

PA AP...
MA 1985

R A P P O R T D ' E V A L U A T I O N
SUR LE SEMINAIRE
CRS/SENEGAL TITRE II
Tenu à l'Hôtel SAVANA
du 22 au 24 Avril 1985

auteurs. MBaye DIENE
 Judy GILMORE
 Joyce KING
 Vara L. LAFOY
 Harrison STUBBS

Novembre 1985

17

REMERCIEMENTS

Etant donné que la réussite du séminaire était précisément fonction de la participation pleine et entière de ses membres, les médecins-chefs sénégalais, les coordinateurs et directeurs de centre, le personnel du SANAS, les responsables du CRS et de l'USAID, je remercie sincèrement toutes ces personnes qui ont travaillé ardemment avant et pendant le séminaire et qui lui ont consacré quelque temps de leur calendrier de travail si chargé.

Toutefois, je ne saurais terminer sans remercier particulièrement:

- le groupe important constitué par Françoise Pilon et Sérigne Diène qui a travaillé avec Joyce King à la préparation de ce séminaire;

- Harrisson Stubbs pour son assistance et son soutien technique;

- Judy Gilmore qui a apporté son assistance à l'élaboration dès son initiation et a aidé à placer ses conclusions dans un contexte plus important;

- Mamadou Kane, Anna Bathily, et Cynde Robinson qui ont facilité le travail lors du séminaire.

- Christine Farhat qui, à elle seule, a pris toutes les dispositions nécessaires à la logistique, à l'information, à l'assistance financière et aux travaux de secrétariat ainsi qu'à la confection du présent rapport.

- Notamment, Joyce King pour son énergie sans faille, son enthousiasme et sa diplomatie, qui n'ont pas fait défaut tout au long de l'évaluation, de la conception de ce séminaire à son organisation couronnée de succès.

Vara L. LaFoy

2

TABLE DES MATIERES

1. BREF APERCU
2. SOMMAIRE DE L'ATELIER
 - 2.1. Historique
 - 2.2. Travail Préparatoire
 - 2.3. Déroulement de l'Atelier
3. SYNTHESE DE L'ATELIER
 - 3.1. Séance Plénière
 - 3.1.1. Allocutions de Bienvenue
 - 3.1.2. Présentations des Profils des Organisations Intéressées
 - 3.1.3. Discussions des objectifs du Programme PPNS
 - 3.1.4. Discussions des conclusions et recommandations de l'Evaluation
 - 3.1.5. Consensus sur les questions principales à étudier dans les sous-groupes
 - 3.2. Sous-groupes: Discussions et Recommandations
 - 3.2.1. Ciblage
 - 3.2.2. Education, Formation et Motivation
 - 3.2.3. Administration - Supervision, Coordination, Gestion
 - 3.3. Clôture
 - 3.3.1. Discussion et Approbation des Plans d'Action
 - 3.3.2. Mise en place d'un Comité de suivi
4. EVALUATION DU SEMINAIRE

ANNEXES

1. Ordre du jour
2. Liste des participants
3. Méthode de travail
4. Evaluation du Sénégal dans le contexte par Gilmore
5. Liste des sujets et des participants des sous-groupes
6. Contrat entre le GRS et le CRS

1. RESUME SUCCINT

Le séminaire organisé à Dakar du 22 au 24 avril 1985 sur le programme de protection nutritionnelle et sanitaire du Sénégal auquel le Catholic Relief Service (CRS) apporte des denrées du Titre II et assure une surveillance de la croissance constitue la dernière phase d'une évaluation qui a démarré en mai 1982. A cette époque, une équipe conjointe d'évaluation composée d'une équipe de consultants financée par l'AID regroupant des représentants de l'USAID/Dakar, du SANAS et du CRS, a initié un processus qui a culminé avec des études intensives sur l'impact et la situation sur le terrain. Les conclusions de ces études conjointes ont révélé les avantages retirés par les enfants du programme situés dans les groupes d'âge vulnérables et les mères participantes. Ces conclusions ont également montré les domaines ayant besoin d'être aménagés en priorité.

Ces domaines ont constitué les sujets des sous-groupes au cours du séminaire de trois jours à l'hôtel Savana qui a regroupé 14 représentants du SANAS, du CRS, de l'USAID, de l'AID/Siège, de l'équipe d'évaluation et de 14 agents de terrain, y compris les médecins-chefs de chaque région et des coordinateurs ainsi que des directeurs de centre. Il s'agissait essentiellement de se mettre d'accord sur des recommandations et des plans d'action réalistes à soumettre aux décideurs.

Il y avait notamment les recommandations et les accords suivants:

- Une meilleure coordination entre le SANAS et le CRS est souhaitable et devrait s'effectuer par des réunions et des concertations mensuelles s'il se pose des problèmes.

- Le respect par le CRS de la procédure administrative du MSP est souhaitable tant qu'il n'affecte pas la bonne exécution des opérations; les détails portant sur l'exécution des différents types de correspondance sont en train d'être arrêtés.

- Le CRS et le SANAS devront co-gérer l'utilisation de contributions des mères (d'une façon à définir) jusqu'à ce que les comités des mères puissent prendre en charge cette gestion au niveau de chaque centre.

- Les mères devront être formées à la tâche ci-dessus dans les meilleurs délais et à d'autres activités du centre (par exemple, la pesée).

En outre un programme minimal précis d'éducation sanitaire et nutritionnelle pour les mères sera systématiquement fourni par le personnel du centre (qui sera auparavant formé pour cela).

- Un programme pour tous les formateurs de formateurs et les formateurs devra comporter les volets santé et nutrition du PPNS ainsi que les volets supervision, gestion du temps et statistiques.

- Les médecins-chefs et les coordinateurs régionaux seront formés au niveau national, alors que les coordinateurs départementaux et le personnel du centre seront formés au niveau régional.

- La motivation au niveau du centre doit être assurée par des primes de formation pour le personnel et des visites de centres-modèles pour les mères et par la mise en oeuvre d'activités génératrices de revenus pour les mères.

- Le programme visera les femmes enceintes et les mères allaitant ainsi que les enfants de moins de quatre ans, et il ne sera permis qu'un seul cycle dans ces zones où les familles attendent d'entrer dans le programme.

- A la suite des essais visant à déterminer les effets négatifs sur l'assiduité, il ne sera distribué par famille qu'une seule ration.

- Un système permanent d'évaluation sera institué et la convention actuelle révisée au besoin.

Il a été convenu lors de la dernière séance plénière qu'un comité de suivi devrait être mis en place pour affiner les recommandations et les présenter aux décideurs des organismes intéressés.

2. RESUME DU SEMINAIRE

2.1. HISTORIQUE

Dans le cadre du programme d'assistance alimentaire du PL-480 Titre II, des vivres d'une valeur de 10.000.000 dollars environ (4.500.000.000 CFA) sont distribués chaque année à plus de 200.000 enfants et mères du Sénégal avec l'assistance du Secours Catholique. Cette distribution de vivres se fait en collaboration avec plus de 400 centres dont la plupart sont des dispensaires gérés par le ministère de la Santé publique du Sénégal.

Dans le cadre de sa gestion actuelle des programmes du PL-480, le Bureau d'Evaluation de l'Alimentation pour la Paix et du Bureau de Nutrition de l'Agence pour le Développement International/Washington procèdent à des évaluations de ses programmes de distributions de vivres du Titre II dans les différents pays. Par conséquent, à la demande de l'USAID/Sénégal, ce bureau a convenu d'organiser cette évaluation dans le cadre de son étude globale des projets de santé et de nutrition. En outre, le Service de nutrition du ministère de la Santé - SANAS - (Service de l'Alimentation et de la Nutrition appliquée au Sénégal) avait prévu sa propre évaluation du PPNS (programme de Protection nutritionnelle et sanitaire - Groupes Vulnérables).

Il a été mis sur pied un comité conjoint d'évaluation se composant de l'équipe d'évaluation de l'AID/Washington et de représentants de l'USAID/Dakar, du SANAS et du CRS. Il s'agissait pour ce comité de voir si les objectifs du programme ont été atteints en déterminant l'utilité de la conception du programme et en étudiant l'impact effectif ou prévu sur les enfants du pays. En se fondant sur ces résultats, le comité devait faire des recommandations nécessaires à l'amélioration du fonctionnement du programme.

Le groupe a conçu l'évaluation en trois phases consistant en une conception de l'évaluation, collecte des données et analyses et un séminaire pour discuter les conclusions de l'évaluation, faire des recommandations et élaborer un plan d'action viable basé sur ces conclusions.

Au cours de la conception de l'évaluation, l'équipe d'évaluation de l'AID/Washington a visité 17 centres d'alimentation au Sénégal en mai 1982. L'équipe d'évaluation a également eu des entretiens portant sur la conception et les objectifs de l'évaluation avec le CRS, l'USAID/Dakar, le SANAS et l'ORANA.

La collecte de données et l'analyse comportaient les quatre volets suivants :

- une étude des mères participantes et non participantes effectuée par le CRS et le Center for Disease Control (CDC) au Sine Saloum,

- une analyse des données de la fiche de référence recueillies par le CRS au niveau de tous les 457 centres d'alimentation,

- une analyse des données de la croissance de plus de 6.000 enfants à partir de registres de 20 centres choisis au hasard, et

- des analyses des résultats obtenus au niveau des trois activités sur le terrain.

Des données ont été rassemblées au Sénégal selon les spécifications de l'équipe chargée de la conception et envoyées à l'AID/Washington pour préparation et analyse préliminaire aux Etats-Unis. L'équipe d'évaluation est revenue au Sénégal en mai 1983 pour présenter aux fins de discussion ses conclusions préliminaires au CRS, à l'USAID/Sénégal, au SANAS et à l'ORANA et pour poursuivre l'analyse au Sénégal. Les divers participants ont à l'époque avancé des propositions en ce qui concerne les autres analyses qui devaient être effectuées aux Etats-Unis. Dans le même temps il y a eu également une étude sur le terrain menée par les membres de tous les groupes en vue d'apporter des informations complémentaires permettant d'aborder les problèmes relatifs aux autres aspects du programme tels que l'éducation, la gestion, la supervision et la formation.

Après les dernières analyses et la révision du document d'évaluation consécutives à son examen par l'AID/Washington et d'autres autorités compétentes, il a été remis au SANAS, au CRS et à l'USAID/Sénégal à la fin de 1984. Ce document et, notamment, ses conclusions et ses recommandations ont fourni les raisons à la base de la sélection des questions discutées lors de ce séminaire.

2.2. Travail Préparatoire

Dans le cadre de la préparation de l'atelier, l'AID avait envoyé en janvier 1985, un membre de l'équipe d'évaluation pour travailler avec l'USAID sur les dispositions préliminaires à prendre avec les organisations dakaroises concernées à savoir le CRS, l'USAID, le SANAS. Les représentants choisirent le 22 avril 1985 comme la date la plus rapprochée et qui convenait le mieux à toutes les parties. Ils précisèrent que l'objectif à atteindre était d'arriver à un consensus sur les améliorations pratiques à apporter au programme et convinrent d'un programme de travail de trois jours et de méthodes de travail qui feraient appel à des animateurs et mettraient l'accent sur le travail en sous-groupe pour débattre des problèmes prioritaires. Les organisations concernées acceptèrent que toutes les régions fussent représentées par leur médecin-chef et que deux coordinateurs et directeurs de centre soient aussi choisis. Seraient également représentés à cet atelier le service médical régional du CRS et le Bureau d'évaluation de l'AID/Washington. Des membres de l'équipe d'évaluation seraient présents et un représentant de l'ORANA serait aussi invité.

A cette même occasion, certains problèmes-clés avaient été relevés du rapport d'évaluation et l'USAID avait envoyé au CRS et au SANAS un document pour étude et comme base des discussions devant précéder l'atelier. Le SANAS avait envoyé aux personnels de terrain désignés un résumé détaillé de l'évaluation.

Au cours de la semaine qui avait précédé l'atelier, un comité préparatoire composé des principaux membres des organismes participants, des membres de l'équipe d'évaluation et des trois facilitateurs s'étaient réunis et entendus sur le rôle des facilitateurs, les méthodes de travail et le traitement du programme de travail modifié. Ils s'étaient également entendus sur les objectifs de l'atelier qui étaient: le consensus de tous les participants sur les conclusions et recommandations de l'évaluation et la proposition d'un plan d'action basé sur les principales recommandations. Ils précisèrent que le travail devait aboutir à un document concis qui ferait la synthèse des recommandations faisables et du plan d'action à soumettre aux décideurs.

2.3. L'atelier s'est déroulé du 22 au 24 avril 1985 à l'hôtel Savana de Dakar (Voir Annexe 1). La première journée qui était une session plénière avait été consacrée à l'accueil des participants (voir liste des participants dans Annexe 2), à l'explication des méthodes de travail (voir Annexe 3) et à la définition des principales questions à examiner. Chacune des organisations concernées fit une description sommaire de sa propre vision du programme y compris ses structures, ses objectifs et ses relations par rapport au programme PPNS et aux politiques sanitaires et nutritionnelles du gouvernement. Les problèmes soulevés dans le rapport d'évaluation furent aussi débattus. Il y eut un consensus sur les principaux problèmes à examiner pendant le reste du séminaire.

Ensuite l'ensemble des participants furent répartis en trois petits groupes comme suit:

- Groupe 1: Ciblage
- Groupe 2: Education des mères, formation et incitations des personnels des centres, renforcement des volets techniques et soutien aux activités communautaires
- Groupe 3: Administration, gestion, supervision, coordination et évaluation.

Des recommandations furent formulées et des plans d'action mis sur pied. Ils furent discutés et adoptés par la session plénière au cours de la dernière journée.

Le séminaire conclut ses travaux en formulant des propositions axées sur le travail de suivi à mener. Un comité fut mis en place. Il était composé des représentants de toutes les organisations concernées, des personnels sanitaires de terrain ainsi que des coordinateurs régionaux en vue de l'examen et de la mise en oeuvre des plans d'action au nom du groupe. Il fut convenu qu'il pourrait s'avérer nécessaire de réviser les termes de l'accord régissant le programme PPNS conformément aux nouvelles orientations proposées pour le programme. Enfin, il fut aussi convenu que les membres du Comité Préparatoire rédige le rapport issu du séminaire.

3. SYNTHESE DE L'ATELIER

3.1. Sessions Plénières

3.1.1. Discours de Bienvenue

Les divers dirigeants des organisations ayant des rapports avec le Programme PPNS souhaitèrent la bienvenue aux participants en les exhortant à travailler au cours du séminaire avec le même esprit et la même ouverture qui ont caractérisé leur travail jusque là notamment dans la collecte des données, le travail de terrain et la préparation de l'atelier. Les divers représentants invitèrent leurs membres à faire de leur mieux afin d'arriver à des recommandations correctes pouvant faire l'objet de mesures à prendre par les décideurs.

3.1.2. Profils des Organisations Participantes

Les représentants du SANAS, des régions médicales, du CRS et de l'USAID donnèrent une brève description de la situation administrative de leur organisation, de leur mission globale, leur rôle dans le programme PPNS et des formes de relations qui existent entre elles en dehors du programme PPNS. Le CRS fit également un exposé sur les activités en cours du programme en faisant état de l'existence de 430 centres qui touchent environ 230.000 bénéficiaires (124.000 enfants et 106.000 mères) et en indiquant que ces centres existent dans toutes les régions du Sénégal avec une certaine concentration à St. Louis, Ziguinchor et Kolda et qu' environ 10,9% d'enfants de moins de cinq ans étaient impliqués dans le programme. Vous trouverez dans l'Annexe 4 la liste des rapports présentés au cours des sessions plénières. Vous trouverez également dans l'Annexe 7 les termes du contrat régissant le programme PPNS et signé par le gouvernement du Sénégal et le CRS en janvier 1973.

3.1.3. Discussion des Objectifs du Programme PPNS

Les organismes participants exprimèrent leurs vues sur ce que devraient être les objectifs du programme:

- Le SANAS fit remarquer que le PPNS constitue son principal agent d'exécution en matière de surveillance nutritionnelle, et fit état des objectifs énoncés dans le Septième Plan National de Développement:

* Surveillance de la croissance de 50% des enfants de moins de cinq ans (estimés à 500.000 environ).

* Réduction de 50% du taux de malnutrition aiguë chez les enfants participants.

