PD-ABH-505

85938

PROJECT DEVELOPMENT VISIT

MALI

January 10 - 22, 1993

Claudia Fishman

NUTRITION COMMUNICATION PROJECT

Academy for Educational Development

1255 23rd Street, N.W.

Washington, D.C. 20037

This activity was carried out with support from the U.S. Agency for International Development, Bureau for Research and Development, Office of Nutrition, under contract No. DAN-5113-Z-00-7031-00 (Project 936-5113) with Vitamin A funds through PIO/T 936-5113-2691752.

TABLE OF CONTENTS

TRIP SUMMARY REPORT 1

APPENDICES:

APPENDIX A: CONTACTS
APPENDIX B: PROGRAMME D'ACTION POUR L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION MALI/BAMAKO 25 JANVIER 1993

TRIP SUMMARY REPORT

At the request of the United States Agency for International Development (USAID/Mali), Claudia Fishman, Deputy Director for the Nutrition Communication Project (NCP) at the Academy for Educational Development, visited Mali between January 10-22, 1993. Dr. Fishman was part of a multidisciplinary team charged with initiating design work for a "Food and Nutrition Action Program" (FNAP) to be considered by USAID/Mali for eventual implementation. The team consisted of USAID's IMPACT and VITAL project staff and consultants Dr. Patricia Haggerty, Dr. Mohammed Monsour and Ms. Man-Ming Hung, all fielded by the International Science and Technology Institute (ISTI). NCP consultants Dandara Kanté and Robin Anthony, who reside in Mali, provided technical and logistical support for the team during this period, with Ms. Kante's participation partially funded by IMPACT.

USAID/Mali and the Office of Nutrition (RD/N) had jointly initiated background research on nutrition problems in Mali in Spring, 1992. This was followed by an assessment in September conducted by RD/N Nutrition Advisor, Dr. Eunyong Chung; Dr. Fishman and Ms. Kanté of NCP, working in close collaboration with the Mission and the Government of Mali. With additional input from Washington-based project staff, RD/N presented USAID Mali a conceptual framework for a Food and Nutrition Action Program, which would:

- substantially reduce the extent to which Malian women and children suffer from protein energy malnutrition in rural areas, as evidenced by current high rates of low birth weight, stunting and wasting;
- virtually eradicate specific vitamin and mineral (micronutrient) deficiencies, chiefly vitamin A, iron and iodine deficiency.

Key design issues recommended by the Mission were that FNAP must:

- fit within the framework of, and reinforce, the maternal and child health objectives of the bilateral Community Health and Population Services Project (CHP, 688-8248), which is itself part of a broader, World Bank and other donor-supported Health, Population and Rural Water Supply Project (PSPHR);
- incorporate and build upon the work of the Nutrition Communication Project in Mali over the past four years;
- to the extent possible, rely on non-governmental organizations, particularly indigenous private voluntary organizations (PVOs) as the implementors for the project.

During the time allotted, the team met with USAID Mission staff as well as government officials in the Ministries of Agriculture and Health, as well as several non-governmental agencies. Based on these interviews, the team was able to draw a coherent picture of what a multisectoral nutrition program could be in Mali. The team found considerable enthusiasm and cooperation throughout the government and private sector for the philosophy, objectives and principal activities suggested within the Food and Nutrition Action Program, and great progress was made in defining the project technically, and went on to recommended a program comprising the following axes:

1. Nutrition in Public Health Service Delivery
2. Information, Education and Communication, including Training and Behavioral Research
3. Enhanced Diversification and Availability of foods at the family and community level, including solar drying and non-commercial weaning food production
4. Iodination of salt, or other population level intervention
5. Support for development of national policy in food and nutrition.

This program differed little from the original concept paper, except that more emphasis was placed on developing the nutrition components (e.g. care of the sick child) of health care to be delivered through the Community Health and Population Project. As senior health staff within the Government and USAID were engaged in the start-up of the bilateral project, and not able to discuss administrative or implementation issues. This would be a necessary step before a decision about FNAP's feasibility could be made.

The team prepared a French-language working document as well as a draft English-language report which were left with USAID to consider. As the French document was circulated with the Government, it is appended here.

