



UNIVERSITE SENGHOR

Université internationale de langue française au
service du développement africain
Alexandrie / EGYPTE

DEPARTEMENT GESTION DES SYSTEMES DE SANTE / POLITIQUES ALIMENTAIRES

Mémoire de fin d'Etudes Professionnelles Approfondies

Caractérisation, évolution et perspectives des interventions nutritionnelles au Sénégal

Présenté et soutenu par **Mme NDèye Marinette Traoré**

Sous la direction de :

- **Mr Francis Delpeuch**, directeur de l'UR 106 (IRD Montpellier)
- **Mme Agnès Gartner**, chercheuse à l'UR 106

Années Universitaires : 2003-2005

9^{ème} promotion de l'Université Senghor

1, Midan Ahmed Orabi, El Mancheya, Alexandrie / Egypte

Tél / Fax : (203) 48 43 375

Site web : <http://www.usenghor-francophonie.org>

DEDICACE

Je dédie ce travail

- *A mes filles chéries Zeynab et Khadija,*
- *A leurs merveilleuses mères Mame Fatou Gaye et Ndèye Gnagna Traoré pour leur affection et leur chaleur maternelles,*
- *A mon très cher époux Youssoupha,*
- *Et à toute ma famille.*

REMERCIEMENTS

- **Je rends grâce à Allah Le Tout Puissant pour m’avoir permis de réaliser ce travail dans de bonnes conditions ;**
- **Je remercie mes parents pour leurs prières ;**
- **Je tiens à remercier sincèrement :**
 - L'administration de l'Université Senghor de m'avoir permis d'accéder à une formation de qualité,
 - Mr Christian Mesenge, directeur du département Gestion des Systèmes de Santé et Politiques Alimentaires pour sa disponibilité et son dévouement à faire de nous des acteurs du développement de haut niveau,
 - Mr Francis Delpeuch, Directeur de l'UR 106 « Nutrition, Alimentation et Sociétés » de l'IRD de Montpellier, pour tous les efforts consentis pour la réussite de mon stage,
 - Mme Agnès Gartner et Mr Francis Delpeuch d'avoir accepté de diriger et guider mes recherches au Sénégal et à Montpellier avec patience, volonté et pertinence,
 - Toute l'équipe de l'UR 106 de Dakar et de Montpellier pour l'accueil chaleureux,
 - Mrs Birame NDiaye coordonnateur du PRN, Djibril Cissé chargé de programme de nutrition à BASICS Project à Dakar et la Division de l'Alimentation et de la Nutrition à Dakar de m'avoir donné des conseils et toute la documentation nécessaire,
 - Mmes Catherine Philibert, Amy Ba et M^{elle} Aïssatou Dioum pour l'assistance et la disponibilité qui m'ont été réservées,
 - Tous mes camarades de promotion,
 - Toute la famille sénégalaise senghorienne : Marième, Baye Dame, Thiam, Mamadou Kane et Babacar Cissoko,
 - Fotso pour son soutien précieux,
 - Les communautés nigérienne, béninoise, camerounaise et malienne de Senghor sans oublier mon petit frère Hassane, mon frère Harouna, mon mari Tolo, François, Valérie, ma fille Karidja, Dionise,...
 - Ma famille et mes amis particulièrement Nogaye, Alioune Badara, Magatte Sèye, Anna, la famille de Mame Ousmane Diène à Yoff, Boubacar Siguiné Sy, Alfred, de m'avoir aidée et soutenue pendant ces deux années de dur labeur.

AVANT-PROPOS

Contexte et objectif du stage

Afin de valider mon diplôme de DEPA en Gestion des Systèmes de Santé et Politiques Alimentaires de l'Université Senghor d'Alexandrie, j'ai été amenée à effectuer un stage de trois mois du 02 Mai au 31 Juillet 2004 à l'Unité de recherche (UR) 106 «Nutrition, Alimentation, Sociétés» de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) de Dakar puis de Montpellier. Cette UR, placée sous la direction de Monsieur Francis Delpuech, se consacre aux études sur les états de nutrition d'importance majeure en santé publique dans les pays en développement, leurs déterminants et leurs conséquences ainsi que sur les réactions ou les anticipations sociales aux problèmes alimentaires. L'objectif général de l'unité est de fournir des connaissances qui puissent contribuer à la réduction des prévalences et des conséquences des malnutritions.

Mon stage au sein de cette institution, s'inscrit dans le cadre d'une mise en situation professionnelle de l'auditrice de l'Université Senghor que je suis afin de m'imprégner des réalités de terrain et des connaissances adéquates et de réaliser un mémoire de fin d'études.

L'étude analytique dont j'ai eu la responsabilité porte sur la caractérisation, l'évolution et les perspectives des interventions nutritionnelles au Sénégal.

La première partie de mon travail a consisté à rechercher auprès des structures d'intervention et des intervenants en nutrition au Sénégal, les éléments de caractérisation et d'analyse des principaux projets et programmes déjà mis en place à savoir : le Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire (PPNS), le Projet de Nutrition Communautaire (PNC) et le Programme de renforcement de la Nutrition (PRN). Pour ce faire, j'étais basée au centre de l'IRD de Dakar. Outre la documentation obtenue sur place, j'ai effectué des entretiens et des séances de travail avec des acteurs de la nutrition au Sénégal pour mieux appréhender le déroulement des différentes interventions auxquelles ils ont eu à participer.

Enfin, dans la deuxième partie du stage, j'ai rejoint l'équipe de l'UR 106 de Montpellier pour présenter les résultats de mon travail à mon encadrement et rédiger ce présent rapport.

RÉSUMÉ

Ces trois dernières décennies, l'amélioration des conditions de vie des populations est restée un enjeu majeur pour l'Etat du Sénégal. La sécheresse du début des années 70, l'inflation généralisée des prix suite à la dévaluation du franc CFA survenue en 1994 et les effets négatifs des politiques d'ajustements structurels ont rendu difficile aux populations les plus vulnérables, l'accès aux services sociaux de base et à une alimentation saine, équilibrée et suffisante. Cette situation a eu des conséquences de grande ampleur sur la santé, la mortalité et le développement. Devant une telle situation, le Sénégal s'est engagé, de 1973 à nos jours, dans une politique de contribution à la demande sociale dans le domaine de la nutrition par la mise en place d'interventions nutritionnelles de grande envergure grâce à l'appui de divers bailleurs de fonds. Il s'agit du Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire (PPNS) de 1973 à 1988, du Projet de Nutrition Communautaire (PNC) de 1995 à 2001 et du Programme décennal de Renforcement de la Nutrition (PRN) depuis Décembre 2003.

La présente étude revêt d'abord un caractère descriptif, avec une caractérisation de ces trois interventions, mais aussi analytique avec une détermination des écarts qui les séparent suivant les facteurs de succès et les problèmes rencontrés en termes de résultats de fonctionnement et d'impact. Enfin, elle est également prospective par leur mise en perspectives en regard des recommandations actuelles en nutrition. Elle s'appuie sur une recherche documentaire et des entretiens structurés avec les acteurs de la nutrition au Sénégal (ayant intervenu ou intervenant actuellement dans ces différents projets ou programmes) qui ont permis de décrire les différentes interventions suivant une grille de caractérisation élaborée à cet effet.

Les résultats montrent que chaque intervention nutritionnelle a ses spécificités et ses différences qui peuvent porter sur les objectifs, le ciblage et l'approche stratégique. Cependant, le PPNS, intervention de nature plutôt curative, a été perçu comme une assistance alimentaire aux groupes vulnérables victimes de la sécheresse. Le PNC, à l'intermédiaire, a connu plus de succès que le PPNS du fait du niveau d'engagement politique et de la forte appropriation communautaire, même si toutes ses composantes n'ont pas été mises en œuvre. Toutefois, l'étude prospective réalisée sur les stratégies nutritionnelles du PRN, montre que ce dernier s'inscrit le mieux dans une démarche des recommandations internationales et actuelles qui préconisent une approche multisectorielle, pierre angulaire d'une nutrition communautaire durable.

Mots clés : Malnutrition, intervention nutritionnelle, projet, programme, caractérisation, approche multisectorielle

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	IV
RESUME	V
LISTE DES ABREVIATIONS	VIII
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES, ENCADRES ET ANNEXES	XI
INTRODUCTION	1
1. LE PROBLEME DE LA MALNUTRITION DU JEUNE ENFANT DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT	1
1.1 <i>Modèle causal de la malnutrition</i>	1
1.2 <i>Mesures anthropométriques</i>	3
2. LA SITUATION NUTRITIONNELLE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AU SENEGAL	3
3. LE CONTEXTE DES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES AU SENEGAL	5
METHODOLOGIE	9
1. LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	9
2. LES ENTRETIENS	9
3. L'ELABORATION DE GRILLES DE CARACTERISATION ET D'ANALYSE	10
4. LA DESCRIPTION DES RESULTATS	11
5. L'ANALYSE DES RESULTATS	11
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	13
1. LES DONNEES GEOGRAPHIQUES	13
2. LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES	13
3. LES DONNEES ECONOMIQUES	15
4. LES DONNEES SUR LA SECURITE ALIMENTAIRE.....	16
CHAPITRE II : DESCRIPTION DES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES AU SENEGAL	17
1. LE PROGRAMME DE PROTECTION NUTRITIONNELLE ET SANITAIRE (PPNS) DE 1973 A 1988	17
1.1 <i>Définition</i>	17
1.2 <i>Justification et pertinence</i>	17
1.3 <i>Partenaires</i>	18
1.4 <i>Objectifs</i>	18
1.5 <i>Ciblage des bénéficiaires</i>	18
1.6 <i>Stratégies</i>	19
1.7 <i>Acceptabilité</i>	20
1.8 <i>Faisabilité technique et opérationnelle</i>	20
1.9 <i>Participation</i>	20
1.10 <i>Résultats attendus</i>	20
1.11 <i>Durabilité</i>	21
1.12 <i>Evaluation</i>	21
1.13 <i>Résultats effectifs</i>	21
2. LE PROJET DE NUTRITION COMMUNAUTAIRE (PNC) DE 1995 A 2001	24
2.1 <i>Définition</i>	24
2.2 <i>Justification et pertinence</i>	24
2.3 <i>Partenaires</i>	24
2.4 <i>Objectifs</i>	25
2.5 <i>Ciblage des bénéficiaires</i>	25
2.6 <i>Stratégies</i>	26
2.7 <i>Acceptabilité</i>	28

2.8 Faisabilité technique et opérationnelle	29
2.9 Participation	29
2.10 Résultats attendus	31
2.11 Coût	32
2.12 Durabilité	33
2.13 Evaluation	33
2.14 Résultats effectifs	36
3. LE PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION (PRN) DEPUIS 2003	39
3.1 Définition	39
3.2 Justification et pertinence	39
3.3 Partenaires	39
3.4 Objectifs	40
3.5 Phasage - Durée - et objectifs spécifiques	40
3.6 Ciblage des bénéficiaires	41
3.7 Composantes de la phase 1	42
3.8 Acceptabilité	44
3.9 Faisabilité technique et opérationnelle	45
3.10 Participation	46
3.11 Coût de la phase 1	46
3.12 Durabilité	46
3.13 Evaluation	47
CHAPITRE III : ETUDE HISTORIQUE ET COMPARATIVE DES TROIS INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES	49
1. MISE AU POINT D'UN TABLEAU COMPARATIF DES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES AU SÉNÉGAL	49
2. ANALYSE DES FACTEURS DE « REUSSITE » ET DE DURABILITE DES STRATEGIES	54
2.1 La volonté politique	54
2.2 La participation communautaire	55
2.3 La motivation	55
2.4 La flexibilité opérationnelle	56
2.5 La formation – recherche	56
2.6 Le suivi-évaluation	57
3. LE SCORE DE "REUSSITE" DES INTERVENTIONS	57
4. LES FACTEURS LIMITANTS	58
CHAPITRE IV: GRANDES ORIENTATIONS ET PERSPECTIVES DE LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION AU SENEGAL	60
1. LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION	60
1.1 Les recommandations internationales actuelles en nutrition	60
1.2 Les recommandations régionales en nutrition	63
1.3 Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Sénégal	65
1.4 La politique nationale de nutrition du Sénégal	65
2. LA MISE EN PERSPECTIVES DU PRN	67
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	76

Liste des abréviations

AGETIP	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public contre le Sous-Emploi
AEC	Agence d'Exécution Communautaire
BANAS	Bureau de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée du Sénégal
BASICS	Basics Support for Institutionalizing Child Surviving
BEN	Bureau Exécutif National
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDD	Comité Départemental de Développement
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CER	Centre d'Expansion Rurale
CIRAD	Centre de Coopération Internationale de Recherche Agronomique pour le Développement
CLD	Comité Local de Développement
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition
CNC	Centre de Nutrition Communautaire
CNLM	Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition
CPRN	Centre de Protection et de Récupération Nutritionnelle
CRD	Conseil Régional de Développement
CRS	Catholic Relief Services
DAN	Division de l'Alimentation et de la Nutrition
DEA	Disponibilités Energétiques Alimentaires
DNAN	Division Nationale de l'Alimentation et de la Nutrition
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DRSP	Document sur les Stratégies de Réduction de la Pauvreté
DSSP	Division des Soins de Santé Primaires
EDS	Enquêtes Démographique et de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FAO	Food and Agriculture Organisation
F CFA	Franc Communauté Financière Africaine
GPF	Groupement de Promotion Féminine
HTA	Hypertension artérielle
IDA	International Development Agency

IEC	Information - Education - Communication
IPS	Institut de Pédiatrie Sociale
IRD	Institut de recherche pour le développement
ISRA	Institut des Sciences et de la Recherche Agronomiques
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITA	Institut de Technologie Alimentaire
JNV	Journées Nationales de Vaccination
KFW	Coopération allemande
Kcal	Kilocalorie
MEPN	Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
MIC	Micro-entreprise Communautaire
MICAH	Micronutriments And Health
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey/Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples
MIS	Système Informatique de Gestion
MOC	Maître d'œuvre Communautaire
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORANA	Office de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Appliquée
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PAS	Programme d'ajustement structurel
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PMI	Petites et Moyennes Industries
PNC	Projet de Nutrition Communautaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPNS	Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire
PPTE	Pays pauvres très endettés
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
PS	Politique Sanitaire
PROSEN	Projet de Sécurité Nutritionnelle
RVO	Réhydratation par Voie Orale
SANAS	Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal
SEIN	Système Informatisé de Gestion

SECALINE	Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
SNAN	Service de National de l'Alimentation et de la Nutrition
SONES	Société Nationale des Eaux du Sénégal
SSP	Soins de Santé Primaires
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UEMOA	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United State Agency of International Development

Liste des tableaux, figures, encadrés et annexes

Tableaux

Tableau 1 : Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans au Sénégal.....	4
Tableau 2 : Aperçu sur les grandes interventions nutritionnelles mises en place du Sénégal depuis 1973.....	6
Tableau 3 : Personnes ressources intervenant dans le domaine de la nutrition au Sénégal	10
Tableau 4 : Stratégies adoptées dans le PPNS	19
Tableau 5 : Stratégies prévues au cours de l'exécution du PNC	27
Tableau 6 : Budget prévisionnel du PNC	32
Tableau 7 : Comparaison des interventions nutritionnelles.....	50
Tableau 8 : Notation estimée des facteurs de "réussit" des différentes nutritionnelles.....	58

Figures

Figure 1 : Cadre conceptuel de la malnutrition.....	2
Figure 2 : La carte du Sénégal	14
Figure 3 : Le ciblage géographique du PRN.....	41
Figure 4 : Le cycle des trois "A"	45

Encadrés

Encadré 2 : Les domaines d'action définis par la CIN	61
Encadré 3 : Principes des facteurs de succès de projets de nutrition communautaire identifiés par événements chronologiques	62
Encadré 4 : Les dix recommandations du 8 ^{ème} Forum de la CEDEAO sur la nutrition.....	64
Encadré 5 : Principaux objectifs du DRSP	65
Encadré 6 : Les 9 axes stratégiques de la politique nutritionnelle du Sénégal	66

Annexes

Annexe 2 : Guide d'entretien.....	77
Annexe 3 : Grille de caractérisation d'intervention nutritionnelle	79
Annexe 4 : Grille d'analyse des interventions nutritionnelles.....	81
Annexe 5 : Lettre de développement de la nutrition du Sénégal	82

Introduction

1. Le problème de la malnutrition du jeune enfant dans les pays en développement

Aujourd'hui, la malnutrition du jeune enfant reste un problème de santé publique dans les pays en développement où elle touche un enfant de moins de 5 ans sur trois et est la cause de plus de 55 % des décès le plus souvent en association avec une maladie infectieuse [1]. Cependant, la situation nutritionnelle s'améliore lentement mais l'évolution est très contrastée selon les régions. En Afrique subsaharienne, la tendance générale est à une dégradation de la situation nutritionnelle et une augmentation du taux de pauvreté, en particulier dans les villes, où ces phénomènes sont accélérés par la forte croissance des populations urbaines [2].

1.1 Modèle causal de la malnutrition

La malnutrition par carence chez l'enfant désigne un ensemble de désordres dont les formes cliniques sont le kwashiorkor et le marasme [3]. Mais, il existe d'autres formes modérées de malnutrition comme le retard de croissance et la maigreur qui sont les plus répandues.

Cependant, elle a des causes multiples :

- *les causes immédiates* liées aux niveaux et adéquations des apports alimentaires et également à l'état sanitaire des groupes vulnérables ;
- *les causes sous-jacentes* liées à l'insécurité alimentaire des ménages, à l'insuffisance de soins (caring), au niveau d'assainissement du cadre de vie et à la fonctionnalité des structures sanitaires ;
- *les causes fondamentales* liées non seulement au niveau de développement socio-économique du pays mais également étroitement aux aspects institutionnels.

Ces causes ont été déterminées dans le cadre conceptuel de la malnutrition élaboré en 1990 en tant qu'élément de la stratégie UNICEF pour la nutrition (voir figure n°1). Ce cadre est utilisé pour la planification et l'évaluation des programmes, ainsi que pour guider l'analyse et l'appréciation des problèmes, et la formulation d'actions débouchant sur une meilleure nutrition.

Vu la diversité des causes de la malnutrition à différents niveaux, toute intervention doit prendre en considération un grand nombre de facteurs sur lesquels il faut agir.

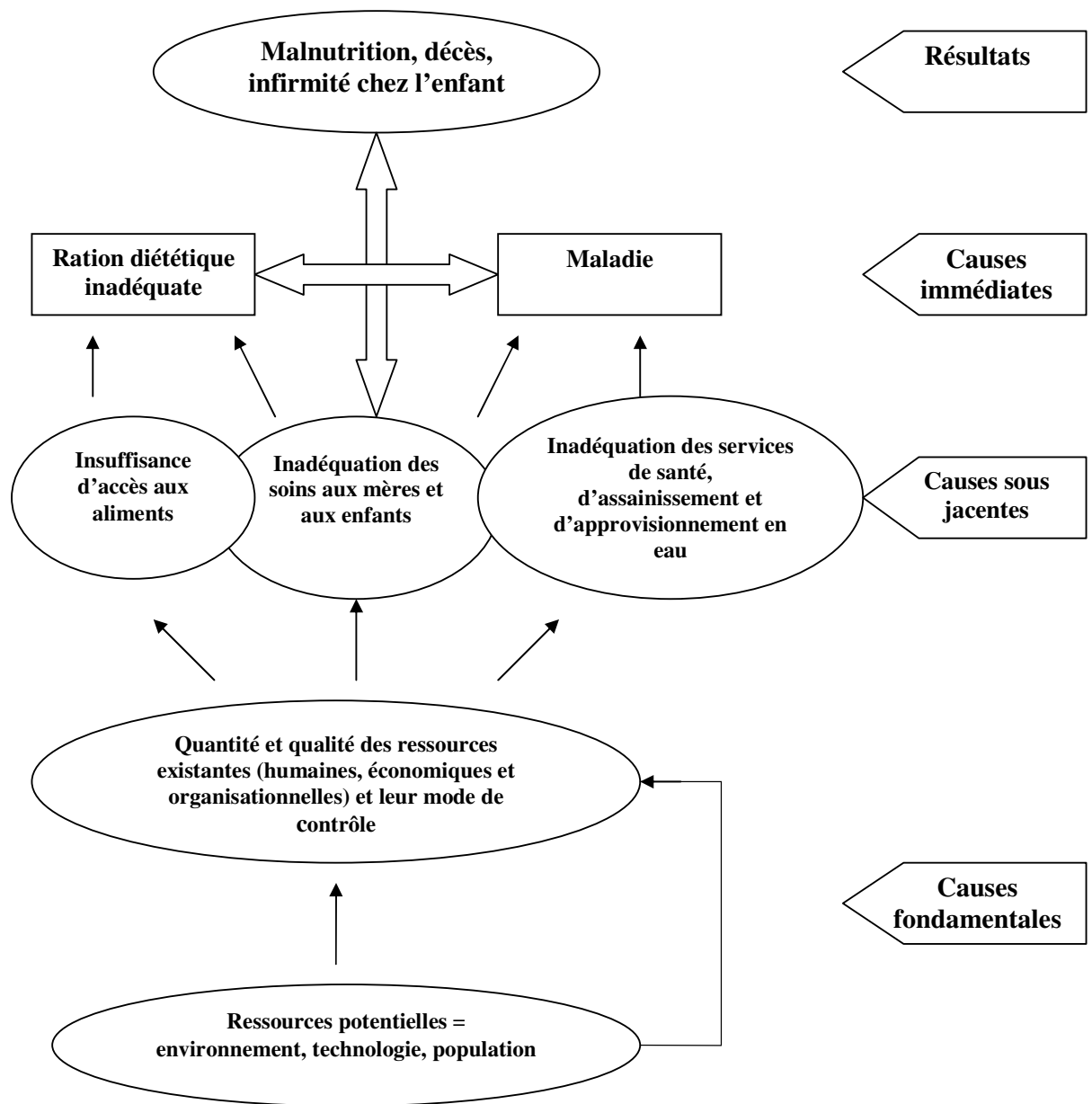


Figure 1 : Cadre conceptuel de la malnutrition
Source : Unicef, 1997

1.2 Mesures anthropométriques

Dans le cadre des interventions en nutrition, on utilise des indicateurs anthropométriques qui permettent de caractériser la situation en population, de donner le statut anthropométrique, de faire un ciblage correct et d'évaluer l'impact. Ils constituent les principaux critères d'évaluation de la qualité du régime alimentaire et de la croissance des nourrissons.

Trois indices anthropométriques couramment utilisés sont calculés en comparant la taille et le poids à des courbes de référence par âge [4]. Il s'agit des indices : taille - âge, poids - âge et poids - taille [5].

Chacun des indices a une signification particulière :

- L'indice poids-âge rend compte de la masse corporelle par rapport à l'âge chronologique. Il dépend à la fois de la taille de l'enfant (taille-âge) et de son poids (poids-taille), ce qui rend difficile son interprétation. Le faible indice poids-âge est l'expression d'un « poids insuffisant » qui est plus connu sous le nom « d'insuffisance pondérale ».
- L'indice taille-âge reflète la croissance linéaire passée. Le faible indice taille-âge se traduit par une taille trop petite pour l'âge, et par conséquent, un retard de croissance. Il indique des problèmes chroniques de santé et de nutrition aux effets cumulatifs et reflète une situation passée défavorable qui peut commencer avant même la naissance. En termes de conséquences, le retard de croissance chez l'enfant, ou encore la malnutrition chronique, entraîne une baisse des performances physiques et intellectuelles, une morbidité et mortalité élevées et d'importantes dépenses en soins de santé [2].
- L'indice poids-taille est un indicateur qui ne nécessite pas la connaissance de l'âge. Un faible indice poids-taille reflète un état de maigreur qui traduit un problème alimentaire et de morbidité ponctuel. C'est donc une malnutrition aiguë qui a la particularité d'être réversible. Par ailleurs, un indice poids-taille élevé est un signe de surpoids et d'obésité.

2. La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans au Sénégal

La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans au Sénégal est alarmante selon les données statistiques. Il existe des données de situation anthropométrique depuis 1983 regroupées dans une base de l'OMS [6]. Les enquêtes EDS ont montré que

le statut anthropométrique des enfants sénégalais s'est très fortement dégradé de 1986 à 1993 : la prévalence de la maigreur est passée du simple au double (6% à 12 %) dans la tranche d'âge de 6 à 24 mois, tandis que pour la tranche d'âge de 6 – 11 mois elle a été multipliée par 6 (2 à 12,3 %) [7].

De 1996 à 2000, avec l'impact de la stratégie nutritionnelle mise en place, la prévalence du retard de croissance chez les enfants âgés de moins de 5 ans est passée de 23 % à 19 %, et pendant la même période, la prévalence de la maigreur a augmenté de 6,7 % à 8,3 % (voir tableau n°1).