- Le CRS déclara que son objectif était:

* Une meilleure utilisation des ressources disponibles en vue d'améliorer l'état nutritionnel des enfants âgés de 0 à 5 ans vivant dans des milieux déshérités sélectionnés jusqu'à la réalisation de cet objectif (et/ou jusqu'à ce que les autorités locales soient en mesure de poursuivre le travail) par:

- 1) une surveillance régulière de l'état nutritionnel de l'enfant.
- 2) une plus grande disponibilité alimentaire à travers une assistance économique (aliments, médicaments, etc.) et d'autres ressources afin d'améliorer et de stimuler la production locale.
- 3) l'éducation nutritionnelle, sanitaire et générale des mères.

- L'USAID fit remarquer que les principaux objectifs étaient:

* d'assurer à l'enfant une bonne nutrition grâce à une amélioration appropriée, une surveillance régulière, à l'éducation et les diverses activités des centres;

* de porter une plus grande attention aux besoins sanitaires et nutritionnels de l'enfant (qui devraient comprendre la participation aux programmes connexes notamment la réhydratation par voie orale et les vaccinations);

* d'éduquer les mères/femmes dans le domaine de la santé et de la nutrition et leur permettre d'entreprendre des activités communautaires. Ce qui est sans doute le plus important à long terme.

Objectifs du Programme PPNS

L'ensemble des participants ont soulevé un certain nombre de problèmes liés à la définition des objectifs du programme y compris: les contraintes financières et de main d'oeuvre; les insuffisances en matière de formation et de coordination; les décisions à prendre concernant le ciblage, la décentralisation, la restauration du volet sanitaire et l'intégration du PPNS dans la politique sanitaire; l'élaboration de messages éducatifs uniformes et l'exploration d'idées et de moyens destinés à motiver les participants et les personnels des centres.

Les objectifs sur lesquels le séminaire s'est entendu pour le programme PPNS sont:

- l'amélioration de l'état nutritionnel et sanitaire des groupes vulnérables par une meilleure gestion du programme et par l'éducation des mères et la formation du personnel.

3.1.4. Discussion des Conclusions et Recommandations de l'Évaluation

Le représentant de l'AID/Washington dégagait le sens de l'évaluation PPNS/CRS menée au Sénégal de même que ses principales conclusions et recommandations (voir texte complet dans l'Annexe 5). Elle précisa que l'évaluation combinait deux types appropriés d'information: des bases de données riches et des analyses rigoureuses comme moyen d'étudier l'état nutritionnel de l'enfant sénégalais et l'impact de la participation au programme sur l'état nutritionnel et la mortalité; et une étude sur le terrain des volets et activités du programme. Il a été également souligné l'existence d'un système de comparaison des participants et non-participants concernant l'état nutritionnel de l'enfant et les connaissances de la mère, chose unique dans des évaluations de ce genre. Ensuite les conclusions de l'évaluation furent ainsi résumées.

Impact:

1. Concernant les enfants des groupes d'âge les plus vulnérables c'est-à-dire entre six mois et trois ans, on a noté que les enfants qui avaient participé au programme pendant des périodes de temps plus longues étaient dans un état nutritionnel meilleur que ceux qui avaient fait moins de temps dans le programme. Chose plus significative encore, les taux de mortalité avaient tendance à être plus faibles pour les enfants participants que pour les non-participants.

2. La diarrhée constitue un sérieux problème (qui affecte 50% des enfants du Sénégal selon les estimations faites deux semaines avant l'enquête). Elle se rencontre chez tous les enfants, qu'ils soient impliqués ou non dans le programme.

3. Les mères impliquées dans le programme utilisent des services sanitaires et suivent des mesures sanitaires dans une plus large mesure que les mères non-participantes.

Observations et Critiques Formulées

1. Les responsabilités et rôles des parties impliquées dans le programme ne sont pas très bien compris.

2. Le ciblage des bénéficiaires est nécessaire si l'on veut toucher davantage d'individus surtout compte tenu du fait qu'il y a des mères qui attendent de pouvoir participer.

3. Le personnel est surchargé de travail et ne dispose pas d'assez de temps et/ou n'est pas assez motivé pour mener correctement les activités.

Les recommandations formulées par l'équipe d'évaluation quant aux problèmes prioritaires devant faire l'objet d'une grande attention pendant l'atelier avaient été les suivants:

- le ciblage;
- l'éducation des mères et la formation du personnel;
- l'administration, la supervision, la coordination et la gestion.

3.1.5. Consensus sur les principaux problèmes à étudier en sous-groupe:

Les domaines d'étude recommandés par l'équipe d'évaluation ont été discutés et fait l'objet d'un accord de la part de tous les participants sous la forme modifiée énoncée ci-après:

1. le ciblage
2. éducation des mères; formation et motivation du personnel; mise en oeuvre des volets techniques; soutien aux initiatives locales en matière de développement

3. administration, supervision, coordination, gestion, système d'évaluation, soutien aux initiatives locales en matière de développement.

La représentation des organisations participantes étaient effective dans chacun des trois groupes. Voir composition des sous-groupes dans Annexe 6.

3.2. Sous-groupes Discussion et Recommandations

3.2.1. Ciblage: Sous-groupe I

Méthodes: Le sous-groupe a tout d'abord défini ses objectifs, fixé les résultats envisagés, établi les critères de réussite et élaboré un plan d'action. Ce plan d'action a arrêté une méthode d'exécution et un calendrier pour chacun des objectifs avec une étude des contraintes et les moyens permettant de les lever. Enfin, le groupe a procédé à un réexamen de son travail en relevant les points forts et les points faibles de l'exécution de ses tâches.

Objectifs: Les trois objectifs suivants ont été définis:

- Identifier les principaux volets du ciblage et faire des recommandations sur chacun d'eux;
- Elaborer un plan d'action visant à l'exécution de ces recommandations; et
- Proposer un système qui permettrait une adaptation continue du programme à l'évolution de la situation.

Six éléments importants du ciblage ont été proposés. Ce sont:

- la géographie
- les caractéristiques des bénéficiaires
- le temps passé dans le programme
- le niveau socio-économique
- l'état sanitaire/nutritionnel
- les variations saisonnières.

Géographie

Il a été décidé, conformément à la politique nationale en matière de santé, d'établir le programme PPNS dans toutes les régions du pays, de le renforcer dans la mesure du possible, notamment en ce qui concerne les volets santé/éducation, surveillance de la croissance et initiatives locales. Le volet distribution alimentaire serait toutefois concentré dans les zones où les besoins se font le plus sentir en raison des problèmes de logistique et de coûts, mais également pour réduire la dépendance alimentaire, et encourager à long terme les projets de production locale.

Caractéristiques des bénéficiaires

Il a été convenu que le groupe le plus vulnérable comprend:

- les femmes pendant les six derniers mois de grossesse;
- les mères pendant les cinq premiers mois de l'allaitement;
- et les enfants âgés de 6 mois à quatre ans.

Dans son organisation actuelle, le programme touche les enfants de zéro à cinq ans mais ne comprend pas les femmes en état de grossesse ou allaitant en tant que population cible. Des recherches récentes sur les relations existant entre la nutrition et les soins prénatals et le poids approprié à la naissance et le bien-être futur de l'enfant montrent qu'il est important d'introduire les femmes en état de grossesse dans le programme. En ce qui concerne les mères allaitant, il est unanimement reconnu que l'on doit encourager l'allaitement au sein pendant les cinq premiers mois de la vie. Par conséquent, l'enfant n'a pas droit à une ration avant l'âge de 6 mois, bien que l'on puisse introduire des aliments solides à partir de 3 mois. S'agissant de la période où les enfants sont plus vulnérables, il ressort des données fournies par l'évaluation au Sénégal et d'autres études que la période de sevrage, de six mois à trois/trois ans et demi est celle où l'on est le plus exposé à la malnutrition, la morbidité et la mortalité. Etant donné la méthode de conservation des statistiques sanitaires au Sénégal, le groupe a accepté la participation des enfants de six mois à quatre ans.

Contrairement à la tendance consistant à donner deux et même trois rations par famille, une seule ration serait maintenant allouée par ménage. Avant de mettre cette nouvelle méthode en oeuvre, le volume de la ration devrait être soigneusement étudié, compte tenu de l'objectif du programme et des incidences sur la fréquence des présences.

Temps passé dans le programme

En vue d'accroître la portée du programme, le groupe a suggéré que, dans les zones où des familles attendent pour entrer dans le programme, les familles restent dans le programme seulement pendant une période donnée, à savoir, de la fin du troisième mois de grossesse jusqu'au moment où l'enfant aura quatre ans. On pensait que ce temps passé dans le programme suffisait à donner aux mères l'éducation qui constitue l'objectif essentiel du PPNS. Toute famille s'inscrivant après la naissance d'un bébé peut rester dans le programme avec un deuxième enfant pour tirer le maximum de profit du volet éducation. Cette politique ne peut être introduite que si les mères ont réellement compris les raisons de ce changement.

Niveau Socio-économique

Etant donné les infrastructures actuellement disponibles au PPNS, il est très difficile d'identifier les centres des zones déshéritées du pays où il n'existe pas de dispensaires. Le groupe a accepté les conclusions de l'évaluation selon lesquelles les villages non dotés de centre PPNS étaient plus déshérités que les villages ayant un centre PPNS et recevant une attention particulière, mais ne pouvait se mettre d'accord sur les critères de sélection ou sur la manière dont le ciblage pouvait être effectivement exécuté sur le terrain.

Etat Sanitaire/Nutritionnel

Les participants dans le programme qui sont particulièrement vulnérables, à savoir les enfants de faible poids à la naissance et autres enfants souffrant de malnutrition aigue, les jumeaux, les mères ayant des problèmes pathologiques lors des grossesses antécédentes, doivent faire l'objet d'une attention particulière. Certes, il ne sera pas tenu compte de l'état nutritionnel et sanitaire pour cibler les bénéficiaires, mais il est important pour déterminer le traitement le plus approprié. A cet égard, on a estimé, compte tenu des conditions épidémiologiques prévalant au Sénégal, qu'on devrait à tout prix poursuivre la prévention anti-parasite et anti-paludique.

Variations Saisonnieres

Si l'on en juge par les données fournies par le système de surveillance de la croissance, il est manifeste que certaines périodes de l'année telles que les semailles, qui vont de juin à septembre, et les mois précédant les récoltes (septembre à novembre), sont les plus critiques. Malgré les contraintes logistiques et administratives, il était convenu que l'éducation, les compléments alimentaires et les soins de santé devaient être renforcés au cours de ces périodes.

Conclusions

Il devra être créé une capacité permanente d'évaluation permettant au programme de s'adapter à l'évolution de la situation, telle que la disponibilité des ressources, le niveau d'instruction/formation des mères, le degré d'auto-gestion des centres et le ciblage géographique. En ce qui concerne ce dernier, toute réduction de la quantité de vivres doit être échelonnée.

Le groupe a proposé que l'accord entre le Gouvernement du Sénégal et le CRS soit révisé pour refléter les recommandations du séminaire.

Le plan d'action élaboré par le groupe est inclus dans la figure 3.2.1.

ANTES PALES PAGE	RECOM- MANDA- TIONS	COMMENT LE FAIRE	QUAND LE FAIRE	PAR QUI	RESSOURCE (MATERIEL, FINAN- CIER ET HUMAIN)	COMMENTAIRES/CONSTRAINTES
<u>rée famille e programme</u>	<ul style="list-style-type: none"> - en respectant la ca- tégorisation faite - un bénéficiaire/famille pendant la durée de prise en charge - remplacement du sortant par un nouveau en cas de nécessité 	Dès accord des partenaires	MSP + CRS	Etat, CRS comunauté (autoprise en charge)	<ul style="list-style-type: none"> - famille qui rejoint le programme après naissance de l'enfant peut continuer avec l'enfant suivant - Information, Sensibili- sation, Education 	
<u>ofit Sanitaire et ionnelle</u>	<ul style="list-style-type: none"> - accorder attention particulière (dans l'inscription et surveillance intensive) à ce groupe à haut risque. - adapter les interven- tions sanitaires en fonction 	Dès maintenant	Responsable du centre + Médecins-chefs	MSP, CRS, autres partenai- res, communauté (volets techni- ques)	<ul style="list-style-type: none"> - le profit sanitaire n'intervient pas dans la limitation des bénéficiaires - Maintenir à tout prix de parasitage + chloroquinisation 	
<u>cteurs saisonniers</u>	Intensifier interventions telles: Education, aide alimentaire, soins santé	Dès maintenant	Responsables de centres CRS, USAID + autres partenaires	MSP+CRS+USAID + autres parte- naires	Problèmes logistiques et administratifs	

26

Conclusion

1. En fonction des résultats de l'évaluation permanente le programme doit pouvoir s'adapter à l'évolution/situation.

- Ressources disponibles
- Niveau d'éducation/formation des mères
- Auto-prise en charge
- Ciblage géographique

2. Groupe recommande une révision convention pour prendre en compte des propositions faites.

3.2.2. Education, Motivation et Formation: Activité du Sous-Groupe

Méthodes: Le sous-groupe a d'abord fixé les objectifs, les résultats attendus, les critères de réussite et la stratégie pour les domaines à couvrir qui ont été définis par les participants au séminaire. Le groupe a ensuite élaboré un plan d'action qui pour chaque objectif défini a essayé de répondre aux problèmes posés par la mise en oeuvre que faudra-t-il faire, quand, par qui, avec quoi et quelles sont les contraintes?

Objectifs et Recommandations: L'assemblée plénière a défini les domaines suivants pour le sous-groupe:

- Education des mères
- Formation et motivation du personnel
- Exécution des volets techniques, et
- Soutien aux initiatives locales de développement.

A ces domaines, le sous-groupe a ajouté:

- La motivation des mères.

L'objet général ou central a été identifié comme étant l'éducation des mères. Il a été convenu que les mères devraient recevoir une éducation comprenant notamment ce qui suit:

- Préparation et administration de solution de RTO;
- Mesures prophylactiques contre les maladies infectieuses (paludisme, programme de vaccinations, parasitose, etc.);
- Une bonne alimentation des enfants dès le plus jeune âge;
- Comment assurer la surveillance de la croissance;
- Gestion des distributions de vivres et contributions des mères, et
- Une bonne connaissance des différents volets du programme PPNS.

Il a été proposé que les pré-tests seraient nécessaires pour la détermination du niveau des connaissances des communautés et que les mères devraient participer à l'élaboration des thèmes sanitaires.

La formation serait assurée par le personnel des centres bien formé. Le programme serait couvert deux fois par an pour les mères et renforcé par des causeries dans les centres, les villages et les moyens d'information.

En outre, pour assurer une meilleure éducation des mères, il a été convenu que les hommes devraient être informés de l'importance du programme par des messages à travers les moyens d'information, les réunions sous la direction ou avec la participation du personnel médical, des coordinateurs, du personnel des centres et des autorités locales.

Les objectifs en matière de formation seront essentiellement assurés par des séminaires pour les médecins-chefs et les coordinateurs au niveau national; ils formeront à leur tour le personnel des centres au niveau régional; et le personnel des centres formera les mères dans les centres.

Le contenu de la formation a été défini pour les différents niveaux comme suit:

- Tous les médecins-chefs devront suivre un enseignement sur le volet technique du PPNS dans le cadre de séminaires de cinq jours à Dakar, et par la suite, être tenus informés régulièrement par le SANAS et le CRS. La formation sera assurée par le MSP et des organismes internationaux.

- Tous les coordinateurs régionaux devront apprendre à former les directeurs de centre en gestion, statistique, nutrition et éducation sanitaire par le biais de séminaires de cinq jours au niveau national.

- Tous les coordinateurs départementaux devront être formés aux techniques de gestion, à l'enseignement des techniques avec du matériel audio-visuel, à la gestion des ressources au cours de séminaires régionaux de sept jours par les médecins-chefs et les coordinateurs régionaux formés. Des cours de recyclage seront également dispensés et les visites de supervision serviront de formation sur le tas.

- Tous les directeurs de centre devront recevoir la même formation que les coordinateurs départementaux.

Les objectifs en matière de motivation s'adressaient à la fois aux mères et au personnel des centres.

Il a été convenu que les mères devraient participer de plus en plus à la gestion des fonds du centre. Une telle responsabilité en matière de co-gestion devra d'abord être arrêtée et communiquée officiellement sous forme de note de service par le ministre de la Santé publique.

Les mères devront également participer aux autres activités des centres. Il faudra auparavant aider le personnel des centres à comprendre le fond et l'objectif de ces modifications.

Il faudra encourager la participation des mères à des petits projets générateurs de revenus au niveau des centres et des comités locaux des mères, aidés par le personnel local qualifié et d'autres capables de trouver les ressources financières nécessaires et/ou de fournir les intrants techniques.