In addition to coordinating the FNAP team's efforts, Dr. Fishman accomplished the following on behalf of the Nutrition Communication Project while in Mali:

1. Discussed the next phase of NCP project activities (March, 1993 - September, 1994) with Ms. Kante and Ms. Anthony, USAID/Bamako Management, Program and GDO officers, as well as key staff at the National Center for Health IEC, CARE, AFRICARE, Save the Children, Peace Corps and UNICEF. Ms. Anthony presented a one year planning calendar developed by CNIECS staff with the assistance of NCP consultants. Contingency arrangements were discussed should USAID/Mali funding not be forthcoming in the immediate future pending negotiations with the Government of Mali.

2. Met with the "Vitamin A" program team currently developing scripts for the dramatic radio series initiated after the FAO Vitamin A for the Sahel workshop held in Ouagadougou last November. Dr. Fishman suggested accenting one key behavior change per episode, and developing the plot around the target audience's anticipated reaction to this behavior change. Scripts developed previously with the assistance of NCP consultants Philip Burnham and Antoine Kakou were reviewed, and a three-tier system was proposed for crafting new scripts which would maintain the logic and entertainment value of the established plot and characters while introducing small bites of new scientific information with each episode.
3. Reviewed the objectives and agenda for the teacher training planning meeting, conducted by Dandara Kante, Robin Anthony and CНИЕCS staff on January 18-19th. The meeting and its recommendations appear in a separate report. A number of discussions followed this very fruitful meeting, in which it was discovered that Ms. Ellen Barclay, Nutrition Officer for UNICEF, had also developed a Teacher's Activity Guide for Nutrition that had never been published. Preliminary arrangements were made to review the UNICEF guide and consider combining the NCP and UNICEF versions and publishing one jointly-funded volume. It is anticipated that all of the teacher training, to be implemented through USAID's Basic Education Expansion Project (BEEP), will take place in November, 1993 rather than in both March and November, as originally planned.
4. Reviewed the participant comments and recommendations following the November training in community education. The training was very successful in transferring new skills in group communication to PVOs joining NCP more recently, who had been less exposed to training overall. It was somewhat less stimulating for those participants already well versed in teaching and training techniques. Two decisions were made as a result: (1) CНИЕCS and NCP's Mali-based consultants will become more active in identifying their own training needs and requesting consultants with particular skills, (2) NCP Mali staff will visit each PVO cluster (e.g. all Ségou based PVOs, all Sikasso based PVOs) and go over key community education skills while distributing the counseling cards and community agent's manual this spring.

APPENDIX A
CONTACT LIST

USAID/ MALI

Alan Getson	Deputy Director
George Thompson	General Development Officer
Tata Sangare	Population Program Specialist, Acting HPN Officer
Fanta Macalou	Child Survival Program Specialist
Carol Hart	CHPS Project Manager
David Atteberry	Program Officer
Catherine McIntyre	Agriculture Development Officer
Charles May	Food Policy Advisor
Amadou Camara	Agricultural Economist
Moussa Simaga	Food for Peace Officer
Paul Bartel	FEWS Coordinator
Robin Poulton	Coordinator of PVO Co-Financing Project

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Amadou Rouamba	Director of Cabinet for Health
Dr. Traore Fatimata NAFO	Director of PSPHR
Dr. Mountaga COULIBALY	Director of Health
Dr. Mohamed AG RHALY	Technical Advisor
Dibril SEMEGA	Head of Community Health Section
Dr. Arkia DOUCOURE	Director of Family Health Division (DSF)
Idrissa KANADJIGUI	National Coordinator for Iodine Deficiency Control (TDCI) Program
Dr. Mamadou KANTE	Director, National Center for Health IEC (CNIECS)
Dr. Christian BOULAIS	Technical Advisor, Epidemiology Division

MINISTRY OF RURAL DEVELOPMENT AND ENVIRONMENT

Bakary KONE	Deputy Director
Doudou TOURE	Head of Agricultural Extension Division
Adama SIDIBE	Agricultural Extension Division
Sory SOW	Agricultural Extension Division
Maimouna SOW	Women's Promotion, Agricultural Extension Division
Alvetina BA	Fruits and Vegetables Research, Food Technology Laboratory
Mariam Fofana HAIDARA	Cereals Research, Food Technology Laboratory

MINISTRY OF BASIC EDUCATION

Soulayman KONE Deputy Director

MINISTRY OF TERRITORIAL ADMINISTRATION

Guillaume DE BELLABRE Director of Early Warning System (SAP)
Dr. Bah Ali TAMBOURA Survey Coordinator, SAP

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS

Gaoussou TRAORE Deputy Director

PVO PIVOT GROUP FOR CHILD SURVIVAL

Modibo MAIGA Coordinator

UNICEF

Ellen Barclay Nutrition Advisor

FAO

Rhissa ZAKARY Country Representative

APPENDIX B

PROGRAMME D'ACTION POUR L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION MALI/BAMAKO, 25 JANVIER 1993

En Mai 1992 Mr. Richard Seifman, Directeur du Bureau de Nutrition/AID Washington a effectué une mission au Mali dans le but de se rendre compte sur place des efforts déployés en matière de nutrition.