Tableau 1 : Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans au Sénégal

	Insuffisance Pondérale		Retard de Croissance		Maigreur	
	%		%		%	
Année	1996	2000	1996	2000	1996	2000
Urbain	16,5	13,2	16,8	14,5	5,9	6,9
Rural	25,8	20,5	26,4	20,9	7,2	9,3
Ensemble	22,3	18,4	22,9	19,0	6,7	8,3

Sources : EDS III, 1997 [8] et MICS II, 2000 [9]

Le déséquilibre entre les besoins nutritionnels et les apports réels constituent le principal facteur étiologique. A cela s'ajoutent la méconnaissance des besoins nutritionnels de l'enfant par les mères et le manque de suivi nutritionnel des enfants. La pratique de l'allaitement maternel exclusif et les bonnes pratiques de sevrage doivent être améliorées. En effet, seul 23,5 % des enfants de moins de 4 mois sont allaités exclusivement [10]. Cette situation est aggravée par les facteurs favorisant la malnutrition notamment, l'insuffisance de la production agricole, la faiblesse des revenus, le manque d'accès à l'eau potable et aux soins de santé, l'inexistence de systèmes d'assainissement appropriés et l'analphabétisme.

L'état de santé des enfants est également préoccupant et les maladies constituent des facteurs déclenchant ou précipitant la malnutrition. Les maladies diarrhéiques qui peuvent entraîner notamment la déshydratation et la malnutrition, constituent directement ou indirectement une des principales causes de décès des jeunes enfants. L'enquête MICS II a permis de noter que la prévalence de la diarrhée est relativement élevée au Sénégal : un enfant sur quatre (26,1 %) a eu une ou plusieurs épisodes

diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence des infections respiratoires aiguës est de 6,6 % [10].

Les problèmes nutritionnels dus à des carences en micronutriments et les parasitoses intestinales demeurent préoccupants. Ils peuvent précipiter un équilibre nutritionnel jusque là précaire vers une décompensation. En effet, en 1997, une étude menée par l'IPS sur les déterminants du poids stationnaire chez les enfants suivis dans le PNC avait révélé que l'anémie ferriprive¹ était présente dans 2/3 des cas et les parasitoses intestinales plus ou moins associées dans la moitié des cas. Une autre étude opérationnelle menée en 1999 dans le cadre du PNC par l'IPS a permis d'établir le diagnostic " situationnel " de l'anémie ferriprive et des parasitoses intestinales tenant compte de leur distribution avec respectivement une prévalence de 65 % et 45 % [10].

Bien qu'il existe peu de données concernant le petit poids de naissance, il est reconnu comme étant le point de départ du retard de développement psychomoteur et statur pondéral. Les maladies chroniques : le diabète, l'HTA, l'obésité trouvent un terrain favorable chez les adultes ayant des antécédents de petit poids à la naissance [10]. Selon l'UNICEF, le principal déterminant des petits poids de naissance est lié à la malnutrition de la mère qui retentit sur le fœtus avec toutes les conséquences néfastes possibles.

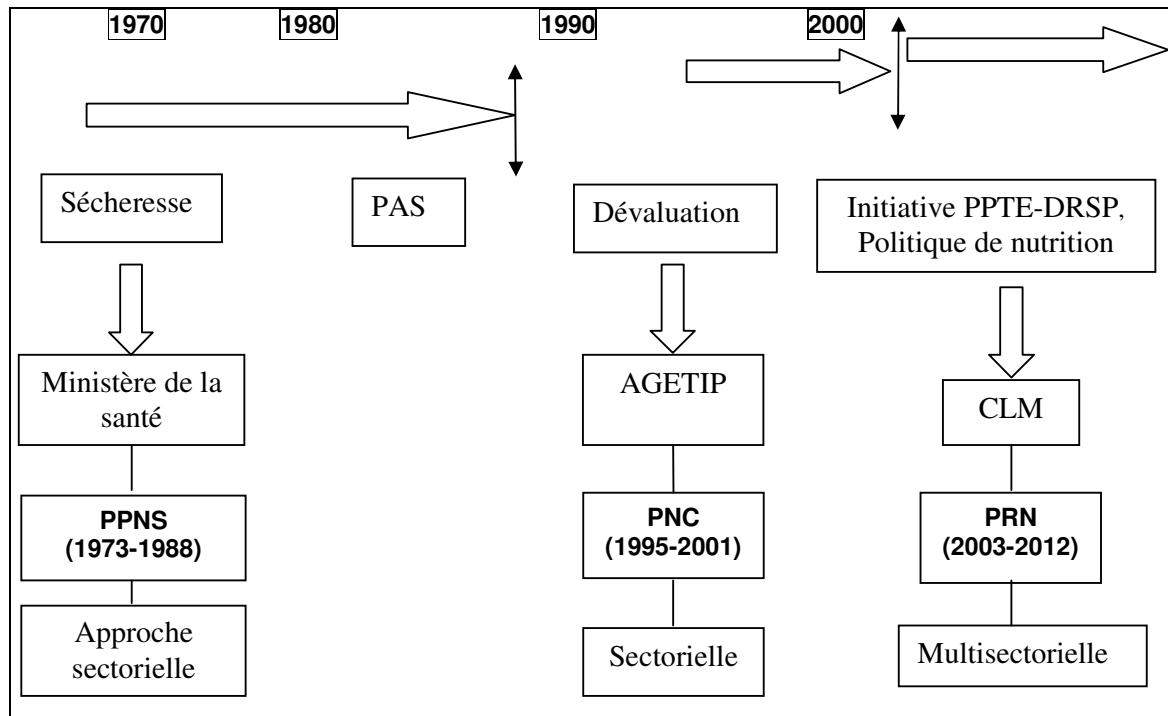
3. Le contexte des interventions nutritionnelles au Sénégal

Le problème de la malnutrition des jeunes enfants a toujours demeuré une préoccupation majeure pour l'Etat du Sénégal, qui a pris des initiatives depuis 1973, avec l'appui des bailleurs de fonds et/ou des ONG internationales. Dans le but d'améliorer la nutrition des groupes vulnérables, il a mis en place selon les contextes trois interventions nutritionnelles de grande envergure (voir tableau n°2). Il s'agit :

- du Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire (PPNS) de 1973 à 1988,
- du Projet de Nutrition Communautaire (PNC) de 1995 à 2001,
- Et du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) lancé en Décembre 2003 pour une durée de dix ans.

¹ Anémie liée à la carence en fer

Tableau 2 : Aperçu sur les grandes interventions nutritionnelles mises en place du Sénégal depuis 1973



Par ailleurs, des politiques sectorielles de nutrition initiées aux plans national et sous-régional telles que :

- le Paquet d'Activités Intégrées en Nutrition (PAIN) de 1999 à 2004,
- la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME),
- la lutte contre les carences en iode et en vitamine A, ont été mises en place et suivies par le Ministère de la Santé en collaboration avec des ONG.

Problématique et intérêt de l'étude

Comme dans tous les pays en développement, le Sénégal est confronté au problème de la malnutrition par carence avec une forte prévalence des malnutritions chronique et aiguë.

La situation des zones urbaines semble préoccupante, même si les taux de malnutrition et de pauvreté restent plus importants dans les zones rurales lourdement affectées par les effets de la grande sécheresse des quinze dernières années. Si les zones rurales sont à l'heure actuelle plus touchées par la pauvreté et la malnutrition, l'aggravation de la situation est plus rapide dans les zones urbaines [11].

Par ailleurs, les programmes d'ajustements structurels mis en place dès le début des années 80 se sont révélés insuffisants pour relancer l'économie en crise. En janvier 1994, la dévaluation du franc CFA offrait l'opportunité d'améliorer la situation économique du pays en favorisant les exportations, mais par la même occasion diminuait le pouvoir d'achat des populations urbaines, davantage tributaires des produits importés que les populations rurales.

Pour pallier les effets de tous ces événements sur l'état nutritionnel des groupes vulnérables, en particulier dans les zones périurbaines, l'Etat du Sénégal a adopté des stratégies nutritionnelles par la mise en place d'interventions diverses et variées depuis 1973. Dans cette même lancée, en 2002, la politique nationale de nutrition a été élaborée ; ce qui traduit une ferme volonté pour les autorités sénégalaises de soutenir les actions déjà entreprises dans le cadre de la lutte contre la malnutrition. C'était l'occasion de faire du statut nutritionnel des groupes vulnérables, un objectif de planification et un indicateur du développement socio-économique.

Mais, toutes ces initiatives n'ont pas empêché une détérioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables d'où la nécessité de réorienter les stratégies pour combattre la malnutrition en initiant l'approche « programme ».

Il est devenu alors opportun d'envisager des solutions durables permettant d'améliorer la nutrition des populations sénégalaises. C'est dans cette optique que nous inscrivons notre étude en apportant notre touche à la construction de l'édifice. Pour ce faire, il est important de faire un diagnostic de la situation de la lutte contre la malnutrition en termes de planification et de réalisation des différents projets ou programmes déjà initiés afin d'estimer le niveau de réussite de chaque intervention et les facteurs favorisants. La prise en considération de ces derniers et des

recommandations en vigueur en nutrition pourra servir d'éléments clés pour soutenir l'approche multisectorielle intégrée recommandée dans le contexte actuel de pauvreté.

Cette étude s'inscrit alors, dans une perspective d'amélioration de la lutte contre la malnutrition par la mise au point d'un document de travail utile à tout acteur de la nutrition afin de tirer profit de l'expérience sénégalaise. Ce document va tracer l'évolution du Sénégal dans les stratégies nutritionnelles initiées et faire apparaître les points positifs pouvant déterminer leur réussite.

Pour cela, l'objectif général de notre étude est d'identifier les facteurs de succès et les problèmes des trois grandes interventions nutritionnelles de grande envergure mises en place au Sénégal depuis 1973 en termes de résultats de fonctionnement et d'impact sous l'éclairage de recommandations internationales et régionales en nutrition.

Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes fixé les objectifs spécifiques suivants :

- 1 – Caractériser les principales interventions nutritionnelles (PPNS, PNC, PRN) suivant une grille de caractérisation élaborée à cet effet,
- 2 – Analyser l'évolution des interventions nutritionnelles initiées au Sénégal depuis la sécheresse des années 70 et en déterminer les facteurs de succès,
- 3 – Faire une mise en perspectives par rapport aux recommandations actuelles en nutrition pour situer la stratégie nutritionnelle actuelle du Sénégal.

Méthodologie

1. La recherche documentaire

Le choix d'un thème de recherche sur la malnutrition ne saurait être irrationnel car l'immensité des publications et écrits sur le thème pourrait toujours servir de matière à réflexion. Pour mieux comprendre ce thème, nous avons fait la revue bibliographique qui nous a permis de nous imprégner des grandes rencontres internationales, régionales et nationales qui ont eu lieu dans le cadre de la lutte contre la malnutrition afin de recenser les recommandations en nutrition en vigueur.

Dans un souci de bien caractériser nos différentes interventions suivant la planification et le déroulement des activités, nous avons été amenée à visiter les centres de documentation de leurs différentes structures de coordination. Cela nous a permis d'exploiter convenablement les documents de mise en œuvre, les rapports d'activités et les résumés exécutifs afin d'en tirer l'information utile à l'élaboration de notre travail.

Cependant, certains programmes comme le PPNS dont le démarrage des activités date de longtemps, ne font pas l'objet de nombreux rapports détaillés ou écrits scientifiques structurés. Cet aspect est compréhensible car à l'époque (vers les années 70), les théories sur la gestion de projets n'étaient pas encore d'actualité. Souvent, c'est un bilan global qui était tiré à la fin de l'intervention.

2. Les entretiens

L'information nécessaire pour atteindre les objectifs de notre étude notamment la description des interventions à partir de leur déroulement exact, a été recueillie auprès des acteurs de la nutrition et responsables locaux sénégalais suite à une planification de rendez-vous et de séances de travail. La conception d'un guide d'entretien a permis de faciliter les séances de travail effectuées auprès de ces acteurs (annexe1). Les intervenants dans le domaine de la nutrition rencontrés sont des planificateurs, des nutritionnistes et/ou coordonnateurs de chacune des trois interventions ciblées (voir tableau n°3).

Tableau 3 : Personnes ressources intervenant dans le domaine de la nutrition au Sénégal

Acteurs sénégalais de la nutrition	Interventions nutritionnelles effectuées	Statut professionnel
Dr Tianar Ndoye (plus connu sous le surnom de père de la nutrition au Sénégal)	PPNS	Pédiatre, nutritionniste
Pr Galaye Sall	PPNS, PNC, PRN	Nutritionniste, directeur de la Division de l'Alimentation de la nutrition au Ministère de la Santé
L'équipe de la DNAN	PPNS, PNC, PRN	Nutritionnistes, techniciens de la santé, travailleurs sociaux
Dr Birame Ndiaye	PNC, PRN	Nutritionniste, M.Sc en Santé Publique, coordonnateur du PRN
Dr Djibril Cissé	PNC	Nutritionniste, chargé de programme de nutrition à BASICS
Abdoulaye Kâ	PRN	Gestionnaire et superviseur de projet des AEC au PRN
Mamadou Sadjji	PRN	Nutritionniste à l'ITA, DEPA Université Senghor

3. L'élaboration de grilles de caractérisation et d'analyse

La quantité et la diversité de l'information qui caractérisent une intervention nutritionnelle nécessitent de disposer d'un outil « structuré » pour sa description complète. L'emploi d'un cadre conceptuel explicitement formulé, qui tient compte du caractère multifactoriel de la malnutrition, peut faciliter la caractérisation d'une intervention nutritionnelle. Pour ce faire, nous nous sommes inspirée des travaux de Beghin et al. [12]. En effet, tous les aspects indispensables à considérer pour la caractérisation d'une intervention nutritionnelle sont réunis dans une grille composée de quatorze items. L'intérêt que présente cette grille de caractérisation est son usage pratique pendant une planification ou une recherche ou même une évaluation de projet de nutrition.

Ainsi, nous avons tout d'abord commencé par élaborer une première grille de caractérisation (annexe 2) pour chaque programme de nutrition sur la base des références de Beghin et al dans le but d'y transposer de façon standardisée l'information recueillie via les entretiens, les documents de mise en œuvre, les rapports d'activités et

les résumés exécutifs des différentes interventions. Ensuite, grâce aux indicateurs d'évaluation de projets de nutrition communautaire déjà utilisés par la Banque Mondiale et aux documents d'analyse de programme élaborés par le PRN [13], nous avons conçu une deuxième grille d'analyse qui servira à confronter les données des trois programmes (voir annexe 4).

4. La description des résultats

Basée sur les éléments de réponse obtenus à travers la grille de caractérisation, la description des résultats consiste alors à rendre compte des informations recueillies à travers la revue bibliographique, les entretiens individuels et les séances de travail effectués auprès des intervenants de la nutrition du Sénégal. Elle a la particularité de présenter chaque programme (le PPNS et le PNC) tel qu'il avait été prévu et/ou tel qu'il s'est déroulé selon les critères déterminés dans la grille. Les informations mentionnées dans les paragraphes « déroulé » relatent ce qui a été mis en œuvre de façon différente par rapport à ce qui était prévu, et tout ce qui s'est déroulé comme prévu n'est pas mentionné dans les paragraphes « déroulé » pour éviter une répétition. Cette méthode facilite l'évaluation du projet et permet d'identifier les insuffisances par rapport aux prévisions. Par ailleurs, la description du PRN se fera suivant l'aspect « prévu » uniquement, étant donné que les activités du programme viennent à peine de démarrer (Décembre 2003).

5. L'analyse des résultats

Pour comparer les interventions et les situer par rapport aux recommandations régionales et internationales en nutrition, nous allons utiliser les éléments constitutifs de la grille d'analyse. L'objectif est de pouvoir tirer un bilan des stratégies nutritionnelles initiées au Sénégal et de montrer les avancées dans le domaine de la lutte contre la malnutrition.

Dans cette partie, nous avons comparé les trois interventions nutritionnelles étudiées sous la forme d'un tableau d'analyse permettant de confronter les résultats les plus essentiels et de les discuter. Une analyse pointue sera faite particulièrement sur six points que nous avons jugés essentiels, et nommés « les facteurs de réussite et de durabilité des stratégies nutritionnelles au Sénégal ». Il s'agit de :

- 1) la volonté politique,
- 2) la participation communautaire,

- 3) la motivation,
- 4) la flexibilité opérationnelle,
- 5) la formation – recherche,
- 6) le suivi-évaluation.

Enfin, nous avons fait la mise en perspectives du PRN par rapport aux recommandations internationales, régionales (le 8^{ème} forum de la CEDEAO sur la nutrition) et nationales (la politique de développement de la nutrition du Sénégal et les DRSP).

CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE

1. Les données géographiques

Le Sénégal est un pays sahélien situé à l'extrémité ouest du continent africain. Sa superficie totale est de 196 722 km² avec une frange côtière de 500 km. Le pays est divisé en dix régions et trente départements, il partage ses frontières avec la Gambie, au Nord avec la Mauritanie, à l'Est avec le Mali et au Sud avec la Guinée et la Guinée-Bissau.

Trois fleuves parcourent le pays : le fleuve Sénégal (long de 1700 km), le fleuve Gambie (long de 750 km) et le fleuve Casamance (long de 300 km). Ils prennent leur source dans le Sud-est du pays, aux montagnes du Fouta Djallon.

Le climat est tropical et est caractérisé par trois zones écologiques : une zone sahélienne au Nord et au Nord-Est, marquée par de faibles précipitations ; la savane arborescente au Centre qui est une zone de transition et enfin, une végétation où la savane cède la place à la forêt dans le Sud. Le pays connaît deux saisons : une longue saison sèche de novembre à juin et une saison des pluies de juillet à octobre plus abondante dans le sud du pays.

Cependant, la côte (de Saint-Louis à la presqu'île du Cap-Vert) est soumise à l'alizé durant la saison sèche. La température diurne moyenne est de 23,3°C en janvier, et de 28,3°C en juillet. Les précipitations annuelles sont plus importantes dans le Sud, avec une moyenne de 1400mm, et chutent considérablement dans le Nord, avec moins de 381mm. Au centre des régions non soumises à l'influence marine, le Ferlo est une vaste plaine en voie de désertification que la sécheresse de ces dernières décennies, accentuée par l'harmattan soufflant du désert, a transformé en une plaine de poussière [14].

2. Les données démographiques

La population du Sénégal compte 9,8 millions d'habitants en 2001, soit une densité moyenne de 48 habitants au km². Elle est très inégalement répartie : environ 25% de la population est concentrée dans la région de Dakar ; l'autre pôle de concentration est le centre du pays (le bassin arachidier) avec plus de 35 % de la population et l'Est du pays est très faiblement peuplé. Néanmoins, l'urbanisation reste faible au Sénégal et représente 41 % de la population totale.

Figure 2 : La carte du Sénégal



Le taux annuel d'accroissement démographique est de 2,8 % entre 1990 et 2002. Les deux principales religions sont l'islam (94%) et le christianisme (5%). Les étrangers représentent 2 % de la population.

Au cours de ces dernières années, les secteurs de la santé et de l'éducation ont enregistré des progrès remarquables avec un pic respectivement au niveau de la privatisation de la santé et de la scolarisation des filles et de l'alphabétisation. Quant à l'espérance de vie, elle y est de 53 ans [14].

3. Les données économiques

Le Sénégal est un pays à faible revenu. Admis récemment parmi les Pays les moins avancés (PMA), il vient de bénéficier de l'initiative PPTE (Pays Pauvre Très Endetté) renforcée. De 1995 à 2000, la croissance économique a été en moyenne de 1,2 % par an dans un contexte d'assainissement des finances publiques, une maîtrise de l'inflation et une réduction du déficit de la balance des paiements. Avec un produit national brut (PNB) de 4,6 milliards de dollars, soit un revenu moyen par habitant de 470 \$ US [15], une scolarisation moyenne 65% (73% pour les garçons, 58% pour les filles), une espérance de vie de 51 ans pour les hommes, 54 ans pour les femmes, une économie agricole très dépendante de la pluviométrie, le Sénégal reste un pays pauvre et dépendant de l'aide extérieure. Le pays est classé au 156^{ème} rang sur 175 selon l'Indice du développement humain (IDH) du PNUD [16]. La pauvreté touche 65% de la population et affecte principalement les zones rurales.

Malgré la prédominance de l'agriculture industrielle et vivrière, l'industrie sénégalaise a connu un essor sensible, parmi les plus importants d'Afrique, à la fin des années 1980 et au début de la décennie suivante. La dévaluation du franc CFA survenue en 1994 a ouvert la voie à un retour de l'économie à une situation concurrentielle et à l'expansion, car elle a permis d'améliorer les revenus agricoles grâce à une hausse des prix de la principale source de revenu (l'arachide) pour les plus démunis et à l'encouragement des activités à vocation exportatrice (pêche, tourisme, agro-industrie et production semi-industrielle).

L'aide technique et économique provient principalement de la France, de l'Union européenne (UE) et de la Banque Mondiale.

4. Les données sur la sécurité alimentaire

L'Enquête Sénégalaise auprès des Ménages, qui mesure le niveau de vie des ménages, a montré en 2001, que les besoins nutritionnels d'une fraction importante de la population ne sont pas satisfaits. La malnutrition touche particulièrement les femmes et les enfants, notamment dans les régions les plus affectées par la pauvreté : Kolda, Fatick, Kaolack, Tambacounda, Ziguinchor et Louga. Par ailleurs, un certain nombre de villages de ces régions sont considérés comme des zones et des groupes à risque alimentaire.

La malnutrition chronique, cause de retard de croissance et de maigreur visibles chez les enfants, demeure le problème majeur de nutrition et d'insécurité alimentaire. Dans l'ensemble du pays, et plus particulièrement dans les zones urbaines, le riz est la céréale alimentaire de base et entre dans la composition des repas à raison de plus de 98% pour le déjeuner, 50 % pour le dîner et 20-50 % pour le petit déjeuner. Avec la création d'un circuit plus stable pour l'alimentation et grâce à l'adoption d'autres mesures au titre du Prêt à l'ajustement sectoriel pour l'agriculture proposé par la Banque Mondiale, la disponibilité d'aliments – l'un des aspects primordiaux de la sécurité alimentaire – devrait se stabiliser, particulièrement au niveau des populations démunies. Néanmoins, de nombreux ménages ne disposent pas toujours de revenus ou de ressources nécessaires à l'acquisition régulière de quantités suffisantes d'aliments adéquats [17]. Pour toutes ces raisons la disponibilité brute moyenne de céréales par habitant est de 105 kg alors que la norme fixée par la FAO est de 185 kg par habitant. En conséquence, le Sénégal doit importer 40% chaque année de ses besoins en céréales. Environ 1/3 des sénégalais ne disposent pas de 2400 kcal/j (norme de la FAO) [18]. L'urbanisation et la croissance démographique influent sur la demande alimentaire qui croît à un rythme régulier. Il en résulte que la demande en produits agricoles a augmenté alors que la production nationale a tendance à baisser voire stagner. Pour combler ce déficit, le Sénégal doit faire recours aux importations et aux aides d'urgences de la communauté internationale [17].

CHAPITRE II : DESCRIPTION DES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES AU SENEGAL

1. Le Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire (PPNS) de 1973 à 1988

1.1 Définition

Le Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire, financé par l'USAID et exécuté de 1973 à 1988, résultait d'une Convention passée le 15 janvier 1973, entre le gouvernement du Sénégal (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales) et le Catholic Relief Services, ONG américaine d'aide internationale [19]. Il s'agissait de rendre disponible une aide économique en nature-vivres et de s'assurer que cette aide (ou supplémentation alimentaire) allait à l'enfant pour améliorer son état nutritionnel.

1.2 Justification et pertinence

Le Sénégal avait été l'un des pays sahéliens les plus sévèrement affectés par la sécheresse des années 70. La décimation du bétail et la perte des récoltes avaient entraîné une dénutrition de la population générale, des enfants en particulier. Il fallait donc nourrir et soigner particulièrement les groupes les plus vulnérables. Ainsi, des appels furent lancés par l'Etat du Sénégal pour venir en aide aux populations. Prévoyant que la sécheresse serait un problème à long terme et qu'il faudrait dépasser le stade des secours d'urgence, l'UNICEF, en collaboration avec le Ministère de la Santé, s'était penché dès 1973 sur l'élaboration d'un programme de soutien aux populations à long terme, dans deux directions : la promotion nutritionnelle et l'hydraulique rurale. Cette initiative devait permettre :

- l'élaboration d'une politique alimentaire et nutritionnelle nationale tenant compte des besoins spéciaux des nourrissons, des jeunes enfants, des femmes enceintes et des femmes allaitantes ;
- le renforcement des capacités des services de soins de santé primaires en matière de nutrition. Cette action s'est effectuée par la mise en œuvre du PPNS dans les centres de santé ; l'objectif était d'apporter un appoint de protection nutritionnelle et sanitaire aux groupes vulnérables en temps normal comme en période d'épreuve de privation alimentaire [20].

1.3 Partenaires

Ce sont particulièrement les partenaires du Ministère de la Santé et des Affaires sociales, à savoir : l'UNICEF, le PAM, l'USAID, le CRS.

1.4 Objectifs

Le PPNS visait essentiellement à :

➤ ***En termes de résultats :***

1. Couvrir 50 % des enfants âgés de 0 à 5 ans et leurs mères en vue d'obtenir régulièrement des données relatives à leurs conditions alimentaires et leur état nutritionnel ;
2. Amener 100 % des structures sanitaires (centres, postes, cases de santé) à appliquer et à se conformer à la stratégie nationale de surveillance nutritionnelle.

➤ ***En termes d'effets :***

1. Réduire de 50 % au moins la prévalence de la malnutrition grave chez les enfants couverts par le système national de surveillance nutritionnelle grâce à des mesures correctives et préventives, notamment l'éducation nutritionnelle ;
2. Améliorer l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans.