Il faudra également donner aux mères l'occasion de voir des centres-modèles à l'intérieur et à l'extérieur de la région qui seraient identifiées par les médecins-chefs.

Il faudra également encourager le personnel des centres par des possibilités de programmes spéciaux de formation sur place et à l'étranger. Pour obtenir une meilleure gestion du temps dans le centre, il a été proposé de séparer les distributions de vivres des causeries et des démonstrations. Ainsi, les mères recevront un bon à la suite de leur participation aux activités de cette journée et recevront les vivres le lendemain. Les mères seraient chargées de la distribution des vivres.

Le personnel du centre devra bénéficier sur un pied d'égalité aux primes attribuées aux autres agents du CRS/PPNS pour le travail supplémentaire effectué dans le cadre du programme PPNS.

Il a été convenu qu'un protocole d'évaluation contenant les indicateurs appropriés devra être élaboré par les coordinateurs nationaux avant la mise en oeuvre des activités restructurées des centres.

EDUCATION, FORMATION ET MOTIVATION

PLAN D'ACTION

ACTIVITES	QUE FAIRE?	QUAND	OU	COMMENT	PAR QUI	AVEC QUOI	COMMENTAIRES
<u>Education des Mères</u>	A. Former les mères aux techniques de:	Dès inscrip. et de façon permanente	Centre/ quartier/ villages	Sessions formation renforcées par info véhiculées par médias + prétest	Chef centre (+pers. local qualifié)	Supp.pedag.; Ress. financ.	Réalisable si disponibilité financière
	- préparation et adm. (solution RVO); - prévention maladies infectieuses (paludisme et parasitoses intestinale, etc...); - conduite rationnelle de l'alimentation de la mère enfance la pesée; la gestion des vivres - identification des différents volets du programme	1986: dès recentrage du programme PPNS; Avant ouverture de nouveau centre		2 fois/cycle renf. par causeries et médias			
	B. Sensibilisation des hommes	- Oct. 1985 anciens centres	quartier/ village/ au CR	réunion-messages radios-notables-élus locaux- autorités adm.	Méd. CM/CS et staff	Moyens logis. (véh+carbu)	Contraintes: disponibilité personnel - access. des zones - contraintes linguis.
<u>Formation du Personnel</u>							
Médecins	- Faire connaître le contenu des différents volets du programme	Jan. 86	niveau central (HS)	Séminaire 5 jours	MSP+ONG Enseignants compétents	Support pédagogique; Ressources financières	Obstacles: - recruter enseignants - ress. financières? ONG
Coordonnateurs Régionaux	- Assurer formation des Resp.de centres; - les former en gestion, nutrition + statistique	Jan. 86	idem	idem	idem	idem	idem
Coordinateurs Départementaux	- Leur apprendre à gérer son temps, maîtriser manquement de supports pédagogiques; à gérer les ressources mises à sa disposition.	1 mois après la formation nationale	niveau régional	séminaires 7 jours	Médecins-chefs + Coord région formés + facilitateurs niveau central	supp.pédago. ress.financ.	Obstacles: - risque dégarner pdt ce temps postes - finances - hébergnt chef-poste - locaux pour formation - prob. déplacement
Responsables de Centre	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem

22

III) MOTIVATION

1. <u>Mères</u> : encourager les mères en les impliquant dans la gestion des ressources et l'exécution activités.	Dès le recentrage	centre	élaboration texte conférant res, asabilités précises	MSP	Note de serv.	<u>Obstacle</u> : - acceptabilité des responsables de centre
Encourager en finançant de micro-projets.	Dès l'élaboration du projet et sensibilisation.	Au no./ village/ CR/ quartier	Par l'incitation des comités des mères	Par le resp. centre et personnel qualifié loc.	Assistance tech. (equip)/ Ressources financières	<u>Obstacles</u> : correspond. de la nature des projets et les priorités du plan
Encourager les échanges inter-centres, inter-régionaux	Pdt l'éducation ou le recyclage	Centres pilotes	Transport des rep. du centre (visites organisées)	Méd. chef de CM	Logistique disponibilité; Ressources financières	<u>Obstacle</u> : 0
2. <u>Personnel Centre</u> Encourager le personnel en le désignant à des stages, séminaires et autres missions	Dès démarrage du prog. et de façon continue	A tous les niveaux s financières	Bourses, Indemnités	MSP+ONG	Ressources financières; Recettes des comités des mères	<u>Obstacles</u> : disponibilité instituts de formation; difficultés choix des bénéficiaires (profil régulier) disponibilité financ.
Harmoniser le système de motivation financière	Idem	Idem				

IV. EVALUATION

Elaboration d'un système d'éval.; Protocole d'enquête.	1985	Niveau Central	En identifiant des indic. (exploiter rapports/fiches de supervision mini-enquêtes)	Coordonneurs + partenaires	N/A	Pas de Problèmes
--	------	----------------	--	----------------------------	-----	------------------

3.2.3. Administration, Supervision et Coordination

Le séminaire a été axé sur les problèmes d'administration, de supervision, de coordination, de gestion, d'évaluation permanente et de soutien aux initiatives locales.

Méthodologie du sous-groupe du séminaire

Définir

- Les objectifs que le groupe désire atteindre;
- Les résultats qui montrent le moment où les objectifs ont été atteints;
- Les critères caractérisant les résultats.

Objectifs convenus

- Etudier systématiquement les tâches entreprises;
- Parvenir à un consensus entre parties participantes;
- Trouver des moyens permettant de rendre le programme plus opérationnel;
- Identifier les problèmes et les définir exactement pour leur trouver des solutions;
- Etablir des méthodes permettant à chaque partie de s'acquitter de ses tâches comme défini dans l'Accord;
- Proposer des modifications éventuelles de l'Accord;
- Evaluer l'ampleur des problèmes actuels;
- Etudier un meilleur moyen de coordination entre les parties.

Administration

Le premier problème que le SANAS a constaté est que le CRS ne respectait pas la voie hiérarchique et correspondait directement avec les Médecins-Chefs. Au cours d'une réunion tenue au niveau de la DHPS au mois de Mai 1984, il a été demandé au CRS d'envoyer toutes les correspondances par le biais des Médecins-Chefs. Le SANAS demande maintenant que toutes les correspondances du CRS passent par l'intermédiaire du service central de la DHPS.

Dans le souci de voir le CRS rester opérationnel, il lui est demandé de proposer les types de correspondance pouvant aller directement au niveau régional.

Le CRS a spécifié que toutes les correspondances relatives à la gestion des vivres devraient continuer à être acheminées comme par le passé. L'importance du programme oblige le CRS à communiquer avec les agents d'exécution pour résoudre certains problèmes.

A la question de savoir le niveau auquel se situe le CRS, il a été décidé d'établir le CRS à Dakar, mais que pour la gestion et le contrôle du programme, il intervient à divers niveaux (national, régional, départemental et local).

Sur la question délicate des remboursements, il est demandé au CRS d'établir ses actions conformément aux directives de l'USAID et du CRS/New York. Le CRS n'envoie pas de telles lettres au niveau national afin d'épargner des problèmes aux agents impliqués. Le SANAS estime que des codes administratifs devraient être respectés pour régler ces problèmes et que ces documents doivent passer par le niveau national.

Pour réduire les craintes en ce qui concerne les retards administratifs, le SANAS s'est engagé à accélérer la correspondance ordinaire et a déclaré que n'importe quel agent du SANAS pouvait répondre à la place du coordinateur national en l'absence de ce dernier.

Gestion

Le SANAS estime que le manque de fonds pour exécuter le programme national de surveillance de la croissance (achat de fiches, de balances, etc.) devrait être résolu au moyen de la co-gestion des contributions des mères au PPNS.

La définition de la co-gestion a fait l'objet d'interprétations différentes de la part du CRS et du SANAS. Le SANAS considère la co-gestion comme un contrôle conjoint de toutes les dépenses en co-signant les chèques, alors que pour le CRS, il s'agit d'un échange d'information sur la situation des fonds au cours des réunions inter-ministérielles.

Selon un participant, la co-gestion est une décision conjointe concernant l'utilisation des contributions, à savoir: le pourcentage devant rester au centre, le pourcentage envoyé au CRS pour des objectifs à définir d'un commun accord et la distribution de rapports de déboursements à toutes les parties concernées.

Le CRS est d'accord sur le principe de la co-gestion, mais ne peut convenir de la manière dont elle doit être appliquée dans la pratique. Ces contributions devraient servir au fonctionnement du programme et utilisées exclusivement au niveau des centres PPNS. Une augmentation de ces fonds devrait permettre de payer le transport des vivres, étant donné que ni le CRS ni l'USAID ne peuvent actuellement prendre ces coûts en charge.

Il y a eu accord sur le principe selon lequel les contributions seraient finalement gérées par les comités des mères mêmes et qu'un programme de formation devrait être mis en place pour permettre aux mères de gérer ces fonds.

Il n'y a pratiquement pas de budget du Gouvernement prévu au niveau du Commissariat à la Sécurité Alimentaire pour le transport des vivres. Les solutions proposées pour résoudre ce manque de fonds consistent pour le CRS, à augmenter les contributions des mères, et pour le SANAS, à réduire progressivement la distribution des vivres, en privilégiant l'accroissement de la production locale par rapport à l'aide alimentaire, et en recherchant d'autres sources de financement.

Certes, le manque de fonds constitue un problème critique, notamment en ce qui concerne la supervision technique au niveau national, mais il faudra trouver des sources autres que les contributions des mères pour assurer la supervision au niveau régional et départemental.

Supervision

Des décisions concrètes doivent être prises en ce qui concerne les termes de référence des coordinateurs, leur formation, la qualité de la supervision et de la coordination entre les coordinateurs régionaux et départementaux. Les coordinateurs régionaux seront remplacés au fil du temps en affectant du personnel BRAN.

Les comités des mères devront se charger progressivement de la gestion des magasins de vivres, bien que le CRS doive nommer quelqu'un pour signer les reçus de vivres. Cependant, la supervision administrative incombe encore au CRS.

Coordination

Pour faire participer le SANAS à la prise de décisions, il faudra poursuivre la tenue de réunions mensuelles et désigner des personnes données, pouvant être contactées pour des problèmes précis. Une telle coordination permettra une meilleure intégration du PPNS, volet important, dans le programme national de nutrition du VIIe Plan, et pourrait finalement conduire à une révision de l'Accord.

Evaluation Continue

Elle peut être menée par le CRS, le SANAS, et l'USAID après avoir identifié les critères d'évaluation pour chaque niveau d'activités.

Optimalisation des Ressources Locales par le Soutien aux Initiatives Locales

L'absence de soutien technique dans l'élaboration de projet pourrait être résolue par le CER (Centre d'Expansion Rurale).

Le plan d'action établi par le groupe est inclus dans la figure 3.2.3.

3.2.3.

Administration
PLAN D'ACTION

OBJETIF: Elaborer un plan d'action

STATUTS: Document de recommandations d'actions spécifiques

REMERCIEMENTS:

	QUAND	COMMENT	PAR QUI	OBSERVATIONS
Le plan d'actions contient des recommandations pour l'amélioration du PPNS dans ses composants: administration, gestion, supervision, planification, logistiques et soutien aux initiatives locales.				
<u>Administration</u>				
Identification de correspondance adressable directement aux regions	Fin mai	Revue des correspondances	CRS	- Revoir l'évolution au bout de 6 mois; - Etude par le SANAS de la proposition sur la base du respect de la hiérarchie. - Diminution de la marginalité du PPNS.
Règlement des contentieux dans la voie la plus acceptable possible		Suivre les procédures administratives	CRS+ SANAS	- CRS a besoin de documentation vis-à-vis de New York et de l'USAID; - MSP a besoin de documentation pour protéger les agents.
Engagement du SANAS de faire diligence pour activités de routine	Immédiat	Décision du SANAS	SANAS	- Revoir l'évolution au bout de six mois
S'adresser à tout membre du SANAS en l'absence du coordonnateur	Immédiat		CRS	- Procédure automatique dans l'adm. sénégalaise.

I. GESTION

Proposition d'utilisation des cotisations	Immédiat	Proposition au MSP	SANAS	Contraintes par CRS/NY et USAID qui rendent la proposition inacceptable.
Négotiation avec CRS/NY pour financer la supervision avec les cotisations des mères	D'ici à	Document 6 mois	CRS	Si accord obtenu de NY pour financer la supervision régionale, le MSP demandera les coûts de déplacements du coordonnateur national
Trouver d'autres moyens pour financer la supervision	Déjà engagé	Recherche auprès d'autres donateurs	SANAS	
Désengagement du CRS de tout financement de supervision	Progressif	Aider le MSP à trouver les fonds pour la supervision	CRS	Jusqu'à présent (illégalement) le CRS a décidé de financer la supervision sur les cotisations des mères à la fin du prog. générique grants (USAID)
Mise en place d'un système de co-gestion des cotisations des mères au niveau national	Dans les 6 mois	Concertation au niveau MSP	MSP	Contraintes par CRS/NY et USAID qui rendent la proposition inacceptable
Mettre en place un système pour que les mères gèrent leurs propres cotisations	Long terme	Former les mères (progressif)	CRS +MPS	Estimation du CRS: 3 ans au plus, le SANAS: 5

III. SUPERVISION

A. Appliquer le programme de formation	déjà en cours	Formation des écoles prof.; Recyclage des agents sur les terrains; Information permanente.	MSP
B. Doter les chefs de postes de mobylettes	au cours VII plan	Recherche de financement	MSP
C. Améliorer le remplissage des fiches			
D. Donner la responsabilité adm. de la supervision des vivres aux mères	Long terme	Formation	MSP + Assistance CRS
E. Coordonner les comités des mères avec des comités de santé	En cours	Régions médicales	MSP
F. Création de comités de réception pour vivres	Mesure provisoire en attendant no. D.	Directive aux chefs de poste	MSP
G. Etablir un document décrivant les tâches des coordonnateurs	2 mois	En concertation et sur la base des doc. existants	SANAS + CRS
H. Formation des coordonnateurs	Continue	Conjointement au niveau du siège CRS et du SANAS	MSP (tech)/ CRS (adm)
I. Concertation entre superviseurs régionaux et départementaux pour élaborer les plans de tournées	Immédiat	Directives des médecins-chefs régionaux	Médecins/ Chefs régionaux
J. Création de BRAN (aussi coordonnateur du PPNS)	en cours	trouver le personnel	MSP Selon les moyens
K. Remplacer coordonnateur régional PPNS par responsabilité de BRAN	au fur et à mesure que sont installés les BRAN	automatique par installation de BRAN	MSP

L.	Exécution de la convention quant à la supervision technique du programme	Dès que les moyens sont trouvés	Trouver les moyens	MSP
1.	Recherche de moyens pour supervision technique	au cours du VIIe Plan	Solliciter auprès des bailleurs de fonds.	MSP
IV. LOGISTIQUES				
A.	Augmenter les cotisations des mères pour assurer le transport des vivres	Dans les trois ans	progressif (CRS ou MSP)	Gvt CRS n'envisage que de couvrir les frais de transport. MSP n'accepterait d'étudier le principe que si les fonds recueillis sont co-gérés
B.	Recherche de financement pour le transport des vivres	Immédiat		Réunion inter-minist.
C.	Réduire la dépendance du programme sur les vivres	progressif	Former les populations; Encourager la prod. vivrière	MSP/ CRS Pour MSP: tout délestage du programme vivrier doit être compensé par un soutien équivalent selon les besoins
D.	Recherche de moyens pour véhicules- supervision, réparations-	Au cours VII plan	Générer ses ressources au niveau local	MSP
V. COORDINATION				
A.	Respecter le calendrier de rencontres périodiques entre CRS et SANAS	Immédiat (1 fois par mois)	Fixer réunion 1 fois par mois	CRS + MSP
B.	Assurer l'intégration plus grande du PPNS dans le programme national de nutrition	VII Plan	Concertation entre CRS/SANAS et éventuellement réorientation de la convention	MSP/CRS
VI. EVALUATION PERMANENTE				
A.	Définir des indicateurs d'évaluation	3 mois	conjointement CRS/SANAS et par USAID au niveau exécutif	MSP/CRS/USAID

3.3. Clôture

3.3.1. Discussion et Approbation des Plans d'Action

Le plan d'action et les recommandations ont été présentés à la session plénière par les représentants des groupes. Les participants ont fait des observations, apporté des précisions et des changements de fond. Les modifications ont été incorporées dans les rapports définitifs.

3.3.2. Mise en Place d'un Comité de Suivi

La session plénière a donné son accord pour la création d'un comité de suivi chargé de finaliser les plans d'action et de présenter les recommandations aux décideurs. Le SANAS a été désigné pour structurer et établir la composition effective du comité. La session plénière a recommandé que soient représentées les entités suivantes:

- le CRS
- l'USAID
- le MSP, le SANAS et le ministère de l'Economie et des Finances
- Les médecins-chefs (3)
- les coordinateurs (3)
- les postes médicaux (3).

4. Evaluation du Séminaire

L'évaluation orale finale a conduit les sous-groupes d'abord, et la session plénière ensuite, à discuter des points forts et faibles du séminaire.

De l'avis du groupe, l'ordre du jour était ambitieux, compte tenu du temps disponible; cependant, tous les objectifs fixés ont été atteints et les participants étaient compétents pour assurer les tâches. Ils ont été satisfaits des méthodes de travail et des prestations du facilitateur, mais estiment que les tableaux de conférence ont été moins efficaces lorsqu'ils ont été utilisés sur les murs non-adhésifs de la salle de conférence.

Les groupes se sont déclarés satisfaits de l'atmosphère de ces réunions. Les débats ont été francs, chacun a pu exprimer librement son opinion, chacun a eu la possibilité de prendre part aux discussions.

Les facilités ont été jugées satisfaisantes, y compris le logement et la restauration, bien que la salle de travail d'un sous-groupe a été jugée trop exigüe et mal éclairée. Des participants venant des régions ont évoqué le problème de la confusion observée dans le remboursement des frais de transport et de chambre pour la dernière nuit.

On a enfin fait remarquer que tous les documents d'information n'ont pas été fournis à l'avance.

Le Colonel SY a ensuite invité les représentants de chacune des organisations à prendre la parole pour conclure, et a clos les débats en remerciant tous les participants, ainsi que ceux qui ont contribué à la réussite du séminaire.

111

April 18, 1985

ANNEXE 1

ATELIER SUR LE PROGRAMME PPNS/CRS

22-24 AVRIL, 1985

HOTEL SAVANA

A G E N D A

Lundi 22 avril

0900-1030 Session Plénière. Présidence: Mme. Carole H. TYSON

Allocutions de Bienvenue:

SANAS: Colonel SY

CRS: Mme. Saba GESSESSE

USAID: Mme. Carole H. TYSON

Présentation des participants.

Présentation des Facilitateurs et Annonce de leur

42

Méthode de Travail.

Présentation des buts de l'atelier.

- Résumé du travail préparatoire;
- Objectifs et résultats attendus de l'atelier;
- Plan de déroulement.

1030-1045 Pause.

1045-1230 Session Plénière. Présidence: Mme. Saba GESSESSE

Présentations des organismes:

- CRS: Mme. Françoise PILON
- SANAS: M. Sérigne MBaye DIENE
- Régions Médicales: M. Abou Bakri THIAM
- USAID: Mlle. Vara L. LAFOY

Questions.

1230-1430 Déjeuner

1430-1530 Session Plénière.

Synthèse des buts des différents organismes du programme PFNS.

Discussion.

1530-1600 Session Plénière.

Présentation de l'AID/Washington: Mme Judy GILMORE.

1600-1615 Pause.

1615-1745 Session Plénière.

Discussion pour obtenir un consensus sur les conclusions et recommandations de l'Evaluation.

Discussion pour décider les sujets à étudier dans les sous-groupes.

Formation des trois sous-groupes.

1745-1800 Session Plénière.

Révision de ce qui a été fait.

47

Prévision du travail pour le mardi.

Mardi 23 avril

0900-1100 Travail de sous-groupes.

1100-1115 Pause.

1115-1230 Travail de sous-groupes.

1230-1430 Déjeuner.

1430-1600 Session Plénière.

Rapports (Flipcharts) des sous-groupes.

Discussion sur les rapports.

Préparation pour le travail sur les recommandations.

1600-1615 Pause.

1615-1745 Sous groupes commencent le travail sur les
recommandations/Plans d'Action.

1745-1800 Session Plénière.

Révision de ce qui a été fait.

Prévision du travail pour le mercredi.

Mercredi 24 avril

0900-1100 Sous-groupes poursuivent le travail sur les
recommandations/Plans d'Action.

1100-1115 Pause.

1115-1230 Rapports (flipcharts) des trois sous-groupes.

Discussion.

1230-1430 Déjeuner.

1430-1630 Session Plénière.

Synthèse des recommandations/Plans d'Action.

Discussion sur la suite à donner à l'atelier.

Que reste-t-il à faire?

Pause. Boissons servies aux tables de travail.

1630-1730 Session Plénière.

Evaluation de l'atelier: résultats obtenus contre les résultats prévus.

1800 Cérémonie de clôture. Présidence: Colonel SY

Remarques par les organismes:

- Régions Médicales: M. Abou Bakri THIAM
- CRS: Mme Saba GESSESSE
- AID/Washington: Mme Judy GILMORE
- USAID: Mme Carole H. TYSON.
- SANAS: Colonel SY

1800 Clôture.

ANNEXE 2

ATELIER - HOTEL SAVANA

22-24 AVRIL, 1985

LISTE DES PARTICIPANTS

CATHOLIC RELIEF SERVICES

- Mlle. Saba GESSESSE, Représentante p.i. du CRS/Sénégal.
- Mme. Françoise PILON, Superviseur du programme PPNS/CRS.
- Dr. Pina FRAZZICA, Conseiller médical, bureau régional.
- M. Samba FALL, Adjoint administratif.

SANAS/DAKAR

- Colonel SY, Directeur
- M. Sérigne MBaye DIENE, Coordonnateur national du PPNS
- M. Diakhaidia DIARRA, Responsable de la Technologie
Nutritionnelle.
- Lieutenant Colonel Oumar DIAYE, Inspecteur de la Santé
(Ministère de la Santé publique).

REGIONS MEDICALES

- Docteur Mamadou SECK (CAP VERT)
- Médecin Commandant Boubou SALL (THIES)
- Médecin Capitaine AbouBakri THIAM (LOUGA)
- Docteur Malick NIANG (ST. LOUIS)
- Médecin Capitaine Issakha DIALLO (DIOURBEL)
- Médecin Capitaine Bababar DRAME (FATICK)
- Docteur Madiaye LOUM (KAOLACK)
- Médecin Capitaine Madiké NDAO (TAMBACOUNDA)
- Médecin Capitaine Ousseynou NOBA (KOLDA)
- Médecin Capitaine Adama NDOYE (ZIGUINCHOR)
- M. Yankhoba SOW - Coordonnateur Régional (KAOLACK).
- M. Amadou MBAYE - Coordonnateur Départemental (LINGUERE).
- M. Mamadou Moustapha SOW (Chef de Poste de SAGATTA, Dépt. Kébémér)
- M. Hachim NDIAYE (Chef de Poste Médical de Médina NDiabé/
Dépt. Podor)

USAID

- Mme. Carole H. TYSON, Directeur Adjoint
- Mlle. Vara L. LAFOY, Responsable du Bureau d'Aide Alimentaire
- Mr. Mike WHITE, Responsable du Bureau de Santé

USA

- Mme. Joyce KING, Membre de l'Equipe d'Evaluation
- M. Harrison STUBBS, Membre de l'Equipe d'Evaluation
- Mme. Judy Gilmore, Chef de la Division d'Evaluation
(Bureau de l'Aide Alimentaire)

FACILITATEURS

- Mme. Cindy ROBINSON
- Mme. Anna BATHILY
- M. Mamadou KANE

Observateurs:

- ORANA: Mr. Amadou Mokhtar NDIAYE, Directeur
- Mme. Fatimata HANNE, Nutritioniste.

ANNEXE 3

METHODOLOGIE ET FACILITATION COVERDALE

(Une approche systématique d'exécuter les choses et d'atteindre les objectifs)

BUT: Qu'essayons-nous d'accomplir? Dans quel but?

PREPARATION

Information

Compilation des connaissances, de l'expérience, des idées, de l'évidence appropriées, etc...

Evaluation des aléas impliqués.

Qu'est-ce-qui doit être fait?

Prendre connaissance de toutes les informations, énoncer ce qui doit être fait au stade suivant.

Plan

Spécifier en détail comme les choses seront faites...

Qui fait quoi, quand, où et comment.

Action

Exécuter le plan ci-dessus.

Revue

Dans le but d'améliorer la méthode de vérification pour voir si on s'est rapproché des buts à atteindre.

Examen de ce qui a marché et des difficultés rencontrées, menant à prévoir de faire mieux la prochaine fois.

I/ PRESENTATION DE LA REGION MEDICALE :

La Région Médicale de Louga, qui épouse l'entité administrative du même nom, est vaste de 28.988 km² avec une population estimée à 497.065 habitants dont : 169.002 femmes en âge de procréer et 89.471 enfants entre 0-5 ans.

Malgré sa bordure atlantique des Niayes, son relief est pour l'essentiel plat, sa végétation sahalienne par sa partie septentrionale, la zone sylvo-pastorale. Sa zone Sud, limite supérieure du bassin arachidier reste l'espoir de la Région tant sur le plan agricole que sur le plan pastoral, de par la pluviométrie.

Sur le plan sanitaire, la Région Médicale de Louga, comprend 3 Circonscriptions Médicales : Louga, Linguère, Kébémér abritant :

- 3 centres de Santé
- 3 centres de P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile)
- 2 postes de santé municipaux
- 2 dispensaires privés
 - 1 catholique fixe à Louga
 - 1 protestant (luthérien) itinérant à Linguère
- 36 postes de santé ruraux
- 23 maternités rurales
- 25 pharmacies villageoises
- 11 pharmacies familiales de campement
- 8 cases de santé.

Les moyens humains se résument à 296 agents de l'état (toutes catégories confondues) 218 agents de santé communautaires 75 comités de santé et comités de maman, 2 A.P.S.

II/ SITUATION DU PROGRAMME :

2.1. Rappel historique :

Le PPN3 a démarré dans notre Région en 1973 par l'ouverture d'un Centre par département soit 3 centres (Sagatta, P.M.I. Linguère . . .)

Il fut consécutif à une aide alimentaire d'urgence aux populations de la zone Nord victimes de la sécheresse de 1972 - 1973. Entre 1977 et 1979, 22 centres furent ouverts.

...../.....

2.2. CENTRES DE PRIÉ DE LA RÉGION :

2.2.1. Centres fonctionnels :

a/ Urbains :

- 5 centres : P.S. Santhiaba
P.S. Keur Serigne Louga
Centre Social Louga
Centre P.M.I. Kébémér
Centre P.M.I. Linguère

b/ Ruraux :

- 27 centres :

- P.S. Thiaméne - P.S. Coki - P.S. Ndiagne
- P.S. Sakal - C.R. Ngeune Sarr
- P.S. Léona - P.S. Kelle-Guèye
- P.S. Nguidila - P.S. Niomré
- P.S. Oulingara Tall - P.S. Keur Momar Sarr
- Dispensaire Catholique
- P.S. Boulal - P.S. Dahra - Poste S. Vélingara
- P.S. Mboula - P.S. Labgar
- P.S. Déali - P.S. Thiel - P.S. Gassane
- P.S. Mbeuleukhé - P.S. Barkédji
- P.S. Doli - P.S. Lougré - Thioli
- P.S. Sagatta Djoloff
- P.S. Guéoul - P.S. Sagatta

2.2.2. Centre SUSPENDUS :

- P. S. Darou-Mousty
- P.S. Ndande

2.3. PERSONNEL EXECUTANT LE PROGRAMME :

- 2.3.1. Personnel étatique : Trente et Un (31) agents de la santé sont directement impliqués dans l'exécution du programme soit comme coordonnateur, soit comme chef de centre. Ils se répartissent comme suit :

- coordination - supervision :
- 1 Technicien Supérieur, coordonnateur Régional
- 1 Infirmier d'Etat, coordonnateur Départemental à Linguère,

- Chefs de Centre de P.F.N.S. :
- 15 Infirmiers d'Etat
- 1 Sage-Femme d'Etat
- 10 Agents sanitaires
- 2 Aide-Infirmiers
- 1 Aide-Social.

Ainsi 10, 47 % du personnel étatique s'occupe à temps partiel du programme.

2.3.2. Personnel Communautaire :

a) Agents de Santé Communautaires :

- Une Matrone dirige des Centres P.P.N.S. (Ngeune-Sarr),

b) Comités des Mamans : au nombre de 32, Ils cogèrent le Programme avec le Chef de Centre. Un comité de Maman se compose d'une présidente, d'une trésorière et des responsables de Groupe.

c) Aides : Dix neuf (19) ont été recensés pour l'ensemble des centres.

2.3.3. Personnel privé

- Deux (2) aides-infirmières, prises en charge par la paroisse de Louga, dirigent le centre du dispensaire catholique, et celui de Oulin-gara Tall.

2.4. Moyens Logistiques :

2.4.1. Véhicules :

La Région dispose de 2 véhicules de supervision type Peugeot 404 Pick-Up : la 8946/S.O. à Louga et la 10.420/S.O. à Linguère.

2.4.2. Carburant : La supervision - coordination pour l'année 1984 a nécessité une dotation de 860 litres d'essence Super.

2.5. Autres Matériels :

2.5.1. Pése-Bébé - chaque centre disposé d'une balance au moins un total de 44 balances a été recensés

2.5.2. Matériel de bureau et d'administration : se résumant en :

- 32 registres
- 32 cahiers de compte
- - pochettes, crayons, bic

...../.....

2.5.3. Fiches et rapports - On distingue :

- les fiches-maîtresses
- les fiches jaunes
- les fiches d'éducation sanitaires
- les rapports mensuels
- les rapports de médicaments
- les rapports de chloroquinisation

2.5.4. Matériels de démonstrations culinaires :

- se compose de marmites, bol, cuillères, fourneaux, pots, tasses, casseroles etc...

2.6. Cibles du programme :

- 2.6.1. Mères-cibles -

- 9.130 mères sont inscrites au programme soit 5 % de l'ensemble de la tranche en âge de procréer.

- 2.6.2. Enfants-Cibles -

- 10.720 enfants sont inscrits au programme, soit 12 % du total des enfants de 0 à 5 ans de la Région.

a) Zone urbaine :

- A Linguère-Commune, les 570 enfants inscrits représentent 34 % de la tranche 0-5 ans.

- A Louga -Commune, 750 enfants sont inscrits, soit 7 %,

- A Kébémér-Commune, 660 enfants soit 7,3 %

Ainsi 12, 81 % des enfants citadins âgés de 0 à 5 ans sont suivis par le programme.

b) Zone Rurale :

Les 8.740 enfants inscrits dans les centres ruraux représentent 81 % du total des inscrits de la Région.

L'effectif total d'enfants inscrits représente 11, 6 % de la population éligible (enfants de 0 à 5 ans) en milieu rural.

2.7. ACTIVITES LIEES AU PROGRAMME :

2.7.1. Pesées et surveillance nutritionnelle :

132.787 pesées ont été effectuées dans la Région.

2.7.2. Centres et Education sanitaire :

...../.....

On estime à 3.456 le nombre de séances de causeries éducatives soit une moyenne de 9 séances de causeries / mois / centre. Le nombre de sujets de causerie s'élève pour l'ensemble de la Région à 297 dont les plus fréquemment évoqués ont été :

- le Paludisme et la chloroquinisation	:	71	fois
- la Rougeole		35	"
- la Diarrhée		29	"
- le Choléra		19	"
- les Vaccinations		17	"
- L'hygiène alimentaire		16	"
- La malnutrition		16	"
- Le sevrage		15	"

2.7.3. Démonstrations culinaires et
Éducation nutritionnelle :

122 recettes ont été le sujet de démonstration culinaires. Les plus fréquemment démontrées ont été :

- Lakhu Thiaxane	11	fois
- Lakhou Gar	11	"
- Daxin Kéthiix	9	"
- Purée pomme de terre	8	"
- Bouillie aux oeufs	7	"
- Bouillie au légumes	5	"

2.7.4. Démonstrations Sanitaires :

Les sujets de démonstration s'élèvent à 18. Les plus fréquents ont été :

- soins des mains	6	fois
- R.V.O.	6	"
- Toilette du nouveau-né	3	"
- Soins des yeux	2	"

2.7.5. Distribution de vivres :

Pour l'année 1984, les quantités de vivres distribuées sont les suivantes :

* Huile	:	225 tonnes	soit	11, 5 litres / bénéficiaire
* Lait	:	750 tonnes	soit	37, 75 kg / bénéficiaire
			/.....

- * Céréales : 1.810 tonnes soit 91 kg / bénéficiaire
- * Poissons : 16 tonnes soit 800 gr / bénéficiaire

2.7.6. Dotation spéciale de Médicaments :
(Programme - d'urgence)

La Région a reçu pour le moment une quantité de médicaments d'un coût de 29.866.669 Frs.

2.7.6. Activités Préventives :

a) Chloroquinisation :

Elle dure huit (8) mois ; de Juin à Janvier. Tous les enfants inscrits ont été chloroquinisés.

b) Déparasitage Systématique :

Faute de Pipérazine, cette activité n'a pas eu lieu en 1984 de manière systématique.

2.7.7. Autres activités :

a) Micro-projet :

Il s'agit essentiellement d'unités de production intégrée de maraichage et d'élevage (Poulaillers, bergeries) réalisées par les comités de mamans. C'est ainsi que les activités suivantes ont été recensées :

- * Maraichage : Vélingara, Déali, Mbeuleukhé, Gassane, Mboula, P.M.I. Linguère et Sagatta.
- * Arboriculture : Mbeuleukhé
- * Elevage : a) Poulailler : Ngnith, Barkédji
b) Bergerie : Lougré-Thiolly

Ces micro-projet sont à un stade presque expérimental. Divers légumes et céréales sont produits dans ces unités : tomates, aubergines,oux, haricots, carottes, navets, oignons, pomme de terre, maïs, Gombos...

b) Un projet de latrinisation conçu à Niomré est en voie d'être finalisé.

2.7.8. Place du P.P.N.S dans les activités des Centres :

Le P.P.N.S. occupe 11.922 heures des heures ouvrables pour l'ensemble des Centres de la Région, soit 17, 7 % de leur temps.

...../.....

61

2.8. Coordination des Centres P.P.N.S. :

2.8.1. But et Cadencif :

Cette tâche dévolue aux Coordonnateurs a pour but, la supervision et le contrôle de l'exécution, du programme au niveau des Centres. Les objectifs sont :

- s'assurer du bon déroulement des activités liées au programme
- maintenir les relations entre les centres, l'échelon régional et le C.R.S.,
- Assurer la collecte des données.

2.8.2. Exécution de Supervision - Coordination :

Elle se fait essentiellement par des tournées. Quatre tournées régionales et douze tournées départementales ont été effectuées, équivalent à 8.724 kms ; soit une moyenne de 545 kms par programme de tournée.

2.8.3. Situation nutritionnelle des enfants cibles du Programme

En fin Novembre, 35 % des enfants suivis par le Programme avaient un poids inférieur à 80 % de la norme, donc considérés comme malnutris.

III/ PROBLEMES :

3.1. Liés à l'insuffisance de la couverture :

12 % des enfants de 0 - 5 ans de la Région, bénéficient avec le programme d'une surveillance nutritionnelle. Ce qui dénote de l'insuffisance de la couverture numérique. Les 32 centres P.P.N.S. sont implantés dans 30 localités.

Il est à noter que la surveillance nutritionnelle se fait exceptionnellement dans trois formations sanitaires qui n'abritent pas de centres P.P.N.S. (Centre P.H.I., P.S. Darou-Wahab, P.S. Mbédiène).

Avec ses 2.460 villages, l'insuffisance de la couverture géographique du programme est notoire.

3.2. Liés à la déviation des objectifs du programme qui s'identifie beaucoup plus à une distribution de vivres. Les autres volets sont mal exécutés (Education Sanitaire et Nutritionnelle) ou non encouragés (Micro-Projets). La récupération nutritionnelle est rarement pratiquée.

...../.....

3.3. Liés à la motivation et Formation des agents exécutant le programme :

3.4. Liés au style de coordination qui est rigide.

3.5. Liés à la Gestion des Cotisation des Mères et Enfants :
les populations - cibles ne participent pas à la gestion de ces fonds et ne reçoivent point d'informations sur leur utilisation.

IV/ SUGGESTIONS :

4.1. Augmenter le nombre de bénéficiaire et le nombre de centre

4.2. Réduire la limite supérieure de la tranche d'âge cible à 3 ans 1/2 pour permettre l'inscription de nouveaux bénéficiaires.

4.3. Donner la priorité aux mères jamais inscrites et envisager de sortir les mères après 3 ans de programme, l'objectif visé étant la formation nutritionnelle des mères.

4.4. Assurer une formation et des recyclages aux agents responsables de centres aux techniques de gestion d'un programme de nutrition, l'idéal étant d'inclure le P.P.N.S. dans le programme des écoles de formation.

4.5. Trouver un moyen de motivation des responsables de centres et des coordonnateurs en systématisant les indemnités de supervision.

4.6. Infléchir la tendance à la déviation du programme;
- en insistant sur les volets d'éducation sanitaire en dotant les chefs de centres de support pédagogique (les flanellographes, les figurines)

- en encourageant les micro-projets de productions de céréales et légumes locaux ou d'élevage et susciter ainsi un esprit nouveau tendant vers l'autosuffisance alimentaire.

4.7. Instaurer la cogestion : associer les mères-cibles, le Ministère de la Santé Publique à la gestion des cotisation des bénéficiaires. Ceci garantira la transparence et la rétro-information.

4.8. ...

CONCLUSION /:

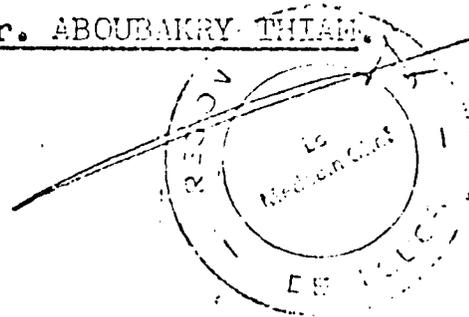
La nutrition, composante essentielle des SSP, reste un tendon d'achille de notre politique de Santé.

L'autosuffisance alimentaire, défi économique certes, est avant tout un préalable à la Santé pour tous. Tout Programme de Nutrition doit être basé sur les ressources alimentaires locales. Le cadre .../...

- du P.F.N.S. est un acquis indéniable, des améliorations tant sur la conception que sur l'exécution le rendraient plus performant.

FAIT A LOUGA, le 20 AVRIL 1985
Le Médecin-Chef de la Région,

Dr. ABOUBAKRY THIAM.



ANNEXE 4

PRESENTATION DE MADAME FRANCOISE D. FILON

AU SEMINAIRE SUR L'EVALUATION DU PPNS

22-23-24 AVRIL 1985

DAKAR

Le Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire

- composante du programme du Catholic Relief Services au Sénégal

I - BUTS ET OBJECTIFS

- conditions*
- ouverture des centres*
- système de surveillance de croissance*

II - L'EVOLUTION

- Nombre de centres*
- Couverture*
- Tonnage*
- Relations CRS/Partenaires MSP*
- Création CCP 317-12*
- Frais de transport*
- Projets dans les centres.*

III - L'EVALUATION

IV - L'AVENIR

65

Messieurs les représentants du Ministère de la Santé Publique, Mesdames et Messieurs de l'USAID, avant de présenter ce bref exposé sur le PPNS, surtout en termes d'évolution ces dernières années et pour souligner la structure de fonctionnement actuel,

je voudrais vous présenter Madame Pina FRAZZICA, Directrice adjointe pour la santé au Bureau Régional du CRS à Dakar et Monsieur Samba Souna FALL, Adjoint Administratif que certains d'entre vous connaissent. Quant à moi, je crois que au moins de nom, surtout en ce qui concerne Messieurs les Médecins-Chefs, vous savez qui je suis et pour les personnes qui ne le sauraient pas j'assure au CRS la supervision nationale du PPNS, tâche complexe, difficile mais qui ne manque jamais d'intérêt, vu l'ampleur du programme de protection nutritionnelle et sanitaire.

Le CRS, ONG américaine, présente au Sénégal depuis 1960 a un programme qui peut schématiquement diviser ses interventions dans 3 directions.

- l'aide humanitaire (lépreux, nécessiteux)*
- l'appui aux actions de développement socio-économique*
- le programme de protection nutritionnelle et sanitaire*

Les Précisions que je vais apporter concerne uniquement le programme de protection nutritionnelle et sanitaire, ou plus communément appelé le PPNS.

Le Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire

Comme beaucoup le savent, résulte d'une convention passée entre le gouvernement du Sénégal (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales) et le CRS le 15 Janvier 1973.

Il a pour objet :

"La surveillance de la croissance, il s'agit d'une action de prévention, redressement, récupération nutritionnelle par une application d'un complément calorico-azoté" (Extrait rapporté du IVe plan de Développement du Sénégal 1973 - 1977).

I - BUTS ET OBJECTIFS DU PPNS

Le Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire se propose de rendre disponible une aide économique en (nature - vivres) et de s'assurer que cette aide (ou supplémentation alimentaire) va à l'enfant pour améliorer son état nutritionnel.

Cette aide a un caractère régulier et ne peut être confondue avec les programmes d'urgence, et les vivres de soudure.

1-1- Les conditions

Avant d'inscrire une mère et son enfant dans le programme, la mère doit accepter trois obligations :

1.1.1 - Utiliser l'aide alimentaire

distribuée ou l'équivalent en produits locaux pour améliorer les repas de l'enfant.

1.1.2.- Protéger son enfant contre les maladies

1.1.3 - Accepter que le système de surveillance de croissance soit l'indicateur des progrès de son enfant. (progression de la croissance sur la fiche individuelle de croissance) et venir tous les mois au centre à cette fin.

EN RESUME : AMELIORER L'ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS 0-5 ANS

1-2- L'Ouverture des centres

L'ouverture des centres est proposée par les Médecins-Chefs de région, pour sa part le CRS s'assure que les mères qui désirent participer au programme ont été sensibilisées et ont compris les buts et le fonctionnement du programme, que le personnel est disponible, qu'un local et magasin peuvent être affectés au programme.

A noter que depuis 2 ans aucun nouveau centre n'a été ouvert et que 90 % des centres fonctionnent dans les structures de la santé publique.

1.3 - Système de surveillance de croissance

Le centre collaborant avec le programme PPNS doit avoir un système de surveillance de croissance (fiches maîtresses et fiches individuelles), son évaluation permettant de mesurer les progrès de l'enfant et de constater les changements de son état nutritionnel.

Ce système de surveillance de croissance a commencé en 1979 au Sénégal et vers la fin de 1982 l'ensemble des centres était couvert par ce système : le système est préconisé par le bureau régional du CRS, il est appliqué depuis plusieurs années dans de nombreux pays et semble/le système le plus facile à appliquer.

Grâce à un suivi attentif, le CRS a pu établir que les taux de malnutrition ne sont pas uniformes dans toutes les régions du Sénégal.

Les niveaux de malnutrition baissent au mois d'octobre de chaque année ce qui correspond à la fin de la période de soudure.

C'est ainsi qu'en octobre 84 l'analyse des fiches maîtresses donnent les résultats suivants (Pourcentage d'enfants en dessous de 80 % selon la courbe - Poids/Age - standard d'Harvard); alors que les résultats de janvier 85 se présentent comme suit :

Région	Octobre 84	Janvier 85
Dakar	23.58 %	15.53 %
Ziguinchor	28.27 %	23.90 %
Thiès	30.72 %	22.29 %
Fatick	30.38 %	20.21 %
Kolda	33.38 %	26.35 %
Saint-Louis	33.67 %	29.37 %
Kaolack	34.40 %	26.45 %
Tamba	34.33 %	26.61 %
Louga	37.33 %	30.10 %
Diourbel	42.47 %	32.46 %
Moyenne Nationale :	33.58 %	26.69 %

Ce système de surveillance est perfectible :

- *précision de l'âge de l'enfant*
- *présence régulière des mères*
- *exécution correcte de la pesée et du remplissage des documents*

Cet aspect du programme doit faire l'objet d'un suivi régulier.

Les données recueillies par ce système conjuguées avec d'autres, vont permettre de se concentrer dans les zones qui requièrent une attention particulière.

Toutefois, il reste beaucoup à faire pour que ces données soient réellement des outils de planification des interventions.

Malgré toutes ces réserves c'est actuellement les données demandées au CRS par les Organisations internationales (PAM, OMS, FAO, UNICEF, PNUD, BIT) pour évaluer la situation de la malnutrition des enfants 0/5 ans au Sénégal.

Les obstacles majeurs à la réalisation de ces buts et objectifs semblent être :

- *Au niveau des bénéficiaires* : *Mères*

Le manque d'éducation générale et Sanitaire et l'insuffisance de l'implication de ces mères dans la vie du centre.

- *Au Niveau des exécutants et parfois des superviseurs*: *une incompréhension et une absence de conviction de ce but à atteindre.*

<p><i>l'amélioration de l'état nutritionnel de l'enfant</i></p>

II- L'EVOLUTION

Comme il a déjà été dit ce programme résulte d'une entente entre le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales signée en 1973, force est de constater que la réalité du programme sur le terrain a connu une certaine évolution/et peut connaître des améliorations.

2-1 - <u>Evolution des centres</u>	1973	-	37
	76	-	132
	78	-	300
	84	-	430

Actuellement 230.000 bénéficiaires - 123.780 enfants - 106.220 mères

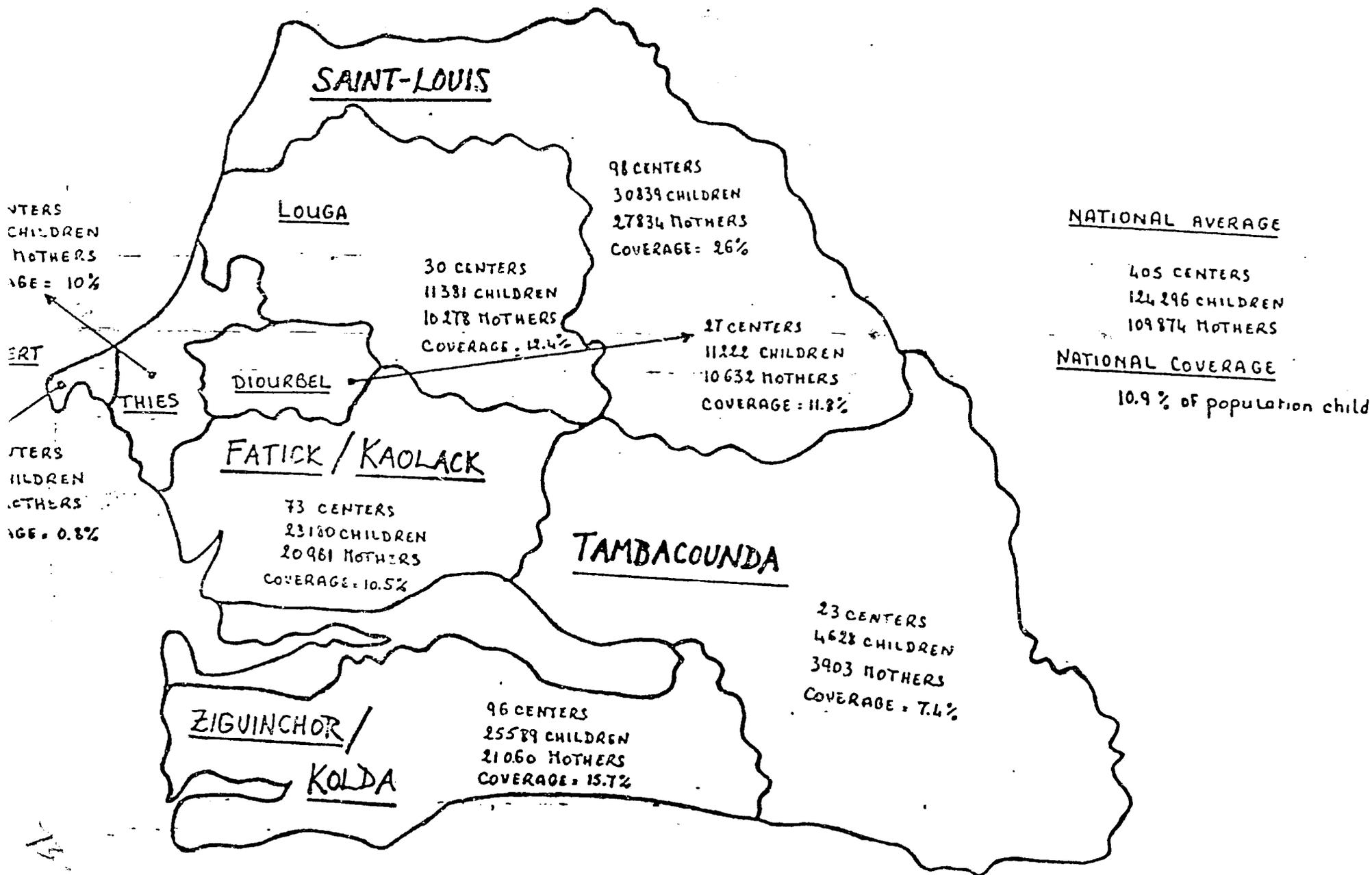
2-2- Couverture

Centres répartis dans toutes les régions du Sénégal avec une concentration dans les régions de Saint-Louis, Ziguinchor, Kolda.

La couverture va de 1 % pour le Cap-Vert à 26 % pour la région de Saint-Louis. pour l'année 1984.

FOOD AND NUTRITION PROGRAM

Beneficiaries of 1984



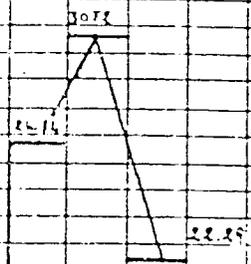
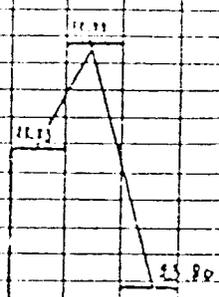
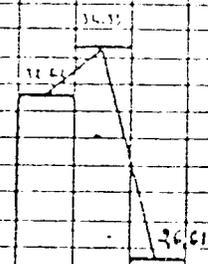
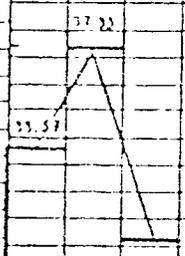
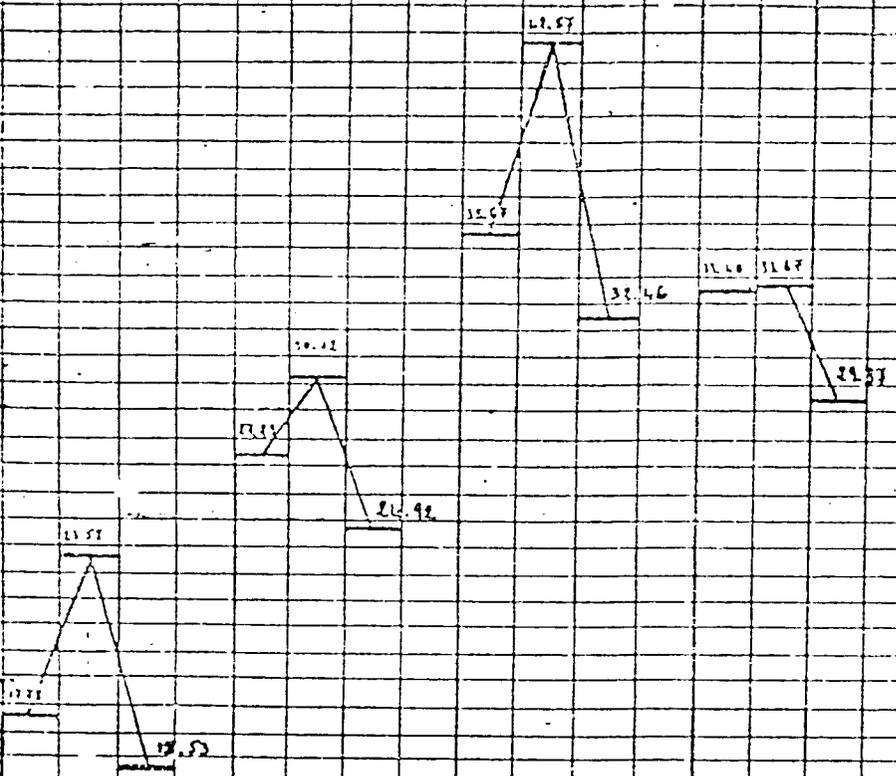
1/5/1962

PROGRAMME PMS

EVALUATION FIDES
MATHRESSES

SENEGALESE
SERVICES A L'UNIVERSITE

JUIN 1984
OCTOBE 1984
JANVIER 1985



JUIN OCT JAN.
1984 1984 1985
CAP-VEAT

JUIN OCT JAN.
1984 1984 1985
LASARANCE

JUIN OCT JAN.
1984 1984 1985
DIORACL

JUIN OCT JAN.
1984 1984 1985
FLOUVE

JUIN OCT JAN.
1984 1984 1985
LOUGA

JUIN OCT JAN.
1984 1984 1985
SEMEGAL-ORIENT

JUIN OCT JAN.
1984 1984 1985
SENE-SALOM

JUIN OCT JAN.
1984 1984 1985
THIES

AP

2-3 - Le tonnage

En 1977, dans le cadre de ce programme, le CRS distribuait 4.000 tonnes de vivres en 1984 il distribue 18.000 Tonnes.

Le CRS a la responsabilité d'assurer l'approvisionnement en vivres (bien qu'il n'ait aucun contrôle sur la livraison au niveau des centres, celle-ci étant la responsabilité du Commissariat à la Sécurité Alimentaire), et la responsabilité du contrôle de la gestion de ces vivres afin qu'ils soient destinés effectivement aux bénéficiaires du programme.

L'extension du PPNS liée à la situation de sécheresse qui a prévalu au Sénégal ces dernières années, a été rendue possible grâce à des Fonds extérieurs, et par l'acceptation par le gouvernement américain de l'augmentation du tonnage des vivres importés.

2-4- Relations CPS/Partenaires Ministère de la Santé

Cette extension "liée aussi à l'intégration de centres de distribution PAM dans le programme" s'est accompagnée de l'évolution des relations entre le CRS et les partenaires du ministère de la santé, c'est à ce moment que le principe de la décentralisation a été reconnu et que les régions médicales se sont davantage responsabilisées face à l'exécution et au suivi du programme, (demande d'ouverture des centres... nomination des coordonnateurs, appui à la supervision). Pour améliorer la supervision des centres à l'échelon décentralisé le CRS a élaboré un projet pour la période 1978/1981 et des fonds extérieurs ont permis de donner des moyens logistiques et faciliter la mise en place du réseau des coordonnateurs sénégalais (21 véhicules - 3 motos et des motocyclettes ont été achetés avec ces fonds).

En 1974 - il y avait 3 Coordonnateurs : (St-Louis, Ziguinchor, Tamba).

En 1984 - il y a 30 Coordonnateurs.

Les frais de supervision (indemnité, essence, réparation de véhicules) devaient à la fin de ce projet être pris en charge localement or depuis 1981 aucun fonds n'a été dégagé au niveau des régions médicales et ces frais sont actuellement payés par les contributions des mères.

Dans certaines régions, les coordonnateurs sont coordonnateurs de soins de santé primaire est ce que par ce biais des solutions pourront être trouvées à ce problème ?

Actuellement, malgré le manque de disponibilité, car les coordonnateurs ont d'autres responsabilités dans les régions ou circonscriptions médicales.

La supervision du programme dans quelques régions est davantage effectuée par les Coordonnateurs que par le CRS.

C'est ainsi qu'en 1974

les agents du CRS ont effectué 567 visites (soit 1 à 2 visites par centre) pour l'ensemble du programme et pour l'année.

Alors que les coordonnateurs ont effectué - 1.026 visites.

Soit pour quelques régions (5 à 6 visites par centre dans l'année)

A l'échelon central les relations entre le CRS et le MSP se sont institutionnalisées depuis la nomination d'un coordonnateur national.

77

2-5- En 1978, la création du compte courant postal 317-12 a été rendue possible par la note de service N° 013 MSPAS du 17 février 1978.

Le principe de la contribution des mères est inscrit dans la convention et ne représente que 3 % du coût du programme.

Ce fonds, centralisé au CRS-Dakar est alimenté par, en moyenne 60 % des cotisations des mères.

En effet : 25 % de ces cotisations restent au niveau du centre pour les dépenses courantes.

(papeterie, indemnité pour les aides, achat de produits locaux)...
10 % n'arrivent jamais au compte courant postal pour diverses raisons.
(chefs de poste qui n'envoient pas, pertes au niveau de la poste difficiles à récupérer).

La gestion de ce fonds est régie par la réglementation sur l'aide alimentaire PL 480 - titre II (AID regulation II - Federal Register 45 FR 46581 section 211-51,

Ces fonds gérés par le CRS doivent exclusivement être réinjectés pour le fonctionnement du programme, au niveau des centres PPNS 3 commandes annuelles.

Ils servent à payer du matériel pour les centres (balance, fiches de croissance, documentation) et à assumer les frais de supervision des coordonnateurs. Le solde accumulé depuis 10 ans, sert à garantir les commandes de vivres. (le montant accumulé ne peut garantir qu'une seule commande (sur les 9 commandes annuelles).

2-6- FRAIS DE TRANSPORT

L'augmentation de cette cotisation doit contribuer à long terme à résoudre le problème de la prise en charge des frais de transport des vivres.

10

Le CRS n'a pas de financement pour assurer les frais de transport qui selon la convention sont à la charge du Gouvernement sénégalais.

Le budget alloué par le Gouvernement du Sénégal pour payer ces frais n'a pas été changé depuis 20 ans malgré la croissance du programme. Tout le monde doit être conscient que cette contrainte hypothèque l'avenir du programme.

L'écart, entre le budget alloué et les coûts réels a fait l'objet ces dernières années de solutions ponctuelles trouvées par le Gouvernement du Sénégal.

Les difficultés budgétaires du Sénégal conduisent les responsables de ce programme à trouver des solutions à long terme pour la prise en charge de ces coûts logistiques.

Tout en respectant les politiques du pays, le CRS a des normes de fonctionnement répondant à ses propres contraintes (incertitude des budgets d'une année sur l'autre, commande de vivres à faire approuver par le gouvernement américain).

C'est pourquoi le CRS pense que l'autofinancement de ce programme ne peut venir que des bénéficiaires.

Ce qui n'est pas sans poser de problèmes, en regard du niveau de ressources des populations rurales, mais peut répondre aux options du gouvernement du Sénégal de décentraliser les responsabilités et rendre les populations aptes à gérer ce qui les concerne.

C'est l'occasion de rappeler le volume de l'aide économique reçue par chaque bénéficiaire (3.750 kgs de céréales, 2 kg de lait, 0.5 l d'huile par mois cette ration couvre les 2/3 des besoins caloriques de l'enfant et représente une valeur de 2.000 frs CFA (pour une mère et un enfant).

La contribution du CRS à l'administration et au contrôle du programme se résume ainsi :

- 1) - suivi du système de surveillance de croissance,
- 2) - Supervision conjointe avec l'appui des médecins-chefs et des coordonnateurs.
- 3) - Commande de vivres.
- 4) - Gestion : des 60 % des contribution des mères (fourniture de matériel aux centres, frais de supervision).

2 - 8 - Les projets dans les centres PPNS

- Depuis 1977 le PPNS a pris beaucoup d'ampleur et il est apparu de plus en plus important de lier, dans la mesure du possible, des petits projets de développement socio-économique au PPNS. Le déficit vivrier du Sénégal ayant une influence sur le taux de malnutrition, il est indispensable que les mères commencent à bénéficier de projets générateurs de revenus.
- Depuis 1983, une nouvelle orientation des projets socio-économiques a été fixée en fonction des besoins du Sénégal, des possibilités du CRS et de sa philosophie d'intervention.
- C'est ainsi que le démarrage de petits projets liés aux activités PPNS a commencé depuis 1983 et va s'intensifier dans l'avenir. Ces projets à long terme doivent remplacer les ressources actuellement fournis par l'aide alimentaire et visent l'objectif du gouvernement sénégalais à savoir : l'autosuffisance alimentaire.

III- L'EVALUATION

Globalement l'évaluation a fait ressortir des aspects positifs du programme mais aussi des questions de fonds qui vont faire l'objet des travaux de ce séminaire. (population cible atteinte par le programme, l'éducation, la supervision et l'administration).

La nature de certaines recommandations peut être l'occasion pour le CRS et les partenaires du Ministère de la santé de faire le point de leur collaboration, d'identifier les approches nouvelles pour améliorer la qualité du programme en fonction :

- 1) des ressources disponibles,
- 2) des besoins prioritaires
- 3) des contraintes des uns et des autres,
- 4) des objectifs poursuivis à long terme, afin de faire de ce programme un réel programme de prévention des problèmes de santé et de nutrition des enfants de 0-5 ans et non une simple distribution de vivres.

IV- L'AVENIR

- L'avenir de ce programme est conditionné avant tout par la solution à long terme des problèmes logistiques (non seulement la reprise en charge des frais de transport mais l'efficacité de la livraison des vivres et la recherche de financement pour couvrir les frais administratifs).

- Cet avenir est aussi fonction des démarches de réflexion actuellement en cours au niveau de l'ensemble des programmes appuyés par le CRS, démarches qui remettent en cause certains programmes en vue de les réorienter vers des actions visant l'amélioration de la qualité.

91

L'extension rapide du programme du Sénégal n'a pas permis d'assurer un suivi régulier et certains points doivent faire l'objet d'une attention particulière au cours de ce séminaire : 1) exploitation des données du système de surveillance de croissance,

: 2) aspect éducatif du programme; éducation de base, dans le but de préparer les mères à la gestion,

: éducation nutritionnelle des responsables de centres
PPNS.

: 3) Saine gestion des vivres et des cotisations

: 4) Développement de projets générateurs de revenus.

: 5) Amélioration de la supervision du programme.

- Cette réorientation peut-être l'occasion pour clarifier les attributions des différents partenaires et faciliter les communications et les concertations et réfléchir à la place que ce programme doit occuper dans la politique nationale de santé pronée par le gouvernement du Sénégal à savoir la politique des soins de santé primaire.

ANNEXE 4

LE SERVICE DE L'ALIMENTATION ET DE LA
NUTRITION APPLIQUEE AU SENEGAL

S. A. N. A. S.

(Service national)

P L A N

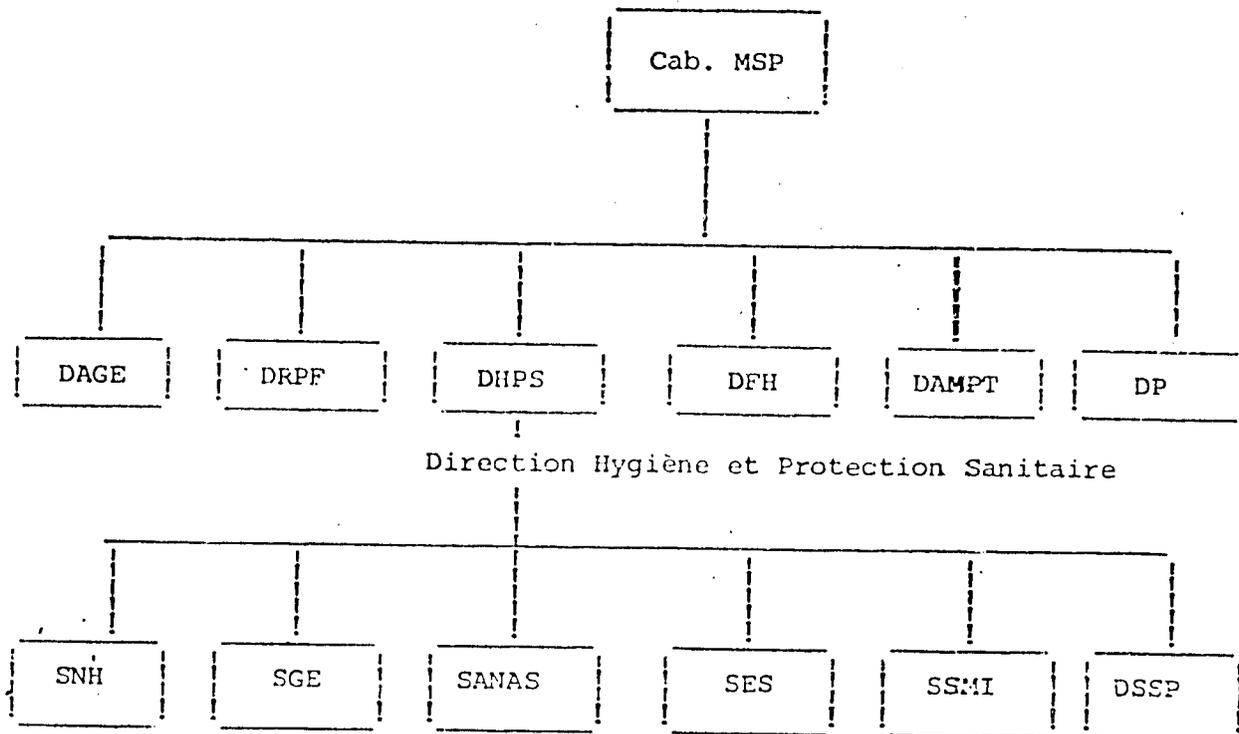
- I. Le SANAS et ses Missions dans le Ministère de la Santé publique
(MSP) (Organigramme)

- II. Le SANAS, ses structures et leurs rôles (Organigramme)

- III. Le SANAS: Rôle et responsabilités dans le PPNS

I. Le SANAS dans le MSP

A. Organigramme du MSP



B. SANAS - Historique et missions

• - Création en 1965

- Ancienne section médico-sociale de l'ORANA

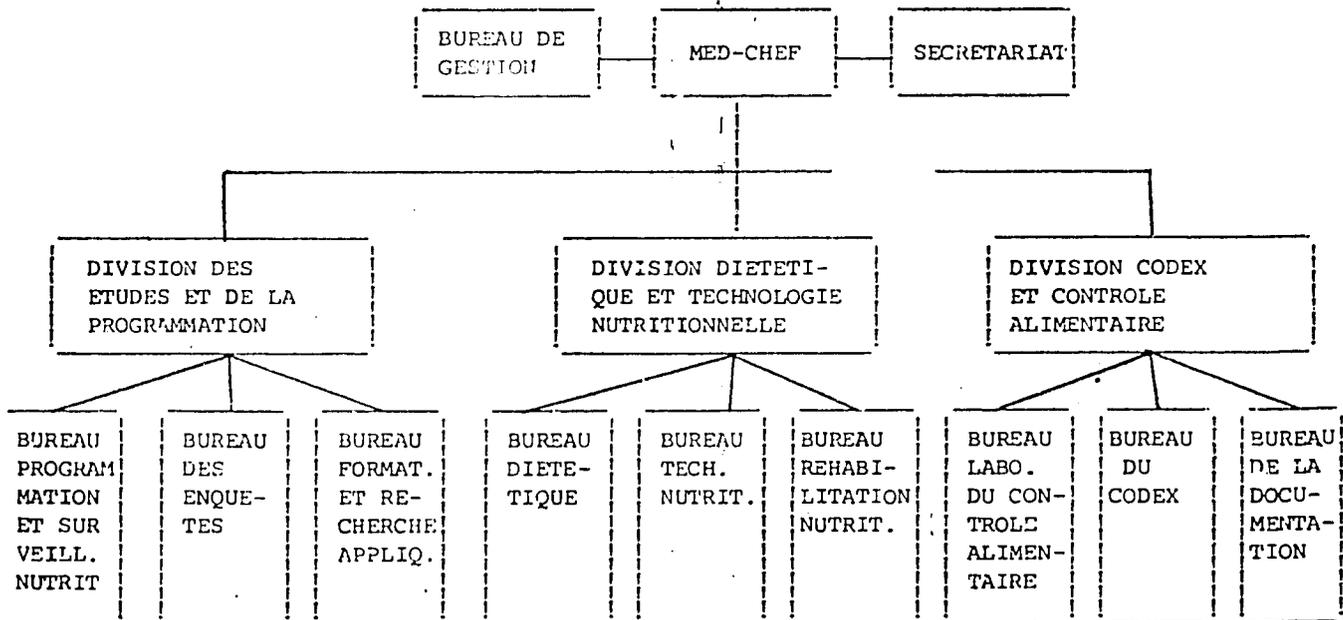
Missions

1. Protection de la population contre les nuisances alimentaires et particulièrement les groupes vulnérables contre les maladies de la nutrition.

2. Elaboration de la politique alimentaire et nutritionnelle nationale en collaboration avec les organismes nationaux concernés.
3. Participation à l'enseignement de la nutrition.
4. Promotion d'aliments nouveaux sénégalais pour la conduite rationnelle de l'alimentation dès la première enfance.
5. Secrétariat du comité national du Codex alimentaire.

II. Le SANAS, ses Structures et leurs rôles

A. Organigramme du SANAS



B. Rôles et activités des structures

1°) Division des études et de la programmation

(a) Rôles

- Planification et coordination des programmes alimentaires et nutritionnels;
- Supervision du système national de surveillance nutritionnelle;
- Investigations pour la connaissance de la situation alimentaire et nutritionnelle;
- Développement de la recherche appliquée en vue de la formation et éducation nutritionnelle des populations.

(b) Activités des bureaux

1) Bureau programmation et surveillance nutritionnelle

- Elaboration et mise en oeuvre du système de surveillance nutritionnelle (1ère ligne PPNS
2ème ligne SSP)
- Planification des activités

2) Bureau des enquêtes

- Enquêtes alimentaires et nutritionnelle (ex: Sine Saloum - Casamance);
Mercuriales des prix.

3) Bureau formation et recherche nutritionnelle

- Enseignement de la nutrition (écoles)
- Recyclage des agents
- Recherche opérationnelle sur l'éducation nutritionnelle, la surveillance nutritionnelle, la lutte contre les maladies diarrhéiques.

2°) Division Diététique et Technologie Nutritionnelle

(a) Rôles

- Recensement, mise au point et vulgarisation de régimes diététiques locaux adaptés à la pathologie nutritionnelle;
- Planification et coordination des activités de réhabilitation nutritionnelle (récupération nutritionnelle - réhydratation par voie orale);
- Inventaire et rationalisation des recettes et des technologies alimentaires traditionnelles (transformation, préparation et conservation).

(b) Activités des bureaux

1. Bureau de la diététique

- Confection de régimes pour diabétiques, hypertendus, etc.
- Suivi des malades (plethore)

87

2. Bureau de la Technologie Nutritionnelle Appliquée

- Etude et élaboration de fiches de recettes traditionnelles pour l'alimentation infantile;
- Etude des techniques de transformation et conservation et de préparation domestiques des aliments.

3. Bureau de la réhabilitation nutritionnelle

- Elaboration et mise en oeuvre supervision du programme national de RVO;
- Elaboration et mise en oeuvre supervision du programme national de récupération nutritionnelle.

3°) Division du Codex et du contrôle alimentaires

(a) Roles

- Etude et proposition des avis au gouvernement sur les projets de normes alimentaires élaborés par la commission mixte FAO/OMS;
- Coordination et secrétariat du comité national du Codex alimentarius;
- Documentation technique sur les activités de recherche en matière d'alimentation et de nutrition;
- Contrôle de la qualité des aliments pour garantir leur innocuité.

(b) Activités des bureaux

1. Bureau du Codex

- Exploitation des documents Codex
- Préparation réunion comité national

2. Bureau du laboratoire de contrôle alimentaire

- Activité dans le cadre du laboratoire national de la santé;
- Collaboration avec ITA et autres laboratoires.

3. Bureau de la documentation

- Analyse responsabilités scientifiques
- Classement bibliothèque

5

III. SANAS: Rôle et responsabilités dans le PPNS

1°) Sur un plan général "organisme promoteur"

- " - conçoit
- met en oeuvre
- dirige techniquement
- évalue"

Selon la convention: Art. V §A - Page 3.

2°) Sur un plan spécifique

- Responsable de "la conduite technique"
- " des "directives et supervisions techniques"

Selon la convention p. 4 et 5

- Coordination nationale
- Planification du PPNS (prise en compte dans le plan national de Développement)
- Formation et recyclage des agents responsables de centres PPNS
- Conception et élaboration des thèmes et messages d'éducation nutritionnelle
- Conception et élaboration des supports pédagogiques
- Evaluation

Collaboration
du Service de
l'éducation
pour la santé

}

3°) Le PPNS dans les Missions Générales du SANAS: Perspectives

a) PPNS: pièce maîtresse (1ère ligne) du système national de surveillance nutritionnelle

1. Objectifs système national de surveillance nutritionnelle dans VIIème Plan

- Couvrir 50% des enfants âgés de moins de 5 ans (500.000) et leurs mères en vue d'obtenir régulièrement des données relatives à leurs conditions alimentaires et à leur état nutritionnel.
- Réduire la prévalence de la malnutrition grave d'au moins 50% chez les enfants couverts par le système national grâce à des mesures correctives (récupération) et préventives notamment l'éducation nutritionnelle.
- Amener toutes les structures sanitaires (centres, postes et cases de santé) à appliquer la stratégie nationale en la matière.
- Créer dans toutes les régions, des bureaux régionaux pour l'alimentation et la nutrition (BRAN) chargés de superviser le fonctionnement du système à tous les niveaux.

2. Stratégie

- Revitalisation des volets techniques du PPNS: éducation, surveillance.
- Développement d'une 2ème ligne de surveillance Points d'appui sur les structures communautaires (SSP).

b) Autres programmes intégrés de protection nutritionnelle (VIIe Plan):
Collaboration US.AID, UNICEF et ONG

1. Récupération nutritionnelle

- . 5 centres par département
- . Supervision des centres existants

2. Lutte contre les maladies diarrhéiques par la RVO
(programme national)

- . Réduction de 40% de la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans;
- . Réduction de 20% de la morbidité pour la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans;
- . Mettre en place avant la fin du programme une unité nationale de production de sachets SRC et assurer une couverture nationale de 40% en sachets.

3. Promotion de l'allaitement maternel et des recettes traditionnelles pour la conduite rationnelle de l'alimentation infantile
(sevrage)

4. Lutte contre l'anémie

- . Distribution de fer dans les structures de SSP;
- . Déparasitage systématique.

5. Lutte contre le goître

- . Sel iodé pour les zones du Sud-Est (endémies)
- . Education nutritionnelle

REPARTITION DES CENTRES DE SURVEILLANCE ET REHABILITATION NUTRITIONNELLE

REGION	POSTE ET CENTRE DE SANTE	SURVEILLANCE DE 1ère LIGNE PFNS	SURVEILLANCE 2è LIGNE CASE SANTE	CENTRE DE REHABILITATION NUTRITIONNELLE
BAKAR	73	15	2	15
CASAMANCE	114	93	184	30
DIKOUREL	37	25	11	15
SAINTE LOUIS	81	98	67	15
TAHERACOUNDA	62	28	159	15
SINE SALOUH	113	74	472	30
THIES	79	51	43	15
LOUGA	44	31	28	15
TOTAL	684	415	966	150

Donc surveillance 1ère ligne doit progressée de : 269
 Création de 5 centres de réhabilitation par département.

ANNEXE 5.

Atelier sur le Programme PPNS/CRS

22 - 24 Avril 1985

Hôtel SAVANA, Dakar

Présentation de l'AID/W

par Mme Judy Gilmore

I. La mission globale du Bureau de l'Evaluation à Washington est multiple:

1. Effectuer l'évaluation des programmes dans différents pays aux fins d'améliorer leurs résultats.

2. Fournir des conseils généraux aux missions américaines d'assistance technique sur les aspects des programmes évalués qui semblent donner les meilleurs résultats et sous quelles conditions ces résultats se présentent.

3. Encourager le développement et la mise en oeuvre des méthodes d'évaluation les plus pratiques et à moindre coût. Nous essayons d'aborder les évaluations d'une manière collaborative qui encourage la participation active du gouvernement concerné, des organisations volontaires, et de l'USAID.

II. En général, nous nous concentrons sur cinq questions de base:

94

1. Quels sont les effets de nos programmes à court et à long termes?
2. Quels sont les éléments essentiels pour atteindre ces effets?
3. Est-ce que la nourriture atteint les groupes de la population la plus nécessiteuse qui sont les plus vulnérables aux effets de la sous-alimentation?
4. Quelles sont les contraintes principales qui entravent la réalisation des programmes et comment peuvent-elles être surmontées?
5. Quelles sont les meilleures méthodes d'évaluation du point de vue scientifique et pratique qui puissent répondre à ces questions?

Comment pouvons-nous utiliser ces méthodes sur le terrain d'une façon collaborative?

III. Dans les dernières cinq années, l'AID a financé plus de treize évaluations dans des pays où les vivres américains font partie du soutien aux programmes de nutrition et de santé. Quelques une de ces évaluations font l'analyse de l'impact sur l'état nutritionnel et la mortalité dans les cas où les données sont suffisantes.

Dans d'autres cas, où des données adéquates n'existent pas pour effectuer une analyse des effets sur la santé infantile, les évaluations se limitent aux aspects opérationnels, c'est-à-dire, obstacles à la livraison de la nourriture et les autres services du programme, et l'analyse d'autres effets du programme: éducation des mères, etc..

Nous pensons que l'évaluation du programme au Sénégal est une des plus importantes parce qu'elle combine les aspects de ces deux types d'évaluation - impact et fonctionnement - et met en relief les questions principales qui intéressent l'AID, le PAM et plusieurs autres pays sur les programmes d'alimentation. L'évaluation effectuée au Sénégal est significative pour les raisons suivantes:

1. Elle représente le premier effort entrepris en vue d'intégrer un examen de l'impact et du fonctionnement, de combiner la collecte des données en détail et leur analyse rigoureuse avec une enquête sur le terrain pour aider à mieux interpréter les conclusions et mieux comprendre le déroulement du programme. Nous nous intéressons à connaître les problèmes associés à la façon d'aborder le sujet et comment nous pouvons améliorer ce

9/10

genre d'évaluation à l'avenir.

2. L'évaluation au Sénégal contient la plus grande collecte de données avec laquelle nous avons travaillé. Les données longitudinales, ainsi que transversales étaient disponibles grâce à la manière dont on a enregistré les pesées dans les centres, dans les registres et sur les cartes maîtresses, grâce également à l'enquête que le CDC et le Gouvernement du Sénégal étaient en train de mener au Sine Saloum.

3. C'est aussi la description la plus précise à ce jour en ce qui concerne les non-participants au programme, les données sur la morbidité et la mortalité des groupes participants et non-participants ainsi que sur l'usage des services de santé par les deux groupes. L'équipe d'évaluation avait la bonne chance de prendre avantage du sondage sur la santé familiale que le CDC et le Gouvernement du Sénégal étaient en train de conduire au Sine Saloum. Nous n'aurons pu autrement avoir les moyens, ni administratifs ni financiers, de recueillir ce volume de données. Cet exemple mérite répétition comme moyen peu coûteux pouvant enrichir les informations de base normalement disponibles.

En ce qui concerne les résultats, l'évaluation au Sénégal confirme les conclusions des autres études et elle ouvre de nouveaux terrains.

non-participants supposent que sans les efforts concentrés pour réduire les incidences de diarrhées et la déshydratation, les effets des vivres consommés seraient limités. Ceci souligne l'importance d'ajouter des éléments RVO aux programmes d'alimentation.

5. L'évaluation met en relief l'importance des effets des variations saisonnières sur la santé des enfants.

Résultats sur le Fonctionnement

1. En ce qui concerne les résultats sur le fonctionnement, l'évaluation a souligné que les domaines de responsabilité pour la gestion, la supervision et la formation entre le gouvernement et le CRS ne sont pas convenablement définis. Néanmoins, ces éléments sont les plus critiques à la réussite du programme. Faudra-t-il discuter à nouveau la définition des rôles et responsabilités à chaque niveau.

2. Dans la plupart des pays, la question d'un ciblage prioritaire est devenue très importante si l'on veut arriver à l'objectif qui vise à accroître l'impact et la couverture du programme. Est-ce que les programmes devraient s'orienter plus sur les enfants de moins de trois ans ou bien procéder à une réduction de la durée de la participation de chaque famille, afin que davantage d'enfants et de familles vulnérables puissent bénéficier du programme.

3. La charge des médecins-chefs et des autres personnels est déjà si lourde. Y a-t-il moyen de distribuer la nourriture et d'améliorer les aspects éducatifs sans augmenter le travail du personnel de santé. Il faudra éventuellement considérer d'une manière plus efficace les programmes de vivres et de santé, la participation des mères dans la gestion du programme ou les moyens pour répartir le travail parmi le personnel aux centres.

Serait-il nécessaire d'examiner la distribution de la nourriture par l'intermédiaire d'autres structures que les centres de santé.

Conclusions:

Comme je l'ai dit au début, le but de ces évaluations est l'amélioration des programmes, constituant une partie intégrale du

processus.

Au Sénégal, nous sommes déjà passés par plusieurs étapes. D'abord l'évaluation a été faite, et puis analysée. Pendant des mois depuis sa publication, nous l'avons lue. Nous avons compris l'essentiel des conclusions et recommandations faites par l'équipe d'évaluation.