Suite à cette visite, une équipe composée du Dr. Eunyong Chung du Bureau de Nutrition et du Dr. Claudia Fishman, Directrice Adjointe du Projet de Communication pour la Nutrition s'est rendue à Bamako en Octobre 1992 pour considérer la possibilité d'un appui de l'USAID aux activités de nutrition aux Mali. Comme les perspectives de collaboration ont été jugées favorables, le Bureau de Nutrition a délégué une équipe de quatre personnes (Dr. Claudia Fishman, Dr. Mohamed Mansour, Dr. ManMing Chung et Dr. Patricia Haggerty) auprès de la mission AID Bamako du 7 au 25 Janvier 1993. Pendant son séjour la mission avait pour but d'approfondir les discussions (déjà entamées par la précédente équipe) avec les responsables maliens et proposer les grandes lignes d'un programme de nutrition qui sera soumis à l'AID pour financement.

Au cours de cette période, elle a été renforcée dans sa tâche par Mr. Djibril Séméga, responsable de la Nutrition à la DSF et Mme Kanté Dandara, Consultante du NCP. La mission assignée à cette équipe était placée sous la Supervision de la Division Santé de l'USAID en collaboration avec le Directeur du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSHR). Après discussions avec les services techniques concernés et analyse des documents mis à sa disposition, l'équipe a élaborée l'avant projet suivant :

- (1) Malgré l'insuffisance des données précises et récentes à l'échelle nationale et la diversité des méthodes utilisées dans les enquêtes ponctuelles et sporadiques, l'équipe a constaté une quasi-unanimité des responsables rencontrés et des documents officiels et techniques consultés sur l'analyse de la situation alimentaire et nutritionnelle au Mali, la nature, l'envergure et la sévérité des problèmes nutritionnels prévalents, les causes de ces problèmes et les grandes priorités à envisager dans un programme national d'alimentation et de nutrition. Ce consensus semble être la conséquence des multiples rencontres, séminaires et ateliers de nutrition entrepris durant les quelques dernières années sous l'égide des divisions techniques de la Direction Nationale de Santé Publique, des organisations internationales et de projets bilatéraux, mais aussi, et plus particulièrement, aux nombreuses consultations inter-sectorielles et pluri-disciplinaires qui ont eu lieu au Mali lors de la préparation aux participations des délégations maliennes au Sommet International pour l'Enfance (New York,

Septembre 1990), à la Conférence Internationale pour "la Suivi, le Développement, et la Protection de l'Enfant en Afrique" (Dakar, 1991), et plus récemment la Conférence Internationale sur la Nutrition (Rome, Décembre 1992). En plus des discussions et concertations avec les représentants de divers services techniques appartenant à différents départements publics, organisations internationales et projets bilatéraux (voir liste de contacts en Annexe 1) et la consultation d'un grand nombre de rapports techniques, d'étude et d'évaluation (voir liste en Annexe 2), l'équipe a été essentiellement guidée dans son travail d'analyse et de réflexion par les rapports officiels du Programme National de Lutte contre les Troubles Dus à une Carence Iodée au Mali (1988), le rapport issu de l'Atelier National de Concertation en Nutrition (Février 1990), le Sous-Programme de Nutrition 1991-1995 (Février 1991), le Plan d'Action National pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant (1991) et le Rapport National sur la Nutrition (Décembre 1992).

- (2) Le premier problème nutritionnel en terme de prévalence, de sévérité et de conséquences sur l'état général de santé et de nutrition de la population est la malnutrition protéino-énergétique qui affecte particulièrement les enfants d'âge pré-scolaires et les femmes enceintes et allaitantes. Ce problème se reflète à travers les taux élevés de faible poids à la naissance (6 à 13,5 % avec une moyenne de 9,8 %), la prévalence élevée de la malnutrition aigue (11 %) et chronique (24 %) parmi les enfants d'âge pré-scolaire et indirectement à travers l'incidence élevée de mortalité infantile (131 ‰ et juvénile (279 ‰). Des variations importantes, saisonnières, géographiques et régionales caractérisent la distribution de ce problème.