1.5 Ciblage des bénéficiaires

Les bénéficiaires étaient les enfants âgés de 0 à 5 ans, les femmes enceintes (3^{ème} trimestre) et les femmes allaitantes (0-5 mois). Les critères de sélection étaient laissés libres à chaque centre. Le choix du centre dépendait de la situation géographique de la structure sanitaire. Cependant, il fallait limiter le nombre de bénéficiaires en fonction de la capacité du centre et couvrir 10 % de la population à risque en milieu rural.

En termes de « déroulé », parmi les enfants, seuls ceux âgés de 0 à 2 ans ont effectivement bénéficié du projet car les critères d'inscription n'avaient pas bien été définis au départ [21].

1.6 Stratégies

Tableau 4 : Stratégies adoptées dans le PPNS

Stratégies	Activités	Acteurs	Sites	Ressources
Volet initial : Acte médico-sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Visites pré et post natales • Suivi sanitaire et pondéral : examen clinique et biométrie • Récupération nutritionnelle par un complément calorique et azoté • Petits soins médicaux préventifs usuels, (médicaments et vaccins) • Système d'information sur les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Direction des Affaires Sociales : Administration • Direction de la santé publique (BANAS) • CRS : dotation de vivres, médicaments • UNICEF • PMI, PS, CER, Centres sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • centres du CRS, • centres sociaux, • postes de santé, • centres talibés, • CPRN 	<p>Equipement complet d'un centre d'un coût de 460 000 Fcfa</p>
Volet complémentaire : Aide alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution d'aliments de supplément aux femmes aux stades pré et post-natal, • Distribution de vivres (lait, sucre) et vêtements aux mères, • Distribution d'aliments de complément aux enfants de moins de 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • PAM, • CRS, • UNICEF 	<ul style="list-style-type: none"> • centres CRS, • centres sociaux, • postes de santé, • centres talibés 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivres : mil, riz, poisson séché, lait sucre, huile etc. • Vêtements

Source : *Rapport d'activité du PPNS 1973-1978* [21]

1.7 Acceptabilité

- **Par la population** : Une fréquentation massive des centres où des vivres étaient distribués a été constatée ; les vivres ont constitué un facteur d'attraction majeur même si la sensibilisation des mères pour les encourager à participer au programme et les aider à comprendre les buts et le fonctionnement du programme avait été faite.
- **Par les intervenants** : rien n'a été prévu en ce sens.

1.8 Faisabilité technique et opérationnelle

La conception du PPNS était fondée sur les relations :

Nourriture → Croissance

Aliments → Santé Infantile

- **Les conditions** : Avant d'inscrire une mère et son enfant dans le programme, la mère devait accepter trois obligations :
 - a-) utiliser l'aide alimentaire distribuée ou l'équivalent en produits locaux pour améliorer les repas de l'enfant,
 - b-) protéger son enfant contre les maladies,
 - c-) être d'accord sur le fait que le système de surveillance de la croissance soit l'indicateur des progrès de son enfant (progression sur la fiche individuelle de croissance) et venir tous les mois au centre à cette fin.
- **L'ouverture des centres** : Elle était faite sur proposition du médecin-chef de région. Pour sa part, le CRS s'assurait que les mères qui désiraient participer au programme avaient été sensibilisées et avaient compris les buts et le fonctionnement du programme, que le personnel était disponible et qu'un local et un magasin pouvaient être affectés au programme.
- **Le système de surveillance de la croissance** : Il permettait de mesurer les progrès de l'enfant et de constater les changements de son état nutritionnel par des pesées régulières pour pouvoir remplir la fiche de croissance et tracer la courbe pondérale de l'enfant.

1.9 Participation

Rien n'avait été prévu en ce sens.

1.10 Résultats attendus

- **Court terme** : Approche curative basée sur la réhabilitation des malnutris.

- **Long terme** : Exploitation des données du système de surveillance de la croissance pour les futurs programmes.

1.11 Durabilité

- **Au niveau des effets** : Il s'agissait de fournir aux populations de l'aide économique (nature, vivres, soins) ; ces actions ne pouvaient être durables que si des projets générateurs de revenus étaient initiés afin de leur permettre d'avoir une bonne situation nutritionnelle.
- **Au niveau des processus** : Le PPNS n'avait pas bénéficié d'aspects clefs qui, au cours du processus permettaient sa durabilité, tels que la formation du personnel, l'éducation des mères, la supervision, la coordination et la motivation venant du personnel et le suivi et l'évaluation au cours des processus.

1.12 Evaluation

1.12.1 «prévu»

Un suivi-évaluation des activités n'avait été prévu dans la planification du PPNS par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

1.12.2 «déroulé»

Seulement, il se trouve qu'une évaluation avait été faite à la suite d'enquête d'identification des cibles pour permettre au CRS de tirer un bilan par rapport à l'assistance fournie aux populations.

L'évaluation de ce programme révèle la persistance de la malnutrition. Le ciblage du PPNS n'a pas entraîné une modification considérable du le taux de prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans du pays par rapport à la situation d'avant sécheresse. Il est déduit de cette étude que l'ignorance n'est pas le facteur limitant. Par conséquent, même si l'éducation est nécessaire, elle n'est pas suffisante. La cause fondamentale des malnutritions est alors identifiée comme étant la pauvreté [22].

1.13 Résultats effectifs

- **En termes de résultats intermédiaires, de 1973-1984** [21]
 - Les centres et les services offerts** :
 - 405 centres ouverts dont 100 ont reçu de la part de l'UNICEF des équipements composés de matériel de cuisine, nécessaire biométrique, nécessaire audiovisuel, nécessaire de petits soins ;

- Bonne répartition des centres, 405 centres ouverts dont moins de 10 % en zone urbaine et les 2/3 en zone rurale où la prévalence de la malnutrition restait élevée ;
- Le PPNS reposait très largement sur les infrastructures de prestations de soins de santé existants (85 % des centres se trouvant dans les dispensaires ou les maternités), ce qui avait permis une surveillance de l'état sanitaire et nutritionnel des bénéficiaires ;
- Formation d'un nombre élevé de personnel paramédical à l'utilisation des fiches de croissance ;
- Les rations à consommer à domicile ne duraient que 15 jours et non le mois entier: chaque enfant en 1981 recevait une ration de 5,53 Kg par mois, en 1982 il ne recevait plus que 3,84 Kg alors que l'objectif théorique était de 7,5 Kg en raison des problèmes de gestion ou de problèmes de distribution ;
- L'insuffisance des soins dispensés par les postes de santé n'incitait guère les mères à y amener leurs enfants.

b. Les bénéficiaires [20] :

- 240 000 bénéficiaires dont 150 000 enfants et 90 000 mères ;
- Taux de couverture : 10,9 % des enfants âgés de 0 à 5 ans ;
- 10 % des ménages les plus à risque n'étaient pas informés du programme ou n'y ont pas participé ;
- 90 % des enfants de moins de 2 ans y étaient restés jusqu'à l'âge de 3 ans ou plus, ce qui avait réduit d'autant les chances d'entrée pour les enfants plus jeunes et à risque ;
- Les bénéficiaires ne consommaient que 6-11 % des sources de calories distribuées ;
- De nombreuses mères cessèrent de participer au programme en raison du manque de temps et de l'obligation de verser une cotisation (0,67 \$ environ par mois) au PPNS;

c. Modifications observées [21] :

- Couverture vaccinale très étendue des enfants participant au programme ;
- Meilleure utilisation des services de santé par ces mêmes enfants ;

- Recours plus fréquent à la réhydratation par voie orale dans les zones participantes.
- **En termes d'effets :**
 - Baisse du taux de mortalité des nouveau-nés et des enfants des communautés participantes [21] ;
 - Incidence plus faible du paludisme chez les enfants inscrits au programme grâce à un recours plus fréquent aux mesures prophylactiques [21];
 - Situation sanitaire et nutritionnelle améliorée chez les enfants couverts par le programme par rapport aux non participants [23] ;
 - Au niveau des villages : ceux dotés de centres PPNS étaient plus développés que ceux qui n'en disposaient pas.
- **Effets pervers [21, 23] :**
 - Interruption de la distribution d'aliments en 1987, limitant l'activité des centres au simple contrôle de la croissance et entraînant une baisse du nombre de bénéficiaires,
 - Non-respect des termes de la Convention par le gouvernement sénégalais,
 - Non prise en charge des frais de transport des vivres par le CRS,
 - Difficultés budgétaires,
 - Aliments revendus sur le marché,
 - Aliments consommés par la famille plutôt que par les enfants

En somme, nous dirons que le PPNS ne fait pas l'objet de beaucoup de documents détaillés en termes de résultats ou de suivi-évaluation car ces aspects n'entraient vraisemblablement pas dans les préoccupations principales pour une intervention nutritionnelle qui répondait à une situation d'urgence à l'époque.

2. Le Projet de Nutrition Communautaire (PNC) de 1995 à 2001

2.1 Définition

En 1995, le Projet de Nutrition Communautaire [24] était une innovation dans la stratégie de résolution des problèmes de santé et de nutrition. Il visait à s'attaquer à la malnutrition directement par la mise sur pied de Centres de Nutrition Communautaire (CNC) pour atteindre les bénéficiaires, et aux autres problèmes de santé et de pauvreté indirectement par la potentialisation des structures privées et publiques et par l'accroissement des revenus des populations dans les zones ciblées.

Ce projet avait été mis en place par l'Etat du Sénégal grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale [24] pour une durée de 5 ans après une phase pilote en 1995 et l'exécution du programme avait été confiée à une structure privée : l'Agence d'Exécution des Travaux d'intérêt Public contre le Sous-Emploi (AGETIP). Cette dernière s'est appuyée sur les structures communautaires de base (associations, groupements de promotion féminine etc.) et des groupements d'intérêt économique (GIE), en signant avec eux des contrats de prestations de services pour le fonctionnement de Centres de Nutrition Communautaire (CNC) [25].

2.2 Justification et pertinence

De 1986 à 1993, la situation nutritionnelle s'est très fortement dégradée au Sénégal : chez les enfants âgés de 6 à 36 mois, la prévalence de la malnutrition aiguë est passée du simple au double (5,8 à 12%) tandis que pour la tranche d'âge 6-11 mois, elle a été multipliée par 6 (2 à 12 %) [10]. A cela est venue s'ajouter l'inflation généralisée des prix suite à la dévaluation du franc CFA survenue en janvier 1994. Devant une telle situation, l'Etat du Sénégal a créé en juin 1994 une Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition (CNLM) et a ensuite mis en place le PNC pour éviter une détérioration de l'état nutritionnel des populations en particulier dans les zones périurbaines [26].

2.3 Partenaires

Le PNC était principalement financé par : la Banque Mondiale, la Coopération Allemande et le Programme Alimentaire Mondial.

2.4 Objectifs

➤ *En termes de résultats :*

1. Couvrir les groupes les plus vulnérables (enfants mal nourris de 6 à 36 mois, femmes enceintes et femmes allaitantes) par le volet Nutrition ;
2. Alimenter en eau potable les quartiers non desservis qui sont concernés par le volet Nutrition ;
3. Améliorer la sécurité alimentaire des ménages ruraux et urbains pauvres.

➤ *En termes d'effets :*

1. Eviter une plus grande détérioration de l'état nutritionnel des enfants âgés de 6 à 36 mois dans les zones périurbaines pauvres
2. Susciter les changements de comportements chez les femmes en matière d'alimentation et de santé.

2.5 Ciblage des bénéficiaires

Le PNC avait présenté un document de référence utile pour sa mise en œuvre et un résumé exécutif montrant le déroulement du projet. Cela permet de distinguer la manière dont il s'est déroulé de la planification.

2.5.1 «prévu» [27]

Le PNC avait ciblé un effectif d'1,2 million de personnes pour les volets Nutrition et Alimentation en eau.

Pour le volet Nutrition, les cibles étaient constituées par les enfants malnutris âgés de 6 à 36 mois sur la base de l'insuffisance pondérale, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois (période à partir de laquelle la supplémentation de la femme aurait des répercussions positives sur le produit de la conception) et les femmes allaitantes d'un enfant de 0 à 6 mois (période où la femme a le plus besoin d'un supplément alimentaire pour soutenir son allaitement). Chaque cycle d'inclusion de nouveaux bénéficiaires durait 6 mois. En plus de la cohorte prévue, des enfants bien nourris pouvaient bénéficier du projet ; il s'agissait d'enfants dits "à risque" dont le poids était dans la zone verte de la courbe de croissance mais qui ne prenaient pas de poids ou en perdaient entre deux pesées successives, ou les frères et sœurs des enfants malnutris. Certains bénéficiaires pouvaient être reconduits au cycle suivant, surtout les enfants malnutris qui n'avaient pas été récupérés au bout d'un premier cycle de 6 mois.

Pour le volet «Approvisionnement en eau», il était prévu un effectif de 696 000 personnes dont 174 000 habitants des quartiers ciblés au cours de la première année auxquels s'ajouteront 522 000 habitants les années suivantes.

2.5.2 «déroulé»

Les résultats de ciblage en termes de taux de malnutris inclus dans les cohortes sont de 66% [28, 29] ; ce qui est inférieur à l'objectif de 70 % attendu [27, 30]. Les données de couverture en population en zone ciblée [31, 32] sont également inférieures à celles qui étaient fixées par les objectifs [27].

2.6 Stratégies

2.6.1 « prévu»

Elles sont rassemblées dans le tableau n°5.

Tableau 5 : Stratégies prévues au cours de l'exécution du PNC

Stratégies	Acteurs	Activités	Lieu	Coût *
Volet Nutrition				
1. Suivi-promotion de la croissance mensuel 2. Supplémentation alimentaire hebdomadaire 3. Education des mères	Prestataires de services : agents issus de la communauté regroupés en GIE	L'accueil - Les pesées - Les références Les causeries - Les entretiens individuels Les visites à domicile - La distribution d'aliments de complément fortifiés	CNC Domicile	15,3
4. Aiguillage vers les services de santé de base pour la population	Agents de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes etc.)	Consultations - Réhabilitation nutritionnelle – Vaccinations - Petits soins	districts sanitaires, postes ou centres de santé	
5. Recherche et développement	Chercheurs	Recherche sur la nutrition et la santé communautaire	Instituts, centres de recherche et universités	
Volet Approvisionnement en eau				
Alimentation en eau potable	Entreprises locales retenues d'après un cahier des charges établi par la SONES	Extension pour les branchements à domicile Création de nouvelles bornes fontaines	Quartiers ciblés	2,8
Volet Sécurité alimentaire des ménages ruraux				
1. Accès facile aux aliments et à l'eau potable 2. Création d'activités génératrices de revenus	<ul style="list-style-type: none"> • Agents relais communautaires • Comités de pilotage • Entreprises privées 	<ul style="list-style-type: none"> • Information pour la modification des comportements • Installations de stockage de denrées alimentaires • Entretien des routes • Distribution d'aliments de complément et de vivres (cantines scolaires) • Construction de puits villageois • Production de denrées alimentaires (maraîchage) 	Zones rurales	1,2
Soutien				
1. Campagne de mobilisation sociale et d'IEC 2. Assistance technique et administrative 3. Formation 4. Système informatique de gestion pour le suivi et l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • personnel du CNC, • acteurs communautaires, la population et plus particulièrement les femmes • Prestataires de services, AGETIP 	<ul style="list-style-type: none"> • Révision du module de formation des MIC et MOC • Amélioration de la boîte à images en y incluant des photos des différentes étapes de la malnutrition • Nouveaux vidéo-films sur des formats courts • Base de données dans les CNC sur la couverture et l'assainissement • Parution du journal–NUT'ACTION • Formation des MOC 	CNC, quartiers, centres de formation	3,2

Sources : AGETIP, Rapport de présentation et Résumé exécutif du PNC [25 ; 34]

* en millions de \$ US

2.6. 2 « déroulé »

Le PNC n'a pas pu démarrer son volet « Sécurité alimentaire des ménages ruraux » par faute de budget, de même que celui du système informatique de gestion pour le suivi-évaluation. Celui-ci devait être basé sur des indicateurs de service et d'impact permettant une analyse rapide et la mise à la disponibilité d'informations sur tous les niveaux de la gestion du projet grâce à un système informatisé simple d'établissement de rapports avec seuil d'alerte. Cependant un système de suivi des performances des centres grâce aux indicateurs avait été installé au niveau de chaque CNC.

2.7 Acceptabilité

2. 7. 1 « prévu »

- **Par la population :** Elle passe par l'appropriation du projet par les bénéficiaires communautaires, le versement de la contribution financière demandée aux bénéficiaires, la mobilisation sociale et l'implication de la population dans le suivi du progrès. L'approche communautaire doit se traduire sur le terrain par une forte implication des leaders communautaires, des groupements de femmes et des associations de jeunes issus des communautés ciblées dans la conduite des activités et la contribution financière demandée par le PNC. La proximité des services (accessibilité du centre, disponibilité de l'aliment de complément, visite à domicile, entretien individuel) est aussi un facteur motivant pour la fréquentation régulière des centres et l'acceptation des CNC.
- **Par les intervenants :** La motivation, la responsabilisation et l'instauration de modules de formation pour le personnel du PNC peuvent l'aider à réussir sa tâche.

2. 7. 2« déroulé »

- **Par la population :** La population a développé au-delà des services nutritionnels, d'autres activités connexes au niveau des CNC telles que la mise en place de garderies d'enfants pour le développement de la petite enfance (prise en charge d'anciens bénéficiaires), de structures de micro-crédit et de tontines et d'alphabétisation pour les femmes bénéficiaires. Tout cela témoigne de la forte mobilisation sociale et de l'implication des bénéficiaires dans le suivi du progrès du projet.
- **Par les intervenants :** Tous les acteurs du PNC ont partagé un sentiment de responsabilité et d'adhésion à tous les niveaux d'exécution du projet pour mériter la

confiance des populations même s'ils n'étaient pas tous motivés pour plusieurs raisons notamment le statut professionnel.

2.8 Faisabilité technique et opérationnelle

2. 8. 1 « prévu »

Le projet se voulait innovateur dans la lutte contre la malnutrition, en ce qu'il comportait des composantes non nutritionnelles (approvisionnement en eau potable, création d'emplois et d'activités génératrices de revenus, etc.) mais aussi, qu'il visait à démontrer la faisabilité d'une intervention nutritionnelle exécutée par une agence privée agissant à travers les structures organisées au niveau de la communauté (associations de jeunes, groupements de femmes, etc.).

L'AGETIP devait s'appuyer d'abord sur les structures communautaires de base et être assistée dans ses tâches de gestion par des structures nationales de gestion composées de responsables d'institutions administratives, politiques ou communautaires, rattachées aux services de l'administration centrale ou territoriale et locale, et de comités de pilotage communautaires composés de chefs religieux, de chefs de quartier, de personnalités influentes, de groupes et associations locaux qui lui fourniraient conseils et assistance générale.

Le volet Nutrition devait être mis à l'essai pendant une phase pilote de six mois avant le démarrage effectif du PNC.

2. 8. 2 «déroulé»

Vu l'importance des moyens et des ressources que nécessitaient les volets « Sécurité alimentaire » et « Système informatique de gestion », l'AGETIP les a révisés à mi-parcours et a décidé de les abandonner car non faisables sur le plan budgétaire.

2.9 Participation

2. 9. 1 «prévu »

- **Place de la participation communautaire :** Le PNC impliquait la participation de la communauté dans la prise de certaines décisions notamment la sélection du site du CNC. Les MIC devaient être constitués par des groupements locaux (GIE, des groupements de femmes, des associations communautaires et des groupements de jeunes). Leur rôle devrait être déterminant pour la réussite du projet car permettant d'accéder aux communautés via les bénéficiaires. Dans leur tâche, ils avaient à motiver les bénéficiaires et ainsi, accroître la participation communautaire. D'autre

part, le volet « Mobilisation sociale/IEC » devait encourager la participation de la communauté dans la planification et l'exécution du projet en lui donnant le sentiment d'être le propriétaire. L'utilisation de l'écoute mutuelle, comme principe de référence, devait permettre de faire éclore, grâce à des programmes spécifiques de renforcement des capacités, des énergies contribuant de manière efficace à la résolution des problèmes posés à la communauté en matière de nutrition, santé, environnement et pauvreté.

- **Opportunités pour la participation :** Une collaboration plus étroite devait s'instaurer entre les ONG ; les services du Ministère de la Santé devaient en principe faciliter l'exécution des programmes sociaux axés sur les ménages les plus vulnérables et rendre les groupements locaux plus aptes à gérer eux-mêmes leurs problèmes sociaux et de pauvreté. La communauté devait bénéficier d'une formation en informatique de gestion pour mieux contrôler les activités engagées.
- **Opportunités pour renforcer l'autonomie de détermination de la communauté :** La responsabilisation de la communauté était un moyen de l'impliquer et d'augmenter ses capacités d'expertise afin qu'elle soit en mesure de gérer elle-même ses problèmes de nutrition et de santé.

2. 9. 2 « déroulé »

La création d'un cadre de dialogue entre tous les acteurs du projet (populations ciblées, leaders communautaires, ONG, Elus locaux, Autorités administratives, Universitaires et Secteur privé), le partage des rôles et responsabilités dans la gestion, le suivi des activités et l'établissement d'un code de confiance et d'adhésion pour la réussite du projet ont constitué des opportunités de participation pour les bénéficiaires.

Quelques opportunités avaient permis aux populations bénéficiaires de pouvoir prendre leur autonomie de détermination telles que :

- La création d'activités génératrices de revenus dans les CNC qui étaient alloués au financement d'autres activités sanitaires (déparasitage, chloroquinisation, transport vers les centres de référence et achats des médicaments prescrits aux enfants des plus pauvres), à la rémunération des prestataires de services (monitrices des garderies d'enfants et de classes d'alphabétisation) et aux frais d'entretien du centre. Ces activités qui relevaient de la gestion de la communauté à se prendre en charge, ont montré que cette dernière s'était fortement appropriée le projet.

- L'apport financier des populations a contribué au développement des compétences pratiques en gestion financière des membres du comité de pilotage. Cette contribution financière témoignait d'un signe d'engagement et de motivation de la communauté et avait permis de trouver des solutions à leurs problèmes ; elle donnait aussi le droit à la communauté d'émettre son point de vue sur l'exécution des activités du projet. Elle ôtait le sentiment de dépendance totale pour la communauté.

2.10 Résultats attendus

- **Court terme :**
 - Réduction des taux de malnutrition parmi des inscrits dans le projet,
 - Approvisionnement en eau dans les quartiers ciblés,
- **Long terme :**
 - Atténuation de la pauvreté dans les zones ciblées par un accroissement de la production alimentaire et du revenu effectif,
- **En termes de résultats intermédiaires :**
 - Amélioration de l'état nutritionnel et sanitaire des bénéficiaires,
 - Utilisation d'une eau propre et saine par la population ciblée,
 - Coût d'accès à l'eau potable raisonnable,
 - Evacuation des ordures ménagères et le nettoyage régulier des rues,
- **En termes d'effets :**

Le projet devait empêcher que l'état nutritionnel des groupes les plus vulnérables des communautés urbaines démunies continue à se détériorer. Les activités d'éducation nutritionnelle du projet devaient susciter une modification du comportement et aboutir à de meilleures pratiques d'alimentation des enfants, et donc à une amélioration durable de l'état nutritionnel des enfants de moins de trois ans. La composante « Alimentation en eau » devant donner davantage accès à une eau potable, ce qui devait réduire l'incidence des maladies diarrhéiques ou d'origine hydrique qui ont un impact négatif sur l'état nutritionnel.

Par ailleurs, des programmes de sécurité alimentaire des ménages et d'alimentation en eau devaient offrir un avantage supplémentaire grâce à la création d'infrastructures qui pourront servir de moteur au développement dans les zones rurales et urbaines ciblées.

▪ **Effets pervers :**

Le programme, devant être réalisé dans des zones urbaines et rurales dont les populations sont économiquement faibles, s'adressait aux plus démunis, généralement analphabètes, ce qui rendait son exécution d'autant moins aisée. De plus, il était prévu que quelques problèmes être rencontrés à savoir :

1. Le quasi-monopole de l'entreprise sélectionnée par le PAM pour la production de l'aliment de complément,
2. La nécessité de collaboration étroite entre les différents partenaires, et de concertation avec le Ministère de la Santé pour l'AGETIP,
3. La possibilité de retards de mobilisation, d'organisation et de formation au niveau des communautés,
4. Le dépassement des coûts par rapport aux prévisions, ce qui pouvait mettre en péril la viabilité du projet.

2.11 Coût

2. 11. 1 « prévu »

Tableau 6 : Budget prévisionnel du PNC

Programme	Montant
▪ Le programme de nutrition	15,3 millions de dollars
▪ Le programme d'approvisionnement en eau potable	2,8 millions de dollars
▪ Le programme de sécurité alimentaire des ménages ruraux	1,2 millions de dollars
▪ La mobilisation sociale et IEC	1,6 millions de dollars
▪ La formation	1,5 millions de dollars
▪ Le Suivi-évaluation	1,5 millions de dollars
▪ La gestion AGETIP	1 millions de dollars
▪ Les opérations pilotes et préparation de projets	0,5 millions de dollars
▪ Les provisions pour imprévus, matériels et hausse des prix	2,6 millions de dollars
Coût total du projet	28 millions de dollars US

2. 11. 2 « déroulé »

Le budget total prévu a été entièrement épuisé bien avant la fin du projet, alors que certains programmes restaient à exécuter.

