

Rapport de la Cinquième conférence internationale du  
forum international des planificateurs en matière de nutrition

15-18 août 1989

Séoul (Corée)

***FACTEURS CRITIQUES DE SUCCES  
DES PROGRAMMES  
NUTRITIONNELS COMMUNAUTAIRES***

Conférence organisée sous le auspice  
de l'Agence pour le développement international  
des États-Unis  
Bureau de la Science et de la Technologie  
Office de la nutrition

**Rapport de la Cinquième conférence internationale du  
forum international des planificateurs en matière de nutrition**

***FACTEURS CRITIQUES DE SUCCES  
DES PROGRAMMES  
NUTRITIONNELS COMMUNAUTAIRES***

**15-18 août 1989  
Séoul (Corée)**

**Conférence organisée sous le auspice  
de l'Agence pour le développement international  
des États-Unis  
Bureau de la Science et de la Technologie  
Office de la nutrition**

La Cinquième conférence internationale du Forum international des planificateurs en matière de nutrition a bénéficié de l'appui du Projet de communication pour la nutrition de l'Académie pour le développement de l'éducation dans le cadre du contrat No. DAN-5113-Z-00-7031-00 (Projet #936-5113), et du Service international de nutrition de la Société LTS dans le cadre du contrat No. PDC-0262-I-00-7151-00

AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT  
WASHINGTON, D C. 20523

2 Février, 1990

Professeur Mamdouh K. Gabr, Chairman  
Forum International des Planificateurs  
en Matière de Nutrition (INPF)  
162 Tahreer Street  
Caire EGYPTE

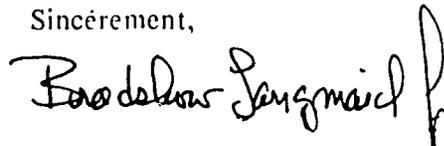
Cher Professeur Gabr:

Depuis vingt ans, l'agence pour le développement international des Etats-Unis s'est efforcé d'aider les pays du tiers mondes à augmenter la production alimentaires et fibrannes, et d'aider à assurer que les individus et les familles de ces pays puissent obtenir et consommer un régime adéquat en éléments nutritifs. L'expérience acqueri en collaboration avec des differents pays sur l'amelioration de nutrition était ramassies et analysées par les planificateurs en matière de nutrition au cours d'une conférence internationale. Le résultat de cette conférence est le rapport, Facteurs Critiques de Succès des Programmes Nutritionnels Communautaire. Ce rapport trace un chemin bien défini pour l'établissement de programmes nutritionnels réussi.

Le rapport synthétise les expériences des efforts et identifie les facteurs critiques pour achever du succès dans les programmes nutritionnels. Ce n'est pas étonnant que le succès demande une participation repandue dans le planification et l'exécution par ceux qui bénéficie des programmes et les pourvoyeurs de services. Nous trouvons dans d'autres secteurs de développement que l'association des partenaires -- entre les pourvoyeurs de services et les groupes ciblées, entre le gouvernement et le secteur privée, entre les groupes entrepreneurial et les groupes bénévoles, ainsi que d'autres partenaires -- est indisponible pour établir et, en plus, pour soutenir les programmes réussi.

J'ai confiance que ce rapport s'avererait inestimable pour les praticiens de développement général, ainsi que pour les planificateurs de programmes nutritionnels dans les secteurs publiques et privées, et dans les organizations bénévoles. En faveur de l'agence pour le développement international des Etats-Unis, je voudrais vous remercier aussi bien que Dr. Santos, Dr. Jerome, les autres membres du Forum International des Planificateurs en Matière de Nutrition, pour leurs contributions importants dans la poursuite des vies plus saines et productives pour les peuples de monde.

Sincèrement,



Administrateur Adjoint par enterim pour le  
Bureau de Science et de la Technologie

2

## **AVANT-PROPOS**

Ce rapport est une synthèse des débats principaux présenté et discuté au cours de la conférence internationale sur "Les Facteurs Critiques de Succès des Programmes Nutritionnels Communautaire".

Elle est la cinquième conférence dans une série des conférences sous les auspices du Forum International des Planificateurs en Matière de Nutrition (INPF), une organisme nongouvernemental de professionnels des pays en voie de développement s'intéressant à l'amélioration de l'état nutritionnel de pays du tiers monde. Il était estimé qu'une discussion sur les facteurs critiques de succès de quelques programmes nutritionnels peuvent-être un moyen efficace pour promouvoir l'amélioration nutritionnels et d'éviter les échecs. Nous sentons que cet objectif a été atteint. Que la conférence de l'INPF était liée au Congrès International du Nutrition à Seoul a permis les membres de la conférence de participer au Congrès, et à souligner que les approches pratiques sur la lutte contre la malnutrition dans les pays du tiers monde est un but important pour les nutritionists du monde. Nous espérons que ces objectifs ont été atteints.

Les études de cas discutées à la conférence ne représentaient qu'une petite partie de projets nutritionnels réussis, qui étaient mis en oeuvre dans les pays en voies de développements. Elles étaient sélectionnées parce qu'elles représentaient une grande diversité géographique et elles illustraient une variété des approches communautaire et technique. Quelques autres études de cas étaient présentées et discutées par les affiches.

Comme dans les conférences précédentes de l'INPF, la cinquième n'aurait pas pu avoir lieu sans l'appui généreux de l'Office de la Nutrition à l'Agence pour le Développement International des Etats Unis, dirigée par le Docteur Norge W. Jerome. Cette appui a couvert les réunions préparatifs et la conférence même. L'INPF voudrais aussi féliciter tous les organismes internationaux et nationaux qui ont donné un soutien financier et technique à la conférence, ainsi que notre hôte, la Société Nutritionnelle Coréen.

