

PD-ABL-505
ISSUE 139

**PLAN D'ACTION DE NUTRITION DU PROJET
SURVIE DE L'ENFANT/PLANIFICATION
FAMILIALE:
PROPOSITIONS FAITES AU PROJET
BASICS SENEGAL**

PAR LE DR SERIGNE MBAYE DIENE

USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00
Project Number: 000-SE-01-005

TABLE DES MATIERES

	PAGE
REMERCIEMENTS	iii
ABREVIATIONS	iv
SOMMAIRE	v
I. INTRODUCTION	1
II. ANALYSE SITUATIONNELLE	1
A. Les Problèmes et les Interventions Nutritionnels au Sénégal	1
1. La sous nutrition chez les enfants et ses déterminants	2
a. La malnutrition protéino-énergétique chez les jeunes enfants: caractéristiques et déterminants	2
b. La mère: attitude et pratiques alimentaires	4
2. Les interventions en nutrition	6
B. Le SANAS: Forces et Faiblesses, Opportunités et Menaces	8
III. CADRE CONCEPTUEL POUR INTEGRER LES OBJECTIFS, STRATEGIES ET ACTIVITES DES PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION DU SANAS	9
A. Description	9
B. Analyse Critique des Eléments du Diagramme	10
IV. PLAN D'ACTION DE LA COMPOSANTE NUTRITION DU PROJET SURVIE DE L'ENFANT/PLANIFICATION FAMILIALE	12
A. Introduction	12
B. Principes de Base	13
C. Les Actions Proposées	13
1. Intégration des activités de nutrition dans le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques	13
2. Autres volets du programme de nutrition	18
V. BIBLIOGRAPHIE	28
VI. DIAGRAMME CIRCULAIRE INTEGRAL DES ACTIVITES DU SANAS	29

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Dr Adama Koné, Directeur du bureau régional de BASICS pour l'Afrique de l'Ouest et M. Mamadou Sène, Conseiller de BASICS pour le Sénégal, pour leur collaboration technique et leur orientation dans l'exécution de ce travail.

Nous remercions également toute l'équipe du SANAS, en particulier son chef, le Dr Amadou Moctar Mbaye, Mamadou Diouf, Directeur Adjoint, Abdoulaye Samb et Aita Ndiaye qui ont participé plus directement aux travaux d'élaboration du Plan d'Action du Pays, ainsi que les autres collègues de ce service.

Nous exprimons notre gratitude à Mme Fatoumata SY du Bureau de la Santé, la Nutrition et la Population de l'USAID pour l'orientation et les suggestions offertes pour ce travail.

Nos remerciements vont également à Mme Coumba Daffé Diop, Mlle Rokhaya Sembène, Mlle Marie Diarra Bousso Fall, M. Abdoulaye Guèye pour leur soutien logistique et administratif.

Enfin nous exprimons notre gratitude aux autres membres de l'équipe CAP, Dr Pat Kelly, Judi Aibel, Dr Mutombo, et Nabil Harfouche pour leur collaboration technique.

ABREVIATIONS

BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Soutien de base à l'institutionnalisation de la survie de l'enfant)
CERP	Centre d'Extension Rurale Polyvalent
CFA	Communauté Financière Africaine
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CRS	Catholic Relief Services (Services du Secours Catholique)
DSP	Direction de la Statistique et de la Prévision
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESP	Enquête Sur les Priorités
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique
MSPAS	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
NPA	Nouvelle Politique Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PA	Poids/Age
PAP	Plan d'Action du Pays
PPNS-GVS	Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire des Groupes Vulnérables
PRITECH	Technology for Primary Health Care (Technologie pour les Soins de Santé Primaires)
PT	Poids/Taille
RVO	Réhydratation par Voie Orale
SANAS	Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée du Sénégal
SMI	Santé Maternelle et Infantile
TA	Taille/Age
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance)
URO	Unité de Réhydratation par Voie Orale
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)

SOMMAIRE

Ce rapport décrit la composante nutrition du Plan d'Action du Pays (PAP) du projet BASICS au Sénégal. Le but de cette consultation qui s'est déroulée du 14 février au 8 mars 1995, est de définir les activités de nutrition du projet Survie de l'Enfant/Planification Familiale financé par l'USAID. Un accent particulier est placé sur le renforcement des aspects nutritionnels du programme LMD tel que présenté dans le plan d'exécution de l'USAID/Sénégal.

Le processus d'élaboration de cette composante a été interactif et participatif. Les responsables du SANAS, le principal partenaire de BASICS ont été d'abord consultés avant de leur soumettre un premier brouillon de propositions pour discussion et commentaires. Une seconde version leur a été soumise au cours de la séance de "debriefing" tenue à la fin de la mission. Dans l'ensemble, ce processus s'est déroulé selon les étapes suivantes:

- analyse de documents: rapport de WINS et Wellstart, plan d'action du SANAS, lettre d'exécution du programme LMD (Delivery Order) et autres documents fournis par BASICS;
- interview et discussion avec les différents partenaires concernés: SANAS, USAID et BASICS;
- élaboration et soumission au SANAS d'un brouillon de propositions;
- participation à l'atelier de concertation avec les partenaires du programme de survie de l'enfant comprenant des agents du SANAS, des régions et districts inclus dans la zone d'appui de l'USAID et analyse des documents qui en sont issus;
- révision du brouillon à la lumière des activités ci-dessus.

Pour mieux situer les propositions d'action dans le contexte du champ d'intervention du SANAS, un cadre conceptuel a été élaboré qui résume et intègre dans un diagramme circulaire les buts, objectifs, stratégies et activités de ce dernier. Une analyse critique des composantes de ce diagramme a permis de cerner de plus près les questions clés qui méritent une attention particulière dans cette exercice de planification.

La formulation des propositions a reposé sur les quatre principes ci-après : REALISME, DURABILITE, INTEGRATION, PARTICIPATION NEGOCIEE.

Le plan d'action de nutrition proposé est divisé en deux grandes parties: les activités de nutrition intégrées au programme LMD et les activités intrinsèques de nutrition. L'intégration effective au niveau des structures sanitaires des aspects nutritionnels dans la prise en charge des cas d'enfants souffrant de déshydratation due à la diarrhée et/ou de malnutrition fait l'objet du premier propos développé dans le rapport.

Deux stratégies sont définies à cet effet. D'une part, accroître les connaissances et compétences du personnel de santé aussi bien pour ceux qui sont présentement en service sur le terrain que ceux en formation dans les écoles. D'autre part, fournir l'équipement approprié aux structures de prise en charge. La mise en œuvre de ces stratégies, tout comme toutes les autres proposées dans ce document, se fonde sur une évaluation préalable des besoins.

Tenant compte des résultats très décevants des méthodes de formation en cascades jusqu'ici appliquées dans le programme LMD et autres, des approches innovatrices sont suggérées pour la formation des agents sur le terrain.

Encourager et/ou renforcer la continuation à domicile des bonnes pratiques d'alimentation de l'enfant atteint de diarrhée et/ou de malnutrition est le deuxième élément de la composante de nutrition intégrée au programme LMD.

Deux stratégies avec les activités correspondantes sont définies à ce propos. La première en appelle à une implication des agents des secteurs autres que la santé. Elle fait une grande place à l'exploration de l'approche consistant à solliciter la participation des élèves des écoles élémentaires comme véhicule pour transmettre des informations relatives à la nutrition des jeunes enfants à leurs mères. La seconde cherche à susciter une implication directe de personnes issues de la communauté dans les activités de promotion. Le caractère novateur de ces deux stratégies fait qu'elles seront appliquées sous forme de tests dans deux des quatre régions au cours des deux premières années avant d'être étendues aux deux autres régions lors des deux années suivantes.

Les autres éléments du programme de nutrition sont centrés autour des trois volets suivants: a) renforcer les capacités techniques du SANAS des services aux régions et districts concernés en ce qui concerne la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en nutrition, b) promouvoir la surveillance de la croissance des enfants de 0 à 36 mois et la surveillance de l'état nutritionnel des femmes enceintes appuyées d'une éducation nutritionnelle appropriée, c) intégrer dans ce programme de nutrition une campagne de promotion de l'allaitement maternel en direction du public, du personnel de santé et d'action sociale.

Le renforcement des capacités techniques du SANAS et services affiliés devra résulter de l'exécution d'un plan de formation des agents identifiés et la disponibilité pour ces structures d'une assistance et des moyens techniques requis. L'approche proposée à cet effet combinera les activités de formation et les activités de recherche opérationnelle pour rendre la formation pertinente aux exigences du programme de nutrition en même temps qu'elle minimise le temps d'absence des agents de leur poste de travail. Le recrutement d'un nutritionniste pour les besoins du projet et son placement au sein de l'équipe du SANAS est une activité déterminante dans ce sens.