2.12 Durabilité

2. 12. 1 « prévu »

- **Au niveau des effets :** la participation financière des bénéficiaires à la mise en œuvre du PNC répondait avant tout à un souci de se conformer aux principes fondamentaux des options du gouvernement à contribuer à la pérennité des activités des CNC.
- **Au niveau des processus :** Pour garantir la pérennité du projet, la population bénéficiaire devait être continuellement impliquée dans l'exécution du projet, de par une évaluation annuelle des bénéficiaires et un système de suivi qui devait permettre aux MOC d'identifier les problèmes potentiels et d'étudier les suggestions au domicile des bénéficiaires et des non bénéficiaires.

2.12. 2 «déroulé»

- **Au niveau des effets :** Les bénéficiaires, de par l'appropriation, ont développé des activités non planifiées par le projet en vue de la consolidation des acquis sur le plan de la lutte contre la malnutrition dans les quartiers.
- **Au niveau des processus :** La communauté s'est organisée à travers 292 Comités locaux de pilotage (cadre de planification et supervision d'activités), des groupements féminins et de 1183 agents communautaires (personnes ressources formées de prestataires de services) ; il s'agit du capital social disponible pour contribuer de manière efficace à la lutte contre la malnutrition au Sénégal [33, 34].

2.13 Evaluation

2. 13. 1 « prévu »

Le comité consultatif de la phase pilote mis en place devait se charger de vérifier l'ensemble des systèmes de suivi et d'évaluation. Les évaluations prévues étaient de deux types [24, 33] : des évaluations opérationnelles (effectuées chaque année) et des évaluations d'impact.

a. Evaluations opérationnelles

Ces évaluations visaient à identifier les forces et les faiblesses du projet en termes de conception opérationnelle et d'exécution. Les informations, en grande partie obtenues

du système d'informatique et de gestion, devaient être utilisées par l'AGETIP, les MOC et les MIC pour adapter les différents mécanismes d'intervention aux réalités du terrain ou pour parvenir à une meilleure perception des causes, des inputs et des outputs. Les résultats des évaluations devaient servir à orienter les efforts du projet en vue de l'expansion de sa couverture en milieu urbain et rural.

Plusieurs évaluations qualitatives étaient prévues auprès des bénéficiaires pour savoir comment ils percevaient les objectifs et les activités du projet et dans quelle mesure il leur apportait une assistance à eux-mêmes et à leur communauté.

b. Evaluations d'impact

Ces évaluations visaient à déterminer l'impact des activités des programmes en regard des objectifs du projet. Elles étaient fondées sur les données des enquêtes de référence, notamment du recensement et de l'évaluation des bénéficiaires, recueillies au début et pendant le déroulement du projet. Elles portaient sur l'évolution des taux de malnutrition, de l'insécurité alimentaire des ménages ainsi que des connaissances, comportements et pratiques des bénéficiaires afin de déterminer l'efficacité du projet dans ces domaines.

Les premières évaluations d'impact devaient être réalisées un an après le début d'exécution du projet. En fonction de leur résultat et des besoins du projet, il devait être décidé de l'opportunité et de la date d'une évaluation ultérieure pendant le déroulement du projet.

Les renseignements obtenus grâce aux évaluations d'impact devaient être utiles à la Commission Nationale, à l'AGETIP et aux bailleurs de fonds pour déterminer la pérennité et la reproductibilité de l'approche communautaire de l'AGETIP dans le domaine de la nutrition.

L'IRD (anciennement ORSTOM) a été sélectionné par l'AGETIP pour assurer l'évaluation d'impact. Pour ce faire, un protocole d'évaluation rigoureux de type quasi-expérimental a été élaboré. Il devait être mené dans quatre villes (Pikine, Diourbel, Kaolack et Saint Louis). Les enquêtes de suivi sont prévues pour être menées dans les mêmes quartiers et selon la même méthodologie afin de pouvoir comparer les résultats et de dégager une tendance des principaux indicateurs au cours du temps. Le protocole comprend une enquête nutritionnelle quantitative basée sur un échantillon représentatif de 900 enfants de 6–35 mois et leur mère dans chaque zone (ciblée et non ciblée), et une

enquête qualitative sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères menée sur un sous-échantillon des mères de l'enquête quantitative.

2.13. 2 « déroulé »

Un atelier-revue à mi-parcours du PNC a été organisé à Dakar par l'AGETIP en septembre 1998. Il a permis de regrouper tous les acteurs des divers secteurs concernés par l'intervention, et de travailler en différentes commissions sur les leçons immédiates à tirer à partir des données de suivi-évaluation opérationnel récupérées en continu [35] ou d'opérations ponctuelles de recherche portant aussi bien sur les acteurs du PNC et leur travail [36, 37, 38] que sur les bénéficiaires et les facteurs influençant le potentiel de succès du projet [39, 40, 41]. Ainsi à mi-parcours du projet, certains indicateurs de suivi avaient été révisés et actualisés à la lumière des résultats obtenus [42, 43]. Un certain nombre d'entre eux jugés non pertinents avaient fait l'objet de suppression, et d'autres reformulés. Enfin, la mise en œuvre du projet a permis d'introduire de nouveaux indicateurs [43, 44].

Cette étape de l'évaluation opérationnelle a permis un ajustement en différents points nécessaires à l'amélioration du fonctionnement en cours de déroulement.

a. Evaluation du volet Nutrition

L'informatisation de toutes les fiches de suivi des bénéficiaires des quatre premières cohortes de tous les CNC de Diourbel et d'un échantillon de fiches des CNC de Saint Louis a permis une évaluation de fonctionnement. Les performances des CNC ont pu être décrites en termes de recrutement, de récupération des enfants malnutris dans les cohortes [28, 29] et d'assiduité des bénéficiaires aux services offerts par le PNC [28, 29]. Les résultats ont permis un retour vers les acteurs et une évolution du fonctionnement quand c'était nécessaire.

Pour l'évaluation d'impact en population, les enquêtes de base « point zéro » avant le démarrage du PNC ont été menées dans les quatre villes prévues. Cependant, les enquêtes de suivi « point un » n'ont pu être réalisées que dans deux villes : à Diourbel après 17 mois [31] et à St Louis après 2 ans [32, 35, 42]. Au final, c'est seulement à St Louis qu'un deuxième passage de suivi a pu être mené deux ans plus tard, soit en fin d'intervention [45, 46] puis après l'arrêt du PNC [47].

b. Evaluation du volet Approvisionnement en eau

Conformément aux engagements pris dans le cadre de la Décennie Internationale pour l'Alimentation en Eau potable, le gouvernement du Sénégal a entrepris un vaste programme en vue d'assurer à chaque sénégalais la fourniture de 35 litres d'eau par jour. Ce programme se traduit par de nombreuses réalisations en extension d'eau potable, et en bornes fontaines dans les zones urbaines et péri-urbaines.

L'accès à l'eau potable est un indicateur de lutte contre la pauvreté. Les réalisations de la composante Eau Potable ont permis d'améliorer le taux d'accessibilité à l'eau potable aux populations des zones ciblées par le projet.

2.14 Résultats effectifs

▪ En termes de résultats intermédiaires :

a. CNC et bénéficiaires :

- 445 010 bénéficiaires dont 253 292 femmes (57%) et 191 718 enfants (43%) ont reçu les services du projet auprès de 292 CNC fonctionnels en Juin 2000 sur 358 prévus.

b. Performances des services offerts par les CNC

- 92 % d'enfants pesés mensuellement contre un niveau attendu de 80 %,
- 78 % de taux de présence régulière des femmes aux causeries sur l'éducation nutritionnelle et sanitaire contre un niveau de 80 % attendu,
- Réduction de la prévalence de la malnutrition chez les enfants inscrits de 66 à 21 % au bout de six mois d'activités, ce qui représente un taux de récupération nutritionnelle de 69 % en moyenne contre un objectif de 80 %,
- 202 943 personnes ont bénéficié d'une supplémentation alimentaire (farine à base de céréales locales + micro nutriments pour une quantité de 2565 T) ;

c. Volet Approvisionnement en eau potable

- 65 000 mètres linéaires de canalisation d'eau pour le branchement des ménages et 118 bornes fontaines ont été réalisés, contribuant à l'accessibilité des populations des quartiers ciblée à une eau saine,
- l'amélioration du taux d'accessibilité à l'eau,
- la réduction des maladies à transmission hydrique notamment les maladies diarrhéiques,

- l'installation des bornes fontaines (qui avaient permis d'alléger les tâches de corvée des femmes pour la collecte et le transport de l'eau et d'avoir de l'eau potable pour la préparation des aliments),
- la mise en œuvre de branchements individuels en diversifiant les réseaux de distribution d'eau potable.

d. Ressources humaines

- 1183 agents des micro-entreprises ont été formés en nutrition, gestion, IEC, entrepreneuriat, résolution de problèmes,
- 336 femmes gestionnaires des 118 bornes fontaines installées dans les quartiers ont été formées en comptabilité et en gestion,
- Les 117 MOC superviseurs des activités conduites au niveau des centres ont bénéficié de formation en entrepreneuriat, gestion, nutrition, résolution de problèmes, bureautique et en particulier à l'application du Système de Gestion Informatisé du Projet,
- L'équipe de gestion du projet a renforcé ses capacités avec les missions de suivi de la Banque Mondiale et certains ont reçu des formations complémentaires auprès d'institutions privées ou universitaires en gestion de projets, épidémiologie et analyse de qualité pour les aliments de sevrage,
- Des agents des districts sanitaires, du service du développement communautaire, de la jeunesse et des sports, et des journalistes de la presse écrite et radio ont bénéficié de séminaires d'information sur la problématique de la malnutrition dans les zones d'intervention,
- Création d'activités génératrices de revenus dans les CNC.

e. Résultats observés en population dans les zones ciblées

Les enquêtes d'évaluation d'impact menées en population ont permis d'observer des résultats positifs du projet dans les zones ciblées, notamment sur le suivi de la croissance, la pratique en cas de diarrhée, la vaccination, et la diversité alimentaire des enfants [31, 32], ainsi qu'une réduction des maladies à transmission hydrique notamment les maladies diarrhéiques.

▪ En termes d'effets :

Les enquêtes d'évaluation d'impact à Diourbel et à St Louis ont globalement montré un effet positif du projet dans les zones ciblées, notamment une diminution de la

prévalence d'insuffisance pondérale modérée et de maigreur sévère [31, 32, 45] ainsi qu'une évolution favorable des connaissances, attitudes et pratiques des mères à St Louis [32, 42, 46, 47]. Des enseignements du monitoring des activités fournis par le système de suivi et d'évaluation ont permis de suivre les performances du projet et de prendre des mesures correctives qui s'imposent afin de déterminer les avantages de l'impact du projet. La mise en œuvre du projet a permis de capitaliser un certain nombre d'enseignements au niveau de la mise en place des centres, du suivi des MIC par les MOC et du suivi des MOC par l'AGETIP [34].

Enfin, l'analyse des résultats du PNC nous permet de faire un bilan de ce projet à travers son déroulement vis à vis des objectifs fixés. Ainsi, il faut noter qu'il y a eu une couverture de 90 % des bénéficiaires pour le groupe vulnérable prévu (enfants mal nourris de 6 à 36 mois, femmes enceintes et femmes allaitantes) et un approvisionnement en eau potable pour les quartiers desservis et concernés par le volet Nutrition. Seulement, il faut souligner qu'un volet entier n'a pas été réalisé à savoir, la « Sécurité alimentaire des ménages ruraux » pour des raisons de disponibilités financières. Cette annulation est regrettable pour les zones rurales qui voyaient le PNC comme un début de dénouement de cette pauvreté qui entravent quotidiennement la satisfaction de leurs besoins essentiels. Mais, cet aspect ne saurait guère cacher les deux réalisations très significatives du PNC ; seulement, les leçons tirées de cette expérience aideront à mieux éclairer les intervenants dans la gestion financière des activités et dans la priorisation des activités d'un futur projet.

Globalement, un impact positif du PNC a été noté dans les zones ciblées sur l'état nutritionnel des enfants qui s'était détérioré (baisse de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée et de maigreur sévère) et aux comportements des femmes en matière d'alimentation et de santé (changements notoires des comportements et adoption de meilleures attitudes).

En réalité, le PNC à travers sa mise oeuvre ne s'était pas exactement déroulé comme prévu et c'est ce qui nous a permis de découvrir le niveau de flexibilité des intervenants et des décideurs pour atteindre les objectifs fixés. Toutefois, il faut reconnaître qu'il a eu un succès qui inspire et nourrit toute initiative d'intervention nutritionnelle de type communautaire.

3. Le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) depuis 2003

3.1 Définition

Le Programme de Renforcement de la Nutrition est un programme décennal 2003-2012 développé par l'Etat du Sénégal à la suite de l'évaluation du PNC, et exécuté par la Cellule de Lutte contre la Malnutrition. Cette dernière, qui regroupe l'essentiel des ministères techniques, et les représentants des élus locaux et de la société civile, est placée sous l'autorité du Premier Ministre [48]. Elle est chargée d'orienter et de coordonner l'exécution des activités et du suivi et de l'évaluation des projets.

La mise en œuvre du PRN est assurée par les ministères techniques (Santé, Famille, Petite Enfance, Développement social, Agriculture, Hydraulique) et les agences d'exécution communautaires (ONG, GIE, GPF, OCB).

3.2 Justification et pertinence

Malgré les différentes interventions dans le cadre de la lutte contre la malnutrition au Sénégal, la situation nutritionnelle de la population reste encore préoccupante, particulièrement dans les zones défavorisées. Face à cette situation, et se fondant sur les différentes expériences, il est apparu nécessaire pour l'Etat de définir de nouvelles orientations dans la lutte contre la malnutrition. Il fallait ainsi passer de «**l'approche projet**» à «**l'approche programme**» dans le but de mettre à contribution les efforts de tous les secteurs pour une amélioration durable de l'état nutritionnel des populations. Les causes de la malnutrition et des carences spécifiques en micronutriments étant multifactorielles, les stratégies de lutte seront multisectorielles. Ces dernières feront appel à une synergie d'actions de plusieurs secteurs (agriculture, santé, hydraulique, éducation etc.). Le PRN est ainsi, la première application de cette politique de développement de la nutrition élaborée par l'Etat [49].

3.3 Partenaires

Le financement du PRN est assuré principalement par la Banque Mondiale, le Programme Alimentaire Mondiale (PAM), la Coopération allemande (KFW) et le Gouvernement du Sénégal.

3.4 Objectifs

▪ ***En termes de résultats :***

Missions des agences d'exécution communautaire :

1. Mettre en œuvre des activités de programme en collaboration avec les structures de santé et les organisations communautaires ;
2. Appuyer l'intégration des activités de nutrition communautaire du programme au sein du système de santé ;
3. Assister les communautés dans l'identification et la formulation des sous projets éligibles au financement dans le cadre de l'appui aux initiatives communautaires.

▪ ***En termes d'effets :***

1. Améliorer la croissance des enfants âgés de moins de 5 ans vivant dans des zones urbaines ou rurales pauvres ;
2. Renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays pour mettre en œuvre et évaluer des interventions de nutrition.

3.5 Phasage - Durée - et objectifs spécifiques [50]

Phase 1 (2002 - 2006) :

- Consolider et renforcer la capacité institutionnelle des structures chargées de la nutrition au niveau central et décentralisé en vue de développer, de réaliser et d'harmoniser des interventions de nutrition ;
- Restructurer les centres urbains de nutrition en initiant une approche de nutrition communautaire durable ;
- Tester des stratégies communautaires de nutrition et de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Phase 2 (2006 - 2010) :

Il s'agit d'augmenter et d'étendre les interventions de nutrition et de PCIME communautaire, notamment en zone rurale en procédant au choix de stratégies à la fois rentables, efficaces et durables préalablement identifiées, testées et évaluées durant la première phase du programme.

Phase 3 (2010 - 2012) :

Il s'agit d'assurer l'intégration de la politique de nutrition dans les programmes sectoriels, dans les programmes nationaux et dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté.

Ainsi, l'on pourra asseoir et garantir un engagement national adéquat à long terme. Au terme de cette phase, d'une part le gouvernement aura mis en place des mécanismes institutionnels effectifs et fonctionnels capables de gérer et d'adapter la politique nutritionnelle à l'environnement. D'autre part, les bénéficiaires, la société civile et le secteur privé se seront appropriés le programme et auront acquis une autonomie réelle dans la mise en œuvre d'activités nutritionnelles communautaires et de PCIME. Enfin, il y aura une extension des interventions de nutrition dans les autres régions surtout en zone rurale.

3.6 Ciblage des bénéficiaires

Durant la phase 1 :

- Zone urbaine correspondant aux 25 communes couvertes par le PNC en vue de maintenir les acquis du PNC ;
- Zone rurale : ciblage des trois régions les plus pauvres à savoir : Fatick, Kolda, et Kaolack (voir figure 3).



Figure 3 : Le ciblage géographique du PRN

Source : Cellule de Lutte contre la Malnutrition du Sénégal, 2004. [50]

- **Bénéficiaires** : Les groupes ciblés en priorité sont les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes et les mères allaitantes, et, à plus long terme, le programme va s'atteler à en faire bénéficier tous les membres de la communauté.

3.7 Composantes de la phase 1 [50]

- **Composante 1** : Promotion de la croissance et PCIME
- **Composante 2** : Renforcement de capacité et suivi - évaluation
- **Composante 3** : Gestion du programme

3.7.1 Promotion de la croissance et PCIME [50]

Cette composante comprend six sous-composantes :

a. Suivi - promotion de la croissance des enfants âgés de 0 à 36 mois

L'objectif est de prévenir la malnutrition par le biais d'un paquet d'interventions pour la promotion de la croissance. Les Agents Relais Communautaires (ARC) et les mères surveilleront la croissance des enfants jusqu'à l'âge de 3 ans révolus selon une périodicité mensuelle. La promotion de la croissance se réfère à une série de tâches animées par l'ARC. Ce dernier, avec la participation de la mère ou la personne responsable de l'enfant, effectue la pesée mensuelle et la communication interpersonnelle pour analyser les résultats de la pesée et ses déterminants. Il passe des messages appropriés et opportuns pour amener la mère à prendre des mesures et à adopter des comportements visant à améliorer l'état nutritionnel de son enfant.

Des visites à domicile seront également menées chez les enfants présentant une croissance non satisfaisante afin d'apprécier le problème sous-jacent et de négocier les décisions concernant les actions à mener par la mère ou la responsable de l'enfant. Enfin, des séances de restitution des résultats de la promotion de la croissance seront organisées au sein des instances communautaires.

b. PCIME communautaire

Cette sous-composante traite du volet de la Promotion des Pratiques Familiales Clés de la PCIME Communautaire. Le programme va appuyer l'introduction progressive de comportements clefs tels que :

- la reconnaissance des signes de gravité de l'enfant malade,
- l'allaitement exclusif des enfants jusqu'à six mois,
- le suivi régulier des visites prénatales,

- la supplémentation en vitamine A des enfants,
- l'usage de la moustiquaire imprégnée pour les enfants.

c. IEC/CCC

Tous les thèmes développés dans le cadre du PAIN et de la PCIME seront développés dans les sites. Les meilleures pratiques familiales clefs seront promues. Le programme va développer un plaidoyer au niveau communautaire en direction des instances de base et de décision pour favoriser l'implication de toute la communauté.

d. Les services de Santé

La problématique de la croissance inadéquate est fortement liée à des problèmes de santé tels que la diarrhée, le paludisme, les infections parasitaires, l'avitaminose A et l'anémie nutritionnelle. A ce titre, la promotion de certains services de santé de base communautaire va être développée ; ces services comprennent la mise à disposition de sachets de sel de réhydratation, de médicaments pour le déparasitage, d'anti-paludéens et de suppléments en micronutriments, notamment en vitamine A et le fer/folate. Les femmes enceintes recevront l'information quant à la nécessité de se soumettre tôt aux soins prénataux.

e. Sécurité alimentaire

En rapport avec la sécurité alimentaire, le PRN va développer différents types d'activités comme la création de petites unités de production d'aliment de complément. Ces actions se dérouleront essentiellement en zone rurale et pourraient bénéficier de l'appui du PAM selon des modalités à définir. Parallèlement, en milieu urbain, le PRN conjuguera ses efforts avec ceux du Programme Alimentaire Mondial (PAM) qui continuera à apporter son appui en termes de supplémentation des enfants malnutris et/ou stationnaires, des femmes enceintes et des mères allaitantes en milieu urbain. Ce programme d'aide du PAM doit durer 5 ans (2001–2005) et a déjà démarré en milieu urbain.

f. Interventions intersectorielles

Un fonds de dotation d'un montant 500 dollars US environ par site sera mis en place. Ce fonds servira à appuyer les communautés pour la mise en œuvre d'activités productives dans les domaines du maraîchage, des banques de céréales, de l'aviculture

etc. - pouvant avoir un impact positif sur l'amélioration de la situation nutritionnelle des groupes cibles.

3.7.2 Renforcement des capacités et suivi- évaluation [50]

Le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles est un volet fondamental de la phase I. Il prend en charge tous les acteurs liés au système de nutrition, mais cible en particulier la CLM, la DNAN, les districts de santé et les AEC comme étant les acteurs clés.

Le PRN soutiendra par ailleurs les capacités des communautés à exprimer effectivement leurs points de vue et leurs besoins auprès des décideurs locaux afin de faire de la nutrition un point essentiel.

La composante «renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles» comprend quatre sous-volets :

- Renforcement de la CLM ;
- Renforcement des Services des DAN, DEPS, DSSP, Région médicale, districts sanitaires et postes de Santé ;
- Appui renforcé aux prestataires de services nutritionnels au niveau local ;
- Appui aux Agents Relais Communautaires.

3.7.3 Gestion du programme

Le BEN est responsable de la gestion quotidienne du programme. Il doit, sur la base d'un rapport trimestriel, rendre compte au Président de la CLM et soumettre à la Banque Mondiale ses rapports annuels. Il assure la gestion financière, administrative et comptable du programme ainsi que la coordination et la mise en œuvre des différentes composantes. Il est responsable du suivi interne et de la passation des contrats d'évaluation externe.

3.8 Acceptabilité

- **Par la population :** La signature de conventions avec les communautés rurales est une manifestation de partenariat entre le PRN et la communauté dans le but de l'impliquer davantage dans la prise des décisions et l'appropriation du programme. L'approche «bottom up»¹ qui sera développée par le PRN va sûrement être acceptée par la population qui se sentira bien intégrée dans les processus.

¹ Prise de décision stratégique avec la base (implication de la communauté)

- **Par les intervenants** : Le niveau d'acceptation des intervenants est d'autant plus élevé que le lancement de l'appel d'offres du PRN a été suivi d'un nombre important de manifestations d'intérêt. Les AEC retenues ont rempli par la suite toutes les conditions requises par la CLM pour mener à bien des activités de nutrition de type communautaire.

3.9 Faisabilité technique et opérationnelle [50]

L'exécution du programme est assurée par :

- Les ministères techniques éligibles : tous les ministères membres de la CLM par l'élaboration d'un projet à défendre devant la CLM,
- Des Agences d'Exécution Communautaires du PRN qui sont retenues suivant une procédure de sélection adéquate,
- Les conditions sont les suivantes : il faut posséder une expérience avérée dans la délivrance de services de nutrition ou de santé communautaire et avoir les capacités de gérer un district.

Les montants des financements s'élèvent à 100 000 dollars maximum par an et par projet.

3. 9. 1 Approche Technique [50]

Elle est fondée sur l'élaboration de projets spécifiques par district sanitaire et la promotion de la créativité (il n'y a pas de «boule magique», ni de recette toute faite contre la malnutrition). Les solutions doivent être basées sur l'approche des trois « A » (figure n°4) et l'approche « bottom up », la responsabilisation des Partenaires/Clients, la promotion du partenariat avec les OCB et l'approche de management de qualité.

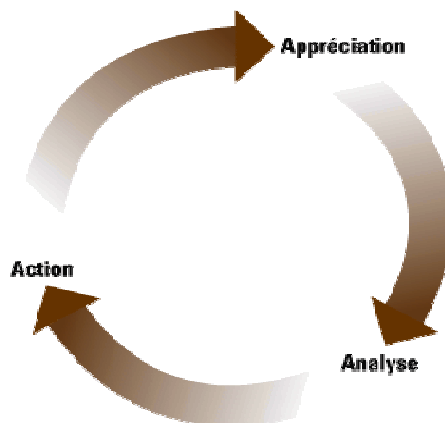


Figure 4 : Le cycle des trois "A"

Pour créer les processus permettant de répondre au droit de l'individu à une bonne nutrition, on peut utiliser à tous les échelons de la société le cycle des «trois A» - Apprécier le problème, en Analyser les causes et Agir en fonction de cette analyse.

Source:UNICEF, 1997

3.9.2 Approche Opérationnelle :

Elle est basée sur les éléments stratégiques suivants : la planification, le processus de sélection et de financement des AEC, la formation, la sensibilisation, le processus de sélection des sites, les processus d'implantation et de d'opérationnalisation des sites, la communication, la production et la distribution des aliments, le partenariat, la coordination et le «small grant»¹.