L'équipe a conclu que les jeunes enfants et ceux d'âge pré-scolaires bénéficient du programme dans l'état actuel du programme, mais il y aurait lieu d'améliorer certains aspects.

Dans leur recommandation globale qui a été approuvée par les dirigeants des organismes concernés à Dakar, ils ont identifié trois champs d'action prioritaires: (1) le ciblage, (2) l'éducation des mères et la formation du personnel, (3) l'administration, c'est-à-dire, la supervision, la coordination, etc...

Si ces recommandations restent toujours valables, nous nous pencherons sur ces questions prioritaires durant nos trois jours d'atelier.

J'espère qu'ensemble, nous arriverons à cerner le obstacles majeurs au bon fonctionnement du programme et proposer des solutions valables.

ANNEXE 6

COMPOSITION DES SOUS-GROUPES ET SUJETS A COUVRIR

GROUPE I.

GROUPE II.

GROUPE III.

ORGANISMES

- CIBLAGE
- EXECUTION DES VOLETS TECHNIQUES

- EDUCATION ET FORMATION
- EDUCATION DES MERES
- FORMATION ET MOTIVATION DU PERSONNEL
- EXECUTION VOLETS TECHNIQUES
- APPUI AUX INITIATIVES LOCALES

- ADMINISTRATION
- SUPERVISION
- COORDINATION
- GESTION
- EVALUATION PERMANENTE
- APPUI AUX INITIATIVES LOCALES

GRS

P. FRAZZICA

S. FALL

S. GESSESSE
F. PILON

USAID/AID

J. GILMORE

M. WHITE

V. LAFOY

SANAS

S. M. DIENE

D. DIARRA

C. SY
O. NDIAYE

REGIONS
MEDICALES

M. SECK
B. SALL
A. THIAM
A. MBAYE

M. NIANG
I. DIALLO
B. DRAME
Y. SOW

M. LOUM
M. NDAO
O. NOBA
A. NDOYE
M. M. SOW
H. NDIAYE

OBSERVATEUR: F. HANNE

ANNEXE 6

ANNEXE 7

PROJET D' ACCORD
PROGRAMME DE PROTECTION NUTRITIONNELLE ET SANITAIRE
DE GROUPES VULNERABLES

REPUBLIQUE DU SENEGAL

-----oOo-----

Le Gouvernement de la République du Sénégal, dénommé ci-après le Gouvernement, et le Catholic Relief Services-U.S.C.C., dénommé C.R.S., désireux de parvenir à un accord portant programme de protection nutritionnelle et sanitaire de groupes vulnérables de la République du Sénégal.

- ARTICLE - I -

- BASE DES RELATIONS -

Les relations entre le Gouvernement et le CRS pour l'exécution de ce programme sont définies par la convention entre le Gouvernement et le CRS notamment en son article XI.

Les articles relatifs des présents plans d'opération et programme doivent être interprétés à la lumière de cette convention.

- ARTICLE - II -

- ZONE D' OPERATIONS -

La République du Sénégal limitée au Nord par la République Islamique de Mauritanie, au Sud par la Guinée Bissau et la République de Guinée, à l'Est par la République du Mali, à l'Ouest par l'Océan Atlantique et l'enclave de la Gambie a une superficie de 197.161 Kms² et une population de 3.800.000 habitants environ.

Le programme de protection nutritionnelle et sanitaire de groupes vulnérables se déroulera sur l'ensemble du territoire.

- ARTICLE - III -

- BENEFICIAIRES -

Les bénéficiaires du programme sont les groupes vulnérables prioritaires en particulier :

- les femmes enceintes durant les trois derniers mois de leur grossesse.
- les nourrices durant les cinq premiers mois de l'allaitement.
- les enfants de 0 à 5 ans.

...../.....

Cette énumération n'est pas limitative. Avec les possibilités d'extension du programme d'autres groupes pourront en bénéficier.

- ARTICLE - IV -

- B U T S -

Le Gouvernement avec l'aide du CRS se propose les buts suivants :

- Un appoint de protection nutritionnelle et sanitaire des groupes vulnérables sur l'étendue du territoire de la République en temps normal comme en période d'épreuve de privation alimentaire, par une assistance appropriée: prévention, redressement, récupération, insertion équilibrée en particulier d'un complément calorico-azoté aux rations et régimes alimentaires pré-existants (voir méthodologie: technique).

- Une surveillance nutritionnelle de la grossesse, de la croissance de l'enfant, de l'allaitement etc... (article III).

- Une conduite rationnelle de la nutrition de la femme enceinte, de la nourrice, de l'enfant, (article III) conduite rationnelle appuyée sur une éducation nutritionnelle et sanitaire adéquate.

- Une réhabilitation et une amélioration des habitudes comportement moeurs, technologie) alimentaires traditionnelles reconnues bonnes.

1°/- en utilisant le support de l'infrastructure sociale et médicale.

2°/- en utilisant les circuits automobiles, bicyclettes et tous les autres moyens de locomotion qui existent actuellement et en en créant partout où le besoin s'en fera sentir.

- ARTICLE - V -

- M E T H O D O L O G I E -

Découverte, réhabilitation et amélioration des habitudes alimentaires locales (article IV) par les méthodes nouvelles d'enquêtes et d'éducation.

- Appréciation de l'état de santé individuel et collectif par examen clinique nutritionnel systématique et biométrie: poids, taille, circonférence bras avec recours au sous-échantillonnage si nécessaire .

- Conduite de la nutrition et de la récupération nutritionnelle sur la base de la fiche nationale de nutrition appliquée à la

.../...

protection de la mère et de l'enfant au niveau des services de santé de base , appuyée de causeries sur les thèmes retenus, réalisation de menus types et repas de récupération, visites à domicile etc ...

- Fichage, identification des bénéficiaires portant renseignements généraux, situation sociale, rang de naissance de l'enfant, courbe de croissance, autres critères possibles de développement psychomoteur, état de jour santé et nutrition.

- Régistre des données biométriques.

- Petits soins médicaux préventifs usuels.

- Base démographique et enquêtes naissance-décès d'évaluation.

A.- ORGANISATION -

I.- Principes et directives -

- Organisme donateur: organisme qui apporte le matériel ou les fonds ou les deux à la fois, administre et contrôle le programme: CRS - USCC.

- Organisme promoteur: organisme qui conçoit , met en oeuvre le programme, le dirige techniquement, l'évalue: Gouvernement du Sénégal: Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales- Direction de la Santé Publique(BANAS- BPMI)- Direction des Affaires Sociales.

2.- Directives Générales -

a)- Chaque centre établira ses propres critères de sélection pour l'enregistrement des bénéficiaires. Les modes de sélection sont utilisés dans le but de limiter les bénéficiaires à un nombre correspondant à la capacité du centre plutôt que de retenir un groupe particulier.

b)- Chaque cellule familiale bénéficiaire devra participer aux frais du centre selon un tarif fixé d'un commun accord par l'organisme promoteur et l'organisme donateur. L'organisme promoteur fournit local, personnel, médicaments, moyens techniques et de transport etc... L'Organisme donateur fournit des moyens similaires pour le compte de la communauté afin de soulager l'organisme promoteur.

c)- Les organismes donateur et promoteur décideront à l'avance des modalités d'encaissement et de comptabilité des contributions versées.

...../.....

d)- Le promoteur et le CRS partagent la responsabilité des fournitures importées jusqu'à leur consommation ou leur utilisation.

Le côté technique de cette responsabilité est détaillé dans les pages qui suivent et porte sur l'importance de l'utilisation effective de l'aide alimentaire dans les programmes de santé infantile notamment.

3.- Administration et répartition des rôles et autres responsabilités .

a)- Le programme sera exécuté sous la responsabilité du Gouvernement avec avis et assistance matérielle du CRS. L'Administration et l'encadrement incomberont à la Direction des Affaires Sociales et la conduite technique à la Direction de la Santé Publique (BANAS - PKI).

b)- Le CRS sera représenté par son bureau de Dakar dans toutes les fonctions: activités, droits et obligations découlant pour lui du plan. Pour toute question concernant l'assistance en exécution du plan, le CRS par l'intermédiaire de son bureau à Dakar traitera avec le Ministère de la Santé Publique du Sénégal.

c)- Rôle du CRS: dotation selon les disponibilités en vivres et vêtements, personnel, médicaments, vaccins etc... participation aux charges et transport du personnel etc...

d)- Obligations du Gouvernement: pourvoir au besoin: du programme avec les services des personnels du BANAS, des Affaires Sociales, des PMI et Services de Santé de Base, prendre à sa charge les frais de déchargement des articles importés dès leur arrivée au port de débarquement désigné, ainsi que leur magasinage et leur transport aux centres de distribution situés à l'intérieur du Pays.

Le Gouvernement assurera: aide, protection et assistance au CRS et à son personnel américain expatrié en République du Sénégal, et leur accordera les droits et libertés d'action nécessaires à l'accomplissement de leur mission, ainsi que les droits et libertés élémentaires reconnus à ses citoyens.

Le Gouvernement devra fournir le matériel technique nécessaire .

...../.....

105

Le Gouvernement accepte que soit fourni au Délégué du CRS, ou à ses représentants, toute information nécessaire au bon fonctionnement du programme d'assistance.

Le Gouvernement exemptera de tous droits d'entrée ainsi que toutes impositions ou taxes locales les fournitures importées par le CRS, en exécution de la présente convention. Ces exonérations s'appliqueront, également après accord des autorités compétentes, aux articles nécessaires au fonctionnement des services du CRS au Sénégal, aux effets personnels du Délégué accrédité.

A titre exceptionnel le Sénégal accordera au Délégué les mêmes privilèges reconnus aux Représentants des Institutions spécialisées.

B.- DIRECTION - DESCRIPTION DES POSTES -

Au niveau du P.F.N.S.

Le Directeur des Affaires Sociales ou son représentant à toutes les fonctions de gestion, encadrement, co-administration avec l'organisme donateur.

Les Médecins Nutritionnistes et Pédiatre, Médecins-Chefs du BANAS et du BPKI, responsables des directives et supervisions techniques ou leurs assistants.

L'Assistante Sociale CRS, responsable de la supervision et du contrôle de l'exécution.

La consultante coordinatrice des centres sociaux.

La consultante coordinatrice " Promotion Humaine " des participations animation et économie familiale (animatrices, institutrices, monitrices d'économie familiale etc...

La consultante coordinatrice de la participation des CER.

Au niveau de l'Unité Centre .

La responsable de centre: assistante sociale, Infirmière , Religieuse, Maîtresse d'Enseignement Ménager, Monitrice Rurale, Volontaire de la Paix: chargée de l'organisation, de l'exécution du travail.

Les auxiliaires aux différentes tâches: biométrie, petits soins, convocations, visites, commissions, démonstrations, causeries, encadrement, distribution etc...

...../.....

106

Le manœuvre: manutention, aménagement, installation, distribution, balayage etc...

C.- MOYENS TECHNIQUES -

Au niveau de l'Unité Centre :

- I nécessaire petits soins standards.
- I pharmacie petits soins standards.
- I nécessaire biométrie: poids adulte, poids et taille en -
fant de 0 à 5 ans .
- I ruban métrique gradué en centimètre.
- I nécessaire unité cuisine adapté(v.annexe.I).
- I nécessaire audio-visuel éducatif adaptable.
- I nécessaire mesure de l'hémoglobine: appareil ou talquist.
- I série tubes à essai pour examen macroscopique des urines.
- I nécessaire test de développement psycho-moteur adaptable.
(éventuel)
- I nécessaire: jeux d'enfants.

D.- DEROULEMENT -

a)- Implantation -

37 centres CRS existants

I centre expérimental rural(BANAS)à Popenguine existant.

20 nouveaux centres à ouvrir au niveau des centres sociaux choisis.

4 centres talibés(Ecole Coranique)à ouvrir pour le compte du Comité National d'Action Sociale CNAS. à raison de 2 à Dakar,- I à Pikine,- I à Kaolack.

D'autres centres pourront être implantés sur demande aux autorités compétentes et selon les possibilités du programme.

b)- Dénomination -

L'unité centre est dénommée: Centre de Protection et de Récupération Nutritionnelle - C.P.R.N. -

c)- Taille de l'Unité -

Selon les possibilités du programme.

30 enfants jardin (I/2 journée ou journée entière).

400 enfants consultants en moyenne.

200 mères consultant en moyennes(chiffre dépendant du taux de natalité locale).

...../.....

187

d)- Activités -

Centre fixe et mobile, consultations donc fixes ou itinérantes par visites à domicile, appui d'un jardin d'enfants et d'une école des mères .

L'école des mères est un groupe de jeunes mères, dynamiques volontaires, engagées, intéressées en nutrition appliquée, puériculture économie familiale etc...

La consultation au centre a pour objet: biométrie, petits soins, complémententation(distribution et repas), causeries, démonstrations etc...

La consultation à domicile a pour objet: les mêmes opérations, la supervision, le contrôle de l'application des connaissances acquises.

Les cas à récupérer bénéficieront d'une observation la plus permanente possible au centre ou par l'itinérance. La meilleure fréquence sera recherchée pour les autres à raison d'un rythme qui dépendra des possibilités du centre. Cette fréquence doit répondre au moins à une consultation par mois et par bénéficiaire.

Organisation de l'itinérance, calendrier, et roulement seront étudiés et établis à cet effet.

La mise en place des structures débutera dès approbation du plan d'opération par les parties.

- ARTICLE - VI -

- EVALUATION -

Le but fondamental de ce programme étant de faire saisir et apprécier la valeur du rapport qui existe entre nourriture et croissance, entre aliments de différentes valeurs et santé infantile, l'évaluation portera sur les niveaux d'état de nutrition et acquis: gain de croissance-natalité-mortalité en comparaison du taux de complémententation.

Les rations complémententaires distribuées une fois par mois comprendront :

I.- une nourriture riche en protéines(normalement du lait écrémé en poudre ou un produit équivalent)- la ration quotidienne ne doit pas être inférieure à 30 % à la ration journalière de protéines

119

2.- des aliments riches en calories :

La quantité supplémentaire de protéines sera fixée par l'organisme promoteur et l'organisme donateur. Pour des raisons pratiques, la ration sera la même pour tous les enfants, quelque soit leur âge. Pour les femmes enceintes et les nourrices, elle sera établie sur la même base que ci-dessus par le Médecin Nutritionniste Expert National du Projet. Les distributions d'aliments riches en calories sont facultatives et les quantités seront fixées d'un commun accord par l'organisme promoteur et l'organisme donateur.

Dès que les rations ainsi établies auront été fournies par l'organisme donateur, elles seront distribuées en quantité égale à tous les bénéficiaires inscrits, sans tenir compte de leur âge, de leur état de santé ou de leur situation socio - économique.

Toutefois comme il a été déjà indiqué, une observation plus permanente et un meilleur rythme de fréquence au centre seront à déterminer par le Médecin Nutritionniste Expert pour le cas de récupération Nutritionnelle.

3.- Une comptabilité très stricte des bénéficiaires et des distributions sera tenue à jour dans chaque centre au moyen de fiches nominatives et de registres sommaires. Les données relatives aux activités dans l'ensemble de la République seront centralisées au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (Direction des Affaires Sociales.).

4.- Rapports et documents périodiques: Le Gouvernement tiendra le CRS au courant des progrès réalisés dans l'exécution du programme. Dans ce but, des rapports en plus des documents de comptabilité seront préparés et soumis aux parties selon une périodicité à étudier.

5.- Rapport d'évaluation: Un rapport d'évaluation technique et de gestion sera préparé tous les deux ans conjointement par la Direction de la Santé Publique (BANAS-PMI-) et la Direction des Affaires Sociales à soumettre au CRS par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales au nom du Gouvernement de la République du Sénégal.

...../.....

107

1.- Ce plan d'opération entrera en vigueur, à la date de son approbation par les parties. Il restera en vigueur jusqu'à la cessation de l'assistance internationale fournie par le CRS, y compris la période qui pourra être nécessaire pour l'exécution des arrangements relatifs à la liquidation de cette assistance.

2.- Lorsque l'exécution du programme aura pris fin, la dévolution du matériel et des fournitures procurés et dont le CRS aura conservé la propriété sera décidée par commun accord entre le Gouvernement et le CRS conformément aux règles et principes appropriés.

En foi de quoi les parties sus-nommées ont souscrit cet accord convention

le 5^e janvier 1973

POUR LE GOUVERNEMENT DU SENEGAL

POUR LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES.

POUR LE CATHOLIC RELIEF
SERVICES USCC.