L'exécution des activités de surveillance de la croissance des enfants et de l'état nutritionnel des femmes enceintes fondées sur l'éducation nutritionnelle au niveau des postes de santé et des structures de SMI va se faire de manière progressive par souci de réalisme. Il est nécessaire de bien localiser et d'évaluer des activités qui se mènent présentement sur le terrain. Ensuite, un atelier d'orientation devra être organisé pour analyser les leçons tirées de cette évaluation afin de bien définir le concept de surveillance de la croissance et ses implications opérationnelles. Un accent particulier est à mettre sur la définition de la composante éducation nutritionnelle souvent négligée.

L'extension des activités de surveillance de la croissance des enfants et la surveillance de l'état nutritionnel des femmes enceintes au niveau de la communauté est envisagée. La stratégie proposée à cet effet consiste à étudier et développer une méthodologie d'approche de la communauté pour susciter sa participation effective dans la définition et la mise en œuvre de ces activités. La recherche opérationnelle qui sera entreprise pour cela permettra de mieux maîtriser les déterminants de cette approche, tout en procédant à l'expansion des leçons apprises des expériences passées ou en cours dans ce domaine.

La promotion de l'allaitement maternel poursuit trois objectifs: a) faire de quelques maternités et cliniques des régions ciblées, des structures "Amis des Bébé" en mettant en œuvre une stratégie de formation des agents de ces structures; b) augmenter la proportion des bébés exclusivement allaités au sein jusqu'à quatre mois révolus. La stratégie suggérée est de conduire une étude de faisabilité au niveau communautaire; et c) augmenter la proportion des enfants âgés de 6 à 9 mois recevant l'allaitement maternel plus un supplément semi-solide ou solide. La stratégie proposée s'appuie sur encore une fois sur le personnel des autres secteurs et la communauté.

Pour une exécution cohérente et conséquente de ce plan d'action, il est essentiel que toutes les leçons tirées des expériences passées, notamment avec le projet PRITECH, soient analysées et servent de bases pour les interventions à mettre en œuvre. La méthodologie préférée pour une mise en œuvre effective se fonde sur le principe d'apprendre par des tests sur une petite échelle avant de se lancer sur une extension tous azimuts. Les approches de recherche-action préconisées servent en même temps d'occasion de former les agents chargés d'exécuter les programmes.

I. INTRODUCTION

Les propositions d'activités de nutrition faites dans ce document prennent en compte dans une large mesure les éléments essentiels des plans d'action élaborés par le projet WINS pour la nutrition et le projet Wellstart pour la promotion de l'allaitement maternel. Un premier brouillon avait été soumis et discuté avec ces responsables du SANAS. Le document a ensuite été enrichi d'une synthèse des principales conclusions de l'atelier de discussion/concertation de la stratégie d'appui de BASICS aux programmes nationaux de survie de l'enfant, tenue le 21 et 22 février 1995 avec la participation du SANAS, des responsables des quatre régions (médecins chefs de régions, et de districts, responsables de bureaux régionaux de l'alimentation et de la nutrition.)

La collaboration et le soutien obtenus des autres membres de l'équipe chargée du plan d'action du pays (PAP) ont été un apport significatif dans le processus d'élaboration de ces propositions.

L'analyse de la situation présentée dans la section suivante se divise en deux parties. La première inclut une description de la situation nutritionnelle et les principales interventions jusqu'ici mises en œuvre au Sénégal. La deuxième contient une analyse de forces et faiblesses du SANAS, des opportunités et menaces présentes dans son environnement institutionnel et politique.

La section trois inclut une description et analyse critique d'un cadre conceptuel élaboré pour présenter d'une manière intégrée les buts, cibles, stratégies et activités du SANAS, ainsi que les autres acteurs impliqués ou susceptibles de l'être.

Le nouveau plan d'action proposé est contenu dans la quatrième section. Pour chacune des composantes de ce plan, sont successivement décrits : le but, le(s) propos, les objectifs, les stratégies et leurs bien-fondés, et finalement les activités.

Le calendrier d'exécution des activités proposées est intégré avec les autres composantes du projet survie de l'enfant.

II. ANALYSE SITUATIONNELLE

A. Les Problèmes et les Interventions Nutritionnels au Sénégal

La situation alimentaire et nutritionnelle du Sénégal est demeurée précaire durant les trois dernières décades. L'insuffisance de la production alimentaire locale, combinée à une faiblesse des revenus et des niveaux d'éducation surtout chez les femmes, contribuent sans doute à la persistance des taux élevés de sous-nutrition chez les enfants de moins de cinq ans. Les interventions initiées par les pouvoirs publics pour faire face à cette situation n'ont pas encore produit les résultats escomptés pour atténuer ou contrôler cette situation.

1. La sous nutrition chez les enfants et ses déterminants

Parmi les troubles dus à une carence nutritionnelle, la malnutrition protéino-énergétique et l'anémie accusent les taux de prévalence les plus élevés chez les enfants de 6-36 mois. L'avitaminose A et les troubles dus à une carence en iode existent de manière localisée et/ou dans une moindre proportion.

L'anémie sévit de manière endémique. Elle affecte tous les segments de la population. Les groupes les plus affectés sont les enfants de moins de cinq ans (41 pour-cent) et les femmes enceintes (30 pour-cent) (Bénéfice et al, 1981). Le paludisme, la schistosomiase et les parasites intestinaux sont des causes de l'anémie. Mais le bas niveau de disponibilité et les problèmes de digestibilité du fer présents dans la ration alimentaire des groupes affectés sont également une cause majeure de l'anémie au Sénégal.

Les troubles dus à une carence en iode sont un problème endémique de santé publique dans les zones Sud du Pays, notamment dans les régions de Tambacounda et de Kolda où des taux de prévalence de l'ordre de 31 pour-cent et 33 pour-cent ont été rapportés respectivement (Hetzel, 1987 cité par McGuire, 1990).

La carence en vitamine A n'est pas considérée comme un problème majeur de santé publique si l'on se réfère aux études récentes effectuées dans les régions de Diourbel, Fatick et Kaolack (Carlier, et. al., 1991), dans le département de Linguère dans la région de Louga (Rankins, J., et.al., 1993), et sur l'ensemble du Pays (SANAS/UNICEF, 1994). Cependant les autorités sanitaires du pays envisagent de développer des stratégies de lutte dans les zones les plus affectées.

La malnutrition protéino-énergétique (MPE) comme résultante de la carence de plusieurs nutriments (protéines, énergie, vitamines et minéraux) est considérée plus spécifiquement dans la section suivante.

a. La malnutrition protéino-énergétique chez les jeunes enfants: caractéristiques et déterminants.

L'état nutritionnel des enfants a été évalué par des mesures anthropométriques dans trois enquêtes récentes couvrant le territoire national: l'enquête sur les priorités (ESP) réalisée en 1992 par la Direction de la Prévision et de la Statistique (DSP), les deux enquêtes démographiques et de santé (EDS I et II) effectuées en 1986 et 1993, et l'enquête SANAS/UNICEF de 1994.

La différence de composition des échantillons de ces enquêtes, rend difficile les comparaisons complètes: les tranches d'âge 0-59 mois sont considérées dans EDS II et SANAS/UNICEF, 1994 tandis que les tranches d'âge 6-36 mois et 6-59 le sont respectivement dans EDS I et dans l'ESP.

Les résultats de la MPE mesurée selon les trois indices suivants: retard de croissance linéaire ou staturale (malnutrition chronique) mesuré par la taille par rapport à l'âge de l'enfant (TA), l'insuffisance pondérale indiquée par le poids par rapport à l'âge (PA), et l'émaciation (malnutrition aiguë) mesurée par l'indice poids par rapport à la taille (PT), se présentent comme suit:

- 1) La MPE chez le groupe d'âge 6 à 36 mois varie entre 20 et 30 pour-cent pour le retard de croissance et l'insuffisance pondérale, et entre 5 et 10 pour-cent pour l'émaciation.
- 2) La situation nutritionnelle des enfants ne s'est pas du tout améliorée entre 1986 et 1993 selon les résultats comparés de EDS I et EDS II. Elle s'est même détériorée selon le taux d'émaciation qui est passé de 6 à 12 pour-cent de 1986 à 1992/93.
- 3) La tranche d'âge la plus affectée est celle entre 4 et 24 mois et plus, particulièrement entre 12 et 23 mois.
- 4) Pour tous les indices les garçons sont plus affectés que les filles.
- 5) La distribution géographique révèle une plus grande concentration en milieu rural qu'en milieu urbain, dans les régions du Nord-Est (Saint-Louis et Tambacounda) et dans les régions du centre qui renferme trois des quatre régions cibles de l'appui de l'USAID: Kaolack, Fatick et Louga. Entre 1986 et 1993, la situation s'est dégradée dans la zone Sud qui inclut la région de Ziguinchor, la quatrième région cible de l'intervention USAID.