3.10 Participation

La mobilisation sociale constitue un maillon essentiel pour consolider le désir de changement de comportement des acteurs du programme. En plus, de la célébration des « journées mondiales de l'alimentation, des micro nutriments, de vaccination et de la santé », des activités de mobilisation sociale seront menées par les AEC avec l'appui des comités de quartiers afin de populariser le programme et d'assurer le plaidoyer au niveau communautaire.

3.11 Coût de la phase 1 [50]

- l'IDA : 14,7 millions de dollars US ;
- le PAM : 4 millions de dollars US ;
- la KFW : 3,3 millions de dollars US ;
- l'Etat du Sénégal : 735 000 dollars US.

3.12 Durabilité [50]

La pérennisation est appréhendée à travers différents niveaux :

3.12.1 La prise en compte de la nutrition dans les politiques et programmes du gouvernement

La CLM, de par ses missions, sa composition et son ancrage institutionnel est un instrument essentiel dans la prise en compte par le gouvernement des impératifs de lutte contre la malnutrition au Sénégal. Les instruments nationaux de planification en seront imprégnés.

3.12.2 La prise en compte de la nutrition dans les plans et programmes et budgets locaux

La prise en compte des stratégies de nutrition communautaire et de PCIME dans les programmes et plans locaux développés par les régions, les communes et communautés

¹ Fonds de dotation

rurales permettront une intégration de la préoccupation dans les systèmes locaux de planification. En sus, l'instauration de contributions minimales des collectivités et leur intégration dans les budgets locaux des municipalités et des communautés rurales favorisera l'implication des décideurs locaux et impulsera des mécanismes d'appropriation.

3.12.3 La pérennisation à travers la gestion des sites et des équipements mis à la disposition des communautés et le «small grant»

La sélection et la prise en charge des ARC par les communautés de base dans un processus participatif favoriseront l'appropriation du programme par les bénéficiaires.

Le moulin acquis dans le cadre du programme et cédé aux communautés sera loué par la communauté à un opérateur du village qui se chargera de veiller à sa rentabilité. La tarification adoptée devra permettre la rentabilisation de l'équipement mais également l'accès des populations aux prestations. Aussi, la gestion des médicaments gérés par les ARC procède de ce souci d'autonomiser les sites sur le plan financier.

De façon générale, le fonds de dotation mis en place dans le cadre du programme servira à appuyer les communautés pour la mise en œuvre des activités productives susceptibles de promouvoir la pérennisation. De façon générale, ces activités productives feront l'objet de sous projets dont les procédures d'instruction et de financement obéiront aux principes définis par le programme.

3.12.4 La pérennisation à travers les comportements des communautés et des cibles

L'IEC, la communication interpersonnelle, le plaidoyer et la mobilisation sociale sont autant d'instruments qui, à terme, faciliteront un changement durable des comportements des cibles. La sensibilisation à travers les CRD, CDD et CLD, ainsi qu'à travers les conseils régionaux, les conseils municipaux et les conseils ruraux, impulsera des réflexes systématiques de prise en compte de la dimension nutrition au niveau des élus et des agents de l'Etat dépositaires du pouvoir exécutif.

L'approche genre sera également un instrument de changement des comportements au sein de la famille et de promotion de la coalition familiale contre la malnutrition.

3.13 Evaluation

Afin de rendre les résultats de la première phase du PRN plus particulièrement utiles à la planification, à l'évaluation de la durabilité, et pour le développement du

programme dans sa deuxième phase, la CLM, à travers son comité scientifique, procédera à deux évaluations : une à mi-parcours et une autre à la fin de la première phase.

3.13.1 L'évaluation à mi-parcours [50] :

L'évaluation à mi-parcours sera de type participatif. Elle devra porter essentiellement sur ce qu'il est possible de tirer d'une expérience telle que la première phase du PRN. Elle cherchera donc à rendre compte du travail qui a été fait pour en être plus conscient et être en mesure de mobiliser l'ensemble de ces acquis de façon créative et constructive pour un achèvement efficace de la phase I du programme.

La méthodologie mise en œuvre dans ce cadre sera conçue sur les principes de base qui guident toute évaluation participative, c'est à dire qui donnent un sens à l'activité. Un processus d'évaluation assumé par les acteurs du projet eux-mêmes met ces acteurs en situation d'évaluateurs et de co-évaluateurs, relève du processus d'apprentissage et de l'éducation au développement et constitue un instrument de maîtrise des processus de créativité et de changement social.

L'évaluation à mi-parcours devra être déclinée en quatre phases : la phase préparatoire, la phase de planification, la phase de collecte et d'interprétation des données, et la phase des commentaires et des rapports.

3.13.2 L'évaluation de fin de phase [50] :

L'évaluation de fin de phase sera une évaluation externe. Son but sera de juger objectivement et de manière renseignée des progrès, des réalisations et de l'impact du travail qui a été fait pendant la première phase du Programme. Elle aura pour objectif de tirer des conclusions et de faire des recommandations à la CLM au sujet des orientations futures du Programme.

Elle devra donc être menée par une équipe externe au PRN et indépendante choisie sur la base de ses compétences et de son expérience à l'issue d'un processus de sélection transparente et garantissant l'équité et l'égalité des chances des différents candidats. La méthodologie qui sera mise au point devra être conforme aux exigences et attentes de la CLM qui seront énoncées dans les termes de référence. Elle devra dans tous les cas être la mieux adaptée à la poursuite des objectifs fixés en tenant compte de l'information disponible, des délais et des ressources affectées à l'évaluation.

CHAPITRE III : ETUDE HISTORIQUE ET COMPARATIVE DES TROIS INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES

1. Mise au point d'un tableau comparatif des différentes interventions nutritionnelles au Sénégal

La description des interventions nutritionnelles mises en place au Sénégal a permis de dégager des résultats qui sont présentés dans le tableau suivant afin de les comparer selon des critères essentiels. L'analyse critique de ces résultats nous permet d'apprécier chaque intervention et de faire l'étude historique du Sénégal en matière de lutte contre la malnutrition à travers ses trois programmes (tableau n°7).

Tableau 7 : Comparaison des interventions nutritionnelles

Domaine	PPNS	PNC	PRN
Nature	Programme : à caractère d'urgence et curatif	Projet : à caractère préventif et curatif	Programme : à caractère préventif
Contexte	sécheresse	<ul style="list-style-type: none"> • Dégradation de la situation nutritionnelle entre 1986 et 1993 • Dévaluation du franc CFA en 1994 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiative PPTE - DRSP • Nouvelle politique du Sénégal : intégration de l'approche « programme » • Stratégies d'intervention multisectorielle • Focus sur les zones rurales
Durée	15 ans : 1973 - 1988	01 an phase pilote : 1995 - 1996 06 ans d'exécution : 1996 - 2001	10 ans décomposés en 03 phases : <u>Phase 1</u> : 2002-2006 <u>Phase 2</u> : 2006-2010 <u>Phase 3</u> : 2010-2012
Objectifs	Renforcer les capacités des services de soins de santé primaires dans la prise en charge des enfants malnutris	Empêcher la détérioration de la situation nutritionnelle en zone urbaine	Améliorer le statut nutritionnel des groupes vulnérables en zones urbaine et rurale
Couverture	RURALE ET URBAINE	URBAINE 25 communes 292 centres	URBAINE et RURALE 34 districts de santé 836 sites (dont 275 en zone urbaine et 561 en zone rurale)
Ancrage institutionnel	Convention entre le Ministère de la santé et des affaires sociales et le CRS	Présidence : Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition (CNLM)	Primature : Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM)
Politique	Elaboration d'une politique des soins de santé primaire qui mettait l'accent sur la surveillance de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans	Absence de document de politique de nutrition	Existence d'une lettre de politique de développement de la nutrition (annexe)
Maître d'œuvre	Ministère de la santé et des affaires sociales, CRS, PAM, UNICEF, USAID	AGETIP	CLM / BEN
Intervenants	Agents des postes de santé, centres sociaux, centres CER	Micro Entreprise Communautaire (MIC) Maître d'œuvre Communautaire (MOC)	Agences d'Exécution Communautaires (AEC) : ONG, GIE, GFP etc.) et Ministères techniques

Approche	<p style="text-align: center;">STANDARDISEE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réhabilitation des malnutris se faisant suivant un arborescence décisionnel • Ouverture des centres et distribution des vivres suivant des critères bien définis par les autorités 	<p style="text-align: center;">STANDARDISEE</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; margin: 0 auto;">TOP</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; margin: 0 auto;">DOWN</div> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Conception des activités à mener au niveau de la Direction et application de base • Cohorte • Recette unique • Générateur d'emploi [51] 	<p style="text-align: center;">NON STANDARDISEE</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; margin: 0 auto;">UP</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↗</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; margin: 0 auto;">BOTTOM</div> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Conception de différents projets à la base par les AEC • Promotion de la créativité des bénéficiaires • Coût-Efficacité • Situation de la prévention [51]
Composantes	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi sanitaire et pondéral : examen nutritionnel et biométrie • Récupération nutritionnelle avec éducation alimentaire • Distribution de vivres et de vêtements • Petits soins médicaux préventifs usuels (médicaments et vaccins) • Système d'information sur les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition (Suivi de la croissance, distribution d'aliments, éducation des mères) • Approvisionnement en eau potable 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des stratégies du PAIN et PCIME • Sécurité alimentaire • Approvisionnement en eau potable • Renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles • Appui aux initiatives communautaires et création d'unités de production locales
Partenariat	<p style="text-align: center;">Multisectoriel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien et aide apportés par les organismes internationaux et les ONG notamment l'UNICEF, l'USAID suite à l'appel d'aide internationale lancé par le gouvernement du Sénégal • Implication de tous les ministères pour venir en aide aux populations sinistrées 	<p style="text-align: center;">Aucun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non implication des différents ministères • Non-intégration des structures de santé • Système parallèle aux structures de santé 	<p style="text-align: center;">Multisectoriel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implication de tous les ministères techniques (Santé, Famille, Petite Enfance, Education, Agriculture, Hydraulique, Développement social) • Intégration avec le système de santé • Implication des ONGs, projets dans la politique de mise en œuvre du programme
Durabilité	Projet d'appoint	Non intégrée dans la politique du projet	Mise en œuvre de plusieurs niveaux de pérennisation des activités
Sélection des intervenants	Toutes les structures sanitaires ciblées par le ministère de la santé sous la supervision du médecin-chef de région	Sélection des MOC par l'AGETIP à partir de candidatures spontanées Contrat de gré à gré	Appel d'offres par voie de presse et évaluation des capacités par un cabinet indépendant et publication des résultats et montants alloués
Impact	Le PPNS n'a pas fait l'objet d'une évaluation spécifique, et selon les acteurs de cette époque, les modalités de son fonctionnement ne laissaient pas espérer un impact important.	Selon les études transversales dans deux sites sentinelles (St Louis et Diourbel) et les enquêtes CAP, le PNC a entraîné : <ul style="list-style-type: none"> • Une baisse de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants ciblés 	Les statistiques de l'évaluation à mi-parcours du programme révèlent qu'entre le mois de juillet et décembre 2004 [52], <ul style="list-style-type: none"> • le taux de malnutrition est passé de 25 à 18 % dans les zones d'intervention du PRN.

Impact		<ul style="list-style-type: none"> • La baisse de la prévalence du poids de naissance chez les nouveaux-nés des femmes enceintes bénéficiaires. • Une adoption de bonnes pratiques des mères évaluées sur l'alimentation des enfants de 0 à 24 mois malgré le problème de doute sur l'impact à long terme [47]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la même période, plus de 80 % des enfants de moins de 3 ans suivis ont gagné en poids. • En outre, l'impact du programme s'est fait ressentir sur 165 000 couples mère-enfant. • Le taux d'exécution du plan d'action annuel 2004 est supérieur à 85 %
Forces	Le PPNS est venu en appont aux populations sinistrées surtout les groupes vulnérables qui allaient mourir de faim	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'engagement politique élevé • Forte appropriation communautaire par les bénéficiaires, • Prestation des services par les entités non gouvernementales qui étaient sous contrat et responsables des résultats, • Importantes séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire des mères, • Utilisation de la capacité d'expertise nationale pour la formation, la recherche opérationnelle et la gestion • Introduction du volet « développement de la Petite Enfance » [24, 53]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche multisectorielle impliquant tous les Ministères techniques membres de la CLM, • Approche intégrant la Lettre de Politique de développement de la nutrition du Sénégal, • Prise en compte de tous les volets indispensables à une nutrition communautaire durable.
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du partenariat avec les communautés (poste de santé uniquement), • Fréquentation des centres liée à la distribution de l'aliment • Absence non adéquate • Absence du volet d'IEC-CCC • Manque de formation du personnel • Surcharge de travail pour le personnel • Insuffisance dans la supervision, la coordination des activités • Manque de motivation du personnel • Absence de projets générateurs de revenus [54] 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût élevé lié à l'approche contractuelle, • Dépendance vis à vis du volet supplémentation alimentaire • Manque de motivation du personnel • Problèmes de relation avec les personnels des centres de santé par manque d'implication au départ • Non prévision de la prise en charge des malnutris graves. • Formation du personnel des CNC [55, 56]. 	

Ainsi, il apparaît que le premier programme, le PPNS, était de nature curative alors que celui en cours a une visée uniquement préventive. Mais, le PNC à l'intermédiaire, comportait les deux aspects de prévention et parfois de traitement. Cependant, le contexte de leur mise en œuvre passe de la sécheresse, il y a plus de 30 ans, à l'époque de l'ajustement structurel puis de la pauvreté aujourd'hui. Toutefois, les objectifs ont pu varier d'un programme à un autre ; l'objectif d'améliorer l'état nutritionnel fixé par le PRN semble mieux ciblé que ceux du PPNS et du PNC qui visaient respectivement à renforcer les capacités des SSP et à empêcher la détérioration de l'état nutritionnel.

Ancré d'abord uniquement auprès des structures de santé, les interventions actuelles veulent impliquer toute la communauté depuis la conception du projet jusqu'à la mise en œuvre. Par ailleurs, il apparaît que la volonté est clairement affichée maintenant d'intervenir en milieu communautaire rural.

L'ancrage institutionnel des interventions a diversement évolué : de la tutelle d'un Ministère technique (Santé et Affaires sociales) pour le PPNS, à la Présidence pour le PNC et à la Primature pour le PRN. Cependant, le contexte politique actuel (Lettre de Développement de la Nutrition) dans lequel est né le PRN est un acquis favorable pour l'émergence d'une nutrition communautaire durable par rapport aux contextes des époques du PNC et du PPNS.

Les deux interventions terminées à ce jour ont soulevé la difficulté de pouvoir mettre en œuvre un ciblage tel que prévu. La distribution d'un aliment qui pose de réels problèmes logistiques et qui constitue un facteur artificiel d'attraction, a été abandonnée au niveau du PRN en cours. Ce dernier va développer l'approche «bottom up» dans laquelle, les activités sont conçues avec la base afin de mieux répondre à ses attentes et de maintenir de façon durable les activités contrairement au système «top down» appliqué par le PNC où les directives venant des décideurs sont simplement appliquées par la base.

Vu la dimension multifactorielle des causes de la malnutrition, les deux programmes (PPNS et PRN) ont eu à solliciter l'implication de tous les ministères techniques pour réunir les efforts et maintenir leurs activités dans le temps. Toutefois, le PNC apparut sous l'idée de partenariat semblait constitué ainsi, un système parallèle aux structures de santé.

Le PPNS était un programme d'urgence qui devait venir en aide à la totalité des populations ciblées touchées par la famine à travers des interventions dans toutes les structures sanitaires du Sénégal. L'atteinte des objectifs fixés semblait difficile du fait

de l'immensité des cibles et de l'absence de toutes les conditions nécessaires pour la réussite de l'intervention. Par contre, le PNC apparaissait sous un nouvel angle de prestations de services qui donnait la possibilité aux agences privées d'intervenir. Malheureusement pour certains entrepreneurs, les contrats étaient signés de gré à gré ; ce qui ne permettait pas de choisir le meilleur prestataire. Aujourd'hui, le PRN cherche à corriger ce problème en lançant un appel national d'offres afin de mettre à égalité les chances de tous les candidats avec pertinence et transparence.

Des préoccupations telles que la participation, l'acceptabilité, qui n'étaient pas prises en compte autrefois notamment dans le PPNS, sont devenues dans le cadre du PNC et du PRN, des priorités car elles contribuent à élargir et à faciliter le suivi-évaluation des interventions.

2. Analyse des facteurs de « réussite » et de durabilité des stratégies

2.1 La volonté politique

L'Etat du Sénégal a montré son engagement dans les interventions nutritionnelles mises en place à travers les actions de coordination menées par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales pour le PPNS, la CNLM pour le PNC et la CLM pour le PRN. Seulement, avec le contexte socio-économique dans lequel le PPNS était initié, l'Etat s'était trouvé devant l'obligation de recourir à l'aide alimentaire pour couvrir rapidement et au mieux les besoins nutritionnels des populations. Avec l'évolution des théories et pratiques en nutrition, le PNC et le PRN sont apparus sous un nouvel angle de nutrition communautaire et de PCIME. Cependant, il faut souligner que le niveau d'engagement politique dont a bénéficié le PNC avait largement contribué à son succès. En effet, le projet s'inscrivait dans les objectifs de valorisation des ressources humaines et d'atténuation de la pauvreté que s'est fixée la Banque Mondiale pour le Sénégal. Par ailleurs, un aspect fondamental du partenariat entre l'IDA et le Sénégal est d'être parvenu à rehausser la qualité du dialogue entre le Gouvernement (la CNLM) et les entreprises et à faciliter la participation et l'appartenance communautaires.

En 2002, la politique nationale de nutrition élaborée (annexe 4) visait à faciliter les conditions d'accès des sénégalais à une alimentation suffisante, saine et équilibrée mais également à prévenir et à prendre en charge toutes formes de nuisances induites par l'alimentation. Et, la mise sur place du PRN qui intègre les axes stratégiques de cette politique est un signe de volonté et d'engagement de la part de l'Etat.

2.2 La participation communautaire

Au moment où le PPNS était lancé au Sénégal, l'idée de solliciter la participation communautaire dans les projets de nutrition était axée sur la contribution financière des populations bénéficiaires. Aussi, il n'y avait pas suffisamment de partenariat avec les communautés car les activités étaient basées au niveau des postes de santé uniquement. Par contre, l'approche communautaire utilisée dans le PNC, qui impliquait les leaders communautaires, les femmes bénéficiaires et les jeunes issus du milieu dans l'exécution des activités, a permis de garantir l'engagement permanent de la communauté à travers son soutien moral et sa contribution financière. Il est vrai que la participation au financement de leurs propres problèmes dans les projets et programmes de développement leur donne une certaine fierté et une plus grande dignité. Mais, cela leur permet ainsi de s'approprier les interventions en s'intéressant davantage à la gestion des ressources et des activités.

Le PRN s'inscrit aussi dans les démarches qui aideront les communautés à s'impliquer dans la gestion des sites, des équipements et du fonds de dotation mis à leur disposition. De même, l'organisation d'activités (IEC, communication interpersonnelle, plaidoyer et mobilisation sociale) devraient faciliter, à terme, un changement durable des comportements des populations cibles. En effet, la durabilité des acquis passe par la réponse adéquate de la demande communautaire déjà initiée à travers d'autres activités telles que les projets de lutte contre la pauvreté. L'approche genre sera peut-être également un instrument de changement des comportements au sein de la famille et de promotion de la coalition familiale contre la malnutrition [54, 57].

2.3 La motivation

Dans le cadre du PPNS, les acteurs avaient pris conscience de l'utilité du programme pour les populations affectées par les effets de la sécheresse. Cependant, il faut noter un manque de motivation du personnel des districts sanitaires qui considéraient les activités du PPNS comme une surcharge de travail non rémunérée. De même, pour le PNC, la qualité de l'exécution des tâches par les MOC dépendait avant tout de leur motivation. Enfin, les AEC chargées d'exécuter les activités du PRN sont supervisées par la CLM qui les évalue, et un manque de motivation venant de la part de leurs intervenants nuirait à l'obtention d'un second contrat pour la phase II du programme.

2.4 La flexibilité opérationnelle

Toutes les interventions nutritionnelles développées au Sénégal étaient présentées sous forme de projet ou programme. C'est pourquoi, les activités étaient menées suivant le contenu du cahier des charges. Cependant, il n'avait pas été facile pour les intervenants tant au niveau du PPNS que du PNC, de respecter les directives d'où la nécessité d'une certaine flexibilité.

Au PPNS, l'approche était strictement standardisée puisqu'elle était fondée principalement sur l'aide alimentaire et il était difficile et même impossible de changer les activités inappropriées. Aussi, vers les années 70, la notion de flexibilité dans un projet telle qu'envisagée aujourd'hui n'était pas en vigueur.

Quant au PNC, il semblait important d'intégrer dans les cohortes, en parallèle des enfants malnutris, les enfants non malnutris mais qui avaient un poids stationnaire. Par contre, les enfants sévèrement malnutris qui se présentaient dans le projet devaient être référés vers les services du Ministère de la Santé pour leur prise en charge.

Le PRN prévoit d'être flexible sur tous les plans et prétend ne pas avoir de recette toute faite pour lutter contre la malnutrition et donc, tous les aspects positifs proposés par les AEC seront pris en compte et feront l'objet d'une étude pour leur possibilité d'intégration dans les stratégies prévues.

2.5 La formation – recherche

Dans le cadre du PPNS, la formation donnée aux agents de santé communautaire était de courte durée (une à deux semaines) mais elle leur permettait d'intégrer et de pouvoir utiliser le matériel de travail (fiche de croissance, démonstrations culinaires etc.). Par contre au cours de l'exécution du PNC, de nombreux modules de formation avaient été organisés pour les MOC et pour la population sur les activités du projet [53, 54, 55]. La formation donnée à la communauté lui permettait d'organiser des comités de gestion des activités génératrices de revenus et des bornes fontaines.

La recherche n'a pas été en reste puisque plusieurs opérations ont pu être menées. Leurs résultats ont été diffusés sous forme de rapports et mémoires, notamment :

- La contribution à l'évaluation du fonctionnement des CNC au Sénégal [36] ;
- L'étude sur les déterminants du poids stationnaire des enfants suivis par le PNC [40] ;
- L'étude des habitudes alimentaires des populations cibles du PNC [58] ;
- L'étude sur l'utilisation de la farine du PNC dans les foyers [41] ;

- L'étude de la fiabilité et de la validité des données du PNC [38] ;
- La revue des indicateurs au vu des résultats enregistrés [43].

Ces études ont été d'une utilité particulière pour le PNC qui s'en est inspiré pour mieux déterminer ses orientations.

Le PRN compte aussi adopter une telle démarche de formation et de recherche opérationnelle.

2.6 Le suivi-évaluation

Le PPNS n'avait pas fait l'objet d'une évaluation spécifique car les intervenants n'espéraient pas trouver un impact important. Les activités étaient cependant suivies dans les centres par le médecin chef et le CRS sur la base des registres de consultation et les fiches de croissance. Tandis que le PNC avait installé au niveau de chaque CNC un système d'information qui réunissait les rapports mensuels du suivi des activités destinés à l'AGETIP. Quant à l'évaluation de l'impact en population, le PNC ne fut évalué qu'au niveau de deux villes, Diourbel et Saint Louis par l'IRD dans le cadre des activités menées par contractualisation avec l'AGETIP. Par contre, le PRN a prévu un système de suivi et d'évaluation très performant qui, une fois appliqué, pourrait donner des résultats fiables et significatifs.

3. Le score de "réussite" des interventions

A partir des facteurs de réussite identifiés, j'ai jugé utile d'évaluer par notation les trois interventions nutritionnelles qui ont été mises en place au Sénégal pour qualifier le résultat obtenu. Pour ce faire, j'ai affecté un coefficient de notation pour chaque facteur de réussite par intervention. Cette valeur présentée en termes de score permettra une comparaison du potentiel des différentes interventions étudiées. Cependant, le PRN a été noté suivant les prévisions déjà établies alors que le PNC et le PPNS seront évalués à partir de leur déroulement (voir tableau n°8).

Tableau 8 : Notation estimée des facteurs de "réussit" des différentes nutritionnelles

Facteurs de réussite	PPNS	PNC	PRN
1. La volonté politique	1	4	5
2. La participation communautaire	1	5	5
3. La motivation	1	3	4
4. La flexibilité opérationnelle	2	3	4
5. La formation -- recherche	1	4	5
6. Le suivi-évaluation	1	2	4
SCORE	7/30	21/30	27/30

NB : la notation varie de 1 à 5, 1 : la note la plus faible, 5 : la note la plus élevée. Le maximum du score total est donc de 30.

Les résultats révèlent que le PRN, qui vient de démarrer ses activités, apparaît comme l'intervention ayant mieux pris en compte les divers aspects reconnus comme étant des facteurs de réussite remarquable avec un score de 27/30.

Le PNC a obtenu un score déjà satisfaisant tandis que le PPNS est loin d'avoir réussi sa mission avec un score de 7 /30.

En somme, je dirai que la réussite d'un programme dépend en grande partie du niveau d'intégration des recommandations en nutrition en vigueur. Par conséquent, l'on peut dire qu'il a fallu trente ans au Sénégal pour faire des avancées notoires dans le domaine de la lutte contre la malnutrition en mettant au devant les conditions qui mèneraient au succès.