Le deuxième problème nutritionnel de santé publique est groupé sous le terme de "carences en micro-éléments nutritifs". La carence en vitamine A est connue depuis longtemps au Mali. D'après une étude de Hellen Keller International effectuée à Ségou et à Tombouctou en 1986, il semble que les affections cornéennes et la cécité nocturne indicatives de carence en vitamine A atteignent des niveaux 5 à 18 fois supérieurs aux niveaux établis par l'OMS comme critère de santé publique de la maladie chez les enfants d'âge pré-scolaire. Chez les enfants d'âge scolaire (6 à 10 ans), les cicatrices cornéennes atteignent jusqu'à 25 fois le critère établi par l'OMS à partir duquel le problème est reconnu comme problème de santé publique.

Il n'y a pas d'enquêtes nationales sur les anémies nutritionnelles mais les études éparses et fragmentaires permettent de dire que les anémies par manque de fer affectent entre la moitié aux deux-tiers des femmes maliennes. L'anémie

1

1

est reconnue comme une des dix premières causes de décès des femmes âgées de plus de 15 ans. L'anémie touche également les enfants d'âge pré-scolaire mais les chiffres sont plus difficiles à trouver.

La prévalence des troubles dus à la carence en iode (TDCI) est la mieux cernée au niveau de l'ensemble du pays. On estime qu'il y a un taux global de goitre qui dépasse 30 % dans les régions situées au-dessous du 14e parallèle de latitude nord du pays. Le problème est particulièrement sévère dans certaines régions, avec une prévalence de 50 % dans le cercle de Kita et 80 % dans le cercle de Tominian. Seules les régions de Tombouctou et de Gao ne sont pas affectées par ce problème à cause de la richesse de leur sel gemme en iode. Ces chiffres montrent le Mali comme un des pays les plus touchés au monde par ce problème.

- (3) Le consensus observé lors du diagnostic de la situation nutritionnelle est aussi remarqué dans l'analyse des causes faites par les responsables contactés et proposée dans les documents officiels. Pour la malnutrition protéino-énergétique et le retard de croissance staturo-pondéral chez les jeunes enfants, les principales causes indiquées sont liées à la sécurité alimentaire au niveau de la famille et de la communauté. L'insécurité alimentaire est déterminée ou aggravée par les facteurs saisonnier, régional et climatique (période de sécheresse), par la faible productivité du travail agricole et par la marginalisation du rôle de la femme dans cette activité qui reste le principal élément dans la production des cultures vivrières. Cette insécurité se traduit sous forme d'apport alimentaire insuffisant (ration calorique insuffisante), inadéquat, et mal distribué entre les membres de la famille. Ceci est encore masqué par la méconnaissance des besoins nutritionnels des groupes les plus vulnérables, c'est à dire les enfants d'âge pré-scolaire et les femmes enceintes et allaitantes et par les habitudes et croyances alimentaires qui leur sont souvent défavorables. Même si le problème d'insécurité alimentaire n'existe pas, les pratiques d'alimentation inappropriées tels que les suppléments précoces à l'allaitement maternel, l'introduction tardive d'aliments complémentaires inadéquats (souvent de faible densité nutritive) et le sevrage brutal sont toujours là pour contribuer à l'existence de ce problème. Il faut aussi souligner l'effet synergique sur la malnutrition des taux élevés d'infections et de maladies parasitaires qui non seulement épuisent les réserves nutritionnelles de l'enfant, mais augmentent en même temps ses besoins tout en contribuant à la réduction de la consommation et de l'absorption des éléments nutritifs.