Il est souhaiter que ce rapport pourrait provoquer une conscience élargée sur les approches pratiques sur la lutte contre la malnutrition parmi les décideurs, les chercheurs et les agents sur le terrain.

**Professeur Mamdouh Gabr  
Professeur de Pédiatrie  
L'Université de Caire  
et  
Chairman  
Le Forum International des Planificateurs  
en Matière de Nutrition**

## **PREFACE**

Cette Conférence sur les principaux facteurs de succès des Programmes nutritionnels communautaires est la cinquième d'une série de conférences organisées par le Service de la nutrition du Bureau de la science et de la technologie (S&T) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), sous les auspices du Forum international des planificateurs en matière de nutrition (INPF). En organisant cette conférence, le Service se fixait un objectif fondamental : déterminer si un groupe international expérimenté de praticiens/décideurs/administrateurs de la nutrition étroitement associés aux programmes nutritionnels au niveau communautaire pouvait se mettre d'accord sur une série d'éléments cruciaux conditionnant le succès des programmes nutritionnels au sein des communautés défavorisées.

J'estime que l'objectif de la Conférence a été atteint, et ce sans le moindre doute. Pour cela, il fallait naturellement avoir défini, à l'intention du groupe, une série de programmes nutritionnels aux résultats jugés relativement positifs et faire en sorte que le groupe de spécialistes réunis utilisent dans d'autres secteurs, à des fins d'analyse et de discussion, un certain nombre d'indices de succès des programmes.

Cette conférence a fourni des éléments d'information provenant du monde entier et prouvant de façon convaincante que les programmes nutritionnels peuvent atteindre leurs objectifs s'ils sont conçus et exécutés conformément aux concepts et principes décrits ci-après. Les 14 études de cas sur la nutrition portant sur des pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine illustrent parfaitement un point important : le succès est possible dans le cadre de divers types de programmes nutritionnels et dans différents contextes géographiques, politiques, socio-culturels et économiques.

Il est maintenant possible de réfuter l'affirmation selon laquelle "les programmes nutritionnels sont trop complexes à planifier... trop durs à exécuter... trop coûteux à gérer... trop difficiles à évaluer". Cela ne signifie pas pour autant que la programmation nutritionnelle constitue une panacée ou une solution miracle pour assurer le développement économique et social. Il n'existe pour cela ni panacées ni solutions miracles mais les enseignements tirés de cette conférence nous fournissent une clé - une clé d'argent peut-être - pour ouvrir la porte qui empêchait des partenaires potentiels de collaborer.

Les données fournies par 14 études de cas sur la nutrition démontrent qu'une collaboration entre les diverses parties est la clé du succès des programmes nutritionnels. Je veux parler d'une collaboration visant à responsabiliser les communautés et à les rendre autonomes, c'est-à-dire une collaboration entre le secteur alimentaire/nutritionnel et les autres secteurs, entre ceux qui assurent des services nutritionnels et ceux qui sont exposés à la malnutrition; entre les nutritionnistes et les non spécialistes; entre les responsables désignés des programmes nutritionnels et les agents communautaires; entre le personnel salarié et les bénévoles, entre les capitales et les villages, et enfin, entre les décideurs et l'ensemble de la population.

**Norge W. Jerome, Ph.D.**  
**Directeur**  
**Office de la nutrition**  
**Bureau de la science et de la technologie**  
**Agence des Etats-Unis pour**  
**le développement international**

## REMERCIEMENTS

Le Forum international des planificateurs en matière de nutrition (INPF) remercie les participants de leur précieuse collaboration pendant toute la durée de sa Cinquième conférence internationale. Il se félicite particulièrement des exposés et des commentaires qui ont été entendus, des informations échangées sur des expériences sur le terrain, des points de vue et opinions exprimés en toute liberté et des débats approfondis qui ont eu lieu dans un climat de grande franchise sur des problèmes délicats et importants concernant la planification et la mise en oeuvre de programmes nutritionnels communautaires sur le terrain dans les pays en développement.

L'Office de la nutrition de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (AID) a apporté un soutien financier et technique à la Conférence par le biais de son Projet de communication pour la nutrition (NCP). Un certain nombre de missions résidentes de l'AID ainsi que l'UNICEF, le Programme conjoint de soutien à la nutrition (JNSP) de l'OMS/UNICEF, l'OPS/OMS et le Gouvernement néerlandais ont également apporté leur contribution en prenant en charge les frais de voyage et de séjour de certains participants.

Le Forum remercie également de leur précieuse collaboration le Comité organisateur du 14ème Congrès international de l'Union internationale pour les sciences nutritionnelles (IUNS), et en particulier le Dr. Sook He Kim, Président du Comité directeur, d'avoir facilité l'organisation de la conférence sur le plan administratif et logistique.

Le Comité directeur de l'INPF, avec le Dr. José O. Mora pour coordonnateur technique, a fait office de Comité de planification de la Conférence. Cette dernière a été présidée par le Professeur Mamdouh K. Gabr, Président du comité directeur de l'INPF. Les participants ont joué alternativement les rôles de rapporteur et de président de séance lors des discussions en séance plénière. Le Dr. Eileen Kennedy a fait office de rapporteur général.

Le présent rapport résume les études de cas et débats de la Cinquième conférence internationale du Forum international des planificateurs en matière de nutrition (INPF) qui s'est tenue à Séoul (Corée) du 15 au 18 août 1989. Il comprend les notes des rapporteurs. Les études de cas ont été préparées et présentées par le Dr. B. A. Kodyat (Indonésie), le Dr. S. Chawalit (Thaïlande), le Dr. S. Gosh (Inde), le Dr. C. Mtalo (Tanzanie), le Dr. Z. Newmann (Brésil) et le Dr. A. Pardo (Bolivie). Pour les études de cas, les intervenants ont été le Dr. V. C. Rahardjo (USAID/Indonésie), le Dr. T. Gopaldas (Inde), le Dr. S. Gujral (Inde), Mme J. Tagwireyi (Zimbabwe), le Dr. J. E. Ariza (Porto Rico), le Dr. C. H. Daza (OPS/OMS). Des exposés à l'aide d'affiches ont été faits par Mme T. O. Maribe (Botswana), le Dr. A. W. Patterson (CFNI/Jamaïque), le Dr. S. Correu (Mexique), le Dr. A. O. Orange (Nigéria), le Dr. G. Lopez de Romana (Pérou), le Dr. J. Eusebio (Philippines), le Dr. J. E. Ariza (Porto Rico), et Mme J. Tagwireyi (Zimbabwe).