4. Les facteurs limitants

Un certain nombre d'éléments notés au cours de notre étude peuvent avoir une incidence négative sur le bon déroulement des activités ou inhiber l'auto-responsabilisation des membres de la communauté. Ils rendent les résultats peu encourageants et non viables et contribuent à déterminer les faiblesses des interventions.

Quelques exemples d'effets indésirables notés au cours du déroulement du PPNS et du PNC ont contribué à réduire le niveau d'atteinte des objectifs fixés, à savoir :

- 1) Le PPNS avait concentré ses activités au niveau des structures sanitaires et fournissait de l'aliment de supplément, ce qui permettait aux mères de

fréquenter davantage ces lieux mais ne favorisait pas la mise sur pied d'autres activités communautaires.

- 2) L'obstacle majeur rencontré était que l'aliment était revendu sur le marché compromettant ainsi l'atteinte des objectifs fixés,
- 3) Dans le cadre du PNC, un défaut d'assainissement du milieu, la prévalence de certaines maladies et la non prise en charge des enfants sévèrement malnutris ont été les principaux obstacles rencontrés. Pour la récupération des malnutris, des problèmes avaient été notés sur la valeur énergétique de l'aliment de supplément (62 Kcal/100 ml au lieu de 75 Kcal/100 ml). Le mode de consommation de l'aliment de supplément (pas toujours respecté par les mères) qui, de plus, ne bénéficiait pas au seul enfant cible dans le ménage [41]. Des ruptures de stock fréquentes étaient constatées.

CHAPITRE IV: GRANDES ORIENTATIONS ET PERSPECTIVES DE LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION AU SÉNÉGAL

1. Les grandes orientations de la lutte contre la malnutrition

Malgré les efforts consentis ces dernières années, il semble qu'il n'y ait pas eu de progrès très significatifs pour réduire la fréquence des malnutritions infantiles en Afrique subsaharienne et certains signes indiquent que la situation s'est largement aggravée en raison de l'accroissement de la population et du contexte actuel de pauvreté [59]. En dépit de certains progrès – réduction de la carence en iode par exemple –, les objectifs de réduction des malnutritions fixés par les grands sommets internationaux des années 90 sont loin d'être atteints. Les inégalités se creusent, globalement comme au sein même des pays. D'ores et déjà, les malnutritions modérées et le développement des jeunes enfants représentent un problème principal en termes d'ampleur comme de conséquences à long terme [60].

Une des leçons de ces trente dernières années est qu'il n'y a pas de solution unique thaumaturge, même s'il est vraisemblable que la quête de l'arme miracle contre la malnutrition continuera encore longtemps à guider la pensée et l'action de bon nombre de décideurs et d'ONG qui se sont entièrement engagés dans la recherche. En effet, de nombreuses publications, propositions, rencontres, conférences, séminaires et colloques furent organisés dans ce sens notamment par :

- Les organisations internationales (l'OMS, l'UNICEF, la FAO, le PAM) et régionales (la CEDEAO, l'UEMOA ...) et non gouvernementales (BASICS, World vision, Africare, Hellen Keller International...)
- Les Ministère de la Santé, de l'Agriculture, de la Famille et de la Petite Enfance etc.
- Des pools de chercheurs universitaires dont l'UR 106 « Nutrition- Alimentation, Sociétés » de l'IRD, le CIRAD, etc.

1.1 Les recommandations internationales actuelles en nutrition

▪ La Conférence Internationale sur la Nutrition tenue à Rome en 1992

Après le *Sommet mondial pour les enfants* de 1990 où les carences en trois micronutriments - fer, iode et vitamine A - avaient été spécialement visées, une grande

avancée, motif d'espoir, est l'acceptation par la communauté internationale de cadres conceptuels de la malnutrition distinguant les causes immédiates au niveau individuel des causes sous-jacentes et fondamentales agissant au niveau des familles, des communautés, des sociétés ; le plus connu et le plus utilisé est celui qui, proposé par l'UNICEF, a été adopté par la CIN. En effet, l'approche de la CIN visait à promouvoir et protéger le bien-être nutritionnel des pays en développement.

Des domaines communs d'action ont été définis afin de promouvoir et protéger le bien-être nutritionnel des populations (encadré 1) [61].

Encadré 1 : Les domaines d'action définis par la CIN

1. *L'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages ;*
2. *La protection du consommateur par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des produits alimentaires ;*
3. *La prévention des carences spécifiques en micronutriments ;*
4. *La promotion de régimes alimentaires et de modes de vie sains ;*
5. *La prévention et le traitement des maladies infectieuses ;*
6. *La prise en charge des groupes défavorisés sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel ;*
7. *L'évaluation, l'analyse et la surveillance nutritionnelles ;*
8. *L'inclusion d'objectifs nutritionnels dans les politiques et programmes de développement.*

Cette approche thématique permet d'élaborer une base commune pour l'appréhension des problèmes de nutrition par les différents secteurs concernés et de rechercher les solutions de façon plus ciblée, et d'éviter que certains aspects du problème ne soient négligés, tout en donnant à chaque secteur ou organisme la possibilité d'optimiser sa contribution à l'amélioration de la situation. Ainsi, pour relever le défi de la nutrition, toutes les considérations nutritionnelles retenues lors cette conférence devront être intégrées dans les programmes de développement et l'application des principes fondamentaux par les gouvernements et autres institutions devrait être effective pour améliorer l'état nutritionnel.

▪ **Les principaux facteurs de succès d'une intervention nutritionnelle communautaire**

Différents programmes dans le monde ont connu un succès – Tamil Nadu en Inde, Iringa en Tanzanie, SECALINE à Madagascar, PNC au Sénégal, AIN-C au Honduras, PROSEN au Cameroun – en appliquant l'approche et les dix-huit principes reconnus par la communauté internationale des nutritionnistes comme nécessaires lors de la conception et du suivi des programmes de nutrition communautaire (encadré 2) [62].

Encadré 2 : Principes des facteurs de succès de projets de nutrition communautaire identifiés par événements chronologiques

1. *Développement des ressources humaines : formation continue, surtout en approches participatives*
2. *Mobilisation et participation communautaire*
3. *Engagement politique à tous les niveaux*
4. *Suivi, supervision, évaluation et système d'information à tous niveaux*
5. *Reproductibilité et viabilité*
6. *Engagement et leadership du personnel*
7. *Ciblage adéquat*
8. *Groupes locaux de femmes comme principales ressources dans la gestion des activités*
9. *Activités variées intégrées aux programmes locaux de développement*
10. *Nécessité d'investir à long terme, surtout si l'on veut faire un projet à grande échelle*
11. *La structure institutionnelle doit être une « gagnante »*
12. *Connaître, comprendre, accepter et utiliser les conclusions des projets communautaires, surtout si l'on veut passer à l'échelle supérieure*
13. *Cadre commun de stratégie et collaboration institutionnelle entre les différents partenaires*
14. *Plaidoyer et prise de conscience sur la nutrition à tous les niveaux*
15. *Les travailleurs communautaires viennent de la communauté (ils sont organisés, formés, supervisés et payés pour leur travail)*
16. *Proximité de la prestation des services*
17. *Utilisation de l'approche contractuelle*
18. *Lier la supervision au système d'information et à la performance*

Si, au lieu d'une perspective purement sectorielle, on adopte une perspective multisectorielle et pluridisciplinaire, les causes de la malnutrition apparaissent sous un jour différent, et on peut rechercher, plus que par le passé, des solutions de grande envergure [63].

La malnutrition est liée aux mauvaises conditions socio-économiques qu'il faut donc améliorer pour assurer un développement durable alors que la place de la nutrition dans les stratégies de réduction de la pauvreté est toujours minime, et que les plans existants pourraient être considérablement améliorés avec relativement peu de moyens.

1.2 Les recommandations régionales en nutrition

▪ Le 8^{ème} forum annuel de la CEDEAO sur la nutrition

Au plan régional, le forum de la CEDEAO sur la nutrition tenu à Conakry en 2003 recommande aux Etats membres d'inclure un minimum de dix éléments essentiels de nutrition dans tous les programmes de réduction de la pauvreté (encadré 3). Cela passera par l'adoption d'un kit d'interventions nutritionnelles contenant ces dix éléments essentiels. La gestion des interventions nutritionnelles est placée sous la responsabilité de l'administration locale qui doit garantir leur extension communautaire jusqu'au plus pauvre des pauvres. L'évaluation de ces efforts peut être effectuée en définissant le niveau de couverture de la population atteint par l'intervention, le niveau de profit que la communauté en tire et leur impact, qui peut être vu à travers une croissance fœtale et infantile adéquate [64].

Encadré 3 : Les dix recommandations du 8^{ème} Forum de la CEDEAO sur la nutrition

- 1 – *La protection, la promotion et le soutien à l’allaitement exclusif durant les six premiers mois de la vie ;*
- 2 – *La promotion d’une alimentation complémentaire adéquate parallèlement à l’allaitement maternel continu, au moins jusqu’à la fin de la première année et de préférence à la fin de la deuxième année de vie ;*
- 3 – *La garantie à tous les enfants malades d’une gestion appropriée de leur alimentation (PCIME) ;*
- 4 – *La supplémentation en fer appropriée durant la grossesse et la lactation ;*
- 5, 6 – *Les suppléments en vitamine A chez tous les enfants âgés de 6 à 59 mois et chez les mères ;*
- 7 – *La fortification des aliments ;*
- 8 – *La mise en place de systèmes de gestion dans tous les secteurs de santé afin de contrôler régulièrement l’efficacité de chacune des sept interventions nutritionnelles précédentes ;*
- 9 – *La mise en place de mécanismes qui permettront de découvrir avec la communauté, la mesure à laquelle les éléments de nutrition essentiels, sont utilisés par la communauté ;*
- 10 – *Le contrôle de la croissance infantile afin d’évaluer le succès des efforts fournis dans le cadre du développement.*

▪ La stratégie de nutrition communautaire durable publiée par l’ORANA

A l’heure des programmes de nutrition communautaire durable, les écrits scientifiques publiés exposent des stratégies à adopter et les conditions pour une réussite de la lutte contre la malnutrition telles que [65]:

- Les publics - cibles attachent de l’importance aux avantages perçus de l’intervention ;
- Les publics - cibles ont la volonté et sont capables de changer les comportements et pratiques ayant une influence négative sur la situation nutritionnelle ;
- Les partenaires devant mener au changement sont équipés et effectivement soutenus dans l’accomplissement de leurs tâches.
- Les traits permettant d’avoir un cadre efficace pour un programme sont :

- Le renforcement des compétences pour tous les partenaires clés afin qu'ils mènent des actions efficaces ;
- La communication et l'éducation en matière de nutrition devant entraîner un changement de comportement ;
- Et la collecte de données fiables afin de mesurer l'impact et le progrès.

1.3 Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Sénégal

Au Sénégal, le DRSP est axé sur trois stratégies fondamentales : la création de richesse, le renforcement des capacités et la promotion des services sociaux de base et l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables (voir encadré 4).

Encadré 4 : Principaux objectifs du DRSP

1. *Doubler le revenu par tête d'ici à 2015 dans le cadre d'une croissance forte, équilibrée et mieux répartie.*
2. *Généraliser l'accès aux services sociaux essentiels en accélérant la mise en place de infrastructures de base pour renforcer le capital humain avant 2010.*
3. *Eradiquer toutes les formes d'exclusion au sein de la nation et instaurer l'égalité des sexes dans les niveaux d'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2015.*

1.4 La politique nationale de nutrition du Sénégal

Face à la situation nutritionnelle du pays devenue préoccupante, il est apparu nécessaire pour l'Etat de bâtir une vision nouvelle en adoptant une approche intégrative des problèmes afin de mettre en oeuvre des stratégies appropriées en rapport avec les urgences du moment.

La lettre de politique de développement de la nutrition traduit un engagement de l'Etat du Sénégal à s'attaquer directement et indirectement aux causes multifactorielles de la malnutrition. Elle représente ainsi un cadre de référence pour l'application des mesures et des stratégies d'intervention qui auront un impact sur l'amélioration du statut nutritionnel.

a) Objectif général de la politique :

Réduire dans les 10 prochaines années, la prévalence de l'insuffisance pondérale de 45 % par l'amélioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables, notamment les enfants, les femmes en âge de reproduction et les personnes âgées. [66].

b) Axes stratégiques

La politique en matière de nutrition sera structurée autour d'axes stratégiques qui aideront à mener des actions efficaces en s'attaquant aux causes immédiates, aux causes sous-jacentes et aux causes fondamentales de la malnutrition (encadré 5) [66].

Encadré 5 : Les 9 axes stratégiques de la politique nutritionnelle du Sénégal

Axe 1 : Renforcement de l'approche communautaire dans les programmes intégrant le Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN) et la Prise en Charge des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;

Axe 2 : Renforcement de la sécurité alimentaire par l'amélioration de la production agricole, la recherche agroalimentaire et la distribution des aliments ;

Axe 3 : Amélioration des conditions d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement du cadre de vie des ménages ;

Axe 4 : Réorganisation et renforcement des cadres institutionnels de pilotage et de gestion des programmes de nutrition ;

Axe 5 : Renforcement du partenariat avec les collectivités locales, les ONG, les associations, les Agences d'exécution, le secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de lutte contre la malnutrition ;

Axe 6 : Amélioration des systèmes de collectes, d'analyse, de diffusion des données sur la nutrition et la promotion des études et de la recherche ;

Axe 7 : Renforcement des capacités des ressources humaines aux niveaux national et communautaire ;

Axe 8 : Renforcement des programmes d'IEC / Changement de comportement/ Mobilisation sociale ;

Axe 9 : Développement d'activités génératrices de revenus.

c) Le financement

Les programmes qui permettront l'opérationnalisation de la lettre de politique seront financés à travers divers mécanismes prenant en compte la participation des partenaires au développement, l'apport de l'Etat au titre de la contrepartie, les ressources des ONG, des collectivités locales et des populations. Le schéma de financement devra intégrer des procédures facilitant une mobilisation rapide des ressources et une gestion financière décentralisée.

2. La mise en perspectives du PRN

Nous avons mis en perspectives le PRN par rapport au contexte actuel de la lutte contre la malnutrition pour l'évaluer de manière prospective. Nous pensons au besoin, faire des propositions d'amélioration qui pourront aider à mieux réorienter les actions menées.

▪ Le PRN et les recommandations internationales en nutrition

Faisant siennes les chartes et conventions issues de diverses rencontres internationales sur le développement humain durable, le Sénégal s'est engagé, conformément à ses missions, à la promotion d'une alimentation suffisante, saine et équilibrée pour tous les Sénégalais en général, pour les groupes les plus vulnérables en particulier en créant, pour les populations, les conditions favorables à la satisfaction de leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires afin de leur permettre de mener une vie saine et active.

L'implication de l'Etat sénégalais n'a cessé de croître pour marquer l'importance accordée à la promotion de la santé et de la nutrition. Cette volonté, énoncée lors de la déclaration de Alma Ata en 1978 dans le cadre de l'avènement des soins de santé primaires, réaffirmée lors du Sommet mondial sur l'enfance de 1990 ; confortée lors de la CIN de 1992, puis lors du Sommet de Copenhague de 1995 pour l'élimination de la pauvreté et en 1996 dans le cadre du Plan d'Actions de la FAO pour la Sécurité alimentaire Universelle a été traduite par l'élaboration d'un Plan National d'Actions pour la Nutrition (1997-2002). Elle s'est consolidée également à travers divers programmes d'interventions au profit de populations appartenant à différentes zones du pays [66].

La politique nationale de nutrition, la politique de sécurité alimentaire, l'intégration du PAIN et du cadre du PCIME dans les objectifs de la politique de santé et la mise n œuvre d'un exemple d'approche multisectorielle dans le cadre du PRN sont autant de signes d'engagement de l'Etat du Sénégal pour s'inscrire dans la démarche des recommandations internationales en nutrition.

▪ Le PRN et le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

Le PRN s'intègre dans les objectifs et les orientations stratégiques du DRSP. Il pourra contribuer à la réduction durable de la pauvreté au Sénégal. Pour cela, le PRN va mettre l'accent sur les problèmes de malnutrition, de morbidité, de santé et d'hygiène des femmes et des enfants et va concentrer ses efforts sur les régions les plus pauvres,

les régions rurales renfermant le plus grand nombre de ménages pauvres. Au cours de sa première phase, le PRN s'est fixé comme objectif d'augmenter et d'étendre les interventions de nutrition et de PCIME communautaire, notamment en zone rurale en procédant au choix de stratégies à la fois rentables, efficaces et durables préalablement identifiées, testées et évaluées durant la première phase du programme.

- **Le PRN et les recommandations du 8^{ème} forum de la CEDEAO sur la nutrition**

Il faut retenir que le forum annuel de la CEDEAO s'est tenu en Septembre 2003 à Conakry au moment où le document de mise en œuvre du PRN avait déjà été finalisé mais c'était une occasion pour le Sénégal de présenter son nouveau programme PRN et de le soumettre aux pays de la sous-région. L'intérêt de cette présentation était d'avoir permis au PRN de se situer par rapport aux recommandations finales du forum et de pouvoir prendre en considération éventuellement des stratégies essentielles à intégrer.

En somme, il apparaît que le PRN s'inscrit dans la logique des dix recommandations du forum de la CEDEAO et d'après la présentation du Sénégal [67], l'ISRA est entrain d'effectuer des recherches sur l'amélioration des rendements des semences (quantitative) pour l'intégration de la biofortification aux stratégies nutritionnelles. Le PRN veillera à ce que les AEC exécutent ces points importants de la lutte contre la malnutrition.

- **Le PRN et la politique nationale de nutrition du Sénégal**

D'après son document de mise œuvre, le PRN a intégré tous les axes stratégiques de la politique de développement de la nutrition du Sénégal dans les programmes nationaux et dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Ceci devrait permettre d'asseoir et de garantir un engagement national adéquat à long terme. Au terme de sa première phase, d'une part le gouvernement aura mis en place des mécanismes institutionnels effectifs et fonctionnels capables de gérer et d'adapter la politique nutritionnelle à l'environnement et d'autre part, les bénéficiaires, la société civile et le secteur privé se seront appropriés le programme et pourront promouvoir sa pérennisation.

Conclusion

Le Sénégal est un pays pauvre confronté à des problèmes de santé publique dont l'un des plus importants reste la malnutrition du jeune enfant. Entre 1996 et 2000, la prévalence du retard de croissance chez les enfants âgés de moins de 5 ans est passée de 23 % à 19 %, et pendant la même période, celle de la maigreur a augmenté de 6,7 % à 8,3 %. A ces différentes formes de malnutritions, viennent s'ajouter les carences en vitamine A, en fer et en iode. La combinaison de ces facteurs est la cause, dans cette tranche d'âge de la population, d'environ 50 % des décès le plus souvent en association avec une maladie infectieuse.

Dans le but de diminuer la prévalence de la malnutrition chez les jeunes enfants, diverses interventions nutritionnelles furent mises en place au cours des trois dernières décennies dont les plus importantes ont été : le PPNS (1973-1988), le PNC (1995-2001) et le PRN (depuis décembre 2003).

L'étude réalisée sur ces trois interventions nutritionnelles a permis d'établir un bilan des activités respectives. En effet, la caractérisation et l'analyse du PPNS, du PNC et du PRN ont montré que chacun avait ses particularités. De cette étude, se sont dégagées les forces et les faiblesses de chacun des différents projets et programmes examinés et leur niveau de réussite. Les leçons tirées de l'expérience ainsi que l'avancée des connaissances dans le domaine des interventions nutritionnelles ont incité les décideurs à poursuivre leur engagement vers de nouvelles mesures pour mieux orienter la lutte contre la malnutrition du jeune enfant au Sénégal. C'est pourquoi, notre analyse qui se veut constructive, débouche sur une mise en perspectives du PRN (programme en cours d'exécution).

Le PRN fait partie d'une politique de développement de la nutrition récemment élaborée par le Sénégal et intègre les grandes recommandations régionales et internationales actuelles en nutrition. Il apparaît sur le plan prévisionnel comme le programme qui aura le plus de succès avec un bon score (27/30). Toutefois, une révision permanente des stratégies d'intervention nutritionnelle et un soutien aux initiatives communautaires devraient permettre de répondre à l'attente de la population ciblée et d'obtenir ainsi, une meilleure adhésion aux programmes et une bonne durabilité.

En somme, nous pensons que l'amélioration de la lutte contre la malnutrition devrait passer par la prise en considération d'éléments clés tels que :

- les recommandations internationales ou régionales en vigueur en nutrition qui préconisent une nutrition communautaire durable par l'intégration d'approche multisectorielle
- les stratégies de la politique nationale de nutrition
- les facteurs de réussite des interventions nutritionnelles identifiés au cours de notre étude à savoir :
 - la volonté et l'engagement politique de faire l'effort nécessaire pour y parvenir ;
 - L'implication des communautés de base dans toutes les étapes (depuis l'élaboration jusqu'à l'exécution du projet) afin qu'elles puissent en assurer la pérennité ;
 - La motivation satisfaisante des agents des interventions ;
 - La flexibilité opérationnelle des interventions pour tenir compte des besoins des populations et des nécessités de reformulation pouvant survenir en cours d'exécution ;
 - La formation de personnels qualifiés à tous les niveaux pour mieux éduquer et sensibiliser la population ;
 - Le suivi et l'évaluation des actions menées ;
 - Le soutien de la recherche dans toutes les disciplines qui contribuent à l'amélioration de la nutrition, de l'alimentation et de la santé.

Ainsi, à l'issue de notre analyse, nous pouvons retenir qu'une réduction de la malnutrition au Sénégal, voire une éradication, est réalisable. Les solutions viendront de la conjugaison des efforts de tous les secteurs intervenant dans ce domaine comme l'a si bien mis en avant le PRN. Car, les causes de la malnutrition étant multifactorielles, seules des solutions multisectorielles sont à même de l'enrayer.

Bibliographie

- [1] http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/CHILD_HEALTH/map_02_world.jpg
- [2] De Onis M, Blössner M, Edward A. F. La malnutrition est-elle en régression? Analyse de l'évolution de la malnutrition de l'enfant depuis 1980. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 4: 111-112.
- [3] http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/referral_care/chap7/chap71.html
- [4] NCHS/WHO reference data: <http://www.who.int/nutgrowthdb/reference.html>.
- [5] OMS. *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*. Série de Rapports Techniques 854, Genève, Suisse; 1995:182-193.
- [6] Global database on child growth and malnutrition: www.who.int/nutgrowthdb.
- [7] Ndiaye S, Diouf PD, Ayad M. Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93. *Demographic and Health Surveys*. Dakar, Sénégal, 1994.
- [8] République du Sénégal, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision de la Statistique. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS III)*, Dakar, 1997.
- [9] République du Sénégal, Gouvernement du Sénégal et UNICEF, *Evaluation des objectifs intermédiaires*, Multiple Indicator Cluster Sample Survey (MICS II), Dakar, Sénégal, UNICEF; 2000.
- [10] Diagnostic situationnel de la nutrition au Sénégal : <http://www.gouv.sn/politiques/nutrition3.html>
- [11] Présentation de la pauvreté au Sénégal : <http://www.primature.sn/politiques/pauvrete.html>
- [12] Beghin I, De Wael MP, Kolsteren P, Lefevre P, Tellier V. *A guide for the elaboration of a technical document for intervention*, Nutrition Unit, IMT, Anvers, Belgique, 1995: 16 p.
- [13] Marek T. *Deux projets communautaires de nutrition en Afrique*, Banque Mondiale, Région Afrique – A world free of poverty N°112, 1999.
- [14] Le Sénégal : Données géographiques, démographiques et économiques : <http://www.gouv.sn>
- [15] UNICEF, *Bref sur le Sénégal* : <http://www.unicef.org/french/sowc98/>.
- [16] Rapport Mondial du Développement Humain 2003 : <http://www.undp.org>

- [17] République du Sénégal, Ministère de l'économie et des finances, Direction de la Prévision des Statistiques, Enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II) 2001.
- [18] PAM. *Le Sénégal* : <http://www.un.org.sn/html/pam/senegal.htm>
- [19] Ndoye T. *Discours introductif du lors du lancement du PPNS*, République du Sénégal, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Dakar, Sénégal, 1973.
- [20] Alavo H. *L'Action de l'UNICEF au Sénégal* : <http://www.mfsn.gouv.sn/dpesenegal/Unicef>.
- [21] République du Sénégal, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, *Rapport d'activité du PPNS, 1973-1978*: 30 p.
- [22] Catholic Relief Services, *Rapport annuel des activités*, Dakar, CRS, 1985 : 46 p.
- [23] Marek T. *Enhancing the contribution of the health sector in the prevention of malnutrition. Review of project appraisals in Africa*. Human Resources Division, AFTHR, Technical Note No 11. Washington DC, USA: The World Bank, 1993: 180 p.
- [24] World Bank. *Staff appraisal report, Republic of Senegal, Community Nutrition Project*. Washington (USA): Population and Human Resources Division, Western Africa Department, Africa Region. Report No 14004-SE, 1995: 93 p.
- [25] République du Sénégal, AGETIP, *Projet de Nutrition Communautaire. Présentation du Projet de Nutrition Communautaire*. Dakar, Sénégal, 1997: 21 p.
- [26] République du Sénégal, AGETIP, *Rapport de mise en œuvre du PNC*, Document de la Banque Mondiale, 1995.
- [27] République du Sénégal, AGETIP, *Projet de Nutrition Communautaire. Manuel du Maître d'Œuvre Communautaire*. Dakar, Sénégal, 1997: 31 p.
- [28] Gartner A, Kameli Y, Thiam A, Cisse D, Sarr C, Traissac P, Delpéuch F, Maire B. *Projet de Nutrition Communautaire du Sénégal: facteurs associés à la récupération nutritionnelle*. *Rev Epidemiol Santé Pub* 2000; 48:3S19 (résumé).
- [29] Gartner A, Traissac P, Kameli Y, Cisse D, Sarr C, Delpéuch F, Maire B. *Factors associated with children nutrition improvement in an African Nutrition Community Project*. *Ann Nutr Metab* 2001; 45(suppl 1):24 (abstr).
- [30] Ndiaye B. *Toward a quality management system in the Senegal community nutrition project*. Master of Public Health, Amsterdam, The Netherlands, 1999 : 63 p.
- [31] ORSTOM – Nutrition Unit. *Rapport final du contrat NUT 88 relatif à l'évaluation du projet de Nutrition Communautaire à Diourbel*. Dakar, Sénégal, 1998: 47 p.