7

8

Tous ces facteurs déterminent aussi l'existence des déficiences en micro-nutriments. Cependant, d'autres facteurs plus spécifiques conditionnent le niveau de prévalence et de gravité de certaines déficiences. C'est ainsi que la ration alimentaire malienne, à base de 70 à 80 % de céréales est très pauvre en fer et constitue un facteur structurel de cette pathologie carencielle. La pratique fréquente de boisson de thé, le niveau faible de consommation de légumes à certaines périodes de l'année, et l'importance des infections parasitaires y compris le malaria en sont, sans aucun doute, des facteurs de risque. D'un autre côté, de faible niveau d'iode dans le sol et par conséquent des aliments et de l'eau indique que l'élément essentiel est la carence iodée alimentaire qui sévit dans les régions situées au-dessous du 14e parallèle de latitude nord. Des facteurs nutritionnels tel que l'effet goitrigène du mil ou du sorgho sont aussi impliqués mais des études sont nécessaires pour démontrer l'évidence et l'importance relative de ces facteurs.

(4) Au vu de cette analyse de la situation nutritionnelle et des principaux déterminants des problèmes nutritionnels, le Mali a déjà jeté les bases de sa politique nationale en matière d'alimentation et de nutrition. Ces bases sont identifiées sous forme de ces deux grandes priorités qui sont aussi en accord avec les recommandations du Sommet Mondial pour l'Enfance et la Conférence Internationale sur la Nutrition :

- Réduire la malnutrition protéino-calorique parmi les enfants d'âge pré-scolaire et les femmes enceintes et allaitantes
- Réduire et même éradiquer les carences en micro-éléments nutritifs chez les enfants et les femmes en âge de procréation.

L'équipe a pris connaissance de l'existence de programmes sectoriels de nutrition (essentiellement le secteur de santé) qui ont pris en considération ces priorités et établi des objectifs spécifiques et opérationnels en vue de la réalisation de ces buts nationaux.

(5) Etant donné l'analyse faite précédemment des problèmes nutritionnels au Mali, de leurs causes, leur étendue et leurs conséquences, il s'en suit qu'un programme alimentaire et nutritionnel conséquent tentera de réduire la prévalence des problèmes prédominants de malnutrition protéino-énergétique parmi les femmes et les enfants d'âge pré-scolaire et de réduire ou même d'éradiquer les carences en micro-nutriments parmi les enfants et les femmes en âge de procréation, en particulier les carences en vitamine A, en fer et en iode. Ce sont ces objectifs qui ont guidé l'équipe à élaborer les grandes lignes d'un programme d'action d'alimentation et de

✓

9'

nutrition (PAAN) qui seront proposées à la DNSP pour revue et approbation puis à l'USAID pour la recherche de fonds nécessaires.

(6) Afin de réaliser ces objectifs globaux, l'équipe a identifié les grands axes d'intervention suivants :

- Nutrition et Santé Publique
- Soutien à la Nutrition par l'Information - Education - Communication (IEC), la Formation et la Recherche
- Disponibilité et Diversification Alimentaires au Niveau Familial et Communautaire
- Macro-Interventions Nutritionnelles

Pour réussir, ces interventions doivent être multisectorielles, intégrées et effectuées au niveau de base, c'est à dire la communauté. A l'intérieur de chaque axe d'intervention, il existe un certain nombre d'activités qui feront l'objet de l'appui technique, matériel et institutionnel du programme d'alimentation et de nutrition. Ces activités sont présentées dans les paragraphes suivants.

(7) Renforcement des activités socio-sanitaires et communautaires pour l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile. Parmi les activités exécutées dans le cadre du programme national SMI/PF et coordonnées par la DSFC, les activités suivantes seront ciblées pour l'appui du programme :

- Suivi de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 36 mois
- Promotion de l'alimentation complémentaire optimale des enfants en période de sevrage
- Promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers 4 à 6 mois
- Réhabilitation nutritionnelle des enfants sévèrement malnourris
- Education nutritionnelle
- Supplémentation en micro-nutriments (capsules de vitamine A et d'huile iodée, comprimés de fer).

(8) Stratégies de soutien aux activités d'alimentation et de nutrition. Ces stratégies impliquent des activités reliées entre elles et qui se soutiennent mutuellement.

Activités IEC : Dans cet ensemble sont regroupées toutes les activités d'information, d'éducation, et de communication à l'échelle interpersonnelle, groupale, communautaire et de masse. Ces activités vont cibler une large gamme de problèmes au niveau des centres socio-sanitaires et communautaires tel que : l'absence d'action lors du suivi de la croissance, la

faible prévalence de l'allaitement maternel exclusif, les mauvaises pratiques de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, la nutrition maternelle inadéquate, les mesures inadéquates de prévention et de traitement des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës, de l'anémie et du paludisme, etc... Les activités IEC ne concernent pas seulement les structures et les services socio-sanitaires. Par le développement des activités d'IEC en matière de santé et de nutrition et le renforcement de la compétence du personnel socio-sanitaire et autre, un soutien critique sera apporté à toutes les activités d'alimentation et de nutrition dans les différents secteurs et à différents niveaux.