La Logical Technical Services Corporation (LTS) a été chargée de l'organisation et de la coordination technique de la conférence par l'intermédiaire de son Service international de nutrition (LTS/INU). La conférence a été préparée dans le cadre d'un contrat avec l'AID. Son organisation et son déroulement ainsi que la préparation et la publication du présent rapport se sont effectués dans le cadre du projet de communication pour la nutrition (NCP) administré par l'Académie pour le développement de l'éducation (AED)<sup>1</sup>. Le Dr. José O. Mora et Mme Charlotte Johnson-Welch, de la LTS, ont joué respectivement les rôles de coordonnateurs technique et administratif de la conférence et établi le présent rapport. Celui-ci, a été rédigé en anglais (langue officielle de la conférence), mis en forme par M. Dennis Ferra et traduit et publié en français et en espagnol pour pouvoir être diffusé plus largement dans les pays en développement.

---

<sup>1</sup> A.I.D./LTS I.Q.C. Contrat No. PDC-0262-I-00-7151-00, et A.I.D./AED Projet de communication pour la nutrition, contrat No. DAN-5113-Z-00-7031-00, Projet No. 936-5113.

FORUM INTERNATIONAL DES PLANIFICATEURS  
EN MATIERE DE NUTRITION (INPF)

Comité directeur 1988-89

Professeur Mamdouh K. Gabr, Chairman  
Conseil arabe pour l'enfance et le développement  
162 Tahreer Street  
Caire, EGYPTÉ

Dr. Walter J. Santos, Vice-Président  
Rua Visconde de Piraja 156, Sala 602  
Rio de Janeiro, BRÉSIL

Dr. Norge W. Jerome, Organisateur  
Directeur de l'Office de la nutrition  
S&T/N, SA-18, Room 411  
Agence des Etats-Unis pour  
le développement international  
Washington, D.C. 20523, ETATS-UNIS

Dr. Jaime E. Ariza  
Directeur du programme de hautes études  
sur la nutrition  
Université de Porto Rico  
San Juan, PORTO RICO

Dr. Adenike O. Grange  
Département de pédiatrie  
Université de Lagos PMB 12003  
Ecole de médecine  
Lagos, NIGERIA

Dr. Adeline W. Patterson  
Directeur de l'Institut d'alimentation et  
de nutrition des Caraïbes  
Kingston 7, JAMAÏQUE

Dr. Aree Valyasevi  
Professeur/consultant  
Institut de nutrition  
Mahidol University at Salaya  
Nakorn Chaisri District  
Nakorn Pathom 73170, THAÏLANDE

- 2 -

## TABLE DES MATIERES

Résumé analytique . . . . .	i
I. INTRODUCTION . . . . .	1
A. Généralités. . . . .	1
B. Objectifs . . . . .	1
C. Participants . . . . .	2
D. Organisation de la conférence. . . . .	2
II. RESUME DES PROGRAMMES EXAMINES . . . . .	3
A. Programme d'amélioration de la nutrition familiale (UPGK), Indonésie . . . . .	3
B. Programme de nutrition et de soins de santé primaires, Thaïlande . . . . .	5
C. Programme intégré de services en faveur de l'enfance (ICDS), Inde . . . . .	6
D. Projet conjoint de soutien à la nutrition (JNSP) à Iringa, Tanzanie . . . . .	9
E. Programme pastoral en faveur des enfants, Brésil . . . . .	11
F. Programme de lutte contre le goitre endémique, Bolivie. . . . .	13
G. Programmes/projets présentés durant la séance à base d'affiches. . . . .	16
III. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS . . . . .	19
A. Engagement politique . . . . .	19
B. Mobilisation et participation des communautés . . . . .	20
C. Mise en valeur des ressources humaines . . . . .	21
D. Ciblage. . . . .	22
E. Systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion . . . . .	22
F. Reproductibilité et pérennité du programme . . . . .	23
ANNEXES:	
1. Liste des participants . . . . .	25
2. Ordre du jour . . . . .	28

## RESUME ANALYTIQUE

La Cinquième conférence internationale du Forum international de planificateurs en matière de nutrition (INPF) consacrée aux **FACTEURS CRITIQUES DE SUCCES DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS COMMUNAUTAIRES** a eu lieu du 15 au 18 août 1989 à Séoul (Corée). A cette conférence organisée sous les auspices du Service de nutrition de l'Agence de développement international (AID) des Etats-Unis ont participé trente experts venus de vingt deux pays en développement et trois experts américains, ainsi que sept observateurs d'organisations internationales et d'organismes donateurs. Dans le cadre d'ateliers, les participants ont examiné et analysé six grandes études sur l'Indonésie, la Thaïlande, l'Inde, le Brésil, et la Bolivie ainsi que huit projets nutritionnels supplémentaires. Les facteurs critiques de succès des programmes ont été identifiés dans le cadre de débats qui ont porté sur six points essentiels, à savoir la volonté politique; la mobilisation et la participation des communautés; la mise en valeur des ressources humaines; le ciblage des programmes; les systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion et enfin la reproductibilité et la pérennité des programmes.