- [32] ORSTOM – Nutrition Unit. *Rapport final du contrat NUT 44/98 relatif à l'évaluation du projet de Nutrition Communautaire à Saint-Louis*. Dakar, Sénégal, 1999 : 67 p.
- [33] Deleuze A. *Contribution à l'évaluation du fonctionnement de Centres de Nutrition Communautaires au Sénégal*. Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées, Université de Montpellier II, 1998: 95 p.
- [34] République du Sénégal, AGETIP, Projet de Nutrition Communautaire, *Résumé exécutif*, Dakar, Sénégal, 2001.
- [35] Diallo I, Ndiaye B, Pouye A, Gaye IA, Sy A, Sarr R, Tall AD. *Rôle des organisations communautaires dans la lutte contre la malnutrition: une innovation en santé communautaire*. Projet de Nutrition Communautaire, AGETIP, Dakar, Sénégal, 1996: 14 p.
- [36] République du Sénégal, AGETIP, Projet de Nutrition Communautaire. *Synthèse des résultats des Centres de Nutrition Communautaires en 1997*. Dakar, Sénégal, 1998: 7 p.
- [37] Ndiaye AI. *Etude sur la stratégie IEC de contingence*. AGETIP-PNC, Dakar, Sénégal, 1997: 49 p.
- [38] Diallo I, Zeitling M. *Etude de la fiabilité et de la validité des données du PNC*. AGETIP, PNC, Dakar, Sénégal, 1998: 62 p.
- [39] Sy F. *Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des bénéficiaires du PNC*. AGETIP, Dakar, Sénégal, 1998: 59 p.
- [40] Fall M. *Etude sur les déterminants du poids stationnaire des enfants suivis par le Projet de Nutrition Communautaire de l'AGETIP*. Institut de Pédiatrie Sociale, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, 1997: 67 p.
- [41] Diagram Consulting and S Trèche/Orstom Montpellier. *Etude sur l'utilisation de la farine du Projet de Nutrition Communautaire dans les foyers*. Sénégal, 1998.
- [42] Gontier C. *Enquête qualitative à Saint-Louis pour l'évaluation d'impact du Projet de Nutrition Communautaire du Sénégal*. Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées, Université de Montpellier II, 2001: 58 p.
- [43] Gartner A, Kameli Y. *Revue des indicateurs au vu des résultats enregistrés*. Rapport de commission à l'Atelier-revue à mi-parcours du Projet de Nutrition Communautaire de la Banque Mondiale au Sénégal. Dakar, Sénégal, 21-29 septembre 1998: 19 p.
- [44] République du Sénégal, AGETIP, Projet de Nutrition Communautaire, *Evaluation de la phase pilote*. Dakar, Sénégal, 1995: 39 p.

- [45] Erhard C. *Evaluation d'impact du Projet de Nutrition Communautaire du Sénégal à Saint-Louis*. Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées, Université de Montpellier II, 2002: 37 p.
- [46] Méjean C, Gartner A, Kameli Y, Traissac P, Maire B. *Projet de Nutrition Communautaire du Sénégal : Évolution des Connaissances, Attitudes et Pratiques des mères*. *Cahier Nut Diet* 2004; 39(1):64.
- [47] Méjean C. *Enquête qualitative dans le cadre de l'évaluation du projet de nutrition communautaire du Sénégal à Saint-Louis*. Diplôme d'Etudes Approfondies, Université de Paris VI, 2003: 112 p.
- [48] Ndiaye A. *Manuel de mise en œuvre du Programme de Renforcement de la Nutrition - Rapport final*, 2002: 85 p.
- [49] République du Sénégal, Primature, Cellule de Lutte contre la Malnutrition. *PRN: Lettre d'Exécution Technique*. Dakar, Sénégal, 2003: 7 p.
- [50] République du Sénégal, Primature, Cellule de Lutte contre la Malnutrition. *PRN: Sélection des Agences d'exécution Communautaires*. Note de synthèse. Dakar, Sénégal, 2002: 5 p.
- [51] République du Sénégal, Primature, Cellule de Lutte contre la Malnutrition. *Documents de l'Atelier de lancement officiel du Programme de Renforcement de la Nutrition*. Dakar, Sénégal, 15-16 décembre 2003.
- [52] République du Sénégal, Primature, Cellule de Lutte contre la Malnutrition. *Evaluation à mi-parcours du PRN*. Dakar, Sénégal, 21-22 Février 2005.
- [53] Marek T, Diallo I, Ndiaye B, Rakotosalama J. *Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar*. *Health Policy and Planning* 1999;14:382-389.
- [54] Diop Ly M. *Revue des interventions dans le domaine de la nutrition au Sénégal*, Dakar, Sénégal, *Progressis*, 2000: 29 p
- [55] République du Sénégal, AGETIP, *Projet de Nutrition Communautaire. Module de Formation de Nutrition et Santé*. Dakar, Sénégal, 1996: 38 p.
- [56] République du Sénégal, AGETIP, *Projet de Nutrition Communautaire. Module de Formation en IEC – Mobilisation sociale*. Dakar, Sénégal, 1996: 52 p.
- [57] République du Sénégal, AGETIP, *Projet de Nutrition Communautaire. Technique de suivi-promotion de la croissance*. Dakar, Sénégal, 1997 : 17 p.
- [58] Guiro AT, Mbacke M. *Etude des habitudes alimentaires des populations cibles du Projet de Nutrition Communautaire au Sénégal*. Rapport pour l'AGETIP, 1994 : 66 p.

- [59] Le Bihan G, Delpuech F, Maire B. *Alimentation, nutrition, politiques publiques. Cahier de propositions pour le XXI^e siècle*. Paris: Charles Léopold Meyer, 2002: 130 p.
- [60] Delpuech F, Salem G. Nutrition et développement au temps de la mondialisation: de nouveaux enjeux pour la santé publique. *Cahiers Santé* 2002; 12: 5-8.
- [61] FAO & OMS. Conférence Internationale sur la Nutrition. *Nutrition et développement – une évaluation d'ensemble* ; Rome, 1992: 38 p.
- [62] Marek T, Ndiaye B. A l'aube du XXI^e siècle, nous avons tous les outils pour diminuer la malnutrition en Afrique subsaharienne, le ferons-nous? *Cahiers Santé* 2002 ; 12:107-111.
- [63] Latham M. C. La nutrition dans les pays en développement. FAO, Rome, 2001: 383 p.
- [64] CEDEAO. *Recommandations du Forum de la CEDEAO sur la Nutrition pour la prise en compte des éléments essentiels de nutrition dans les documents sur les stratégies de la réduction de la pauvreté (DRSP)*: <http://www.pfnutrition.org/doc/drsp.pdf>.
- [65] Ndure SK, Sy N, Nturu M, Diene SM. *Pour un Programme de Nutrition Communautaire Durable : pratiques prometteuses et leçons tirées de l'expérience*. ORANA, SANA, USAID Washington, 1999: 78 p.
- [66] Lettre de politique de développement de la nutrition du Sénégal : <http://www.gouv.sn/politiques/nutrition4.html>.
- [67] CEDEAO. *Présentation du Sénégal, 8^{ème} forum, Conakry, Sept 2003*: <http://www.pfnutrition.org/>.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Date :

1 - Nom et Prénoms :

2 - Statut professionnel :

3 - Expérience professionnelle

.....
.....
.....

4 – Quelles sont les différents projets de nutrition dans lesquels vous avez eu à intervenir ?

- 1.
- 2.
- 3.

5 – Présentation du projet :

5 – 1 Pouvez –vous présenter brièvement le projet en terme de justification, d'objectifs et de ciblages?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 – 2 Les objectifs ont-ils été atteints ? Si oui, pouvez vous nous dire comment ?

.....
.....
.....

.....
.....
.....

5 – 3 Quels furent les effets du projet en terme d’impact et de performance ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 – 4 Quelles sont les forces et les faiblesses du projet ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 – 5 Quelle est la place de la participation communautaire ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6 – Que peut-on retenir globalement du projet dans lequel vous avez eu à travailler ?

.....
.....
.....
.....

Annexe 2 : Grille de caractérisation d'intervention nutritionnelle

1-Titre :

2- Définition :

3- Justification et pertinence :

4- Partenaires :

5- Objectifs :

- *en terme de résultats :*
- *en terme d'effets :*

6-Ciblage des bénéficiaires :

7- Stratégies :

Stratégies	Acteurs	Activités	Lieu	Période	Ressources nécessaires
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					

8-Acceptabilité :

1. Par la population :
2. Par les intervenants :

9- Faisabilité :

- 1 Faisabilité technique :
- 2 Faisabilité opérationnelle :

10- Participation :

1. Place de la participation communautaire
2. Opportunités pour la participation :
3. Opportunités pour renforcer l'autonomie de détermination

11- Efficacité

1. Court terme :
2. Long terme :

3. En terme de résultats :
4. En terme d'effets :
5. Effets inattendus / pervers :

12 – Coût

13 – Durabilité (conditions de) :

1. Au niveau des effets
2. Au niveau des processus

14 – Evaluation :

15 – Conclusion

16 – Références

Annexe 3 : Grille d'analyse des interventions nutritionnelles

Domaine	PPNS	PNC	PRN
Nature			
Contexte			
Durée			
Objectifs			
Zone de couverture			
Ancrage institutionnel			
Politique			
Maître d'œuvre			
Intervenants			
Approche			
Composantes			
Partenariat			
Pérennisation			
Sélection des intervenants			
Impact			
Forces			
Faiblesses			

Annexe 4 : Lettre de développement de la nutrition du Sénégal

Lettre de politique de développement de la nutrition

► INTRODUCTION

Ces dernières années, l'amélioration des conditions de vie des populations est restée un enjeu majeur pour l'Etat en raison des effets négatifs des politiques d'ajustements structurels qui ont contribué à un approfondissement de la demande sociale. La paupérisation croissante, l'accès difficile des populations les plus vulnérables aux services sociaux de base et à une alimentation saine, équilibrée et suffisante reste au coeur de cette problématique dont l'ampleur des conséquences sur la santé, la mortalité et le développement est avérée.

Ainsi, la dégradation des indicateurs sociaux, a amené l'Etat à engager diverses stratégies conformément aux orientations stratégiques du IXème Plan qui préconise un développement humain durable. Mais en dépit de ces efforts, la situation nutritionnelle de la population reste encore préoccupante particulièrement au niveau des populations vivant dans des zones défavorisées.

A cet effet, il est apparu nécessaire pour l'Etat de bâtir une vision nouvelle en adoptant une approche intégrative des problèmes afin de mettre en oeuvre des stratégies appropriées en rapport avec les urgences du moment. Cette approche prendra en compte les politiques et programmes sectoriels en matière de santé, d'éducation, d'agriculture, d'environnement et de manière globale de lutte contre la pauvreté qui s'inscrit dans ce cadre.

Les causes de la malnutrition et des carences spécifiques en micro - nutriments étant multi - factorielles, les stratégies destinées à les combattre doivent intégrer l'amélioration des conditions socio-économiques des groupes vulnérables. Ainsi, les mesures de lutte contre les problèmes nutritionnels feront appel à une synergie des actions de plusieurs secteurs et acteurs, du public comme du privé.

La lettre de politique de développement de la nutrition traduit un engagement de l'Etat du Sénégal à s'attaquer directement et indirectement aux causes multi - factorielles de la malnutrition, à l'insécurité alimentaire et à la sécurité des aliments par l'implication de tous les secteurs de développement. Elle représente ainsi un cadre de référence pour l'application des mesures et des stratégies d'intervention qui auront un impact sur l'amélioration du statut nutritionnel des groupes vulnérables que représentent les enfants, les femmes en âge de reproduction et les personnes âgées. Il s'agit pour l'Etat du Sénégal de faire du statut nutritionnel des groupes vulnérables un objectif de planification et un indicateur du développement socio-économique.

► PRINCIPES

1. L'équité

L'accès à des conditions d'alimentation satisfaisante est une garantie à l'épanouissement des individus par l'amélioration de leur santé. Pour ce faire, l'Etat accordera une attention particulière à la prise en charge des besoins prioritaires des groupes les plus vulnérables vivant dans des environnements défavorisés par la mise en oeuvre d'interventions appropriées et ciblées, afin de créer les conditions nécessaires à l'élimination des situations handicapantes, en favorisant la valorisation des capacités des individus et en leur offrant des opportunités de participer au développement.

2. Décentralisation / déconcentration

Dans le contexte de renforcement et d'approfondissement de la décentralisation, l'exercice plein et entier par les collectivités locales des compétences transférées est devenu incontournable en tant qu'expression d'une option politique qui traduit une volonté de responsabiliser les acteurs à la base dans leurs choix et leurs options en matière de développement. L'Etat renforcera les moyens et les conditions de la prise en charge par les collectivités locales des questions relatives à l'amélioration du statut nutritionnel à travers

l'identification, la mise en oeuvre et le suivi des stratégies adaptées à l'environnement socio-économique et culturel.

3. Partenariat

Le caractère intersectoriel des stratégies à mettre en œuvre pour garantir une harmonisation des interventions et développer une synergie entre les acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition nécessite la mise en place de cadres de gestion et de concertation aux divers échelons, central, régional, local. L'Etat garantira les conditions du développement d'un partenariat large, efficace et organisé conforme aux attentes des différents partenaires et aux exigences de l'amélioration effective de l'état nutritionnel des populations bénéficiaires. Les relations avec le secteur privé seront à cet égard renforcées.

4. Le faire - faire

Le faire - faire en tant que stratégie permettant d'assurer des interventions efficaces et rationnelles sera renforcé en vue d'accroître la performance des programmes et de favoriser l'atteinte des objectifs prioritaires.

5. Appropriation par les communautés

L'internalisation et l'appropriation des expériences par les populations sont une exigence pour la pérennisation des activités. Ainsi, l'approche participative à différents niveaux constituera la trame de toutes les interventions.

6. Transparence dans la gestion

Des procédures et mécanismes de mise en oeuvre 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 oeuvre des activités. Cette option signifie une obligation de résultats, appréciés aussi bien en termes de coût /efficacité que d'efficience à travers un suivi régulier et permanent.

7. Durabilité

L'implication des bénéficiaires à toutes les étapes du processus de formulation des programmes et de mise en oeuvre des activités ainsi que l'adoption de mécanismes de financement fiables et pérennes constituent un gage de durabilité des programmes.

8. l'Ethique

L'ensemble des interventions nutritionnelles et sanitaires qui seront menées ainsi que leur évaluation doivent être guidées par la morale. L'éthique médicale regroupe un ensemble de règles de conduite qui permettent de garantir la morale et la dignité humaine dans les actions à entreprendre.

► CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Sénégal, pays sahélien, a une population estimée en 2001 à 9,5 millions d'habitants avec un taux de croissance démographique de 2,7 % par an et un taux de croissance démographique urbain estimé à 4 % e période. Sur la base des indicateurs de développement (espérance de vie, Produit Intérieur Brut par habitant, le taux de scolarisation des enfants d'âge scolaire et l'accès à l'eau potable), le Sénégal est classé parmi les pays à faible revenu à travers le Monde (755\$ ou moins de PIB par Habitant) (Word Bank Développement Report 2000/2001).

Par ailleurs, l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM 1994/95) montre que 58 % des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté déterminé avec le niveau de consommation minimal de 2400

calories par jour et par équivalent adulte. Ce résultat global cache la répartition très inégale des ménages pauvres. En effet, selon ce rapport 79 % des ménages pauvres vivent en milieu rural.

Le concept de pauvreté inclut aujourd'hui non seulement un faible revenu et une faible consommation mais aussi un faible accès à l'éducation, à la santé, à l'alimentation et aux autres aspects du développement humain. Ainsi, l'analyse de la pauvreté au Sénégal à partir des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS-II, 1992 et EDS-III, 1997) permet d'appréhender les conditions de vie des ménages et celles en matière d'accès aux soins de santé reproductive (DPS, 2000). Le niveau de ces indicateurs restent également faibles particulièrement pour les taux de couverture sanitaire et les taux de scolarisation.

Selon le cadre conceptuel de la malnutrition (UNICEF, 1992), les paramètres utilisés pour appréhender la pauvreté (type d'habitat, approvisionnement en eau potable, infrastructure sanitaire, accès à l'énergie électrique, niveau d'instruction des mères, conditions de maternité) sont déterminants dans l'identification des causes de la malnutrition au Sénégal. En effet en considérant le niveau de privation par rapport à l'accès à ces différents facteurs, il apparaît que la proportion de ménages pauvres en milieu urbain est passé de 30,1 en 1992 à 35 % en 1997.

Ce qui montre la relation étroite qui existe entre la pauvreté et le statut nutritionnel des groupes vulnérables.

Les effets des programmes d'ajustement, les contre-performances économiques dans la décennie 80 et le début des années 90 ont contribué à fragiliser la situation sociale des ménages. On note un recul du développement social, avec, notamment, l'accentuation de la pauvreté. Pour corriger les déséquilibres, L'Etat a mené des réformes structurelles et sectorielles visant la libéralisation de l'économie. Un accent particulier a été mis sur la valorisation des ressources humaines à travers des programmes de santé, d'éducation et de promotion de la femme et de l'enfant. Le taux de croissance moyen du PIB a dépassé 5% en moyenne au cours de la période 1995-2000. Malgré tout, les performances économiques restent fragiles et insuffisantes, au regard de la demande sociale croissante. Le rapport mondial du PNUD 2000 - place le Sénégal à la 155^{ème} place sur une liste de 175 pays ce qui conforte l'idée de la dégradation des conditions de vie.

Faisant siennes les chartes et conventions issues de diverses rencontres internationales sur le développement humain durable, le Sénégal s'est engagé, conformément à ses missions, à la promotion d'une alimentation suffisante, saine et équilibrée pour tous les Sénégalais en général, pour les groupes les plus vulnérables en particulier en créant, pour les populations, les conditions favorables à la satisfaction de leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires afin de leur permettre de mener une vie saine et active.

L'implication de l'Etat sénégalais n'a cessé de croître pour marquer l'importance accordée à la promotion de la santé et de la nutrition. Cette volonté, énoncée lors de la déclaration de Alma Ata en 1978 dans le cadre de l'avènement des soins de santé primaires, réaffirmée lors du Sommet mondial sur l'enfance de 1990 ; confortée lors de la conférence internationale sur la nutrition en 1992, puis lors du Sommet de Copenhague de 1995 pour l'élimination de la pauvreté et en 1996 dans le cadre du Plan d'Actions de la FAO pour la Sécurité alimentaire Universelle a été traduite par l'élaboration d'un Plan National d'Actions pour la Nutrition (1997 à 2002). Elle s'est consolidée également à travers diverses programmes d'interventions au profit de populations appartenant à différentes zones du pays.

► DIAGNOSTIC SITUATIONNEL

a) cadre institutionnel

La nutrition est prise en compte à travers des programmes et projets mis en œuvre par plusieurs ministères dont celui de la Santé, de l'éducation nationale, de l'Agriculture et de l'Élevage, de la pêche, de la Famille et de la Solidarité Nationale, de la Petite Enfance, du Commerce, de l'hydraulique. Cela traduit le

caractère multisectoriel des actions à mener et la nature multidimensionnelle des préoccupations qu'elles embrassent.

Pour assurer une meilleure coordination entre les différents acteurs, il a été créé une Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition regroupant les ministères concernés, les collectivités locales et les ONG. Cette commission a pour mission de définir les stratégies appropriées pour la mise en oeuvre des programmes de nutrition et de s'assurer de la cohérence de cette politique avec les actions menées par tous les intervenants. Le Conseil National de Sécurité Alimentaire constitue également un autre cadre qui regroupe les Ministères et partenaires au développement impliqués dans le domaine de la sécurité alimentaire.

Le Service National de l'Alimentation et de la Nutrition (SNAN), structure technique relevant du ministère de la santé a pour mission d'élaborer et de coordonner les activités de nutrition et d'alimentation au Sénégal. Dans ce cadre, il met en œuvre un programme national de nutrition à travers le Paquet d'Activité Intégrée de Nutrition (PAIN) et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Les interventions nutritionnelles au Sénégal bénéficient de l'appui des ONG et des partenaires au développement et du secteur privé. Sur délégation de la Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition, le Projet de Nutrition Communautaire a été exécuté par une agence de type privé, L'AGETIP. Les interventions mises en oeuvre par le secteur privé constituent une innovation dans la lutte contre la malnutrition.

Toutefois, la revue des interventions dans le domaine de la nutrition au Sénégal fait ressortir un besoin de synergie, de coordination et d'harmonisation des actions.

b) niveau des disponibilités alimentaires

Le Sénégal a un régime alimentaire de type sahélien à base de céréales et de légumineuses. En effet, il ressort de l'étude de faisabilité du bilan alimentaire au Sénégal (Direction Agriculture, 2000) que le sénégalais consomme par an, en situation normale, entre 160 et 165 kg de céréales, 15 à 20 kg de légumes, 7 à 10 kg de racines et tubercules, 35 à 37 kg de fruits, environ 11 kg de viandes, 25 litres de lait, environ 21 kg de poisson et un kg d'oeuf ces 5 dernières années (1995 à 2000).

Les besoins céréaliers du Sénégal, y compris le riz, sont couverts à hauteur de 90 % quand toute la production est prise en compte. Les variations des niveaux de consommation s'expliquent en grande partie, pour ces catégories de produits à l'exception des sucres, par le caractère erratique de la pluviométrie qui est redevenue normale à excédentaire ces deux dernières années.

Le riz continue d'exercer sa dominance sur les autres céréales. La consommation par tête a régulièrement atteint et dépassé 62 kg et se situerait à 99 kg en l'an 2000, niveau nettement au-dessus des 83 kg atteints en 1997. Le riz a tendance à peser pour un peu plus de 50 % dans les disponibilités céréalieres, et de surcroît elle est en très grande partie importée.

Les disponibilités des sources d'énergie

Les aliments d'origine végétale continuent à contribuer pour au moins 85 à 90 % à l'apport énergétique globale des Sénégalais. Les céréales occupent toujours de loin la première place (entre 50 et 55 %), devant les légumineuses (dominées par l'arachide), le sucre et les produits laitiers.

La situation publiée par la FAO sur la période 1994/96 encadrerait les Disponibilités Energétiques Alimentaires (D.E.A.) moyennes du Sénégal entre 2300 et 2599 calories par personne, ce qui est en phase avec notre évaluation sur la période.

Par ailleurs, la comparaison avec la structure moyenne des D.E.A. publiées par la FAO au niveau mondial sur la même période présente le Sénégal en état de disponibilité satisfaisante pour les céréales (55 % contre 49,9 %), les poissons (4 % contre 1 %), les produits laitiers (5 % contre 4,3 %) et les huiles (2 %). Par contre la contribution des viandes dans les DEA du sénégalais moyen est faible, et celle des fruits et légumes est acceptable (3 % contre 4,8 %).

Les disponibilités des sources de protéines

Les catégories de produits qui contribuent le plus sont les céréales et les légumineuses chez les produits végétaux, les poissons chez les produits animaux. Les produits animaux ont une contribution plus importante, au moins un tiers des disponibilités.

Les productions halieutiques apportent les 2/3 des apports protéiques animaux. Il est important de noter l'accroissement de leur contribution lorsque celle des végétaux a fléchi en 1997 et 1998, ce qui témoigne d'une constance de leur apport.

Il se confirme que les catégories de produits essentiels sur le plan protéique restent les céréales, les légumineuses, les poissons, laits et dérivés. Dans l'ensemble, les besoins per capita ont plus ou moins été satisfaits ces 5 dernières années.

Les disponibilités des sources de micro nutriments

Les légumes sont produites par l'activité maraîchère, principalement en saison sèche froide, à partir de septembre date de mise en place des pépinières, jusqu'en mars-avril en fin de production. Une grande variété de légumes est ainsi produite dont les plus importantes en quantité sont (moyenne de la production de 1995 à 2000) : l'oignon (77 776 tonnes), la tomate (27 017 tonnes), le chou (14 433 tonnes), le haricot vert (6170 tonnes). Les légumes divers (carotte, le navet etc..) représentent 39 121 tonnes. Les premières légumes ou primeurs arrivent sur le marché à partir de fin décembre et les pointes de production se situent en février. Certaines zones de production abritent de grands marchés à partir desquels se fait la distribution, c'est le cas de Potou à Louga, Gandiol à St Louis, Thiaroye à Dakar.