Des campagnes de mass média sont aussi à prévoir visant la population en général pour créer une mobilisation autour de la nutrition et des recommandations du Sommet Mondial pour l'Enfance et de la Conférence Internationale sur la Nutrition.

Des campagnes médiatiques visant différentes populations cibles seront également organisées pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif, les compléments mixtes de céréales et de niébé, la séchage solaire des fruits et feuilles vertes, etc...

Formation : Pour effectuer leurs tâches proprement, le personnel socio-sanitaire et communautaire, les agents de développement social, les vulgarisateurs agricoles et les animateurs ruraux, les instituteurs, les responsables d'alphabétisation fonctionnelle, bref tout le personnel impliqué doit être formé sur les différentes activités de nutrition dont il est respectivement responsable. On distinguera trois types de formation :

- une formation continue qui sera adressée au personnel sur place. Cette formation peut se faire en "cascade" ou en "tâche d'huile" comme par exemple la formation de formateurs au niveau du cercle, qui formeront le personnel de l'arrondissement, lesquels à leur tour formeront les agents de santé communautaire jusqu'à ce qu'on arrive à la communauté et aux familles qui sont les bénéficiaires primaires. La formation continue en nutrition touchera également d'autre personnel que celui de la santé publique mais avec d'autres thèmes tel que le personnel de vulgarisation agricole, de développement social, d'alphabétisation, etc...

- une formation spécialisée en nutrition au niveau des écoles secondaires de santé et d'autres écoles professionnelles (développement communautaire, agriculture, élevage, écoles normales, etc...). L'introduction de l'enseignement de la nutrition se fera après un examen des curricula existants et suivant les tâches et les prestations en nutrition attendues de ce personnel
- introduction ou renforcement de l'enseignement de nutrition dans les écoles fondamentales, et éventuellement secondaires.

Recherche : Différents types de recherche dans différentes disciplines et domaines seront nécessaires à promouvoir pour venir en appui au programme de nutrition. Des études et recherches pour la production et la mise en place de matériel éducatif et le développement d'autre matériel IEC seront poursuivies à travers l'action de NCP. Le développement de recherches opérationnelles et de recherche/action dans les domaines de la production et de la conservation d'aliments riches en micro-nutriments par exemple seront appuyées à travers une collaboration accrue entre les structures d'application et les institutions de recherche. La recherche sur les conditions optimales de mélange de céréale et de niébé dans l'alimentation complémentaire du nourrisson sera entreprise par le Laboratoire de Technologie Alimentaire de l'IER. Plusieurs autres sujets de recherche seront identifiés en relation avec les activités retenues et développés dans le document final.

- (9) Disponibilité et Diversification Alimentaires : Les actions dans ce domaine visent à adresser les problèmes de consommation inadéquate des aliments riches en micro-éléments nutritifs, d'accès inadéquat à une ration calorique suffisante et d'une connaissance et information inadéquates de l'importance de ces nutriments. Ces activités seront concentrées au niveau communautaire. Certaines actions-clés comprendraient la production, la conservation (séchage solaire) et la commercialisation d'aliments riches en micro-nutriments en s'inspirant du projet expérimental FAO/Vulgarisation Agricole/IER à Ségou, et des expériences de séchage solaire d'autres institutions nationales et d'organisations non gouvernementales. L'action de promotion de la production et de la consommation du mélange mil-niébé, enrichi éventuellement avec de l'arachide, ainsi que sa commercialisation au niveau communautaire sera une action à appuyer. En plus de leur effet direct sur la sécurité alimentaire et par conséquent sur l'état nutritionnel au niveau familial, ces activités permettront de générer un revenu supplémentaire pour la famille qui aura comme double effet l'incitation économique et l'effet nutritionnel induit.

Les activités jugées viables seront soutenues par un appui techniques, logistique et matériel (un système de crédit par exemple peut être envisagé) ainsi que par des activités IEC.

Cette composante, pour être la plus incitative et la plus attrayante, n'est pas pour autant la plus simple. Etant intersectorielle, elle nécessite une coordination, une intégration et des mécanismes nouveaux de gestion. L'organisation et la programmation de ces activités demandent une participation communautaire totale. L'apport et l'engagement des ONG dans ce domaine seront vivement sollicités.

- (10) Macro-interventions nutritionnelles : L'approche communautaire peut s'avérer insuffisante pour la solution de certains problèmes qui nécessitent une action de grande envergure et de gros investissements. C'est le cas par exemple de l'iodation du sel dans les zones à haute endémicité de TDCI. Ici, une coordination à l'échelle régionale ou même nationale est préférée. D'autres actions de ce type seront explorées pour la réduction ou l'éradication des carences en d'autres micro-nutriments (vitamine A, fer, etc...).
- (11) Appui à la Politique et à la Coordination à l'échelle nationale : Bien que n'étant pas une intervention nutritionnelle à proprement parler, la mise en place d'un système de coordination inter-sectorielle de la nutrition est indispensable. Les rencontres des représentants sectoriels pour la préparation de la Conférence Internationale sur la Nutrition et la désignation d'un point focal pour l'élaboration du rapport national de nutrition sont déjà des jalons importants dans cette voie. Il n'y a pas de modèle magique ou de combinaison universelle pour la constitution d'un tel comité. La règle d'or est qu'il soit opérationnel, efficace, facile à réunir et investi d'un certain pouvoir décisionnel. Le programme apportera appui à sa mise en place. Le Développement et la mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle sera considéré dans le cadre de cet appui à la politique nationale de nutrition. Il servira à répondre à un besoin critique d'intervention rapide, ponctuelle et concertée aux problèmes nutritionnels aigus. Ce système impliquera différents secteurs au niveau de la collecte et de l'analyse des données, de leur interprétation, de leur dissémination et surtout des actions à prendre.
- (12) L'ensemble des activités qui viennent d'être présentées sont destinées à compléter l'effort de coopération de l'USAID au Mali. En effet, dans son programme de santé, l'initiative de l'USAID met l'accent sur les activités de survie de l'enfant, sur la planification familiale et sur la provision d'eau potable. Dans le programme d'agriculture et de sécurité

alimentaire, c'est l'aide alimentaire pour prévenir la famine au sud et au nord du 14 parallèle, l'augmentation des disponibilités en céréales de base, la diversification et l'amélioration des cultures vivrières dans la Haute Vallée du Niger (Région 2) qui prédominent. L'absence de soutien à la nutrition a déterminé donc l'USAID à diversifier la base de sa coopération en ajoutant cette nouvelle dimension. Les activités précédemment décrites sont choisies comme étant les actions complémentaires les plus significatives que l'USAID pourrait apporter pour améliorer la situation alimentaire et nutritionnelle au Mali. Il est en effet reconnu par la communauté internationale des professionnels de la santé que des actions comme "l'éradication des carences en micronutriments" ou "l'alimentation optimale du nourrisson" sont des interventions à grand impact nutritionnel, à travers leur effet direct sur la réduction de la mortalité infantile et juvénile, sur le renforcement de l'impact des autres interventions de survie de l'enfant et leur contribution aux objectifs de développement économique et social d'un pays.

(13) En plus, ce programme vise à s'inscrire dans le cadre de la nouvelle réforme sectorielle de la santé et du nouveau programme de coordination et de mise en application de cette réforme qui est le PSPHR. Ce programme sera donc exécuté en étroite relation avec le projet bilatéral des "Soins de Santé Communautaires et de Population" (CHPS, 688-0248), qui adopte et soutient la réforme sectorielle et les objectifs stratégiques du PSPHR. Le Bureau de Nutrition (Recherche et Développement/Nutrition) à Washington est déterminé à apporter sa collaboration entière à la mission de l'USAID pour la planification et l'exécution de ce programme et pour l'aider à réaliser ses objectifs. Le Bureau de Nutrition fera appel aux ressources multiples fournies par les projets à financement central qu'il soutient tel que IMPACT, NCP, SUSTAIN, VITAL et WINS pour soutenir ce programme et lui fournir l'appui et l'assistance nécessaires.

(14) Vu l'importance stratégique de ce programme, son caractère multisectoriel et intégré, et le nombre limité d'expérience d'intégration de la nutrition, ce programme sera proposé en deux phases :

- une phase d'élaboration de projets et de soutien institutionnel
- une phase d'exécution des projets spécifiques

La phase 1 peut démarrer aussitôt que possible et aura une durée approximative de 12 à 18 mois. La phase II pourra commencer - du moins pour certains projets - plus tôt que la fin de phase 1 mais ne doit pas être repoussée au-delà de la durée de la première phase.

(15) La phase 1 comporterait trois volets :

- a) Identification de projets spécifiques dans chaque axe d'intervention et développement de plans opérationnels. Ceci peut couvrir à titre illustratif et non exclusif les études et recherches préliminaires nécessaires au lancement de projet, l'identification de partenaires et de zones d'intervention, la définition des activités à mettre en place, des résultats escomptés, des catégories d'impact prévus et des indicateurs pour les mesurer l'estimation des besoins en assistance technique et matérielle et du budget, l'identification des mécanismes de financement, de gestion et de comptabilité et enfin l'articulation du projet par rapport au projet bilatéral CHPS et au programme PSPHR.
- b) Pour certaines composantes ou pré-composantes du programme, la phase 1 peut aller au-delà de l'identification de projets et de développement de plans opérationnels et commencer certaines étapes de démarrage de projet tel que la collecte de données de base, la conduite de recherche opérationnelle et le testing de certaines stratégies, la standardisation des techniques, etc...

Pour le 1er axe d'interventions, la phase 1 peut accomplir de grands progrès dans la standardisation des méthodes de suivi nutritionnel par exemple, le choix et le testing d'une courbe de poids et d'actions de promotion nutritionnelle, l'élaboration d'un plan de formation des agents socio-sanitaires et communautaires, la mise en place d'un schéma d'acheminement et d'analyse des données en vue de l'installation d'un système de surveillance nutritionnelle.

Dans le deuxième axe, on peut prévoir également des actions avancées d'IEC (le projet NCP a été déjà opérationnel au Mali depuis des années et a des activités qui sont en cours de réalisation), de formation et même de recherche.

- c) Appui institutionnel : Cet appui vise essentiellement la mobilisation des responsables, des cadres, des organisations et de la population autour de la nutrition, des recommandations du Sommet Mondial pour l'Enfance et de la Conférence Internationale sur la Nutrition à travers une campagne médiatique organisée, la contribution au développement d'un plan d'action national de nutrition et à la mise en place d'un comité inter-sectoriel de coordination. En même temps, un appui sera donné à la DSF pour organiser des rencontres de concertation au niveau régional et central entre

les différents intervenants dans le domaine d'alimentation et de nutrition afin d'élaborer le programme national de nutrition à la fin de l'année 1993.

- (16) La phase II consiste à la mise en oeuvre des projets identifiés et dont le financement a été trouvé. Comme il a été déjà dit, certains projets ne doivent pas attendre la fin de la phase I pour être exécutés. Il n'est pas possible de prévoir maintenant tous les éléments de la phase II du programme mais certains éléments peuvent être suggérés à titre d'exemple.
- (17) Dans le cadre des activités de nutrition effectuées dans les centres socio-sanitaires et communautaires, le personnel de santé et les agents communautaires pèsent à présent les enfants. Cette activité est cependant mal organisée et ne réussit pas à réaliser son objectif essentiel qui est de promouvoir une croissance normale de l'enfant. Après les préparations nécessaires décrites dans la phase I, cette activité sera redynamisée et renforcée par un recyclage du personnel et une meilleure supervision. Les données recueillies sur le poids et la taille des enfants dans les centres de santé peuvent être éventuellement utilisées à des fins de surveillance nutritionnelle. Il y a des avantages et des inconvénients à l'utilisation des structures de santé comme source principale de données du système de surveillance nutritionnelle. Lors de la phase I, ces questions trouveront l'occasion d'être discutées et les bases d'un système national seront établies. Dans le cas où les structures socio-sanitaires et communautaires seront choisies comme support du système de surveillance nutritionnelle, des efforts immenses seront nécessaires pour la formation du personnel, la standardisation des techniques de collecte et d'analyse des données, la supervision, le contrôle de qualité, etc...

Dans le domaine de la supplémentation des micro-nutriments, il y a lieu de développer des protocoles de distribution de ces suppléments en accord avec le programme élargi de vaccination (PEV), de préparer les fiches sur lesquelles il faut enregistrer la distribution, de former le personnel à utiliser ces fiches et de développer la capacité du secteur de la santé à superviser cette activité et à assurer son suivi et son évaluation.