A l'exception de l'enquête SANAS/UNICEF où les auteurs ont effectué des tests statistiques d'associations, les déterminants de l'état nutritionnel n'ont pas été systématiquement analysés.

Parmi ceux analysés, le bas niveau d'éducation de la mère est un des plus significatifs pour le retard de croissance. Le risque de malnutrition chez les enfants nés de mères analphabètes est de 72 pour-cent supérieur à celui des enfants nés de mères ayant reçu une instruction. Cette différence est de 82 pour-cent en considérant l'insuffisance pondérale et 22 pour-cent pour l'émaciation.

En plus du sexe masculin, de l'âge (12-23 mois), et de la zone de résidence rurale, les autres facteurs de risques identifiés pour la malnutrition sont liés à l'attitude et aux pratiques de la mère: l'espacement des naissances; la nutrition de la mère durant la grossesse; les visites prénatales qu'elle effectue; et ses pratiques d'alimentation du bébé, y compris durée et l'allaitement au sein et conduite appropriée du sevrage.

b. La mère: état nutritionnel, attitude et pratiques alimentaires

La santé et l'état nutritionnel de la femme durant la grossesse conditionnent dans une large mesure le poids du bébé à la naissance.

Il a été établi qu'environ une sur cinq des femmes sénégalaises en âge de procréer est émaciée (moins de 50 kg). La sous-nutrition chronique, déterminée par l'indice de masse corporelle (IMC) $\leq 18,5$, affecte 17 pour-cent des femmes en milieu rural et 11 pour-cent chez les citadines. (EDS-II 1994).

Durant la grossesse, le gain pondéral moyen peut être aussi bas que 1,4 kg pendant la saison sèche et 0,4 pendant l'hivernage (Gouvernement du Sénégal et UNICEF, 1993). Ceci est très loin de la recommandation de l'OMS d'un gain total optimal de 12,5 kg à 18 kg pour les femmes souffrant d'une déficience énergétique préalable.

Il est de tradition d'inciter la femme enceinte à s'adonner à des activités pouvant accroître sa dépense énergétique dans le but de ne pas trop grossir. Cet état de fait s'explique en partie par l'attitude de beaucoup de femmes surtout en milieu rural, qui ne souhaitent pas donner naissance à un bébé trop gros qui leur ferait courir les risques de complications souvent fatales pendant l'accouchement.

Il faut dire que le taux de mortalité maternelle constitue la première cause de décès parmi les femmes sénégalaises en âge de procréer (Gouvernement du Sénégal, UNICEF, 1993). Elle varie entre 500 à 550 pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1979-1992 (EDS II, 1994).

La prévalence des faibles poids à la naissance (moins de 2,5 kg) est de l'ordre de 10 pour-cent au Sénégal. Elle est plus élevée en milieu rural avec un effet saisonnier marquant: 12 pour-cent pendant la saison sèche et 28 pour-cent pendant la saison humide (Gouvernement du Sénégal et UNICEF, 1993).

La consultation prénatale comme activité de prévention et de suivi, se généralise progressivement mais reste encore relativement faible. L'enquête (SANAS/UNICEF 1994) révèle que 18 pour-cent des femmes enquêtées ont bénéficié d'une couverture prénatale complète durant leur dernière grossesse. La couverture complète est définie par l'exécution des trois activités suivantes :

- a) le vaccin antitétanique;
- b) trois consultations prénatales au moins, séparées de trois mois et dont la dernière a eu lieu au cours du troisième trimestre de gestation; et
- c) les mesures de poids, taille et la prise de la tension à chaque consultation.

Environ 70 pour-cent des bébés naissent à domicile et moins de 30 pour-cent des naissances sont supervisées par des professionnels de la santé (SANAS/Wellstart, 1995).

L'allaitement maternel est une pratique courante et généralisée au Sénégal. Selon l'EDS II (1994), 98 pour-cent des enfants sénégalais sont allaités au sein pendant un certain temps. Des tendances à la hausse ont été notées entre 1986 et 1992/93 (EDS I, 1986 et EDS II, 1994):

- La durée médiane de l'allaitement maternel est passée de 19 à 20 mois.
- La proportion des enfants encore allaités à un an passe de 88 à 97 pour-cent, celle des enfants encore allaités à deux ans de 28 à 39 pour-cent.

Des problèmes apparaissent lorsque les pratiques d'alimentation sont analysées à la lumière des recommandations de l'OMS dans ce domaine.

Ainsi l'allaitement maternel exclusif dès la naissance jusqu'à quatre mois révolus d'âge de l'enfant n'est seulement observé que chez 7 pour-cent des mères enquêtées par EDS. Soixante-dix pour-cent des enfants de 0-4 mois reçoivent de l'eau et 24 pour-cent reçoivent d'autres liquides et aliments.

L'initiation de l'allaitement au sein est généralement retardée de 24 à 48 heures. Des croyances et traditions ancestrales dictent aux mères et même au personnel de santé des attitudes et pratiques relatives à l'allaitement maternel non conformes à celles recommandées par l'OMS. Moins de 12 pour-cent des nouveaux-nés sénégalais sont allaités au sein dans la première heure suivant leur naissance.

Le personnel de santé dans les structures sanitaires tendent à renforcer ces pratiques par leurs recommandations. En effet ils recommandent l'eau sucrée (85 pour-cent des cas) et le lait artificiel donné au biberon (32 pour-cent des cas). Dans moins de 10 pour-cent des cas ils conseillent de donner le sein (PRITECH/SANAS, 1991).

L'administration du colostrum au bébé est retardé de un à deux jours chez 90 pour-cent des bébés dans la zone de Dakar et banlieue où s'est déroulée l'enquête (PRITECH/SANAS 1991).

Parce que le lait maternel est perçu plutôt comme un aliment par 97 pour-cent des mères et 96 pour-cent du personnel de santé et non comme une boisson, l'administration d'eau aux nourrissons de tout âge est une pratique généralisée et systématique au Sénégal (PRITECH/SANAS, 1991).

En plus de l'introduction prématurée de liquides et d'aliments supplémentaires, les enquêtes révèlent l'existence de pratiques tendant à introduire tardivement les aliments solides et semi-solides en complément du lait maternel, après six mois d'âge de l'enfant. Près de 70

pour-cent des enfants âgés de 6-7 mois ne reçoivent pas ces aliments complémentaires, plus de 45 pour-cent à l'âge de 8-9 mois et environ 25 pour-cent à 12-13 mois (EDS II, 1994).

L'impact de ces pratiques alimentaires et leurs conséquences sur la morbidité et la mortalité des enfants rend impérieux la conception et la mise en œuvre d'interventions énergiques tant en direction des mères qu'en direction du personnel de santé.

La diarrhée, qui est souvent une conséquence de l'introduction précoce d'eau et aliments avant quatre mois, est en même temps un facteur déterminant dans la dégradation de l'état nutritionnel des enfants. Avec le paludisme et les infections respiratoires elle est une cause principale de décès chez les enfants de moins de cinq ans.

Environ 25 à 50 pour-cent de la mortalité infanto-juvénile a été attribué aux maladies diarrhéiques, 14-23 pour-cent aux infections respiratoires et 9-45 pour-cent au paludisme (Gouvernement du Sénégal et UNICEF, 1993).

2. Les interventions en nutrition

Les céréales, mil, riz sont essentiellement la base de l'alimentation des sénégalais. Leur production locale est insuffisante pour couvrir les besoins. Vingt-cinq à 30 pour-cent de déficits sont constatés durant les sept dernières années. Le taux d'autosuffisance alimentaire est en moyenne de 70 pour-cent entre 1988/89 et 1993/94 (DSP, 1994). Les zones à risques d'insécurité alimentaire ont augmenté de 50 pour-cent de 1991/1992 à 1992/93 (Ndiaye B, 1994). Les arrondissements dont la production céréalière ne permet pas d'assurer neuf mois d'autonomie alimentaire aux populations résidentes sont passés de 21 à 32 pour-cent.

Au niveau des interventions, l'état Sénégalais s'est défini une nouvelle politique agricole (NPA) en 1984 dont l'orientation principale était l'impulsion de la production céréalière pour améliorer le niveau d'autosuffisance alimentaire.

L'objectif de ce plan céréalière est d'atteindre 80 pour-cent d'autosuffisance alimentaire en l'an 2000 en mettant en œuvre trois stratégies:

- l'augmentation de la production céréalière;
- l'amélioration du stockage de céréales; et
- le transfert inter-zonal des céréales.