Concernant les fruits, il existe une production diversifiée composée de mangues, agrumes, banane, papayes, avocats, sapotilliers, etc.

L'analyse de l'évolution de la production entre 1995 à 2000 montre que les mangues constituent de loin la production la plus importantes (75 756 tonnes) suivies des agrumes (31 476 tonnes) et les bananes (8 199 tonnes). Les divers autres fruits montrent une production globale moyenne de 283 164 tonnes.

Dans la production, on rencontre des espèces annuelles comme des espèces saisonnières. C'est ainsi que les papayes et bananes sont produites toute l'année, les mangues entre avril et septembre, les citrons (Lime de Tahiti) de juin à août, les oranges de janvier à avril, les avocatiers de septembre à novembre. Par ailleurs le Diagnostic de la filière des produits forestiers de cueillette et ses perspectives de développement (MEPN, 1999) montre une disponibilité non négligeable d'autres catégories de fruits. Les importations de fruits portent notamment sur les oranges du Maroc, les pommes et la banane de Guinée.

c) Situation de la malnutrition

La prévalence de l'insuffisance pondérale en 2000 chez les enfants de moins de 5 ans est de 18,4%, celle du retard de croissance est de 19% et celle de l'émaciation de 8% environ.

Il existe cependant des disparités entre le milieu urbain et le milieu rural :

le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale est de 20,5% en milieu rural et de 13,2% en milieu urbain,

la prévalence du retard de croissance elle est de 20,9% en milieu rural et de 14,5% en milieu urbain. L'émaciation a également un niveau plus élevé en milieu rural (9,3%) qu'en milieu urbain (6,9%) (MICS II, 2000).

Le déséquilibre entre les besoins nutritionnels et les apports réels constituent le principal facteur étiologique. A cela s'ajoutent la méconnaissance des besoins nutritionnels de l'enfant par les mères et le manque de suivi nutritionnel des enfants. La pratique de l'allaitement maternel exclusif et les bonnes pratiques de sevrage doivent être améliorées. En effet, seul 23,5 % des enfants de moins de 4 mois sont

allaités exclusivement. Cette situation est aggravée par les facteurs favorisant la malnutrition notamment, l'insuffisance de la production agricole, la faiblesse des revenus, le manque d'accès à l'eau potable et aux soins de santé, l'inexistence de systèmes d'assainissement appropriés et l'analphabétisme.

L'état de santé des enfants est également préoccupant et les maladies constituent des facteurs déclenchant ou précipitant la malnutrition. En effet, les résultats du MICS II montrent que 20,5 % des enfants de moins de 5 ans ont présenté des épisodes fébriles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Les maladies diarrhéiques qui peuvent entraîner notamment la déshydratation et la malnutrition, constituent directement ou indirectement une des principales causes de décès des jeunes enfants. Cette enquête a permis de noter que la prévalence de la diarrhée est relativement élevée au Sénégal. Un enfant sur quatre (26,1 %) a eu une ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence des infections respiratoires aiguës est de 6,6 %.

Les problèmes nutritionnels dus à des carences en micronutriments et les parasitoses intestinales demeurent préoccupants. Ils peuvent précipiter un équilibre nutritionnel jusque là précaire vers une décompensation. En effet, en 1997, une étude menée par l'IPS sur les déterminants du poids stationnaire chez les enfants suivis dans le PNC avait révélé que l'anémie ferriprive était présente dans 2/3 des cas et les parasitoses intestinales plus ou moins associées dans la moitié des cas. Une autre étude opérationnelle menée en 1999 dans le cadre du PNC par l'IPS a permis d'établir le diagnostic " situationnel " de l'anémie ferriprive (liée à la carence en fer) et des parasitoses intestinales tenant compte de leur distribution avec respectivement une prévalence de 65 % et 45 %.

Bien qu'il existe peu de données concernant le petit poids de naissance, il est reconnu comme étant le point de départ du retard de développement psychomoteur et staturo-pondéral. Les maladies chroniques ; Diabètes, HTA trouvent un terrain favorable chez les adultes ayant des antécédents de petit poids à la naissance. Le principal déterminant des petits poids de naissance est lié à la malnutrition de la mère qui retentit sur le fœtus avec toutes les conséquences néfastes décrites ci-dessus (UNICEF, 2000).

Une enquête (MICAH) réalisée en 1997 dans quatre districts a également montré un taux d'anémie de 48,63% chez les femmes enceintes. L'évaluation d'impact du PNC, conduite par l'Equipe de Nutrition (UCAD), au niveau des femmes bénéficiaires (composition corporelle et la production lactée) montre une prévalence d'anémie de 60 % chez les mères 3 mois après accouchement.

La prévalence des troubles dues à la carence en iode est plus accentuée dans les régions de l'Est et du Sud du pays. Les dernières enquêtes menées en 1997 dans la Région de Tambacounda avaient montré un taux de prévalence de goitre endémique de 33,5% avec des pics allant jusqu'à 51 % (EOI, 1996).

La carence en vitamine A pose également un problème de santé publique. En effet, les enquêtes réalisées par le SANAS entre 1988 et 1989 dans les régions de Diourbel, Kaolack et Fatick situent la prévalence du problème chez les enfants de 2 à 5 ans à 14,1% de Xérophtalmie, 2,7 % de xérosis et 0,2 % de tache de Bitot.

Si la situation épidémiologique est bien connue chez les enfants, des progrès importants méritent d'être réalisés en direction des femmes en âge de reproduction et des personnes âgées. En effet, il est certain que ces catégories de la population présentent des problèmes nutritionnels liés d'une part à l'émergence des maladies de surcharge et d'autre part aux infections chroniques notamment les IST/sida.

Il faut donc souligner que les données disponibles en général concernant la nutrition, restent parcellaires et ne permettent pas d'avoir une appréciation globale de la situation de tous les indicateurs au niveau national.

d) Acquis en matière de lutte contre la malnutrition

En référence aux objectifs du sommet mondial pour l'enfance concernant la réduction de la malnutrition protéino-énergétique et la réduction, voire l'élimination des carences en micronutriments chez les enfants de 0 à 5 ans, des femmes enceintes et des femmes allaitantes, les indicateurs ont montré qu'au Sénégal des progrès ont été réalisés depuis la dernière décennie : les taux de malnutrition protéino-énergétique sont passés de 30 % en 1990 à 22 % en 1993 (EDS II). Le pourcentage d'enfants ayant un faible poids de

naissance est actuellement à 12% (EDS II). Dans les zones où la nutrition communautaire est mise en oeuvre les couvertures en Fer/folate sont de l'ordre de 80 % chez les femmes enceintes. Le pourcentage de ménages disposant de sel iodé sur l'ensemble du territoire est passé de 9 % en 1996 à 31,3 % en 2000 (MICS II). La couverture en capsules de vitamine A est passée de 7,4 % à 80,4% en 2000 (MICS II) chez les enfants de 6 à 59 mois. Le pourcentage des femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif de 0 à 4-6 mois est passé de 5 % en 1997 (EDS II) à 19,4 % en 1999 (ESIS).

En effet, le PAIN et la PCIME se mettent progressivement en place dans les districts. Les Journées Nationales de Vaccination (JNV) et les Journées Nationales de Micronutriments ont contribué à l'amélioration de la couverture en vitamine A. L'approche communautaire développée à travers le PNC s'est révélée efficace dans l'implication des populations dans la prise en charge des problèmes nutritionnels. En effet, les évaluations d'impact du PNC dans les sites sentinelles (St Louis, Diourbel) ont permis d'établir des acquis significatifs dans le suivi promotion de la croissance, l'éducation nutritionnelle, et la récupération nutritionnelle des enfants malnutris (IRD, 1998).

e) Les Contraintes

Malgré les efforts réalisés, des contraintes ont été notées dans les différents programmes.

L'insuffisance de synergies entre les différents partenaires s'est traduite assez souvent par des interventions mal coordonnées et disparates, une utilisation peu rationnelle des ressources humaine, financière et matérielle. Cela a eu pour conséquence une faible efficacité et un impact limité des actions en faveur des bénéficiaires.

La faiblesse du système d'information en matière de nutrition résulte principalement de la déficience des données de base sur les groupes cibles (les personnes âgées, les femmes et les enfants) et de l'insuffisance du système de surveillance nutritionnelle. Ces contraintes ont limité les efforts pour des interventions plus pertinentes tenant réellement compte de l'acuité des besoins dans certaines zones et des réajustements et réorientations nécessaires pour une plus grande efficacité des programmes.

La réussite des programmes de nutrition est largement tributaire de l'amélioration du cadre de vie des ménages. En effet, des difficultés d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et la faiblesse des revenus se sont avérées comme une contrainte pour l'accès à des conditions d'hygiène, à une alimentation saine, suffisante et équilibrée et à une bonne santé.

L'industrie agroalimentaire est confrontée à deux problèmes clés : la quantité et la qualité.

Au plan quantitatif, l'approvisionnement en matières premières agricoles et de la pêche connaît des insuffisances, du fait d'une production insuffisante et erratique et d'un appareillage de pêche vétuste et peu développé.

Sur le plan qualitatif, l'agro-alimentaire souffre également de *manque de label de qualité et de certification* du fait d'une valorisation encore insuffisante de nos produits agricoles. Le cheptel est important, mais le rendement en viande et en lait est faible.

Les conditions de production dépendent encore pour beaucoup des aléas climatiques. La transformation et la conservation des produits restent encore insuffisamment développés. En outre, malgré l'existence de norme on note une insuffisance du contrôle de qualité des produits agro industriel du fait de l'absence de texte réglementaire.

La faible implication des communautés de base aux différentes étapes de formulation et de mise en œuvre des programmes constitue une entrave à l'atteinte des objectifs, à l'appropriation des programmes par les populations et à leur pérennisation. Cette contrainte est d'autant plus importante qu'elle ne prend pas en compte les capacités d'initiatives des populations et celles des collectivités locales dans la prise en charge de leur développement.

Les contraintes socioculturelles recensées auprès des communautés exercent une influence négative sur l'état nutritionnel des femmes et des enfants. Cette situation constitue un facteur de risque pour la morbidité et la mortalité chez les femmes, les enfants et les personnes âgées.

L'insuffisance de ressources humaines spécialisées dans la nutrition constitue un handicap dans la mise en œuvre des programmes, la réalisation d'études spécifiques permettant une bonne appréciation des besoins et une meilleure prise en charge des bénéficiaires.

► OBJECTIFS

Les politiques macro-économiques mises en oeuvre depuis la dévaluation en 1994 ont permis de relancer la croissance économique. En plus des réformes structurelles du cadre macro économique, des programmes sectoriels sont en cours dans le domaine de l'éducation, de la santé, de l'eau, de l'assainissement et de l'agriculture pour une amélioration de l'accès des populations aux services sociaux. L'Etat s'est également engagé avec ses partenaires dans la lutte contre la pauvreté depuis l'adoption de la stratégie nationale en 1998, à travers la mise en oeuvre de différents programmes. Dans l'optique d'amplifier les stratégies de lutte contre la pauvreté qui a une dimension multiforme, l'Etat du Sénégal mettra également en oeuvre à partir de 2001 des actions diverses en faveur des secteurs sociaux grâce aux ressources tirées de l'allègement de la dette obtenu dans le cadre de l'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). La politique en matière de nutrition s'inscrit dans cette perspective globale d'amélioration des conditions de vie des ménages, en particulier les plus pauvres. Les différents programmes qui seront initiés dans ce cadre, vont s'attaquer directement et indirectement aux causes multifactorielles de la malnutrition et à l'insécurité alimentaire par l'implication de tous les secteurs de développement.

L'objectif général de cette politique est de contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables, notamment les enfants, les femmes en âge de reproduction et les personnes âgées. Il s'agira spécifiquement pour les enfants de réduire entre autre dans les 10 prochaines années, l'insuffisance pondérale de 45 %.

L'Etat s'engage ainsi à faciliter les conditions d'accès des sénégalais une alimentation suffisante, saine et équilibrée mais également à prévenir et à prendre en charge toutes formes de nuisances induites par l'alimentation. Des programmes d'actions et stratégies cohérentes seront élaborés afin d'inverser les tendances actuelles et permettre aux populations de mener une vie saine et active.

► AXES STRATEGIQUES

La politique en matière de nutrition sera structurée autour d'axes stratégiques qui aideront à mener des actions efficaces en s'attaquant :

aux causes immédiates liées non seulement aux niveaux et adéquations des apports alimentaires mais également à l'état sanitaire des groupes vulnérables,

aux causes sous-jacentes liées à l'insécurité alimentaire des ménages, le niveau d'assainissement du cadre de vie, le niveau de fonctionnalité des structures sanitaires,

aux causes fondamentales liées non seulement au niveau de développement socio-économique du Sénégal mais également étroitement aux aspects institutionnels.

AXE 1 : RENFORCEMENT DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE DANS LES

PROGRAMMES DE NUTRITION INTEGRANT LE PAQUET D'ACTIVITES INTEGRES DE NUTRITION (PAIN) ET LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME).

Ces programmes viseront essentiellement à établir un certain nombre de comportements nutritionnels et sanitaires parmi lesquels :

le suivi promotion de la croissance chez les enfants,

l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4 à 6 mois,

l'alimentation complémentaire appropriée en plus de l'allaitement maternel, à partir de 4 - 6 mois et jusqu'à 24 mois,

la supplémentation en vitamine A pour les femmes et les enfants selon les normes et protocoles,

la supplémentation en fer des femmes enceintes (sulfate de fer / acide folique),

la supplémentation en fer des enfants,

la consommation régulière de sel iodé dans toutes les familles,

la prise en charge appropriée de la nutrition pendant et après une maladie,

la réduction de la prévalence des parasitoses intestinales chez les enfants par le déparasitage,

la prévention des maladies par l'application des mesures d'hygiène individuelle et collective, de lutte contre le paludisme, de vaccination et de consultations prénatales et postnatales.

Lignes d'actions prioritaires :

Développer les composantes du Paquet d'activités Intégrées de Nutrition dans les communautés,

Créer des structures de récupération nutritionnelle dans toutes les zones et redynamiser celles existantes au niveau décentralisé,

Développer la composante communautaire de la PCIME,

Créer un Réseau Sénégalais des Intervenants en Nutrition,

Développer la prise en charge des enfants malnutris au niveau communautaire.

AXES 2 : RENFORCEMENT DE LA SECURITE ALIMENTAIRE PAR

L'AMELIORATION DE LA PRODUCTION AGRICOLE, LA RECHERCHE AGROALIMENTAIRE ET LA DISTRIBUTION DES ALIMENTS

Les réformes et programmes mis en oeuvre dans le secteur de l'agriculture /élevage contribuent aujourd'hui à l'augmentation des productions céréalières et horticoles et à une diversification des produits mis sur le marché. Parallèlement, le développement du secteur de l'agro-industrie et la valorisation des résultats de la recherche dans l'agro-alimentaire permettront d'améliorer la transformation et la consommation des produits agricoles locaux. Le développement de ces secteurs pourra jouer un rôle important dans les programmes d'enrichissement des produits alimentaires destinés à lutter contre les carences en micro-nutriments.

Lignes d'actions prioritaires

améliorer les conditions de production des groupements de promotion féminines qui exercent des activités de transformation ;

renforcer l'appui pour l'amélioration des productions agricoles au niveau des groupements et des petits producteurs ;

promouvoir une diversification de la production et de la consommation au niveau communautaire ;

favoriser l'émergence des PMI/PME de l'agroalimentaire utilisant les produits locaux.

AXE 3 : AMELIORATION DES CONDITIONS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT DU CADRE DE VIE DES MENAGES

L'amélioration du cadre de vie est une condition indispensable à une bonne hygiène et santé. C'est pourquoi, les programmes de nutrition seront accompagnés d'actions favorisant un accès des ménages les plus défavorisés à l'eau potable et à l'assainissement : le traitement des eaux usées et des ordures ménagères, la construction d'ouvrages d'assainissement.

La maîtrise de l'eau devra constituer une préoccupation majeure en ce qu'elle conditionne une bonne santé des populations. A cet effet, des efforts importants devront être orientés en direction des zones rurales et périurbaines.

Lignes d'actions prioritaires

Renforcer la desserte en eau des populations vivant dans les zones les plus défavorisés par la création et la gestion de points d'eau ;

Promouvoir l'assainissement rural ;

Promouvoir les branchements sociaux dans les zones situées dans les périmètres SDE et la densification des réseaux d'adduction d'eau potable dans les zones situées à côté des forages non gérés par la SDE

Mettre en oeuvre des stratégies communautaires de gestion de déchets ménagers,

Promouvoir des technologies appropriées de construction d'ouvrage d'assainissement

AXE 4 : REORGANISATION ET RENFORCEMENT DES CADRES INSTITUTIONNELS DE PILOTAGE ET DE GESTION DES PROGRAMMES DE NUTRITION

Dans la perspective d'une mise en oeuvre efficace de la politique de nutrition et de la garantie d'une approche multisectorielle des problèmes, il est nécessaire de disposer de cadres stratégiques performants de concertation, de programmation, d'exécution et de suivi/évaluation des programmes. Cela permettra de favoriser des synergies, d'assurer une meilleure coordination des interventions et de mieux apprécier l'impact des différentes activités par rapport aux attentes des bénéficiaires. Ces cadres permettront une représentation équilibrée des acteurs et les rôles et les responsabilités de chaque acteur y seront clairement définies à tous les niveaux. La coordination des intervenants (secteur public, privé, les ONGs et partenaires au développement, collectivités locales) est un impératif de tout instant.

Il sera nécessaire d'articuler le programme de lutte contre la malnutrition avec les programmes sectoriels comme le Programme Décennal de l'Education et de la formation (PDEF), Le PDISÉ

D'importantes actions seront initiées pour le renforcement des capacités des collectivités locales, des organisations communautaires de base, des associations populaires, des ONG en vue d'instaurer entre les différents acteurs des conditions objectives de concertation.

Lignes d'actions prioritaires

Définir une stratégie globale d'intervention des parties prenantes du programme (instances de planification, de suivi, de programmation),

Elaborer des mécanismes et des outils techniques de suivi des acteurs chargés de l'exécution du programme,

Renforcer les structures d'appui à la *coordination à tous les niveaux*,

renforcer les mécanismes de coordination, et de gestion,

assurer une supervision à tous les niveaux selon les normes.

AXE 5 : RENFORCEMENT DU PARTENARIAT AVEC LES COLLECTIVITES

LOCALES LES ONG, LES ASSOCIATIONS, LES AGENCES D'EXECUTION, LE SECTEUR PRIVE DANS LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION

Des formes de partenariat diverses seront développées pour créer une dynamique, favoriser des interrelations et des interactions entre les différents partenaires. En outre, cette approche facilitera une rationalisation des moyens et des ressources des sous programmes de nutrition. Il s'agit de tenir compte des nouvelles dynamiques autoorganisationnelle, et préconiser, dans un souci d'efficacité, *la politique du faire-faire*. Elle signe des protocoles ou des conventions, contrats-d'objectifs, contrats-plans avec des ONG ou d'autres acteurs, dans le cadre de la réalisation de certaines interventions. Une plus grande implication des collectivités locales devrait favoriser l'émergence des initiatives locales limitées jusqu'ici par un manque d'informations, l'absence de moyens (équipement matériel et logistique) et de motivation des acteurs.

En outre, dans le souci de renforcer les activités à base communautaire et compléter de manière efficace l'action des structures sanitaires et assurer le marketing nutritionnel les différentes actions de développement au niveau local et régional devront intégrer des objectifs nutritionnels.

Dans le souci d'une plus grande performance des programmes les meilleures pratiques devront être identifiées et capitalisées.

Lignes d'actions prioritaires :

Elaborer un cahier de charge pour les interventions des acteurs locaux ou nationaux dans la lutte contre la malnutrition,

Renforcer les capacités d'intervention des ONG et des autres segments de la société civile,

Développer une politique de contractualisation,

Définir un cadre d'intervention pour les ONG, instituts, les réseaux etc.

AXE 6 : AMELIORATION DES SYSTEMES DE COLLECTE, D'ANALYSE, DE DIFFUSION DES DONNEES SUR LA NUTRITION ET PROMOTION DES ETUDES ET DE LA RECHERCHE

La mise en place d'un système d'information performant sur la nutrition et le renforcement du système de surveillance nutritionnel au niveau national devront permettre la mise en Œuvre d'interventions ciblées. Ce système permet de détenir périodiquement des données fiables et d'apprécier les progrès et les régressions enregistrés. La photographie de la situation réelle des structures qu'elle donne, offre l'opportunité d'apporter les correctifs nécessaires à tout moment. Il s'avère donc nécessaire pour apprécier de manière correcte l'ampleur des problèmes de populations et de leur évolution de renforcer les mécanismes de collecte, d'exploitation et de diffusion de données sur la nutrition. Des mesures spécifiques devront être prises pour favoriser des études et la recherche de même qu'une large diffusion des résultats pour favoriser une large sensibilisation. Des études seront menées pour identifier les besoins spécifiques des groupes cibles. Un ensemble d'indicateurs relatifs à la situation nutritionnelle seront définis pour

apprécier les progrès réalisés et les insuffisances et dysfonctionnement dans la mise en oeuvre des programmes.

Il sera utile dans le cadre des analyses d'utiliser les résultats des recherches initiées déjà dans d'autres pays de la région.

Lignes d'actions prioritaires :

Renforcer les systèmes de collecte et d'exploitation des statistiques sur la nutrition,

Réaliser des études spécifiques sur la nutrition,

Mener des études/recherches d'identification des besoins spécifiques des groupes cibles,

Procéder à des analyses situationnelles périodiques et études sur les connaissances et attitudes des cibles de la Santé de la reproduction.

AXE 7 : RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES AUX NIVEAU NATIONAL ET COMMUNAUTAIRE

La mise en place de programmes spécifiques en faveur des acteurs communautaires (leaders communautaires, agents de santé, relais communautaires, personnel éducateurs et enseignants, ONG) constitue une garantie pour une durabilité dans la résolution des problèmes de nutrition des populations. Il s'agira de mettre en place des sections de formation souples et appropriées qui permettront aux communautés d'identifier des problèmes prioritaires et de proposer des interventions nutritionnelles dont elles auront la responsabilité de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation.

Au niveau central, il faut assurer la mise en place de capacités à partir de la formation initiale et au niveau Universitaire pour qu'existe au Sénégal une masse critique de nutritionnistes qui seront impliqués dans l'exécution des programmes de nutrition. Les réformes pédagogiques à entreprendre doivent prendre en compte cette préoccupation.

Lignes d'actions prioritaires

- Elaborer des sessions de formations en faveur des acteurs communautaires et des jeunes enfants pour installer des comportements durables en faveur de la nutrition ;

- Développer des curricula adaptés en matière de nutrition ;

- Renforcer au niveau des écoles de formation et au niveau universitaire les programmes d'enseignement ;

Développer des curricula adaptés en matière de nutrition au niveau des structures d'éducation préscolaires, élémentaires et des centres d'alphabétisation.

AXE 8 : RENFORCEMENT DES PROGRAMMES D'IEC / CHANGEMENT DE COMPORTEMENT / MOBILISATION SOCIALE.

La mise en place de programmes en matière d'IEC devra assurer l'implication et l'engagement des populations, leur appropriation des programmes et favoriser les changements de comportement nécessaires à leur épanouissement. Les programmes travailleront étroitement avec les associations et organisations religieuses, politiques et coutumières, les organisations de la société civile, les réseaux qui exercent un leadership social. Des méthodes novatrices de communication (utilisation des supports multimédia) seront à cet effet expérimentées. Une attention particulière sera portée aux besoins des femmes, des enfants et des personnes âgées. Les programmes initiés dans le domaine de l'éducation et de l'alphabétisation devront servir de vecteur pour la sensibilisation et l'information des enfants et adultes.

Lignes d'actions prioritaires :

élaborer des outils et des stratégies de communication en fonction des cibles,

promouvoir l'IEC dans les zones rurales et semi-urbaines par la formation de relais polyvalents appelés à intervenir dans leur communauté,

Intégrer des modules en matière nutrition dans les programmes d'alphabétisation,

Développer des Programmes IEC adaptés au milieu scolaire.

AXE 9 : DEVELOPPMENT D'ACTIVITES GENERARTRICES DE REVENUS

Pour assurer des conditions d'une bonne réalisation des programmes, il conviendra d'introduire des activités de soutien qui auront une incidence sur le renforcement des moyens économiques des quartiers ménages ciblés comme le micro crédit, les activités génératrices de revenus au profit des femmes

Lignes d'actions prioritaires

améliorer les conditions de production des groupements de promotion féminines,

renforcer l'appui pour l'amélioration des productions agricoles au niveau des groupements et petits producteurs,

mettre en place des programmes pour des activités diversifiées génératrices de revenus,

Développer la microfinance.

► LE FINANCEMENT

Les programmes qui permettront l'opérationnalisation de la lettre de politique seront financés à travers divers mécanismes prenant en compte la participation des partenaires au développement, l'apport de l'Etat au titre de la contrepartie, les ressources des ONG, des collectivités locales et des populations. Le schéma de financement devra intégrer des procédures facilitant une mobilisation rapide des ressources et une gestion financière décentralisée.

LE SECRETAIRE GENERAL DE LA PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES