontournable de prévention et de maîtrise des MNTA (Glasauer et al., 1998). L'école peut même constituer une porte d'entrée pour toucher au-delà des enfants, leurs parents et les communautés.

Mais, quoi qu'il en soit, l'éducation nutritionnelle est d'abord familiale d'où l'importance d'intervenir simultanément sur les deux niveaux. Cette démarche évitera de placer l'enfant entre le marteau (scolaire) et l'enclume (familiale).

Au Sénégal l'éducation sanitaire, incluant l'éducation nutritionnelle et l'éducation physique, figure dans le décret N° 79-1165 du 20 Décembre 1979 portant organisation de l'enseignement élémentaire. D'ailleurs c'est le programme officiellement en vigueur malgré l'existence d'un nouveau curriculum en phase d'expérimentation. Alors où est le problème ? Ce volet des programmes scolaires n'est pas appliqué pour deux raisons fondamentales :

- Un manque de formation des enseignants en nutrition
- Un volume très important des programmes qui amène les enseignants à faire des choix ; ils jugent la nutrition moins prioritaire au profit des mathématiques, de l'histoire, de la géographie...

Cible primaire, très accessible, est constituée par les élèves.

Cibles secondaires

- les enseignants
- les parents d'élèves
- les auxiliaires ou agents techniques en nutrition
- la communauté

Activités (voir : Tableau XV : Planification des activités de communication)

Calendrier : 2009/2010/2011

V-8.5. Site web d'information et de communication entre les différents acteurs

Axe stratégique 5 :
Site web d'information et de communication entre les différents acteurs

Objectif général

L'objectif général est de proposer un site Internet d'information et de communication autour de la problématique de l'alimentation, de la nutrition et de l'activité physique.

Objectifs spécifiques

1. Informer les décideurs et les élus sur les réels problèmes de nutrition et les conséquences sur l'état de santé des populations et sur le système des soins
2. Favoriser la communication entre les différents acteurs (nutritionnistes de santé publique, médecins, industrie agro-alimentaire...)
3. Informer le Public sur l'alimentation et le mode de vie sain

Justification

Les technologies de l'Information et de la Communication (TIC) constituent aujourd'hui un élément incontournable dans la

diffusion de l'information et dans la communication. Elles connaissent un essor considérable ces dernières années. Leur utilisation dans la dissémination des informations, l'éducation et la communication par rapport à la problématique de la nutrition se fait aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement (Kolasa., 1998)

Cibles du site

Elles sont de deux ordres :

- les décideurs, les élus et les professionnels
- le grand public de tous âges, de toutes conditions socio-économiques en quête d'information sur la nutrition et l'activité physique

Type de site

Il s'agira donc d'un site d'information et de communication sur la problématique de la nutrition et des MNTA

Contenu du site

Dans un premier temps, le contenu de ce site sera limité à certains thèmes prioritaires tels que :

- Alimentation saine et activité physique
- Allaitement maternel
- Les groupes d'aliments
- L'alimentation du jeune enfant, de l'adolescent...
- Maladies chroniques
- Quiz ou test de connaissance
- Actualité
- Ecoles de formation en Santé Nutrition

Quelques pages du site sont en annexe 3

Calendrier

Le site est lancé le 8 Août 2006

Il sera développé par étape :

- Première étape du développement : la coordonnatrice élabore certains contenus et met le site sous sa première version.
- Deuxième étape : diffusion de l'existence du site et approche participative. Les étudiants de la 10^{ème} promotion du Département Santé de l'université Senghor d'Alexandrie ont été invités à visiter le site, à émettre des critiques et à participer à son développement.

V-9. Les bénéfices Attendus du projet

- Réduction de la prévalence de l'obésité en milieu urbain dakarais
- Augmentation de connaissances sur l'alimentation et la nutrition
- Augmentation des connaissances sur les liens entre régime alimentaire, mode de vie et MNTA
- Changements de comportements alimentaires
- Diminution de la consommation de sucre et de graisse
- Diminution de l'incidence des MNTA notamment du DNID

V-10. Les éventuels partenaires

- Le gouverneur de Dakar
- l'OMS
- la FAO
- l'UNICEF
- l'IRD de Dakar
- La JICA

V-11. Le Suivi - évaluation du projet

Ce point est très important.

L'évaluation sera effectuée au moyen d'une étude quantitative qui va porter sur un échantillon représentatif de la population dakaroise. Au préalable, des activités de suivi permettront de voir comment se déroule la stratégie de communication et de voir si les objectifs fixés seront atteints et éventuellement de faire preuve de flexibilité et de réorienter les actions.

V-12. Le budget prévisionnel / ressources prévues

Il nous est difficile de disposer de données sur les dépenses fixes de la stratégie en termes de coûts de conception, coûts des différentes réunions de concertation, coûts de pré test, de production des messages et des supports, coûts de conception et de mise en ligne du site www.educationnutritionsante.org, coûts des missions de suivi- évaluation, ...

D'après les études internationales, les coûts économiques de l'obésité représenteraient au moins 2 à 7% des coûts de santé (Inserm, 2005). Le dernier annuaire statistique de la santé du Sénégal a révélé des dépenses de santé de 46 938 035 000 FCFA²⁵ en 2005.

Alors, l'obésité pourrait absorber 938 760 700 à 3 285 662 450 FCFA. A titre indicatif, nous estimons que le 1/10 ème de la somme minimale soit 93 876 070 CFA, alloué à notre projet pourrait permettre de diminuer de 10% le surpoids et de stopper la progression de l'obésité en milieu urbain dakarois.

La figure 13 suivante est un sommaire inventaire des différentes ressources du notre projet.

²⁵ Budget du ministère de la santé du Sénégal en 2005

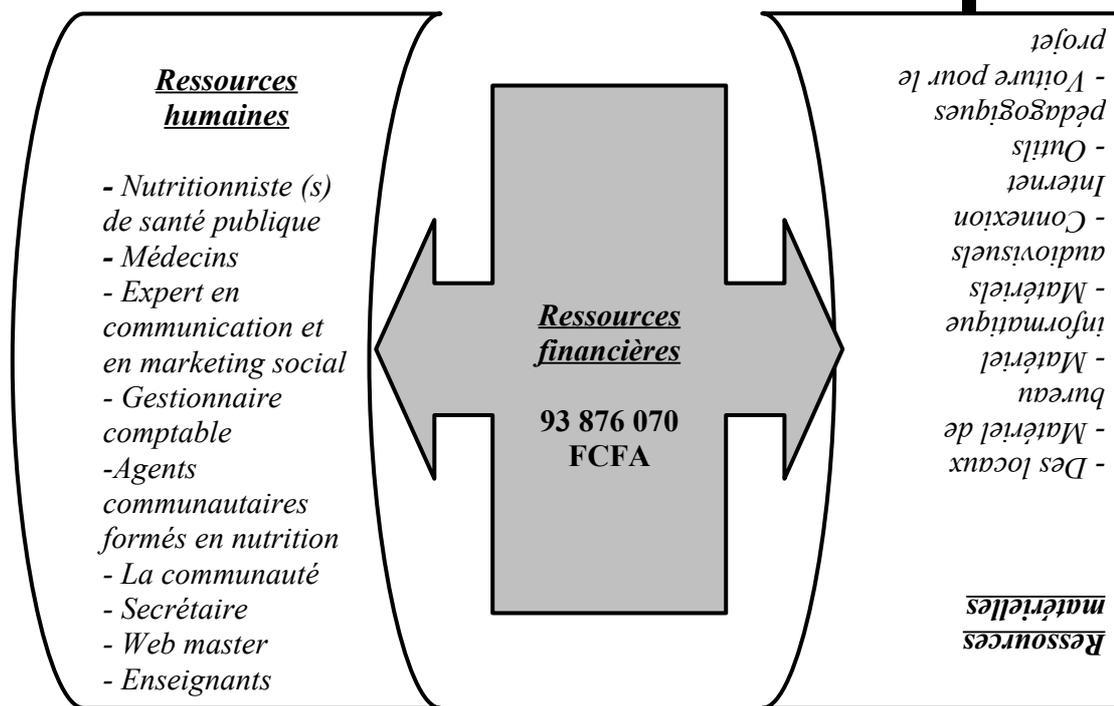


Figure 13 : Inventaire des ressources prévisionnelles du projet

V-13. Le cadre institutionnel du projet

Compte tenu du caractère novateur de notre intervention et de tous les impacts positifs que peut avoir la prévention de l'obésité sur les autres MNTA (DNID, l'HTA, les MCV, cancer...), nous proposerons que notre projet soit rattaché à la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) qui émane du décret présidentiel n° 2001-770 du 5 octobre 2001.

En effet, le cadre institutionnel de mise en œuvre du projet doit être doté de l'autorité et de la compétence nécessaire pour mettre en relation l'ensemble des intervenants dans le champ de l'alimentation et de la nutrition.

V-14. Tableau de planification stratégique du projet

Le tableau XV donne une meilleure lecture des actions qui seront menées dans le cadre du projet. Il donne une vue d'ensemble des activités, des résultats attendus, des indicateurs...

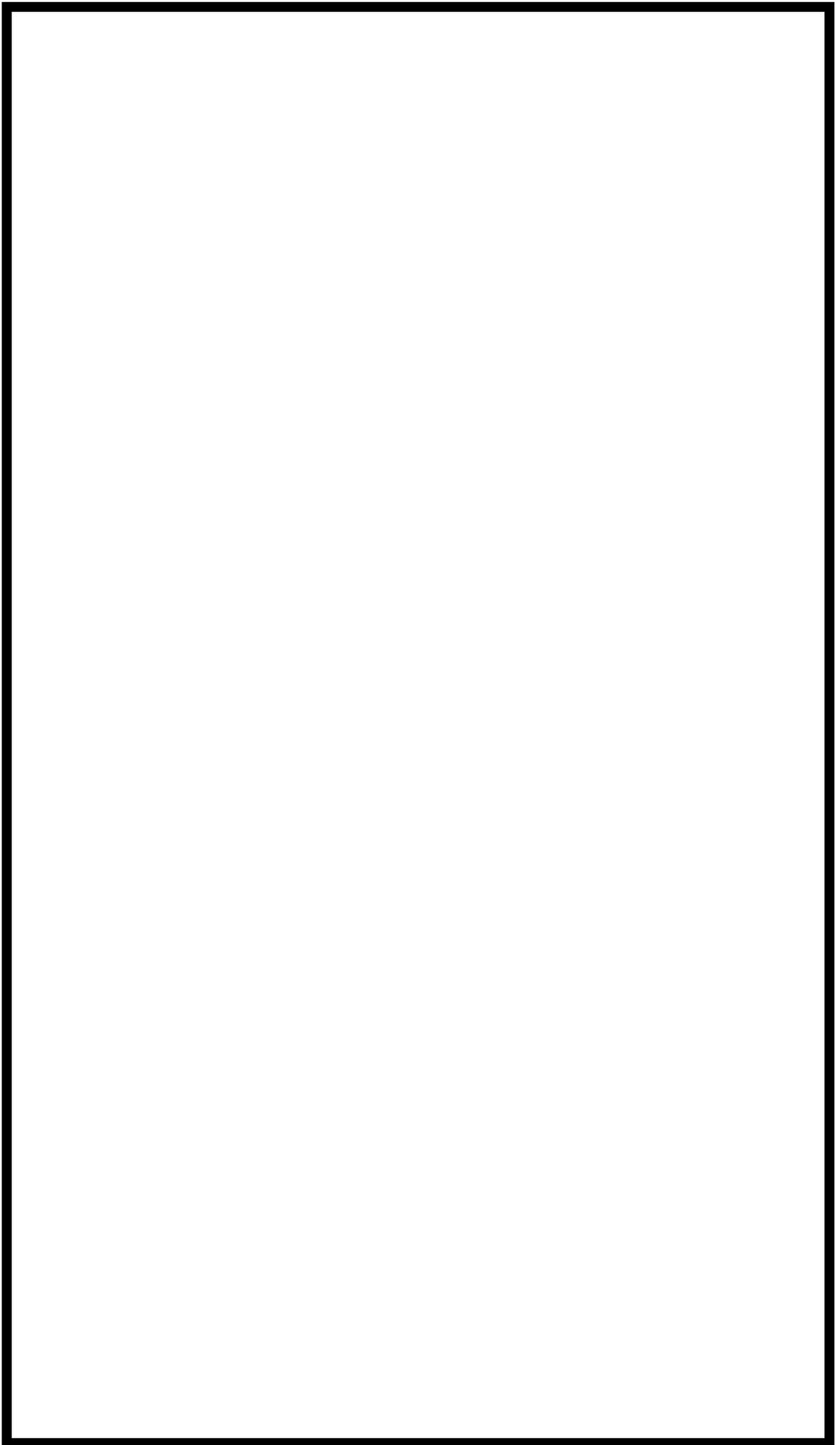


Tableau XV : Planification des activités de communication

Axes stratégiques	Activités	Résultats ou extrants	Indicateurs	Cibles	Ressources nécessaires ou intrants	Obstacles
1. Plaidoyer auprès des décideurs	<ul style="list-style-type: none"> - réunions d'information ou de concertation - Séminaires - Ateliers d'échange - Journées de réflexion - diffusion de liaison et de notes d'information 	<ul style="list-style-type: none"> - Décision et engagement pour l'élaboration d'une Politique Sénégalaise de Nutrition santé PSNS - Financement de la présente stratégie - Intégrer l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires et à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> - existence de la PSNS - montant du financement alloué au projet - quota horaire pour la nutrition dans les programmes scolaires 	<ul style="list-style-type: none"> Décideurs politiques Elus Professionnels de la nutrition et de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutritionnistes de santé publique - Experts en transition nutritionnelle - Médecins - Supports audiovisuel 	<ul style="list-style-type: none"> - priorités des décideurs - Finances - Réticence des décideurs
2. Assises dakaroises sur la nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - mise sur pied d'un comité régional pour l'organisation et la coordination - réunions d'information ou de concertation - Ateliers de travail - Journées de réflexion 	<ul style="list-style-type: none"> - Très grande participation communautaire - Communication entre les différents acteurs - Bonne lecture de la situation nutritionnelle et des spécificités régionales 	<ul style="list-style-type: none"> - nombres de réunions d'information, d'ateliers de travail et de journées de réflexion organisés 	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de la Santé Nutrition - L'agro-alimentaire - Les associations de consommateurs - Les chercheurs - Les élus et décideurs de la région - Les enseignants, - Les journalistes - La société civile 	<ul style="list-style-type: none"> - salle de réunion - matériel de bureau 	<ul style="list-style-type: none"> - Réticence des industries agro-alimentaires

Planification des activités de communication (suite 1)

Axes Stratégiques	Activités	Résultats ou extrants	Indicateurs et indicateurs	Cibles	Ressources nécessaires ou intrants	Obstacles
3. Campagnes en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière	<p>Activités de formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - identification des besoins - formations d'agents relais (obèses, diabétiques et ou hypertendus de préférence) en nutrition et aux techniques de communication <p>Activités médiatiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - conception des messages - pré test des messages - productions de messages - campagne médiatique utilisant la technique du marketing social (spots télé et radio, affichages, distribution de brochures et de dépliants...) - promotion des céréales locales <p>Activités de proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> - témoignages de personnes souffrant de MNTA - mobilisation sociale - visites à domicile - visites sur les lieux de travail - causeries éducatives 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des connaissances sur l'alimentation et la nutrition et les liens entre régime alimentaire, mode de vie et MNTA - Changements de comportements alimentaires (augmentation de la consommation de fruits et légumes, diminution de la consommation de sel, de sucre et de graisse) - Réduction de la prévalence de l'obésité en milieu urbain - Diminution de l'incidence des MNTA - Augmentation de la pratique d'une activité physique régulière 	<ul style="list-style-type: none"> - niveau des connaissances en nutrition alimentation et activité physique - fréquence de consommation de fruits et légumes - prévalence de l'obésité en région - incidence des MNTA - niveau d'activité physique 	<p>Tout le grand public</p> <p>Les femmes Les enfants et les adolescents Les hommes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - spécialiste en communication et en marketing social 	<p>Représentations sociales</p>

Planification des activités de communication (suite 2)

Axes Stratégiques	Activités	Résultats ou extrants	Indicateurs	Cibles	Ressources nécessaires ou intrants	Obstacles
4. Education nutritionnelle en milieu scolaire	<ul style="list-style-type: none"> - formation des enseignants - conception d'un fascicule destiné à l'éducation nutritionnelle - activités pédagogiques autour de l'alimentation et de la nutrition - visite de marché - jardins scolaires 	<ul style="list-style-type: none"> - insertion de contenus de nutrition dans les programmes scolaires - augmentation des connaissances des élèves en nutrition - augmentation de la consommation de fruits et de légumes 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'enseignants formés, nombres d'écoles participantes - niveau des élèves en nutrition - fréquence de consommation de fruits et légumes 	<p>Cible primaire est constituée par les élèves.</p> <p>Cibles secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - des auxiliaires ou agents techniques en nutrition - les enseignants (instituteurs) - les parents d'élèves 	<ul style="list-style-type: none"> - matériels didactiques 	Réticence des enseignants
5. Site web d'information et de communication entre les différents acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - mise en place d'un prototype de site - consultations des professionnels pour son développement 	<ul style="list-style-type: none"> - très grande audience - communication entre les différents acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de connexion hebdomadaire - nombre de souscrits à la lettre électronique 	<ul style="list-style-type: none"> - les décideurs, les élus et les professionnels - le grand public de tous âges, de toutes conditions socio-économiques en quête d'information sur la nutrition et l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel informatique (micro-ordinateur, connexion Internet, imprimante, scanner,) - WEb master 	Accès à Internet pour les populations

V-15. Le calendrier d'exécution du projet

Ce diagramme de Gantt est essentiel pour le projet. Il permettra d'avoir une bonne lisibilité des différentes actions prévues, déjà faites ou qui restent à faire.

Tableau XVI : Calendrier d'exécution

Années Stratégies	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Plaidoyer (sensibilisation des décideurs et des élus)						
2. Organisation des assises dakaroises sur la nutrition						
3. Campagnes en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière						
4. Education nutritionnelle en milieu scolaire						
5. Conception de Site Web d'information et de communication						

CONCLUSION

L'obésité et le surpoids constituent une menace grandissante pour les pays en développement en général et pour les pays africains sub-sahariens en particulier. Les prévalences sont aujourd'hui du même ordre que celles observées dans les pays industrialisés.

Il y a un nouvel enjeu ; le double fardeau de la malnutrition.

Certes, il faut continuer à lutter contre la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments. Pour autant, il ne faut pas négliger les maladies dites de pléthore : obésité, diabète, hypercholestérolémie etc.

En effet, elles sont très coûteuses pour la société et par conséquent risquent de chambouler l'économie de la santé des pays déjà très fragile à cause des maladies infectieuses notamment les infections à VIH / SIDA, le paludisme, la tuberculose ...

Les autorités sénégalaises sont conscientes de la progression des maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Dans la dernière lettre de développement de la nutrition de juin 2006, elles affirment que le pays « doit faire face de plus en plus à l'émergence de pathologies chroniques liées à l'alimentation (obésité, diabète non insulino-dépendant, maladies cardiovasculaires ». Cependant, elles semblent ignorer que le surpoids et l'obésité sont les principaux facteurs de risques des MNTA.

A ce jour et d'après les informations que nous avons, il n'existe aucun programme ou projet de prévention encore moins de prise en charge de l'obésité au Sénégal. Certes, la lutte contre l'obésité et le surpoids ne sera pas facile surtout dans une culture où l'obésité est recherchée par tous les moyens. Mais le devoir d'un Etat n'est-t-il pas de veiller à la bonne santé des populations ?

Nous avons voulu, à travers ce mémoire, jeter les bases de la réflexion sur la problématique de l'obésité et inviter les autorités sénégalaises à avoir une bonne réactivité.

Le projet que nous avons élaboré entre dans ce cadre. Sa réalisation marquera le point de départ de la lutte contre le surpoids et l'obésité au Sénégal.

Il est évident que tout ce travail devra s'inscrire dans une démarche participative pour une plus grande efficacité. Tous les messages seront élaborés par une équipe pluridisciplinaire.

Une seule personne ne peut élaborer encore moins mettre en œuvre un projet de cette nature. Il faudra alors constituer une équipe projet.

Rappelons pour terminer que cette stratégie de communication que nous proposons n'est qu'une stratégie parmi d'autres qu'il faudra mettre en place dans le pays pour atteindre les objectifs fixés

BIBLIOGRAPHIE

- Adrien M.** Les interventions dans la communication en nutrition. In: FAO. Food, Nutrition and Agriculture - 10 - Nutrition education. 1994.
- Bourne LT, Langenhoven ML, Steyn K, Jooste PL, Laubscher JA, Van der Vyver** Nutrient intake in the urban African population of the cape Peninsula, South Africa. The BR study. *Cent. Afr. Med. J* 1993; 39: 238-247.
- Brown PJ, Konner M.** An anthropological perspective on obesity. *Ann NY Acad Sci* 1987; 499: 29-46.
- Caballero B** éd. Symposium: Obesity in Developing Countries: Biological and Ecological factors. *J. Nutr* 2001; 131: 866-870.
- Caballero B, Popkin BM.** Nutrition Transition. Diet and disease in the developing world. *Academic press* 2002; 261: 147-164.
- Cadasse D.** Diongomma ou la beauté en XL. Mai 2003.
- <http://beaute.afrik.com/Diongomma-ou-la-beaute-XL.html>. Consulté le 31/08/06.
- Cribaillet M.** Développer une culture de l'activité physique et de la nutrition en Languedoc-Roussillon. Une étude auprès des décideurs sur les freins et les leviers à la mise en place de projets, juin, Mémoire de Master, Université de Montpellier I, 2006
- Delisle H.** Fœtal programming of nutrition-related chronic diseases. *Santé* 2000; 12: 56-63.
- Delpeuch F, Maire B.** La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement. *Cahier d'étude et de recherches francophones* 2004; 13 :23-30.
- Delpeuch F, Maire B.** Obésité et développement des pays du sud. *Med Trop* 1997 ; 57 : 380-81.
- Dial FB, Adjamagbo A, Antoine P.** Le dilemme des Dakaroises : Entre travailler et « être en train de travailler » Document de travail. Août 2003 18p.
- Dietz WH.** Breastfeeding may help prevent childhood overweight. *Journal of the American Medical Association* 2001; 285: 2506-2507.
- Di-Pietro L, Dziura J, Blair SN.** Estimated change in physical activity level (PAL) and its prediction of 5-year weight change in men: the Aerobics Center Longitudinal Study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 1541- 1547.
- FAO.** Guide méthodologique des interventions dans la communication en nutrition. Rome 1994. p. 27-44.
- Furnham A, Alibhai N.** Cross-cultural differences in the perception of female body shape. *Psychol Med* 1983; 13: 829-837.
- Gallou- Kabani C, Julien C.** Nutritional epigenomics of metabolic syndrome: new perspectives against the epidemic. *Diabetes* 2005; 7: 1899-1906.
- Glasauer P, McGrann M, Olivares S, Snel J.** Education nutritionnelle à l'école primaire. *Alimentation, Nutrition et Agriculture* 1998 ; 22 : 57- 62.
- Gueye S.** Journée mondiale du diabète : Les diabétiques demandent une subvention de l'insuline. *Journal Le Soleil du Sénégal.* Le 15 novembre 2002.
- Haapanen N, Miilunpalo S, Pasanen M, Oja P, Vuori I.** Association between leisure time physical activity and 10-yr body mass change among working-aged men and women. *Int J Obes Relat metab Disord* 1997; 21: 288-296.
- Han TS et al.** The influences of height and age on waist circumferences as an index of adiposity in adults. *Int J Obes Relat metab Disord* 1997; 21: 83-89.
- HCSP.** Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Haut Comité de la Santé

Publique juin 2000.

HERCBERG S. Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 « Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France" (2006-2008). Février 2006.

Holdsworth M, Delpeuch F, Landais E, Gartner A, Eymard-Duvernay, Maire B. Knowledge of dietary and behaviour-related determinants of non-communicable disease in urban Senegalese women. *Public Health Nutrition* 2006; 9(8): 975-981.

Holdsworth M, Gartner A, Landais E, Maire B, Delpeuch F. Perceptions of healthy and desirable body size in urban Senegalese women. *Int Journ Obes* 2004; 28: 1561-1568.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Inserm 2005.

Jéquier E. Pathways to obesity. *Int J Obes* 2002; 26: 12-17.

Kramer MS. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity. *Journal of Pediatrics* 1981; 98: 883-887.

Kolasa KM. Nouveaux développements en éducation nutritionnelle apportés par l'utilisation de la technologie informatique. Dans : FAO. L'éducation nutritionnelle du public. FAO 1998. 23p.

Landais E. Influence du Mode de vie et des facteurs psycho-sociologiques sur l'obésité, chez les femmes, en milieu urbain, Sénégal. Mémoire de DESS. Académie de Montpellier. Université de Montpellier II. 2003.

Le Bihan G, Delpeuch F, Maire B. Alimentation, nutrition, politiques publiques. Cahiers de propositions pour le 21ème siècle 2002. 39 p.

Le Bihan G (coord) Surpoids, Obésité et facteurs associés, Baromètre santé Nutrition Languedoc- Roussillon 2002 CIHEAM- IAM. M et INPES 2004. 12p.

Maire B, Delpeuch F, Cornu A, Tchibindat F., Simondon F, Massamba JP, et al. Urbanisation et transition nutritionnelle en Afrique sub-saharienne : les exemples du Congo et du Sénégal. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1992 ; 40 (4): 252-258.

Maire B, Lioret S, Gartner A, Delpeuch F. Transition nutritionnelle et maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation dans les pays en développement. *Cahiers Santé* 2002 ; 45-55.

Martorell R. Obesity in the developing world. In: Caballero B, Popkin B M. Nutrition Transition. Diet and disease in the developing world. *Academic press* 2002; 261: 147-164.

Metcalf PA, Scragg RK, Willoughby P, Finau S, Tipene-Leach D. Ethnic differences in perceptions of body size in middle-aged European, Maori and Pacific people living in New Zealand. *Int J Obes Relat metab Disord* 2000; 24:593- 599.

Nankasse F Obésité : Témoignages sur un mal-vivre et poids de souffrances. *Journal Le soir* du Sénégal. Le 23/07/2005.

Ndiaye AM, Chevassus-Agnes S, Simondon F, Bénéfice E. Etude de nutrition dans la moyenne vallée du Sénégal, Evolution de la consommation alimentaire depuis 1958 et structure actuelle de la ration. *Bull. Soc. Path. Ex* 1988; 78 1958 : 110-118.

Ndoye F. Evolution des styles alimentaires à Dakar. Alimentation, savoir-faire et innovations agro-alimentaire en Afrique de l'ouest. CIRAD 2001 58p.

OM 2005. Preventing chronic disease: A vital investment. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 183p. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/ Consulté

24/11/2006.

OMS. Lutte contre les maladies non transmissibles. Résolution WHA53.17 In : Cinquante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève mai 2000, 15-20.

OMS. Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. Série de rapports techniques n°894. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2003 b 284p.

OMS. Promoting appropriate diets and healthy lifestyles. In: Major issues for nutrition strategy. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture. Genève, Organisation Mondiale pour la Santé, 1992 : 17-20.

OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

OMS. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation OMS/FAO. Série de rapports techniques, No 916. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2003a; 150p.

OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Résolution WHA57.9. In : Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la santé, Genève avril 2004 (24p)

OMS/FAO. Déclaration Mondiale sur la nutrition et plan d'action. Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Organisation Mondiale pour la Santé, Rome, 1992.

ORS. Plan régional de santé publique du Languedoc-Roussillon, Etat des lieux régional 2004,

ORSTOM. Résultats de l'enquête nutritionnelle menée à Pikine. ORSTOM. Dakar ; 1997.

Popkin BM. The nutrition transition in low income countries: an emerging crisis. *Nutr Rev* 1999; 57: 285-98.

Popkin BM. Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition. *World Dev* 1999; 27: 1905- 1916.

Popkin MB, Mendez MA, Monteiro CA. Overweight exceeds underweight among women in most developing countries. *Am. J. Clin. Nutr* 2005; 81: 714-721.

Popkin MB. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. *J. Nutr* 2001; 131: 871-873.

Preira OT. La complainte des patronnes devenues orphelines de leurs bonnes. *Agence de presse sénégalaise*, Dakar. Le 20 février 2004.

Schmitz KH, Jacobs D.R Jr, Leon AS, Schreiner PJ, Sternfeld B. Physical activity and body weight: associations over ten years in the CARDIA study. *Coronary Artery Risk Development in Young Adults.* *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 11:1475-87.

Seck NR. Stratégie de communication du Programme Régional de Santé/Alimentation, Nutrition et Activité Physique (PRS/ANAP) en Languedoc-Roussillon: Etude de faisabilité d'un site Internet. *PRS/ANAP* 2006 ; 26 p.

Simon C. Alimentation et obésité. In : Pour une approche scientifique de l'obésité. *Ed médicale et scientifiques Elsevier* 2003 : 65-77.

Touré RB. Communication et nutrition; l'exemple des pays du Sahel. *Alimentation, Nutrition et Agriculture* 1993 ; 7 : 41-46.

Van der Sande MAB, Ceesay SM, Milligan PJM, Nyan OA, Banya W, Prentice A et al. Obesity and undernutrition and cardiovascular risk factors in rural and urban Gambian communities. *Am J Public Health* 2001; 91: 1641-1644.

Viognier Claire. L'autre fardeau de l'Afrique. *MFI Hebdo : santé* 07/11/2003.

<http://www.rfi.fr/fichiers/mfi/Sante/1068.asp> Consulté le 26 septembre 2007

Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Kahn HS, Byers T. Recreation

physical activity and ten-year weight change in a US national cohort

Int J Obes Relat Metab Disord 1993; 17:279-86.

World Health Organization-International Society of Hypertension. Guidelines for

Management of Hypertension. *J Hypertens*, 1999; 17: 151-183.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de politique de développement de la nutrition

République du Sénégal



Un Peuple - Un But - Une Foi

Primature

**Lettre de politique de développement de
la nutrition**

Jun 2006

Contexte

Le Sénégal applique depuis l'année 2000, sa première lettre de Politique de Développement de la Nutrition qui a été élaboré sur la base du IX^{ème} Plan d'Orientation pour le Développement Économique et Social (1996-2001) du Sénégal, de la Déclaration de Alma Ata en 1978, du Sommet Mondial sur l'Enfance de 1990, de la Conférence Internationale sur la Nutrition de 1992, du Sommet de Copenhague de 1995 pour l'élimination de la pauvreté et du Plan National d'Actions pour la Nutrition (1997 - 2002).

Ce contexte a évolué et aujourd'hui de nouvelles orientations politiques ont vu le jour et auxquelles le Sénégal adhère.

Sur le plan international, le Sénégal a pris de nouveaux engagements dans différentes instances. A l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2000, il s'est engagé pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Au Sommet Mondial de l'Alimentation de 2002, il a souscrit à la réduction du nombre de personnes souffrant de la faim. Toujours pour la même année, à la 55^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé et au Conseil d'Administration de l'UNICEF, il a également souscrit pour la réalisation de la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant.

Au plan continental, le Sénégal est fortement impliqué dans le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) proposé en 2001 et qui donne une autre vision et de nouvelles stratégies pour la renaissance de l'Afrique.

Au plan national, le Sénégal a élaboré de nouveaux documents de référence, notamment, le X^{ème} Plan d'Orientation pour le Développement Économique et Social (2002-2007) et le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP).

Les données de la situation alimentaire et nutritionnelle du pays ont également évolué.

Selon les estimations des services de statistiques agricoles²⁶, la production nationale des céréales qui constituent la base de l'alimentation, couvre en moyenne 35% des besoins avec des écarts entre les régions. Pour la campagne 2005/2006²⁷, malgré une production moyenne de céréales supérieure de 30% à la moyenne des cinq dernières années, les départements du Nord structurellement déficitaires ne couvriront que 1 à 6 mois de leurs besoins céréaliers. La conséquence est que les importations de céréales sont toujours massives, du mois de décembre 2005 à mars 2006, les importations ont atteint plus de 235.000 tonnes²⁸ et sont essentiellement composées de blé (108.000T) et de riz (94 000T).

Pour les autres denrées alimentaires, le rapport de la Direction de l'Agriculture (2004) indique une production de fruits et légumes insuffisante malgré l'augmentation régulière constatée d'année en année. La production de viande augmente également, elle est passée de 96.000T à 103.000T entre 1999 et 2003. Par contre les débarquements des produits halieutiques ont tendance à stagner, voire diminuer.

²⁶ Evaluation de l'application des engagements du Sommet Mondial sur l'Alimentation de 1996 à Rome – Direction de l'Agriculture, 2004

²⁷ Rapport mars 2006, FEWS Sénégal

²⁸ Rapport avril 2006, FEWS Sénégal

Ces apports alimentaires traduits en couverture des besoins nutritionnels, montrent un disponible journalier en calorie et en protéines satisfaisant ; il est de 2.861 kcal pour une norme de 2.400 kcal et de 101 g de protéines pour une norme de 70 g. Ces données cachent cependant une disparité d'accès à la nourriture. Le rapport le plus récent qui donne des chiffres sur l'état de l'insécurité alimentaire dans le monde, publié par la FAO²⁹, indique que 24% de la population soit environ 2.500.000 individus, souffrent d'une sous alimentation.

Concernant la situation nutritionnelle, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1992 et 2005, montrent des prévalences de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance des enfants âgés de moins de 5 ans qui baissent respectivement de 20% à 17% et de 22% à 16%. Une autre évolution est également constatée sur le pourcentage d'enfants exclusivement allaités au sein qui passe de 9,0% à 23,5% entre les deux enquêtes MICS I et II. Plus récemment, EDS 2005 indique que 34 % des enfants de moins de six mois sont sous allaitement exclusif.

Par rapport aux carences en micronutriment, EDS - 2005, montre une prévalence de l'anémie de 84% chez les enfants de moins de 5 ans et de 61% chez les femmes. En l'absence de données plus récente sur l'iode, on prend toujours comme référence, les enquêtes de 1997 dans la région de Tambacounda qui avaient montré un taux de prévalence de goitre endémique de 33,5% avec des pics allant jusqu'à 51% (MICS I). Concernant la vitamine A, il est établi que lorsque dans un pays, le taux de mortalité infanto-juvénile est supérieur à 70 pour 1000 naissances, la carence en vitamine A y constitue un problème de santé publique. Au Sénégal ce taux est évalué à 121 pour mille en 2005. Enfin, les questions de fortification des aliments pour lesquelles le Sénégal avait accusé un retard sont actuellement dans l'agenda des interventions nutritionnelles.

En plus de ces problèmes de carence nutritionnelle, le Sénégal doit faire face de plus en plus à l'émergence de pathologies chroniques liées à l'alimentation (obésité, diabète non insulino dépendant, maladies cardio-vasculaires). Le pays doit également faire face à l'expansion du SIDA et aux situations d'urgence (invasion acridienne) qui affectent les populations les plus défavorisées.

La révision de la Lettre de Politique de Développement de la Nutrition s'est donc avérée nécessaire, pour mieux articuler celle-ci avec les nouvelles politiques nationales et internationales et pour répondre aux nouveaux enjeux en matière de nutrition.

Pour ce faire, des réorientations stratégiques seront opérées afin de mieux saisir les opportunités et réduire les contraintes existantes.

Parmi les opportunités observées on peut citer:

- Un engagement politique, matérialisé par l'existence d'une vision pour la nutrition, un dispositif institutionnel plaçant la nutrition au plus haut niveau de décision politique et l'inscription de la nutrition dans le DSRP et les documents de suivi des OMD ;
- L'existence d'une politique de décentralisation ;
- L'existence de directives en matières de nutrition et plus spécifiquement pour l'administration de la vitamine A ;
- Un appui important des partenaires au développement ;
- L'existence de nombreuses structures œuvrant au niveau communautaire, Organisations Communautaires de Base (OCB) et Organisations Non Gouvernementales (ONG) ;

²⁹ Rapport sur l'état de l'insécurité alimentaire dans le monde - FAO, 2004

- L'existence d'expériences réussies dans la mise en œuvre de stratégies efficaces, telles que la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), le Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN), l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), le Paquet Intégré pour la Communication (PIC).

Des contraintes existent également, parmi lesquelles figurent :

- Le taux de pauvreté encore élevé ;
- Les disparités entre les milieux et les régions ;
- Les inégalités entre les sexes ;
- L'accessibilité limitée des services sociaux de base ;
- La précarité alimentaire dans certains ménages ;
- Le développement insuffisant de technologies appropriées pour la transformation et la conservation des aliments surtout au niveau communautaire ;
- La persistance de croyances socioculturelles néfastes souvent corrélées aux faibles niveaux d'instruction des populations ;
- L'absence de cadre réglementaire sur la fortification des aliments ;
- L'absence d'une agro-industrie tournée véritablement vers la fortification des aliments ;
- L'insuffisance de la réglementation sur le contrôle des produits agroalimentaires ;
- La faiblesse de l'accès des populations à l'information ;
- La faiblesse du système d'information en matière de nutrition.

I - Priorités du Gouvernement

S'inspirant du X^{ème} Plan d'Orientation pour le Développement Économique et Social (2002-2007) et du NEPAD et dans le respect des engagements pris au plan international, une vision pour la nutrition a été définie pour le Sénégal. Cette vision est ainsi définie - « un pays où chaque individu a un statut nutritionnel satisfaisant et adopte un comportement adéquat pour son bien être et pour le développement de la communauté ».

La Lettre de Politique de Développement de la Nutrition s'inscrit dans cette nouvelle vision. Elle a pour objectif, l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015, plus particulièrement, elle va contribuer à réduire de :

- Moitié le nombre de personnes souffrant de la faim ;
- Deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Les objectifs spécifiques ci-après sont ciblés:

- Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chez les enfants 0-5 ans ;
- Éliminer durablement les troubles liés aux carences en iode et l'avitaminose A ;
- Réduire d'un tiers la prévalence de l'anémie, notamment ferriprive ;
- Assurer une disponibilité et un accès durable à une alimentation en quantité et en qualité suffisantes pour toute la population, en particulier pour les personnes vulnérables ou vivant avec le VIH/Sida.

II - Stratégies de développement de la nutrition

Pour atteindre ces objectifs, les interventions en matière de nutrition qui seront menées d'ici 2015 devront s'appuyer sur les orientations stratégiques ci après :

1. Le passage à l'échelle nationale des interventions à base communautaire qui ont fait la preuve de leur efficacité et de leur efficience. Il s'agira de mettre l'accent sur le suivi promotion de la croissance des enfants jusqu'à 2 ans et la promotion de comportements inscrits dans la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C.) et la stratégie de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).
2. Le renforcement de l'approche intégrée des interventions de lutte contre les carences en micronutriments. La supplémentation en fer et en vitamine A, l'iodation du sel, la promotion de la consommation régulière de sel iodé, le déparasitage systématique et la lutte contre le paludisme, seront complétés par la fortification des aliments en iode, en fer et en vitamine A. Une meilleure prise en compte des autres nutriments tels que le Calcium et le Zinc sera assurée.
3. Le renforcement de la sécurité alimentaire, qui consistera à appuyer les petits exploitants au niveau communautaire, les cantines scolaires et les Cases des Tout-Petits notamment dans les zones de vulnérabilité alimentaire. L'aide alimentaire ciblée aux populations sinistrées, aux enfants des Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelles (CREN) et aux personnes vivant avec le VIH/Sida sera également promue.
4. L'amélioration des conditions d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement du cadre de vie des ménages dans les zones les plus défavorisées, ce qui est une condition indispensable à une bonne hygiène et santé.
5. Le renforcement de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC), en s'appuyant sur les méthodes novatrices de communication et expériences réussies. Une attention particulière sera portée aux groupes vulnérables (femmes, enfants et personnes âgées).
6. L'approche « cycle de vie » qui permettra de combattre plus efficacement les problèmes de nutrition qui sont presque toujours liés entre eux.

L'approche genre sera prise en compte dans toutes les interventions pour que les femmes puissent jouer pleinement leur rôle tant au plan biologique (approche cycle de vie), social (responsable des soins des enfants) et économique (sécurité alimentaire dans les ménages).

7. Le renforcement du leadership de la Cellule de Lutte de contre la Malnutrition, afin qu'elle puisse assurer d'avantage sa mission de pilotage de la politique de nutrition.
8. Le renforcement institutionnel et organisationnel. Il s'agira ici d'appuyer les secteurs clés comme la santé et l'éducation afin qu'ils disposent de compétences nécessaires en matière d'évaluation des besoins, de suivi du processus d'inscription des besoins dans les budgets sectoriels, mais également de mise en œuvre et de suivi et évaluation des interventions nutritionnelles.
9. La responsabilisation accrue des collectivités locales, qui recevront l'accompagnement nécessaire pour leur permettre de bien comprendre et par la suite maîtriser leur rôle nouveau en gestion de nutrition communautaire.
10. La participation communautaire, qui constituera la trame de toutes les interventions. L'implication des bénéficiaires sera promue à toutes les étapes du processus de formulation des programmes et de mise en œuvre des activités.

11. L'amélioration du cadre législatif et réglementaire en matière d'alimentation et de nutrition et plus particulièrement dans le domaine du contrôle des produits agroalimentaires, de la fortification des aliments et des conditions de commercialisation des substituts du lait maternel.
12. L'amélioration des systèmes de collecte, d'analyse, de diffusion des données sur la nutrition et la promotion des études et de la recherche. Un système d'information performant sur la nutrition fait toujours défaut alors qu'il est essentiel, non seulement pour apprécier de manière correcte l'ampleur des problèmes et leur évolution, mais il permet également la mise en œuvre d'interventions ciblées, adaptées et en temps opportun. L'évolution de la nutrition doit s'appuyer sur la recherche, ainsi l'intégration d'études dans la conception des programmes de nutrition sera encouragée.

III - Principes directeurs

1. L'équité

Pour un partage équitable des ressources, le programme accordera une attention particulière à la prise en charge des besoins prioritaires des groupes les plus vulnérables vivant dans des environnements défavorisés.

2. L'Ethique

L'ensemble des interventions nutritionnelles et sanitaires qui seront menées ainsi que leur évaluation seront guidées par la morale et le respect de la dignité humaine.

3. La transparence dans la gestion

Des procédures et mécanismes de mise en œuvre d'une gestion transparente adoptés par tous les acteurs sous-tendront la responsabilisation des différents niveaux hiérarchiques dans la gestion des programmes et la mise en œuvre des activités avec une obligation de résultats.

4. La contractualisation

La contractualisation en tant que réforme permettant d'assurer des interventions efficaces et rationnelles sera adoptée en vue d'accroître la performance des programmes et de favoriser l'atteinte des objectifs prioritaires.

IV - Modalités de mise en oeuvre et sources de financement

Etant donné le nombre de secteurs concernés (santé, agriculture, éducation, etc.), l'application de la lettre de politique reste confiée à la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM).

La CLM est logée à la Primature pour garantir l'approche multisectorielle de la nutrition, elle a une mission d'impulsion et de coordination des acteurs (ministères, collectivités locales, ONG et OCB), qui ont en charge l'exécution des interventions avec l'appui des partenaires.

La mise en œuvre de la politique de nutrition va reposer sur une planification et une gestion des activités en vue d'appuyer l'inscription de la nutrition dans les budgets des ministères clés ou dans les plans de développement.

Avec la multiplicité des acteurs, la CLM va renforcer son dispositif de suivi et évaluation qui va s'exercer à tous les niveaux et avec la collaboration des partenaires afin de suivre les progrès accomplis tout en renforçant la synergie des efforts de toutes les partie-prenantes.

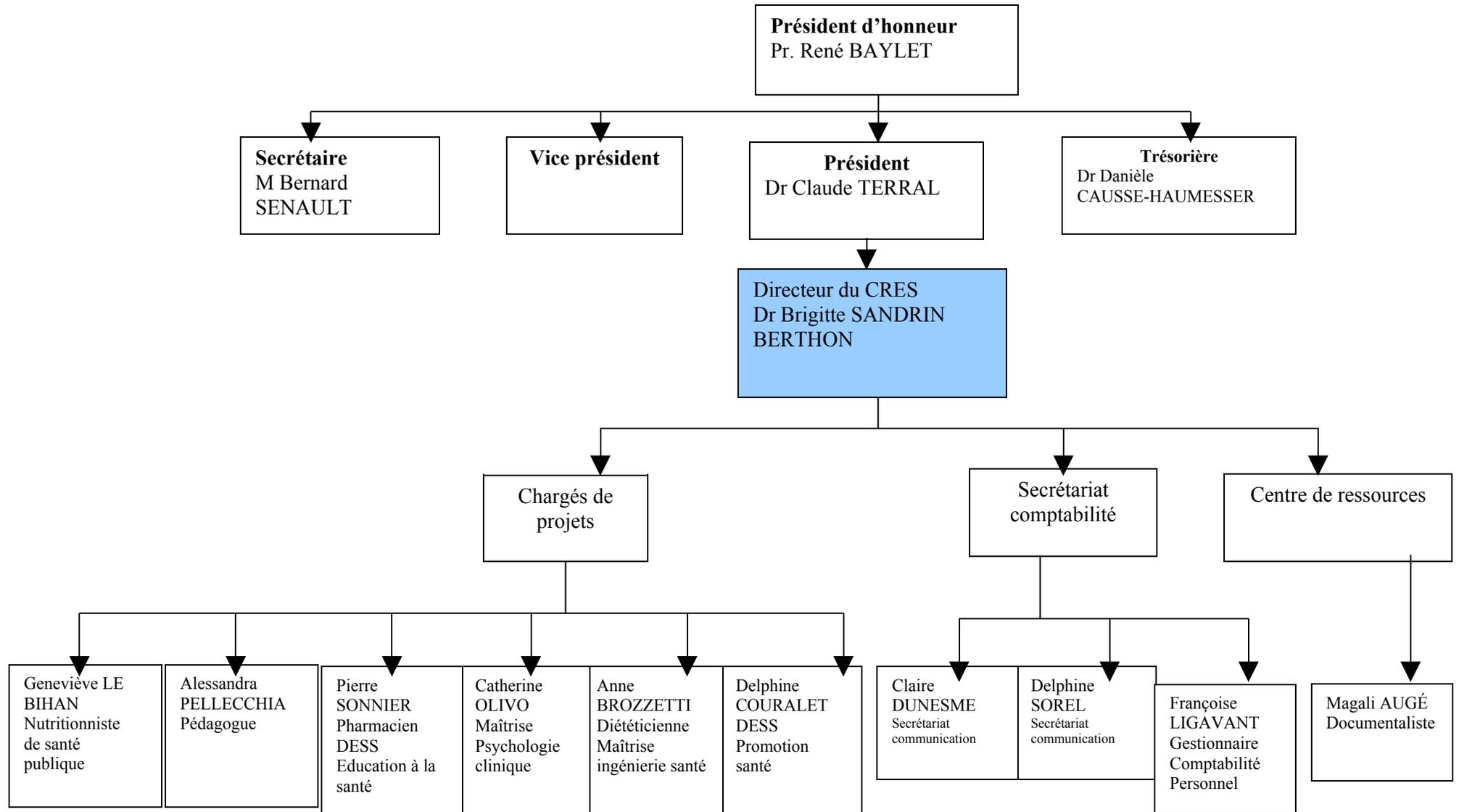
Les sources de financement

Le financement pour l'opérationnalisation de la lettre de politique proviendra du budget de l'Etat, des collectivités locales, de la participation des populations, des ONG et des partenaires au développement.

Jusqu'à présent, les programmes de nutrition ont pu bénéficier de financements externes assez conséquents. Mais, vu le rôle important de la nutrition pour l'atteindre les OMD et pour des questions de pérennisation, il est nécessaire d'augmenter la part du financement interne.

Macky SALL

Annexe 2 : Organigramme du CRES- LR (Figure 14 : Organigramme du CRES)



Page d'accueil du site

http://www.educationnutritionssante.org/ - Windows Internet Explorer

http://www.educationnutritionssante.org/

Education Nutrition Santé

Le portail de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé

Menu principal

- Accueil
- Allaitement maternel
- Aliments et nutriments
- Bien manger
- Les besoins énergétiques et nutritionnels des membres de la famille
- Les lipides et la santé
- Les groupes d'aliments qu'il me faut
- Nutriments : Rôles et Sources?
- Table de composition des aliments
- Prévenir l'obésité
- Maladies chroniques
- Promotion santé-nutrition
- Ecoles de formation
- Documentation
- Quiz
- CONTACT
- Qui sommes-nous?

ACTUALITE SANTE / NUTRITION

Redécouvrez les légumes oubliés



C'est le retour en grâce des fruits et des légumes, aux vertus gustatives et santé incontournables. L'occasion de découvrir la richesse et la variété du monde végétal et de déguster des espèces et des variétés oubliées. Crosnes, panais, topinambours... Ces produits du passé deviendront vite des classiques de vos futurs menus !
[La suite...](#)

L'asperge Légume de l'alimentation



Délicate et raffinée, l'asperge nous fait bénéficier de sa haute densité minérale et vitaminique, en particulier pour le potassium, le magnésium et le fer, ainsi que la vitamine C et les vitamines du groupe B (concentrées dans les pointes). Son apport énergétique reste très modéré (25 kcalories aux 100 g net en moyenne). Légère et digeste, elle s'intègre parfaitement à une alimentation «forme»... sous réserve de savoir limiter la sauce d'accompagnement ! Enfin, elle participe efficacement aux fonctions d'élimination de l'organisme : ses fibres très bien tolérées aident au bon fonctionnement intestinal, et ses composés diurétiques facilitent le travail rénal.
[La suite...](#)

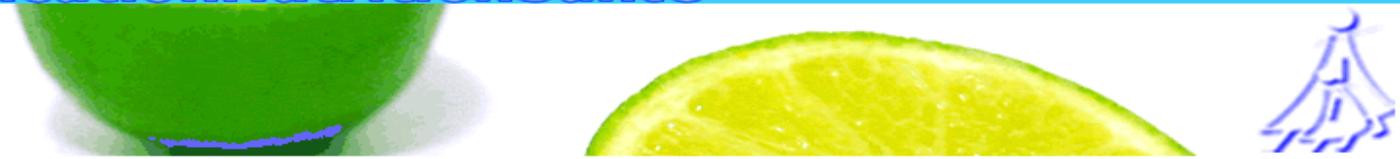
Education nutritionnelle à l'école: quelles ressources pour l'enseignant?



Parmi ses missions, l'école participe à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé adaptée à

démarrer 3 Internet Explorer SECK (E:) RokhayaMEM - Micros... FR Norton 13:09

Education Nutrition Santé



Le portail de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé

- Menu principal**
- Accueil
- Allaitement maternel
- Aliments et nutriments
- Bien manger
- Les besoins énergétiques et nutritionnels des membres de la famille
- Les lipides et la santé
- Les groupes d'aliments qu'il me faut
- Nutriments : Rôles et Sources?
- Table de composition des aliments
- Prévenir l'obésité
- Maladies chroniques
- Promotion santé-nutrition
- Ecoles de formation
- Documentation
- Quiz
- CONTACT
- Qui sommes-nous?

ALLAITEMENT MATERNEL

Dix conseils clefs pour réussir son allaitement maternel

- 1 La volonté d'allaiter doit s'accompagner de l'acquisition d'une certaine technique et connaissance.
- 2 La mise en route de l'allaitement doit être la plus précoce possible.
- 3 Il n'y a pas de 'mauvais' lait . Toutes femmes produisent un 'bon' lait adapté au besoin de son bébé.
- 4 Bonne position d'allaitement permettra une succion efficace, une stimulation lactée satisfaisante et sans risque de désagrément (crevasses, engorgements, etc.)
- 5 Savoir repérer les signes d'une succion efficace afin de s'assurer d'un allaitement efficace.
- 6 Bien que l'allaitement soit un processus naturel, celui-ci s'installe de façon progressive. La mise en route de l'allaitement pourra vous demander patience et volonté ! Sachez-le pour éventuellement mieux vous y préparer.
- 7 Ne pas s'isoler dans le doute ou la difficulté et faire appel à des soutiens, qu'ils soient familiaux, amicaux ou professionnels.
- 8 Ne vous oubliez pas dans l'allaitement et pensez à vous reposer, vous détendre. Cela vous sera favorable ainsi qu'à votre production lactée.
- 9 Savoir prendre soin de ses seins en ayant des gestes de prévention ou en agissant dès l'apparition de troubles.
- 10 Le sevrage fait partie du processus de l'allaitement ; plus le sevrage sera progressif et mieux il se déroulera (que ce soit psychologiquement ou physiquement !).



Allaiter en toute tranquillité

Vous souhaitez allaiter votre enfant, mais vous vous posez de nombreuses questions. Est-ce réellement bénéfique pour le bébé ? Comment éviter l'apparition de crevasses et autres petits soucis ? Quelles sont les étapes du sevrage ? Petit guide de l'allaitement...

[La suite...](#)

Conception et réalisation

2473 visites

http://www.educationnutritionnsante.org/ - Windows Internet Explorer

http://www.educationnutritionnsante.org/ Google

Le portail de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé

Menu principal

- Accueil
- Allaitement maternel
- Aliments et nutriments
- Bien manger
- Les besoins énergétiques et nutritionnels des membres de la famille
- Les lipides et la santé
- Les groupes d'aliments qu'il me faut
- Nutriments : Rôles et Sources?
- Table de composition des aliments
- Prévenir l'obésité
- Maladies chroniques
- Promotion santé-nutrition
- Ecoles de formation
- Documentation
- Quiz
- CONTACT
- Qui sommes-nous?

LES GROUPE D'ALIMENTS QU'IL ME FAUT

Groupe I : Lait et produits laitiers
Ce groupe d'aliments apporte essentiellement le calcium et des protéines. Il apporte également des matières grasses, du fer et de la vitamine A. Ce groupe d'aliments sert à avoir des os solides ! Lait, fromages, fromage blanc, yaourt, petits suisses, crèmes, ...

Groupe II : viandes, poissons, œuf.
Ce sont les protéines, le fer et les matières grasses qui sont le point commun de ce groupe ! Pour garder sa masse musculaire et ne pas avoir de carences en fer, il est important de manger des aliments de ce groupe. Attention : manger trop de viande ne fait pas gonfler les muscles; trop de protéines est même dangereux à long terme pour les reins !

Groupe III : corps gras
C'est le groupe des lipides et des vitamines 'liposolubles' (qui ne se trouvent que dans la graisse). Ce groupe apporte également l'énergie indispensable au fonctionnement du corps. Huile, beurre, margarine, saindoux, crème fraîche, ...

Groupe IV : Céréales, féculents, produits sucrés

- Les céréales et féculents**
C'est le groupe des glucides dits 'lents' ! Et des vitamines du groupe B. Ce groupe est la source principale d'énergie, et cette énergie sert à faire fonctionner les muscles (quand on respire, quand on court, quand on marche, et même quand on dort on a besoin d'énergie!) et le cerveau. Pain, riz, pâtes, semoule, pommes de terre, légumes secs (haricots blancs, lentilles, pois cassés, haricots rouges), biscottes, céréales du petit déjeuner.
- Les produits sucrés** : C'est le groupe dit des "sucres rapides". On regroupe ici tous les aliments qui contiennent majoritairement du sucre : sucre, confiture, chocolat, boissons sucrées, miel, bonbons, etc... Ce groupe d'aliments n'est pas indispensable au bon fonctionnement de notre corps.

Groupe V : Fruits et légumes crus
Ce groupe d'aliments qui apporte peu de calories est très intéressant pour les vitamines (C par exemple), les fibres et les sels minéraux qu'il apporte. A noter que les fruits apportent des glucides en plus ! Manger des fruits et légumes est primordial pour être en bonne santé : les vitamines et sels minéraux permettent un bon fonctionnement global de l'organisme, et les fibres permettent de réguler le transit intestinal, régulent la sensation de faim, protègent du cancer du côlon, etc...
Banane, orange, pomme, avocat, céleri, poireau, champignons, ...

Conception et réalisation    2475 visites

démarrer    FR  13:35

http://www.educationnutritionnsante.org/ - Windows Internet Explorer

http://www.educationnutritionnsante.org/

Education Nutrition Santé

Le portail de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé

LES LIPIDES, LES ACIDES GRAS, LE CHOLESTEROLE ET LA SANTE

Menu principal

- Accueil
- Allaitement maternel
- Aliments et nutriments
- Bien manger
- Les besoins énergétiques et nutritionnels des membres de la famille
- Les lipides et la santé
- Les groupes d'aliments qu'il me faut
- Nutriments : Rôles et Sources?
- Table de composition des aliments
- Prévenir l'obésité
- Maladies chroniques
- Promotion santé-nutrition
- Ecoles de formation
- Documentation
- Quiz
- CONTACT
- Qui sommes-nous?

Aujourd'hui il y a beaucoup de débats sur les lipides. Quelques petites précisions ? Les graisses et les huiles constituent une source concentrée d'énergie et d'acides gras essentiels nécessaires à la croissance et à la santé. Elles favorisent l'absorption des vitamines liposolubles, par exemple la vitamine A, et rendent les repas plus savoureux. Certains aliments gras/huileux renferment des vitamines importantes. Les graisses et les huiles contiennent différents «nutriments lipidiques», entre autres les acides gras insaturés, les acides gras saturés, les acides gras trans et le cholestérol.

Les acides gras insaturés
Parmi les acides gras insaturés, deux sont appelés «acides gras essentiels» parce que l'organisme ne peut pas les fabriquer. Ils sont nécessaires à l'élaboration des cellules, en particulier celles du cerveau et du système nerveux. Les acides gras insaturés contiennent un groupe d'acides appelés «acides gras oméga-3», qui contribuent à protéger l'organisme des maladies de coeur.

1. Les aliments qui contiennent principalement des acides gras insaturés sont par exemple **la plupart des huiles végétales**, les arachides, le soja, les graines de tournesol, les graines de sésame et autres graines oléagineuses, les poissons gras et les avocats. Les aliments riches en acides gras oméga-3 sont les **poissons de mer gras** et certaines graines et légumineuses, telles que les graines de lin et le soja.

Les acides gras saturés

1. Les aliments qui contiennent essentiellement des acides gras saturés sont par exemple le beurre, le saindoux/la graisse de cuisine, le lait entier, le fromage, le gras de la viande ou des produits carnés (saucisses, par exemple) et de la volaille, l'huile de palme rouge et la noix de coco.

Les acides gras trans
Quand on fait subir un **traitement aux huiles végétales** pour les rendre plus compactes (par exemple pour les utiliser dans la margarine ou autres matières grasses solides), **certains acides gras insaturés sont transformés en acides gras trans**. Ces derniers se comportent comme des acides gras saturés. Nous devrions consommer le moins possible d'aliments contenant des acides gras trans.

1. Les aliments qui contiennent des acides gras trans sont par exemple la margarine et le saindoux (graisse de cuisine), les aliments frits tels que les pommes de terre frites et autres fritures, les aliments frits du commerce comme les beignets, ainsi que les aliments rôtis, les biscuits, les gâteaux

démarrer 3 Internet Explorer SECK (E:) RokhayaMEM - Micros... FR Norton 13:36