Au plan des interventions spécifiques pour améliorer l'état nutritionnel des groupes vulnérables, les stratégies suivies se sont confinées à la distribution alimentaire couplée à l'éducation nutritionnelle. L'application de ces stratégies est principalement assurée par le Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (MSPAS) à travers son réseau de structures sanitaires et sous l'impulsion de ses services spécialisés: le SANAS et le Service de l'Education pour la Santé.

De 1973 à 1988 un Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire de Groupes Vulnérables du Sénégal (PPNS-GVS) avait été mis en œuvre dans plus de 400 postes de santé, centres sociaux et autres structures publiques et privées. Dix pour-cent de tous les enfants de moins de 36 mois et leurs mères avaient été enrôlés dans ce programme. Des rations alimentaires fournies par le Catholic Relief Services (CRS), le partenaire du MSPAS, étaient distribuées tous les mois à chaque participant. La surveillance de la croissance couplée à l'éducation nutritionnelle étaient des volets essentiels de ce programme tout au moins en théorie. Le SANAS était l'agence technique de contrôle et supervision de ce programme au niveau central.

Lorsque le volet aide alimentaire était suspendu par le CRS, en 1988, le programme s'affaissa totalement montrant ainsi la fragilité de ses bases et de ses acquis. Depuis lors, aucun programme national d'envergure n'a été exécuté dans le domaine de la nutrition.

Très récemment, en 1994, la Banque Mondiale et le Gouvernement du Sénégal se sont engagés à réaliser un programme de nutrition au niveau communautaire pour 350.000 personnes. Ce programme, qui sera exécuté par l'agence privée l'AGETIP, comporte à peu près les mêmes éléments que le PPNS: distribution de vivres, surveillance des enfants, et éducation nutritionnelle des mères. Il vise à atténuer les conséquences sociales de la dévaluation du franc CFA. Le grand changement introduit est de déplacer la tutelle de l'intervention du secteur public (MSPAS) vers le secteur privé. Le programme concerne 11 quartiers dans les régions de Dakar, Diourbel, Kaolack et Ziguinchor.

Indépendamment de cela, le SANAS dispose d'un document de programme national de nutrition avec un plan d'action de 1991-1996. Parmi les 11 stratégies définies dans le plan, une seule, la formation des agents de la santé en matière de surveillance de la croissance, a connu un début d'exécution. Malheureusement, la formation ne s'est pas fondée sur une analyse réelle des besoins puisque l'activité de surveillance de la croissance n'est pas exécutée d'une manière étendue sur le terrain. Une réactualisation de ce plan s'impose surtout dans le cadre de la collaboration du SANAS et de BASICS.

B. Le SANAS: Forces et Faiblesses, Opportunités et Menaces

<p>FORCES :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Statuts d'interlocuteur privilégié des bailleurs de fonds et des services gouvernementaux, dans les programmes de nutrition. 2. Dispose d'un arsenal de documents de programme et plans nationaux pertinents dans le domaine de la nutrition en général, de l'allaitement au sein, de la lutte contre certaines carences spécifiques : iode et vitamine A en particulier 3. une équipe dynamique et motivée avec la présence de plusieurs éléments recelant une grande expérience pratique de la gestion de la mise en œuvre des programmes. 4. Expérience d'approche communautaire pour la promotion de la nutrition à Gniby, Fimela et Tataguine. 	<p>FAIBLESSES :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance du nombre d'agents qualifiés pour toutes les tâches. 2. Absence d'un cadre conceptuel global pour intégrer des objectifs, stratégies et activités. 3. Absence d'une évaluation des programmes et des ressources nécessaires pour les accomplir. 4. Insuffisance des compétences techniques pour la recherche opérationnelles et l'évaluation des programmes de nutrition y inclus la maîtrise des compétences techniques.
<p>FACTEURS FAVORABLES (Opportunités)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Regain d'intérêt pour le soutien aux activités de la nutrition tant au niveau des autorités nationales qu'internationales. 2. Disponibilité de leçons tirées d'expériences réussies de mise en œuvre de programmes de nutrition dans le Sénégal et d'autres pays à faibles revenus. 3 Révision des approches et stratégies d'interventions en nutrition (déclaration de Bellagio sur la recherche et la Formation, Novembre 1994) 	<p>FACTEURS DEFAVORABLES (Menaces)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La courte durée (5 ans) des appuis institutionnels pour la réalisation de programmes <u>durables</u> au niveau national. 2. Dispersion des compétences (ressources humaines) et des efforts pour la nutrition) à différents niveaux.

III. CADRE CONCEPTUEL POUR INTEGRER LES OBJECTIFS, STRATEGIES ET ACTIVITES DES PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION DU SANAS.

Le cadre conceptuel est présenté sous la forme d'un diagramme circulaire dont le contenu résulte de l'analyse des buts, objectifs stratégies et activités du SANAS tels que décrits dans les documents élaborés par et pour le SANAS. Il se présente en cercles concentriques (voir VI.).

A. Description

1. Le centre est constitué par le but ultime qui est l'amélioration et/ou le maintien à un niveau satisfaisant de l'état nutritionnel des Sénégalais.

2. Le cercle des cibles renferme deux éléments: l'enfant et la femme. La femme est considérée selon deux états physiologiques: grossesse et allaitement, et l'enfant, selon différentes étapes critiques de sa vie: naissance à quatre mois révolus, et de 5 à 36 mois, plus particulièrement avec la difficile transition de l'allaitement au sein à l'introduction d'aliments solides et semi solides.

L'interaction entre l'état nutritionnel de la mère, son comportement et ses pratiques alimentaires sont des déterminants majeurs de l'état nutritionnel de l'enfant dès la naissance jusqu'à 36 mois.

3. Cercle des stratégies

- Promotion (maintien d'un bon état nutritionnel)
- Prévention de la morbidité (correction d'une déficience ou d'une baisse de croissance)
- Prévention de la mortalité (traitement des conséquences de la diarrhée et de la malnutrition)

La promotion d'une bonne nutrition vise à maintenir un bon état nutritionnel en même temps qu'elle prévient une malnutrition. La prompt correction d'une détérioration mineure de l'état nutritionnel peut réduire la fréquence et l'impact des infections telles que la diarrhée.

L'administration d'une solution de réhydratation par voie orale (RVO) est conçue pour prévenir les conséquences mortelles de la déshydratation consécutive à la diarrhée.

L'amélioration des pratiques alimentaires durant et après la maladie est une stratégie intégrale pour l'efficacité du traitement.

4. Cercle des activités

Trois activités principales sont communément entreprises:

- surveillance de la croissance pondérale des enfants et de l'état nutritionnel de la mère comme moyen technique pour identifier une baisse de la croissance, suivi de mise en œuvre de mesures de correction nécessaires et d'évaluation des résultats d'une bonne pratique nutritionnelle;
- éducation/échanges d'information nutritionnelles pour maintenir un bon état nutritionnel et le corriger s'il est déficient; et
- traitement préventif ou curatif de carences spécifiques; par exemple, administration de capsules de vitamine A, iodation du sel et RVO.

5. Cercles des acteurs

La réalisation des activités sur le terrain est attendue principalement des communautés, du personnel de santé et des autres secteurs de développement. Les activités de promotion, pour être efficaces, doivent être exécutées à domicile par les membres de la famille. Ces membres de la communauté peuvent être soutenus dans cette tâche par le personnel des autres secteurs et des organisations non gouvernementales qui travaillent le plus étroitement avec eux. Le personnel de santé peut jouer un rôle de catalyseur pour amener ces personnels mentionnés ci-dessus et les communautés à s'impliquer de manière effective dans les activités de prévention. Les activités de traitement sont la responsabilité première des personnels de santé.

B. Analyse Critique des Eléments du Diagramme

Le but et les cibles spécifiques des programmes développés sous la direction du SANAS sont assez clairs pour ne pas nécessiter une discussion. Par contre, les stratégies, activités et acteurs méritent plus de réflexion quant à leur agencement.

Les stratégies mises en œuvre ou programmées par le SANAS sont d'ordre promotionnelle, préventive ou curative. Comme indiqué dans le diagramme, l'enchaînement logique et séquentiel de ces stratégies est important à déterminer pour une cohérence de l'approche programmatique.

La promotion de l'allaitement maternel et la surveillance de la croissance des enfants et de l'état nutritionnel des femmes enceintes au niveau communautaire sont des stratégies promotionnelles qui visent le maintien ou l'initiation de bonnes pratiques nutritionnelles pour

maintenir de manière durable un bon état nutritionnel chez les enfants et les femmes enceintes.

Les activités qui sous-tendent ces stratégies sont principalement la surveillance, l'information, et l'éducation. Les partenaires et acteurs principaux sont les communautés.

La grande difficulté dans la mise en œuvre de ces stratégies est que les méthodes pour impliquer effectivement la communauté tout comme le contenu éducatif des messages à dispenser éventuellement, ne sont pas clairement définis dans les documents du SANAS.

Il est essentiel que le SANAS soit aidé à entreprendre des activités de recherche opérationnelle appropriée pour répondre à ces deux défis :

- Comment susciter la participation effective de la communauté dans la promotion de la nutrition?
- Quels processus, contenu et méthodes éducatives devraient être définis pour permettre à la communauté d'exécuter des actions qui lui sont requises?

Les stratégies préventives d'une détérioration poussée de l'état nutritionnel incluent non seulement la correction des déficiences en fer, vitamine A et iode mais également les formes modérées de carences en protéines et énergie. L'iode exclu, il n'y a pas de stratégies définies pour les autres carences. Un appui dans ce domaine pourrait être utile.

Les stratégies de traitement pour la survie de l'enfant se limitent pour l'instant à la lutte contre la déshydratation résultant de la diarrhée. La prise en charge des enfants qui souffrent de malnutrition ne fait pas encore l'objet d'une stratégie bien développée et appliquée sur le terrain. Le jumelage URO-CREN projeté est en principe, un pas important dans cette direction. Le programme national RVO gagnerait à être renforcé d'une stratégie pour la prise en charge des enfants qui souffrent de malnutrition. Les conséquences nutritionnelles des autres affections (IRA, paludisme et autres), devront être également adressées.

Les intervenants ou acteurs chargés d'exécuter les activités sur le terrain sont le personnel de santé, les personnels des autres secteurs et la communauté.

Amener le personnel de santé dans les structures publiques et privées à être capable d'exécuter correctement la stratégie de prise en charge des cas de déshydratation due à la diarrhée a occupé et continue d'occuper la majorité des efforts du SANAS. L'inclusion des autres aspects des interventions nutritionnelles tel que la réalimentation de l'enfant malade, par exemple, n'est pas encore effective. C'est là un autre champs d'appui possible.

Cependant les résultats des enquêtes auprès de ce personnel ont montré que très peu d'entre eux sont disposés à prendre le temps nécessaire pour dispenser les conseils nutritionnels. Il n'est pas réaliste de supposer qu'une simple formation pourrait corriger cette lacune. Il

faudrait plutôt investir dans la recherche des voies et moyens pour contourner la difficulté en explorant d'autres alternatives (voir étude de Serigne M. DIENE).

La participation du personnel des autres secteurs de développement dans la mise en œuvre des programmes de nutrition reste faible ou inexistante. Pourtant, dans la majorité des stratégies de promotion et de prévention nutritionnelle, leur rôle serait déterminant, surtout en conjonction avec l'action des agents de santé.

Parmi ce personnel, certains membres ont une base solide en nutrition. Ce sont par exemple les monitrices rurales, les assistants et aides sociaux. D'autres membres ont l'expertise nécessaire pour la mobilisation des communautés, tels les agents des CERP. D'autres comme les enseignants sont en contact direct avec une audience captive: les écoliers. Le SANAS gagnerait à développer une approche intersectorielle en s'appuyant sur ces agents pour la mise en œuvre de ses stratégies promotionnelles et préventives.

La communauté est un concept très vague qui doit être défini de manière opérationnelle. A cet effet, il semble plutôt indiqué de parler d'organisations ou d'institutions qui sont des composantes structurelles de la communauté et avec lesquelles il est plus aisé d'établir des rapports de travail.

IV. PLAN D'ACTION DE LA COMPOSANTE NUTRITION DU PROJET SURVIE DE L'ENFANT/PLANIFICATION FAMILIALE

A. Introduction

Le soutien de BASICS dans le domaine de la nutrition devra s'articuler sur le renforcement des aspects nutritionnels de la prise en charge des cas de diarrhée/déshydratation et/ou de la malnutrition dans les structures sanitaires, la prévention de la diarrhée par une promotion de l'allaitement maternel exclusif et l'instauration de pratiques appropriées de sevrage des enfants au niveau des foyers.

A ces activités de nutrition intégrées au programme LMD s'ajoutent la surveillance de la croissance des enfants de 0-36 mois et la surveillance de l'état nutritionnel de la femme enceinte qui s'appuient toutes les deux sur l'éducation nutritionnelle pour la promotion et le maintien d'un bon état nutritionnel chez ces groupes vulnérables.

Ces deux approches de surveillance et d'éducation nutritionnelle vont être renforcées dans les structures sanitaires et sociales de l'état et du secteur privé. En outre, une extension progressive de ces approches au niveau communautaire va s'opérer pour augmenter la couverture et assurer une plus grande durabilité des activités.

La méthodologie de mise en œuvre de ces stratégies s'appuiera sur une combinaison simultanée des activités de recherche opérationnelle pour les initier avec les activités de formation des agents chargés d'exécuter ces stratégies. Cette combinaison recherche/formation sera participative et empruntera un processus d'apprentissage par l'action. Toutes les activités de recherche/formation se fonderont sur les résultats d'une évaluation préalable des besoins.

B. Principes de Base

- 1.) **Réalisme:** objectifs limités par rapport au temps de durée du projet BASICS.
- 2.) **Durabilité:** les interventions initiées doivent pouvoir se continuer à la fin du projet.
- 3.) **Intégration:** les interventions doivent être reliées les unes aux autres en se renforçant mutuellement et concourant au même but.
- 4.) **Participation négociée:** la participation des intervenants à tous les niveaux sera négociée afin d'obtenir la plus grande motivation et une durabilité dans la mise en œuvre des intervenants.

C. Les Actions Proposées

1. Intégration des activités de nutrition dans le programme lutte contre les maladies diarrhéiques

Les interventions en nutrition apporteront une contribution significative dans la réalisation des buts du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques à savoir :

- la réduction de la morbidité par maladies diarrhéiques de 20 pour-cent d'ici à l'an 1999; et
- la réduction de la mortalité due aux maladies diarrhéiques de 40 pour-cent d'ici à l'an 1999.

D'une part, cette contribution va se matérialiser dans les deux propos suivants: une intégration plus effective de la composante nutritionnelle dans la prise en charge des cas d'enfants souffrant de diarrhée et/ou de malnutrition qui sont vus dans les structures de santé (publiques ou privées). D'autre part, encourager ou renforcer la continuation à domicile des

bonnes pratiques d'alimentation de l'enfant malade souffrant de diarrhée et/ou de malnutrition.

PROPOS 1: Intégration effective des aspects nutritionnels de la prise en charge des cas d'enfants souffrant de déshydratation par suite de diarrhée et/ou de malnutrition.

Objectif : En 1999, 90 pour-cent de la population des quatre régions cibles du projet (Kaolack, Fatick, Louga et Ziguinchor) auront accès à une structure sanitaire avec un personnel adéquatement formé et équipé d'outils nécessaires à l'intégration des aspects nutritionnels dans la prise en charge des cas souffrant de diarrhée et/ou de malnutrition.

Les stratégies :

1. Accroître les connaissances et compétences des agents de santé des structures publiques et privées relatives à:
 - une interaction dynamique avec l'accompagnant, (accueil chaleureux, écoute attentive de l'accompagnant, échange mutuelle d'information pour la définition d'un conseil si nécessaire); et
 - la promotion de l'allaitement maternel, les bonnes pratiques alimentaires de sevrage, le dépistage et la prise en charge des cas de diarrhée et/ou de malnutrition.
2. Equiper les structures de santé publiques et privées des matériels et outils nécessaires pour une prise en charge correcte y inclus un guide pour l'initiation et la surveillance des activités de prise en charge dans la structure.

Bien-fondés de ces deux stratégies

L'interaction diarrhée-malnutrition rend nécessaire leur prise en compte simultanée dans les stratégies de prise en charge.

L'étude et les enquêtes d'évaluation menées ont révélé d'importantes lacunes dans la prise en charge des enfants souffrant de diarrhée et/ou de malnutrition, liées à une inadéquation de la formation donnée aux agents. La non-adaptation du contenu de ces formations, les faibles compétences en pédagogie des formateurs, la non disponibilité des ressources pour couvrir les activités planifiées, l'inadéquation de la planification des formations et l'insuffisance du matériel pédagogique et didactique sont autant de facteurs identifiés comme causes.

Une réévaluation des besoins et des moyens nécessaires ainsi que la conception d'approches innovatrices de formation sont des activités qui s'imposent pour espérer d'atteindre l'objectif fixé.

La dotation en matériel approprié pour l'exécution correcte des tâches va contribuer à créer les conditions d'une bonne prise en charge.

STRATEGIE 1

- Activité 1:** Identifier et exploiter les leçons apprises des études sur l'interaction entre le personnel de santé et les accompagnateurs d'enfants malades dans les structures de santé (Etudes de Makane Kane 1988,1990, Mamadou Sène 1990, Mamadou Sène et Mbaye Diop 1991, Serigne Mbaye Diene 1995¹).
- Activité 2:** Evaluer, avec la participation des différents échelons, les besoins de formation des agents de santé concernés dans les quatre régions cibles².
- Activité 3:** Réactualiser ou élaborer les aspects nutritionnels de la prise en charge des cas de diarrhées et/ou de malnutrition dans les modules de formation de LMD sur la base des résultats de l'évaluation des besoins.
- Activité 4:** Développer et mettre en œuvre un plan de formation "intégrée" LMD/nutrition avec une composante recherche opérationnelle sur une approche innovatrice de formation³. Deux régions appliquant cette approche seront comparées à deux autres appliquant l'approche traditionnelle. L'approche innovatrice se déroulera en un temps réduit de moitié comparé à l'approche classique.
- Activité 5:** Evaluer l'expérience et dégager les enseignements pertinents pour les futures formations.
- Activité 6:** Appliquer les leçons positives dans les régions qui en ont besoin.

¹ Tous ces documents sont disponibles ou peuvent l'être au Centre de Documentation de BASICS.

² Un questionnaire rempli par les agents à former sera exploité à cet effet.

³ Il s'agit d'initier une formation à distance avec la pleine participation des agents à former. Les documents de formation sont remis bien à l'avance à ces derniers avec des objectifs pédagogiques à atteindre à travers une lecture dirigée et l'exécution d'exercices. Les réunions mensuelles de coordination organisées au niveau du chef lieu de district sont les moments privilégiés pour remettre les documents, évaluer la progression de leur utilisation, et la planification des sessions de mises en commun. Cette approche est conçue dans le but de mieux évaluer les besoins de formation, installer un environnement propice à la formation continue et son suivi, et enfin et surtout réduire au minimum le temps d'absence des agents de leur poste de travail.

STRATEGIE 2

- Activité 1:** Evaluer les besoins en équipement de prise en charge nutritionnelle des cas en exploitant les questions appropriées du questionnaire mentionné dans l'activité 2 de la stratégie 1; 1) matériel de démonstration (bols, pots, cuillères), 2) nattes, lits, etc., et 3) documentation: tableau de rappel, algorithmes, etc.
- Activité 2:** Etudier la possibilité de rendre disponibles les ingrédients pour la préparation de lait-huile-sucre ou farine de mil enrichie dans la structure sanitaire.
- Activité 3:** Développer, tester, et produire un guide d'utilisation des équipements et du matériel.
- Activité 4:** Commander et mettre en place les équipements requis dans les structures.
- Activité 5:** Evaluer l'utilisation du matériel (à intégrer dans la supervision).

PROPOS 2 : Encourager et/ou renforcer la continuation à domicile des bonnes pratiques d'alimentation de l'enfant souffrant de diarrhée et/ou de malnutrition.

Objectif : En 1999, 60 pour-cent des mères d'enfants souffrant de diarrhée et/ou de malnutrition dans les zones-tests choisies seront capables d'appliquer à domicile les règles d'une bonne prise en charge nutritionnelle, à savoir: continuer à pratiquer l'allaitement exclusif de l'enfant de moins de cinq mois, et donner ou continuer à donner à l'enfant de cinq mois et plus des aliments suffisamment denses en énergie et riche en autres nutriments essentiels pour les besoins de sevrage. Ces aliments seront donnés en sus de l'allaitement maternel jusqu'à au moins deux ans d'âge.

Les Stratégies:

1. Impliquer les agents des autres ministères, y compris les écoles⁴, des ONG et autres organisations dans la promotion d'une bonne prise en charge nutritionnelle des enfants souffrant de diarrhée.

⁴ L'implication des élèves va s'inspirer des leçons tirées de l'expérience de la Coopération Italienne dans la région de Louga. Une négociation avec les autorités académiques devra se tenir pour initier cette approche.

2. Impliquer des structures et personnes issues de la communauté dans la mise en œuvre des règles d'une bonne prise en charge nutritionnelle des enfants souffrant de diarrhée.

NB : Ces deux stratégies seront progressivement développées sous la forme de tests dans deux régions durant les deux premières années avant d'être étendues sur les deux autres régions.

Bien-fondés des stratégies 1 et 2

Un grand nombre de cas de diarrhée et de malnutrition ne sont pas vus dans les structures de santé. Ceux qui y sont vus ne reviennent pas toujours. Pour atténuer les conséquences néfastes de la diarrhée sur l'état nutritionnel des enfants, il est essentiel qu'une alimentation adéquate y compris l'allaitement maternel soit vigoureusement donnée à l'enfant dans les foyers.

Les agents des autres ministères, particulièrement les enseignants à travers les élèves, peuvent servir de relais aux agents de santé. Leur participation doit être négociée par ces derniers à tous les niveaux.

Ces agents peuvent également être sollicités pour négocier avec des structures communautaires leur participation dans les activités de promotion d'une bonne prise en charge nutritionnelle à domicile.

Pour que l'action entreprise ait un effet durable, il est indispensable d'obtenir, par tous les moyens possibles, la participation de la communauté.

Cette approche requiert une négociation préalable qui peut prendre du temps. C'est la raison pour laquelle l'approche sera testée dans huit communautés au départ avant de l'étendre éventuellement sur cinq autres dans les deux dernières années.

STRATEGIE 1

Activité 1: Identifier et négocier avec les agents des autres ministères présents dans chaque district (y inclus les écoles), des agents des ONG et autres organisations, leur participation dans la mise en œuvre des règles d'une bonne prise en charge nutritionnelle à domicile.

Activité 2: Evaluer leur besoins de formation dans les aspects nutritionnels de la prise en charge des enfants souffrant de diarrhée et/ou de malnutrition par l'application et l'exploitation d'un questionnaire à cet effet.

- Activité 3:** Collaborer à l'élaboration des supports didactiques appropriés pour rendre effective la participation de ces agents.
- Activité 4:** Etablir et exécuter un plan de formation des agents des secteurs autres que la santé, y compris l'équipement en supports didactiques.
- Activité 5:** Etablir et exécuter un plan de suivi de la formation des agents des autres secteurs.

STRATEGIE 2

- Activité 1:** Identifier et négocier avec des responsables d'organisations communautaires (groupements de femmes, associations de jeunes, associations religieuses, etc.) leur participation dans la mise en œuvre du programme sur la lutte contre les maladies diarrhéiques, en particulier les aspects nutritionnels.
- NB: deux structures/région: Total = 8.
- Activité 2:** Evaluer les besoins de formation des responsables des organisations identifiées par questionnaire et interviews.
- Activité 3:** Collaborer à l'élaboration des supports éducatifs appropriés (la participation de ces agents issus de la communauté).
- Activité 4:** Etablir et exécuter un plan de formation et de suivi de la formation y compris la fourniture des équipements requis.
- Activité 5:** Evaluer et dégager les enseignements pertinents de l'expérience après deux ans de mise en œuvre.
- Activité 6:** Etendre, s'il y a lieu, les leçons apprises dans trois autres communautés/district
Total = 51 communautés.

2. Autres volets du programme de nutrition

Introduction:

Outre la contribution à la réalisation des buts du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD), l'objectif même du programme de nutrition est de contribuer à l'atteinte et au maintien d'un bon état nutritionnel chez les enfants âgés de moins de cinq ans et chez les femmes enceintes.

Le premier propos de ce programme est de renforcer les capacités techniques du SANAS et des services régionaux et de districts concernés dans les régions cibles du projet SE/PF en conception, mise en œuvre et évaluation des interventions de nutrition planifiées ou en cours. Le deuxième propos est de promouvoir la surveillance de la croissance des enfants de 0-36 mois et la surveillance de l'état nutritionnel des femmes enceintes couplée avec une éducation nutritionnelle appropriée dans les structures de santé et sociales. Une innovation majeure dans ce propos est l'extension progressive dans ces deux approches au niveau communautaire par la recherche opérationnelle.

Le troisième propos est d'intégrer dans ce programme une campagne nationale pour la promotion de l'allaitement maternel en direction du public, du personnel de santé et des décideurs politiques. Une recherche opérationnelle spécifique sera menée sur la promotion de l'allaitement exclusif.

But du programme de nutrition: atteindre et/ou maintenir un bon état nutritionnel chez les enfants de 6 à 36 mois et chez les femmes enceintes.

PROPOS 1: Renforcement de la capacité technique du SANAS des services régionaux et des districts des régions cibles du projet SE/PF à concevoir, mettre en œuvre et évaluer les activités de nutrition planifiées ou en cours.

Objectif 1: En l'an 1999, 50 pour-cent au moins des agents du SANAS, des régions et districts impliqués dans la conception et la mise en œuvre des programmes intégrés de nutrition, auront les connaissances et compétences requises pour l'exécution correcte de leurs tâches dans ce programme. Les deux stratégies ci-dessous sont proposées à cet effet.

Les Stratégies :

1. Elaborer un plan de formation intégrée des agents concernés aux activités de recherche opérationnelle planifiées.
2. Fournir l'assistance technique et les moyens appropriés au SANAS, régions, et districts pour la conception et l'exécution du plan de formation de cadres.

Bien-fondés des deux stratégies

Avec la politique de décentralisation en cours au Sénégal, le rôle du SANAS et son implication dans la mise en œuvre des programmes sur le terrain doivent évoluer en faisant une plus grande place dans ses activités à la recherche opérationnelle en tant que moyen de générer des solutions pratiques pour résoudre les difficultés que les agents d'exécution rencontrent sur le terrain.

Les résultats modestes des interventions mises en œuvre jusqu'ici, tels que révélés par les évaluations, doivent inciter à une révision fondamentale des approches. Les innovations qui s'imposent doivent faire davantage place à l'écoute et à la prise en compte des besoins des agents à la base qui deviennent ainsi des partenaires actifs dans leur formation.

Ces nouvelles exigences requièrent des agents de conception, tant au niveau central (SANAS) que périphérique (région et district), des connaissances et compétences plus pratiques en même temps d'un niveau supérieur à ce qu'elles sont présentement. Ceci est un préalable et la garantie d'un programme efficace et aux effets positifs durables.

STRATEGIE 1

- Activité 1: Evaluer les besoins en formation des agents du SANAS et de leurs collaborateurs au niveau régional et district sur la base d'un questionnaire et des interviews relatifs à leurs tâches respectives.
- Activité 2: Identifier avec les responsables du SANAS et ceux du terrain les aspects de leurs tâches courantes qui doivent faire l'objet d'une recherche opérationnelle.
- Activité 3: Evaluer les domaines spécifiques de connaissances et de compétences techniques dont les agents ont besoin pour faire face à leurs tâches.
- Activité 4: Etablir et exécuter un plan pluriannuel de formation intégrée à la recherche opérationnelle. Ce plan doit être conçu de telle façon que l'exécution du programme ne soit pas affecté par les absences éventuelles des agents à former.

STRATEGIE 2

- Activité 1: Recruter un nutritionniste pour BASICS, sur la base des exigences de ce présent plan d'action.
- Activité 2: Négocier avec le SANAS, les responsables régionaux, et les districts concernés les activités de la stratégie 1.
- Activité 3: Identifier des sites (universités ou pays) et des spécialistes compétents pour la réalisation du plan de formation des agents du SANAS, des régions, et districts.
- Activité 4: Mobiliser les ressources humaines et financières requises pour l'exécution du plan de formation.

PROPOS 2: Promouvoir les activités de surveillance de la croissance des enfants de 0-36 mois et la surveillance de l'état nutritionnel des femmes enceintes couplées avec l'éducation nutritionnelle appropriée dans les structures sanitaires formelles, publiques et privées ainsi que dans la communauté.

Objectif 1: Augmenter et maintenir à plus de 70 pour-cent la proportion des enfants couverts par les activités de surveillance de la croissance qui prennent régulièrement du poids d'un mois au suivant dans les communautés tests du projet SE/PF.

Les Stratégies:

1. Renforcement des activités de surveillance de la croissance des enfants dans les structures sanitaires formelles publiques et privées.
2. Etudier et développer une méthodologie d'approche de la communauté pour susciter sa participation effective dans la définition, la mise en œuvre, et l'évaluation de la surveillance de la croissance.

Bien-fondés des stratégies

Depuis la fin du programme PPNS, des activités de surveillance de la croissance des enfants ont continué à se dérouler ici ou là sans qu'il soit possible de déterminer avec précision le nombre de structures concernées et la qualité des activités en cours. Toutefois il subsiste une grande confusion héritée du PPNS qui tend à réduire les activités de surveillance de la mécanique de pesées des enfants et néglige la composante éducation nutritionnelle qui donne tout son sens à cette activité. Cette confusion est reflétée également dans la pratique notée au niveau de quelques structures sanitaires où la pesée des enfants est jumelée à la vaccination. Cette pratique-ci non seulement soulève des doutes sur l'exécution correcte de la surveillance telle qu'elle devrait se faire, mais également elle peut faire croire aux mères et au personnel de santé que la surveillance de la croissance s'arrête à 9-12 mois ou bien qu'elle est importante seulement à cet âge. Or c'est surtout entre 12 mois et 36 mois que les problèmes de nutrition chez les enfants sont plus aigus.

Pour restaurer une vraie surveillance de la croissance dans les structures de santé il est indispensable d'évaluer le peu d'activités qui se mènent dans ces structures et de tenir un atelier de réorientation pour bien s'entendre sur le concept et la stratégie de sa mise en œuvre. Une approche de test devra être suivie avant une expansion.

Concernant l'extension des activités de surveillance de la croissance au niveau communautaire, le SANAS a déjà été impliqué dans deux essais dans les régions de Kaolack (Gniby) et de Fatick (Fimela et Tattaguine). D'autres expériences initiées par des ONG dans

la région de Louga (Fondation Bertrand Roussel et Coopération Italienne) et de Kaolack (Plan International) offrent quelques enseignements positifs dans ce domaine. Néanmoins, une évaluation exhaustive des forces et des faiblesses de ces expériences reste à faire. De même, il est indispensable d'étendre progressivement les expériences positives sur une plus grande échelle dans des sites variées pour mieux comprendre et maîtriser la méthodologie d'approche au niveau national.

STRATEGIE 1

- Activité 1: Evaluer les activités de surveillance de la croissance des enfants en cours dans les formations sanitaires publiques et privées dans les quatre régions.
- Activité 2: Tenir un atelier de réorientation des activités de surveillance de la croissance des enfants en mettant l'accent sur comment inclure l'éducation nutritionnelle comme composante essentielle.
- Activité 3: Réviser le module de formation sur la surveillance de la croissance en fonction des besoins identifiés à l'issue de l'atelier.
- Activité 4: Exécuter un plan de formation et d'équipement de deux postes de santé tests par district dans les deux premières années du projet.
- Activité 5: Evaluer et étendre les résultats positifs de cette expérience à d'autres structures prêtes pour cette activité durant les deux dernières années du projet.

STRATEGIE 2

- Activité 1: Recenser les expériences d'implication de la communauté dans la promotion de la nutrition qui existent dans la zone d'opération du projet ou ailleurs.
- Activité 2: Exécuter une évaluation rapide de ces expériences pour tirer tous les enseignements utiles pour une réplique.
- Activité 3: Identifier et sélectionner deux organisations communautaires, de préférence un groupement de promotion féminine avec une auxiliaire de planification familiale, dans un district de chacune des quatre régions des projets: Total=8 groupements.

Activité 4: Négocier la participation de ces organisations à une recherche-action pour le suivi de la croissance des enfants. Les activités inclueront:

- identification commune des problèmes liés à la nutrition des enfants;
- réflexion sur les potentiels solutions;
- formation de deux à trois promotrices désignées par l'organisation;
- supervision technique; et
- évaluation après une année d'exécution.

Activité 5: Développer une méthode de recherche-action pour systématiser l'approche.

Activité 6: Exécuter la recherche-action sur 18 mois avec des études d'évaluation avant et après le test sur le terrain.

Activité 7: Solliciter la participation des agents des autres secteurs dans cette recherche-action pour jeter les bases d'une collaboration intersectorielle durable.

Activité 8: Analyser les résultats de cette recherche opérationnelle.

Activité 9: Elaborer un manuel guide d'orientation pour l'approche de la communauté pour sa participation dans les actions de nutrition.

Activité 10: Etablir et exécuter un plan d'extension sur trois communautés par district, soit un total de 51 communautés.

Objectif 2: Réduire de 50 pour-cent la proportion des enfants nés avec un faible poids à la naissance (<2,5 kg) chez les mères ayant été suivies régulièrement durant la grossesse dans les communautés tests.

Les Stratégies:

1. Renforcement des activités de surveillance et de l'éducation nutritionnelle de la femme enceinte dans les structures formelles de Santé Maternelle et Infantile.
2. Etudier les conditions et méthodes de mise en place de la surveillance et l'éducation nutritionnelle de la femme enceinte au niveau communautaire.

Bien-fondés des stratégies

La consultation prénatale se développe de manière encourageante sur l'ensemble du pays. Une bonne nutrition de la femme enceinte peut effectivement contribuer à un poids satisfaisant du bébé à sa naissance. L'éducation nutritionnelle des femmes enceintes ne semble pas encore faire l'objet d'une activité cohérente et coordonnée au niveau national. Il est nécessaire qu'une collaboration technique entre le SANAS et le service national de SMI s'établisse pour jeter les bases d'un programme d'éducation nutritionnelle et définir les besoins de formation des agents concernés dans ce domaine.

En outre, il ressort du document élaboré par le projet WINS que le SANAS est intéressé d'étendre une telle stratégie au niveau communautaire. Cependant les expériences dans ce domaine ne sont pas répandues au Sénégal. La maîtrise d'une telle approche passe par le développement d'une recherche opérationnelle qui permettra aussi la formation des agents du SANAS, les responsables aux niveaux régional et de district dans ces approches.

STRATEGIE 1

- Activité 1: Négocier l'intégration de la surveillance et de l'éducation nutritionnelle de la femme enceinte dans les prestations prénatales dans les SMI.
- Activité 2: Evaluer les besoins de formation des agents de ces structures en éducation nutritionnelle de la femme enceinte.
- Activité 3: Développer un module de formation en éducation nutritionnelle de la femme enceinte basé sur les besoins identifiés.
- Activité 4: Exécuter un plan de formation, d'équipement, et de suivi des agents et structures concernées.

STRATEGIE 2

- Activité 1: Rassembler et analyser la documentation disponible dans la littérature sur les approches de surveillance communautaire de l'état nutritionnel de la femme enceinte.
- Activité 2: Identifier une communauté dans un district et par région dans les régions ciblées où une organisation de femmes est présente et accepte d'être impliquée: Total = quatre communautés.
- Activité 3: Développer une recherche-action participative pour systématiser l'approche en procédant à la documentation exhaustive du processus.

Activité 4: Evaluer l'expérience au bout de 18 mois et dégager les leçons qui s'imposent.

Activité 5: En cas de succès, préparer et exécuter un plan d'extension dans une communauté au moins dans tous les 17 districts.

PROPOS 3: Initiation d'un programme intégré de promotion de l'allaitement maternel et de bonnes pratiques de sevrage au Sénégal.

Objectif 1: Augmenter de 7% à 10% la proportion des bébés de moins de quatre mois révolus nourris exclusivement au sein dans les quatre régions cibles.

Les Stratégies

1. Instaurer des attitudes et pratiques favorables à une promotion de l'allaitement maternel exclusif dans les maternités et cliniques d'accouchement des quatre régions pour en faire des "amis des bébés"
2. Conduire une étude de faisabilité de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à six mois révolus d'âge du bébé au niveau communautaire.

Bien-fondés des stratégies

Le Sénégal a opté pour une promotion de l'allaitement exclusif du sein durant les 6 premiers mois de la vie du bébé en application des recommandations de l'OMS.

Un rapport sur la situation de l'allaitement maternel au Sénégal (SANAS, Wellstart International, janvier 1995) a indiqué que le personnel de santé joue un rôle considérable dans la prévalence de certaines pratiques négatives des mères qui viennent d'accoucher telles l'administration d'eau sucrée, non administration du colostrum, etc. Les connaissances limitées de ce personnel des bonnes pratiques d'allaitement maternel telles que recommandées par l'OMS semble en être une cause principale.

A moins qu'une réorientation par une formation appropriée ne soit entreprise, la promotion de l'allaitement maternel exclusif restera limitée dans ces structures.

Cependant plus de la moitié (53 pour-cent) pour l'ensemble du Sénégal et 70 pour-cent des femmes en milieu rural accouchent à domicile et la plupart des bébés ne bénéficient pas de visites post-natales.

Des approches pour convaincre et impliquer les communautés dans l'application de cette recommandation ne sont pas présentes dans les documents élaborés en la matière.

L'intégration d'une étude de ce genre dans la stratégie de promotion de la nutrition par la surveillance de l'état nutritionnel des femmes enceintes pourrait révéler d'utiles enseignements dans ce domaine.

STRATEGIE 1

- Activité 1: Faire appliquer l'arrêté interministériel réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel.
- Activité 2: Evaluer le nombre et les besoins de formation des agents de santé et des responsables des structures d'accouchement (maternités et cliniques).
- Activité 3: Etablir un plan de formation et de suivi des agents identifiés dans les maternités et cliniques.

STRATEGIE 2

- Activité 1: Faire le point des expériences de promotion de l'allaitement maternel exclusif rapportées dans la littérature.
- Activité 2: Discuter et négocier avec les groupements de promotion féminine des villages Fimela, Faoye et Dioffior, dans le district de Fatick⁵, leur éventuelle participation dans une étude de l'allaitement exclusif au sein.
- Activité 3: Après accord, sélectionner et former deux à trois promotrices de la nutrition ou de préférence les deux ou trois déjà chargées de la surveillance de la croissance des enfants dans ces villages.
- Activité 4: Recenser les femmes enceintes dans ces villages pour négocier avec elles leur participation à une étude sur l'allaitement exclusif durant les premiers quatre mois après la naissance de l'enfant.

⁵ Ces groupements font partie de l'expérience de surveillance de la croissance des enfants exécutée au niveau de la communauté par les femmes elles-mêmes. Cette expérience, qui marche depuis deux ans, peut servir de base de départ pour cette nouvelle approche.

Activité 5: Après accord, développer un protocole de suivi pré et post-natale avec enregistrement du poids à la naissance et des poids successifs (fréquence de 15 jours) jusqu'à six mois d'âge de l'enfant.

Activité 6: Collecter toutes les informations décrivant les facteurs d'acceptation ou de refus de suivre cette recommandation pendant 18 mois ou jusqu'à l'obtention de 100 cas au moins.

Activité 7: Créer un comité de conception d'un guide pour la promotion de l'allaitement exclusif sur la base d'un partenariat avec les institutions concernées y inclus les groupements de femmes.

Activité 8: Elaborer et tester un guide pour l'implication de la communauté dans la promotion de l'allaitement maternelle exclusif.

Activité 9: Elaborer un plan de formation à l'intention des agents de la santé et des autres secteurs.

Objectif 2: Augmenter de 60 à 80 pour-cent la proportion des enfants de six à neuf mois recevant l'allaitement maternel plus supplément semi-solide ou solide.

La Stratégie: Intégrer les bonnes pratiques de sevrage dans la formation des agents de santé, des autres ministères et des responsables dans la communauté.

Bien-fondé de la stratégie

Les enquêtes ont révélé des pratiques d'introduction tardive d'une alimentation semi-solide et solide pour l'enfant de plus de six mois, en même temps que l'introduction précoce (avant quatre mois) d'aliments solides.

Il est nécessaire d'obtenir une plus grande conscience de l'importance d'une alimentation appropriée à l'âge de l'enfant chez le personnel de santé tout aussi bien que chez les mères.

Activité 1: Evaluer les besoins et développer un curriculum de formation approprié aux niveaux des agents concernés.

Activité 2: Réviser les modules de formation en nutrition et à la LMD pour intégrer les aspects liés à l'allaitement maternel et les bonnes pratiques de sevrage tant pour les agents sur le terrain que pour les écoles de formation.

Activité 3: Incorporer l'allaitement maternel et les bonnes pratiques de sevrage dans la formation des agents.

V. BIBLIOGRAPHIE

Benefice, E.

1981 Dimensions de la Malnutrition au Sénégal-Séminaire sur la Planification
multisectorielle de la nutrition et le développement rural.

Carlier, C. Mouliat-Pelat, J.P., Ceccon, J.F, Mourey, M.S., Ameline, B., Fall, M., Ndiaye,
M., and Amédée-Manesme, O.

1991 Prevalence of Malnutrition and Vitamin A Deficiency in the Diourbel, Fatick,
and Kaolack regions of Senegal: epidemiological study. Am. J. Clin. Nutr.
53:70-3.

EDS-I

1988 Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986. Dakar, Sénégal

EDS-II

1994 Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1992/93. Dakar, Sénégal

Gouvernement du Sénégal/UNICEF.

1993 Analyse de la Situation de l'Enfant et de la Femme au Sénégal. Dakar, Sénégal

McGuire, J.

1990 Memo: Senegal HRD Project - Nutrition.

Ndiaye, Biram

1994 Analyse de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle des Enfants du Sénégal

PRITECH/SANAS

1991 Enquêtes sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques du Personnel de Santé et
des Mères sur l'Allaitement Maternel à Dakar et Banlieue. Dakar, Sénégal.

Rankins, J. Green N. R., Temper, W. Stacewicz-Sapuntzakis, M. Bowen, P. and Ndiaye,
M.

1993 Undernutrition and Vitamin A deficiency in the Department of Linguere,
Louga Region of Senegal. American Journal of Clinical Nutrition, 58:91-7.

SANAS/Wellstart

1995 Situation de l'Allaitement Maternel au Sénégal. Analyse des Pratiques et
Activités de Promotion.

SANAS/UNICEF

1994 Enquête sur la Carence en Vitamine A au Sénégal. Dakar, Sénégal

VI. FIGURE 1

Diagramme Circulaire Integral des Activités du SANAS