La Conférence est parvenue à une importante conclusion : l'état nutritionnel des groupes défavorisés des pays en développement peut être sensiblement amélioré par des programmes de développement communautaire orientés vers la nutrition si ceux-ci incorporent dès le départ certains éléments critiques. Elle a cependant noté que les projets et programmes nutritionnels ne pouvaient pas se substituer à la volonté politique d'un pays et d'un gouvernement d'assurer une croissance économique et un développement social viables et équitables. On a recommandé une approche globale de l'amélioration de la nutrition consistant à incorporer des éléments nutritionnels dans les programmes de développement communautaire, ou bien à utiliser l'approche du développement communautaire dans le cadre des programmes nutritionnels. Les participants ont également insisté sur le fait que la qualité du personnel et les méthodes d'exécution peuvent être plus importantes que le contenu d'une intervention donnée. L'attachement des institutions et des particuliers au principe de l'autonomie communautaire dans le contexte général de l'effort de développement est crucial pour réaliser des progrès sur le plan nutritionnel.

Les facteurs critiques de succès d'un programme ont été identifiés dans chacune des six catégories préétablies suivantes :

1. Engagement politique. Un engagement politique ferme et constant se traduisant par des financements et des mesures concrètes dans le domaine de la nutrition est absolument indispensable. Cet engagement politique peut provenir de la communauté qui a besoin de services nutritionnels ou bien être suscité par la communauté technique et scientifique et/ou par les organisations internationales.

2. Mobilisation et participation des communautés. Pour assurer le succès des programmes nutritionnels, il est indispensable de mobiliser efficacement les communautés en vue d'assurer leur participation active. Le meilleur moyen d'y parvenir consiste à les associer à toutes les phases de la planification et de la mise en oeuvre des programmes, notamment à l'évaluation des besoins, à la prise de décision ainsi qu'à la supervision, au suivi et à l'évaluation des programmes. La décentralisation des pouvoirs en faveur des communautés facilitera leur organisation et leur permettra d'identifier leurs propres besoins, de rechercher des solutions et de participer activement à l'exécution des programmes. Les groupes féminins peuvent jouer un rôle de premier plan aux fins de la mobilisation et de la participation de la communauté.

3. Mise en valeur des ressources humaines. La qualité des ressources humaines constitue un élément important. Un intérêt pour le travail communautaire, un sens aigu de l'initiative et l'aptitude à diriger une équipe constituent des critères fondamentaux de sélection du personnel. Ces qualités sont également attendues des bénévoles et des agents communautaires rémunérés par la collectivité. Des investissements relativement importants doivent être consacrés à la formation

de base et à de fréquents recyclages en cours d'emploi. La solution la plus efficace peut consister à combiner une formation dans un centre spécialisé et sur le terrain. Il a été recommandé d'assurer une formation pluridisciplinaire complète orientée vers des techniques spécifiques et fondée sur les compétences des intéressés, en accordant une attention particulière à la formation des formateurs.

4. Ciblage. Un ciblage approprié améliore l'efficacité et le rapport coût-efficacité des programmes d'intervention nutritionnelle en axant les ressources sur les groupes ou individus présentant les plus grands risques et pouvant profiter le plus de l'intervention. Lorsque la malnutrition est répandue, un ciblage géographique peut être suffisant mais à mesure que le niveau de malnutrition diminue, il est nécessaire de combiner des critères géographiques, domestiques, familiaux, économiques et individuels. Un ciblage sur les régions ou les communautés les plus pauvres implique souvent la mise en place d'une infrastructure permettant d'assurer un minimum de services.

5. Systèmes de suivi, d'évaluation, et d'information de gestion. L'existence d'un système fonctionnel d'information et de gestion (SIG) pour le suivi, l'évaluation et la prise de décisions aussi bien au niveau local qu'aux échelons supérieurs conditionne largement le succès d'un programme. Un flux d'informations et un système de prise de décisions dans les deux sens (c'est-à-dire de la base vers le sommet et du sommet vers la base) devraient être institués et accompagnés de la collecte régulière de données fiables, d'une analyse et d'une interprétation de ces dernières effectuées en temps opportun et d'une information en retour immédiate. Le SIG n'a pas besoin d'être très perfectionné. Il ne devrait pas dépasser la capacité de traitement de données du programme ni imposer aux agents communautaires un travail excessif de collecte des données. Un SIG de base comprend une série minimum de données et d'indicateurs devant être recueillis, traités et utilisés par la communauté, les directeurs des programmes et les responsables en vue de la prise de décisions.

6. Reproductibilité et pérennité des programmes. Il s'agit là de deux éléments interdépendants conditionnant le succès des programmes. Un programme peut être reproduit dans la mesure où ses éléments, méthodes et modalités d'exécution se prêtent aux caractéristiques particulières d'un autre contexte. Pour que les programmes nutritionnels aient un impact à long terme, il est indispensable que leurs résultats positifs soient durables. On peut atteindre cet objectif plus facilement grâce à une ferme engagement politique, à une participation active de la communauté, à la formation du personnel voulu et au choix d'un programme ayant un rapport coût-efficacité acceptable compte tenu des ressources dont dispose le pays en question. La pérennité d'un programme est prise en compte dès le stade de la planification lorsque les interventions nutritionnelles sont conçues dans le contexte d'un pays et dans les limites des ressources locales d'un pays. Un transfert de technologie efficace ou la mise au point sur place de technologies d'un bon rapport coût-efficacité rendra les effets d'un programme plus durables.

## I. INTRODUCTION

La Cinquième conférence internationale du forum international des planificateurs en matière de nutrition (INPF) consacrée aux "Facteurs critiques de succès des programmes nutritionnels communautaires" a eu lieu du 15 au 18 août 1989 à Séoul (Corée). Cette conférence a été organisée sous les auspices du Service de nutrition de l'Agence de développement international des Etats-Unis (AID) et organisée par l'Académie pour le développement de l'éducation (AED). Le Service international de la nutrition de LTS (LTS/INU) qui collabore au Projet de communication pour la nutrition (NCP) a organisé l'atelier et préparé ce rapport.

### A. Généralités

Les problèmes nutritionnels continuent à toucher un pourcentage considérable de la population des pays en développement et à contribuer largement à la morbidité et à la mortalité infantiles et juvéniles. Le taux de malnutrition est resté élevé dans beaucoup de pays en développement et le nombre de personnes exposés à l'insécurité alimentaire continue d'augmenter. Les problèmes nutritionnels sont intimement liés à la pauvreté et au sous-développement général. En même temps, le développement social et économique d'un pays est entravé par les effets fonctionnels de la malnutrition notamment sur les possibilités d'apprentissage et les résultats scolaires, la capacité de travail physique et la procréation. L'amélioration de l'état nutritionnel des pauvres dans les pays au développement économique insuffisant peut avoir un impact considérable sur le développement.

Les mesures destinées à améliorer l'état nutritionnel global des pauvres dans les pays en développement ont évolué au cours des dernières décennies, et sont axées non plus sur une méthode spécifique d'enrichissement des aliments, mais sur des stratégies multisectorielles élargies liées au développement communautaire en général et aux soins de santé primaires en particulier. Aux interventions nutritionnelles étroites isolées, sélectives et souvent exécutées "verticalement", qui ont donné des résultats très limités succèdent maintenant des

approches globales plus prometteuses, intégrées aux stratégies de développement communautaire.

Au cours de la dernière décennie, on a commencé à exécuter un certain nombre de programmes nutritionnels et communautaires dont d'importants enseignements ont pu être tirés. Ces programmes ont souvent été couronnés de succès et il a donc paru utile de les examiner en détail pour étudier et comprendre les éléments cruciaux ayant déterminé leur réussite. C'est la raison pour laquelle le Forum international des planificateurs en matière de nutrition (INPF) a fait de cette question le thème de sa Cinquième conférence internationale.

### B. Objectifs

Conformément à la philosophie de l'INPF, la conférence avait pour but de fournir un mécanisme permettant à un groupe d'experts de pays en développement spécialistes de la nutrition et de disciplines connexes, d'échanger des informations et de faire le bilan de leur action respective afin de soumettre à un examen critique l'expérience acquise grâce au succès de programmes et de projets nutritionnels communautaires, de comprendre leurs méthodes de planification et d'exécution et d'en arriver à des conclusions et des recommandations destinées aux décideurs et aux chargés de programme dans les pays en développement.

La conférence visait plus précisément à :

1. Examiner en profondeur et analyser un petit nombre d'études de cas relatives à des programmes nutritionnels communautaires exécutés avec succès dans des pays en développement;

2. Soumettre à un examen critique une série de problèmes interdépendants influant sur l'efficacité des programmes;

3. Déterminer les éléments universels des processus de planification et d'exécution qui aboutissent à des résultats positifs et;

4. Tirer des enseignements et conclusions pratiques susceptibles d'être appliqués utilement à la planification et à

l'exécution des programmes nutritionnels communautaires dans les pays en développement.

### C. Participants

A la Conférence ont participé trente (30) experts de vingt-deux (22) pays en développement et trois (3) experts des Etats-Unis. Sept (7) observateurs d'organisations internationales et d'organismes donateurs ont également participé à la Conférence (voir liste des participants en Annexe 1).

### D. Organisation de la Conférence

La Conférence a été organisée comme suit sous la forme d'un atelier en deux parties (voir également l'Annexe 2) :

Première partie. De brèves (30 minutes) présentations d'études de cas relatives à un certain nombre de programmes nutritionnels communautaires ayant donné des résultats positifs. Six (6) grands programmes ont été retenus pour faire l'objet d'exposés formels en fonction de critères préétablis de succès des programmes et notamment de considérations nutritionnelles, politiques, structurelles, économiques et gestionnelles. Les programmes ont été présentés par leur directeur ou par un responsable de haut niveau.

Chaque présentation a été suivie de commentaires (15 minutes) de la part d'un intervenant connaissant bien le programme en question. Ces commentaires ont été formulés dans un cadre analytique commun fondé sur les critères préétablis de succès des programmes. Un débat improvisé d'une durée d'une heure environ a ensuite eu lieu au sujet du document et des observations de l'intervenant. Le groupe a identifié les éléments du processus de planification et d'exécution du programme ayant pu être à l'origine de son succès. (Des directives ont été établies aussi bien pour les présentateurs de programmes que pour les intervenants ayant fait des exposés formels afin de fournir un cadre de travail uniforme).

Huit (8) projets ou programmes supplémentaires permettant de tirer des

enseignements importants ont été également retenus pour faire l'objet d'exposés durant la séance de présentation d'affiches (2 heures), suivi d'un bref exposé (30 minutes) et d'une séance plénière (1 heure).

Deuxième partie. Six (6) séances plénières ont été consacrées à une discussion des critères de succès suivants : 1) engagement politique, 2) mobilisation et participation de la communauté, 3) mise en valeur des ressources humaines, 4) ciblage des programmes, 5) systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion et 6) reproductibilité et pérennité des programmes. Les débats ont aidé à déterminer les facteurs cruciaux de succès des programmes en fonction de ces critères préétablis.

A la séance plénière de clôture, le rapporteur général de la conférence a présenté brièvement les principales conclusions de la conférence. Les débats et leurs conclusions ont été soigneusement enregistrés par des groupes de rapporteurs de séances plénières comprenant chacun trois participants. Le présent rapport fait la synthèse des comptes rendus officiels soumis par les groupes de rapporteurs pour toutes les séances plénières et reflète les nombreux points sur lesquels on est parvenu à un consensus. Les divergences de vues ont été minimales.

## II. RESUME DES PROGRAMMES EXAMINES

### A. Programme d'amélioration de la nutrition familiale (UPGK), Indonésie

L'UPGK est un programme à l'échelon national organisé sous les auspices du Gouvernement indonésien (GI) dans 58.355 villages de 27 provinces. Ce programme est actuellement exécuté dans 5.642 centres de santé et 214.025 postes de santé communautaire intégrés (poysandus). Les groupes cibles sont les enfants de moins de cinq ans et leur mère ainsi que les femmes enceintes et celles qui allaitent. Le coût total du programme, compte non tenu des coûts de recherche et de développement, s'est élevé à 35,2 millions de dollars de 1984 à 1989 (dont 11 millions financés par le GI et 24,2 millions par des donateurs). Des fonds extérieurs ont permis de financer l'expansion du programme, la formation ainsi que la recherche et le développement.

L'objectif général de l'UPGK est d'améliorer la santé et l'état nutritionnel des groupes cibles en modifiant le comportement des mères en matière de nutrition. La série fondamentale d'activités du programme porte sur le suivi mensuel de la croissance des enfants de moins de cinq ans, les activités d'éducation nutritionnelle et sanitaire, les soins nutritionnels (par exemple la distribution de vitamine A aux enfants tous les six mois, des suppléments de fer aux femmes enceintes et celles qui allaitent leur enfant et un traitement de réhydratation par voie orale contre la diarrhée), des démonstrations d'alimentation complémentaire et des activités de jardinage. Ces activités sont menées dans des centres de pesée dirigés par des chefs communautaires et gérés par des bénévoles utilisant des courbes de croissance comme instrument de suivi.

Les données sur l'impact du programme indiquent que la proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition modérée à grave est tombée de 14,1 à 12,8 % entre 1978 et 1986 dans les zones du programme. Deux études d'évaluation effectuées dans un certain nombre de provinces en 1986 ont fait apparaître des progrès au niveau des connaissances et des pratiques sanitaires, et l'existence d'un

rapport direct entre la participation au programme et l'amélioration du rapport poids/âge des enfants. On a constaté que le programme avait un taux de couverture élevé (de 81 à 98 %) lors d'une évaluation effectuée en 1989 dans l'ouest de Java, dans le sud des Célèbes et dans le sud de Sumatra. Le programme a toutefois eu moins d'effet que prévu sur le poids des enfants et il est apparu que le personnel chargé de donner des conseils nutritionnels n'était guère compétent.

Engagement politique. Le programme bénéficie d'un ferme appui politique au niveau central. Il fait partie intégrante de la stratégie de développement national de 1974, année où le GI a décidé d'appliquer le programme à tout le pays et où des instructions présidentielles ont été données pour entreprendre des activités communautaires intersectorielles. Des commissions régionales d'amélioration de la nutrition dirigées par des autorités provinciales ont été créées pour coordonner les activités multisectorielles. La responsabilité de la coordination incombe essentiellement au Ministère de l'intérieur tandis qu'une équipe nationale UGPK joue un rôle de supervision. Des accords intersectoriels entre les Ministères de la santé, de l'agriculture et des affaires religieuses, etc. ont été conclus au milieu des années 1980, alors que l'action sur le terrain a montré qu'une coopération intersectorielle était possible. Le programme en est maintenant à un stade où un ferme engagement politique a été exprimé, la coordination intersectorielle devant néanmoins être renforcée aux divers niveaux administratifs.

Participation de la communauté. La participation directe de la communauté s'effectue par le biais de plusieurs mécanismes : 1) réunions d'orientation pour informer et motiver les chefs de communauté; 2) évaluation des besoins communautaires (auto-enquêtes); 3) coordination des activités par le biais des structures communautaires existantes; 4) formation de cadres villageois bénévoles pour mettre en oeuvre les activités du programme, 5) inscription des enfants de moins de cinq ans à des séances mensuelles de suivi de leur croissance; et 6) contribution en espèces ou en nature des familles pour nourrir les participants.

Les structures villageoises existantes utilisées dans le programme comprennent des "Commission communautaires villageoises de soutien" qui sont directement responsables des activités UPGK dans chaque village, ainsi que d'autres organisations basées dans les villages. La communauté est mobilisée pour jouer son rôle de décision et de planification dans le cadre de discussions et par l'exécution et l'analyse d'une auto-enquête destinée à déterminer les besoins et les intérêts des villages, particulièrement en ce qui concerne la santé et la mortalité infantiles et juvéniles.

#### Mise en valeur des ressources humaines.

Les activités fondamentales du programme sont menées par des bénévoles villageois ayant reçu une formation pour le programme et bénéficiant d'une supervision. Parmi les critères de sélection figurent la disponibilité d'un individu, son aptitude à lire et à écrire et l'intérêt qu'il porte au programme. Les bénévoles sont choisis par la communauté. Leur rétribution est minime et peut prendre la forme d'uniformes, de certificats de mérite ou d'une participation à des séminaires ou à des concours financés par des donateurs. Les taux d'abandon vont de 10 à 55 % et les remplaçants sont généralement choisis par les animateurs restants. La formation initiale peut durer de trois à cinq jours et elle est assurée pour l'essentiel dans le cadre de conférences. Le recyclage est assuré par le personnel des centres de santé durant les visites mensuelles de supervision. Les animateurs sont également supervisés par la Commission communautaire et également au cours de réunions mensuelles de coordination au niveau des villages.

Ciblage. Le programme UPGK a démarré sous la forme d'un programme ciblé dans 11 des zones rurales ayant les taux de mortalité infantile les plus élevés du pays. Il couvre maintenant les 27 provinces du pays et touche environ 85 % des enfants de moins de cinq ans. Le choix des villages retenus pour participer au programme est fait en collaboration avec le Ministère de l'intérieur et il est fondé sur les caractéristiques de la communauté et la présence d'un centre de santé en activité. Bien qu'il soit destiné en principe à tous les enfants, le programme met l'accent sur les enfants et les mères "à haut risque". Les enfants "à haut risque" sont définis comme ceux qui sont mal nourris ou

qui n'ont pas pris de poids après trois pesées mensuelles consécutives ainsi que ceux qui souffrent de carences en vitamine A ou en fer. Le taux de participation au programme est actuellement de 47 %, la proportion de participants la plus élevée provenant des groupes à faible revenu. Les individus à haut risque reçoivent des visites ainsi qu'une alimentation complémentaire et ils sont aiguillés vers les centres de santé. Des démonstrations sur l'éducation sanitaire et l'alimentation ont lieu au cours des séances mensuelles de pesée.

#### Systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion.

Le programme comprend un système fonctionnel de suivi et d'information de gestion (SKDN) fondé sur les rapports mensuels des animateurs. Ces rapports sont utilisés au niveau local avant d'être transmis aux échelons administratifs supérieurs. Au niveau central, ils sont analysés chaque trimestre et utilisés pour la planification et l'information en retour. Trois indicateurs sont utilisés : rayon d'action du programme, participation communautaire et impact du programme. Pour l'analyse au niveau central, on utilise également des données logistiques et financières ainsi que des données sur le personnel en plus des informations du SKDN pour classer les programmes en trois catégories : "dynamique", "dans la moyenne", et "à la traîne". Les informations recueillies servent à cibler les interventions. Une partie de ce type d'analyse s'effectue maintenant au niveau des provinces et des districts. Des examens trimestriels sont effectués par le personnel au niveau des districts et au-dessous. Des examens semestriels sont effectués par les directeurs aux niveaux central et provincial et des examens annuels par le personnel au niveau des provinces et des districts. Des sources d'information extérieures telles que le système de surveillance alimentaire et nutritionnelle sont utilisées pour fournir des indicateurs sur l'impact du programme. Un "réseau d'information nutritionnelle" a été créé en 1989 pour améliorer la coordination entre les diverses sources de données.

Pérennité. Parmi les facteurs positifs qui déterminent la pérennité de l'UPGK figurent sa nature intersectorielle, le ferme engagement politique du GI, la participation des organisations villageoises locales à la

conception et à l'exécution du programme et l'utilisation dans les villages d'agents ayant reçu une formation. Les facteurs susceptibles de limiter la pérennité du programme sont notamment les suivants : ressources locales insuffisantes pour pouvoir faire face à la demande de services; faibles possibilités d'amélioration de la qualité des services du fait des capacités limitées des agents institutionnels et villageois et besoin continu de fonds extérieurs.

#### B. Programme de nutrition et de soins de santé primaires, Thaïlande

Le Programme national de nutrition et de soins de santé primaires de Thaïlande qui était auparavant exécuté essentiellement en milieu hospitalier a été ensuite axé sur la nutrition et la santé publique et enfin sur une approche communautaire de la nutrition. Le programme est exécuté conjointement par les Ministères de la santé publique, de l'agriculture et des coopératives, de l'éducation et de l'intérieur ainsi que par le Bureau universitaire. Il est financé par le Gouvernement thaïlandais (GT), l'UNICEF et l'USAID et l'on prévoit une diminution de la contribution des donateurs extérieurs parallèlement à un accroissement de l'aide financière du GT.

En 1970, un Comité national de l'alimentation et de la nutrition a été constitué pour définir, coordonner et superviser les activités nutritionnelles. Depuis l'adoption, en 1982, de la stratégie de soins de santé primaires, la nutrition a été intégrée au système de soins de santé et les activités nutritionnelles ont été conçues de façon à renforcer le concept de développement communautaire. De plus, le GT a inclus la nutrition dans les 32 indicateurs utilisés pour les huit éléments de sa campagne en faveur de la "qualité de la vie" lancée en 1985.

Parmi les principales activités du programme figurent : 1) le suivi de la croissance et la surveillance nutritionnelle, la distribution de bons d'alimentation aux enfants souffrant de malnutrition au troisième degré; 2) la formation nutritionnelle des bénévoles communautaires; et 3) l'éducation nutritionnelle de la communauté assurée sous

forme de conseils personnalisés de documents, de productions audiovisuelles et avec l'aide des mass médias. Des données à des fins d'évaluation sont actuellement fournies par les activités de suivi de la croissance. Elles indiquent une participation croissante à ces activités et plus précisément une augmentation du nombre de villages couverts et d'enfants pesés tous les trois mois. Les chiffres les plus récents indiquent un taux de couverture de 98,4 % des villages et de 84,8 % des enfants de moins de cinq ans. On a également constaté une évolution positive de l'état nutritionnel des enfants des zones rurales, la proportion des enfants bien nourris étant passée de 49 à 78 % de 1982 à 1988 et les taux de prévalence de la malnutrition étant tombés de 36 à 20 % pour le premier degré de malnutrition, de 13 à 2 % pour le deuxième degré et de 2 à 0,04 % pour le troisième degré.

Engagement politique. Le GT a fait preuve d'un intérêt accru pour la nutrition. Dans chaque Plan quinquennal successif, le rôle de la nutrition a été défini plus clairement et intégré dans la structure des services gouvernementaux. Depuis l'adoption d'une stratégie reposant sur la prestation de soins de santé primaires et la campagne de deux ans en faveur de la "qualité de la vie", les activités nutritionnelles sont davantage axées sur la communauté et les populations à risques. Les crédits croissants accordés au programme national de nutrition - 4,4 millions de dollars par an en principe durant la période 1992-2001 contre 1,7 million par an entre 1982 et 1986 - témoignent de l'importance que le Gouvernement accorde à la nutrition.

Participation communautaire. Du fait que la stratégie de développement du GT est axée sur le développement communautaire et l'intégration de la nutrition dans le système de soins de santé primaires, l'utilisation des ressources communautaires revêt une importance critique pour le programme nutritionnel. Les membres de la communauté participent à l'identification des problèmes et à la mise en oeuvre des activités (bénévoles des villages) ainsi qu'à la planification nutritionnelle, à l'affectation des ressources et au suivi/évaluation des activités (comités villageois).

#### Mise en valeur des ressources humaines.

Les rôles confiés aux villageois sont notamment ceux de responsables communautaires des activités nutritionnelles (il s'agit généralement de personnalités officielles ou en vue), d'animateurs communautaires et de volontaires (approuvés par les chefs de communauté) qui s'occupent du suivi de la croissance et de l'éducation, de donateurs et de trésoriers (c'est-à-dire de membres de la communauté qui fournissent et gèrent les contributions locales destinées à financer des activités nutritionnelles). Des membres de la communauté sont désignés pour s'occuper à titre bénévole du suivi de la croissance et de l'éducation. La formation qui leur est assurée est fonction de leurs compétences et prend de 2 à 5 jours. Ils sont supervisés par le personnel des centres de santé et les membres des comités villageois.

Ciblage. Les activités du programme visent trois groupes cibles : les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les enfants de 6 à 14 ans. Géographiquement, le programme a été axé sur les zones rurales, en particulier les plus pauvres d'entre elles, et sur les taudis urbains. On mesure la taille des enfants souffrant du deuxième ou troisième degré de malnutrition (selon le rapport poids/âge); ceux dont la taille est inférieure à 90 % de la norme reçoivent des bons alimentaires, sont aiguillés vers un centre de santé, bénéficient d'une éducation nutritionnelle et sont pesés un mois plus tard. Tous les autres enfants sont pesés tous les trois mois et leurs mères reçoivent un enseignement nutritionnel.

Systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion. Les seuls informations "longitudinales" disponibles au stade actuel sont celles qui sont recueillies pour la surveillance nutritionnelle et le suivi de la croissance. Le rapport poids/âge des enfants reste le seul indicateur actuellement utilisé. La Cellule de surveillance nutritionnelle de la Division de la nutrition du Ministère de la santé est responsable de toutes les données nutritionnelles qui sont recueillies dans les villages et transmises aux échelons supérieurs (centres de santé, districts, provinces et enfin, autorités centrales). Ces renseignements sont utilisés dans les villages ainsi que par les services de l'agriculture, du développement

communautaire, de la santé et autres services officiels aux échelons administratifs plus élevés pour assurer le suivi et l'évaluation des programmes et faciliter une collaboration entre les différents services.

Pérennité. Du fait que le programme nutritionnel national est axé non plus sur des soins de santé coûteux en milieu hospitalier, mais sur des services communautaires, sa pérennité à long terme s'en trouve renforcée. La responsabilité des activités incombent maintenant aux communautés, les échelons administratifs supérieurs apportant un soutien complémentaire. Les autres facteurs renforçant la pérennité à long terme du programme sont l'accroissement des crédits accordés par le GT, les contributions communautaires (en espèces et en nature) qui couvrent les coûts locaux et parallèlement, l'utilisation réduite de sources de financement extérieures. La participation des membres de la communauté à la planification, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des mesures nutritionnelles contribue également aux chances de pérennité du programme. Enfin, l'intégration des activités nutritionnelles dans le système de soins de santé primaires et d'autres services officiels facilite la poursuite à long terme du programme.

#### C. Programme intégré de services en faveur de l'enfance (ICDS), Inde

En 1974, le Gouvernement indien (GI) a élaboré un projet d'intégration des services assurés aux enfants d'âge préscolaire (moins de 6 ans) ainsi qu'aux femmes enceintes ou allaitant leurs enfants. Il en est résulté un Programme intégré de services en faveur de l'enfance (ICDS) qui couvre des zones entières (plutôt que différents villages d'une même zone). Ce programme a été lancé en 1975 dans 33 zones, puis dans 67 zones supplémentaires en 1978-79 et 100 autres encore en 1979. A l'heure actuelle, les activités du projet sont menées dans 1.952 zones comptant 165 millions d'habitants (chiffre estimatif) dont 28 millions d'enfants âgés de moins de 6 ans et 6,6 millions de femmes enceintes ou allaitant leur enfant.

Le programme est exécuté par les gouvernements des Etats et reçoit une

assistance financière du gouvernement central. En 1988-89, le GI a fourni 100 millions de dollars de crédits fédéraux. Les fonds provenant du budget des différents Etats ont permis de financer l'achat et la distribution d'aliments complémentaires fournis environ 55 % par le CARE et le Programme alimentaire mondial (PAM). Des contributions de donateurs bilatéraux tels que l'USAID ont financé environ 3 % du budget. La contribution de l'UNICEF (qui a pris essentiellement la forme de matériels et d'équipement) a représenté 3,5 % du total.

Le programme ICDS est exécuté sous la forme d'une série intégrée de services assurés par l'intermédiaire des "anganwadi" (centres communautaires) par des membres de la communauté ayant reçu une formation et par le personnel des centres de santé. Ces services consistent notamment à donner aux enfants de moins de 6 ans ainsi qu'aux femmes enceintes et à celles qui allaitent leur enfant des aliments complémentaires à consommer sur place ou à emporter à la maison; à distribuer des vitamines A et des suppléments de fer et de folate, à effectuer des vaccinations et des bilans de santé, à aiguiller des patients vers des centres de santé et à assurer une éducation nutritionnelle et sanitaire ainsi qu'un enseignement préscolaire informel.

Les données recueillies dans le cadre d'une évaluation complémentaire effectuée en 1987-88 dans des districts bénéficiant de l'assistance de l'USAID ont été comparées aux données de base pour 1984-85. On a constaté une augmentation du taux de couverture de tous les services fournis dans le cadre du programme et une amélioration de la santé et de l'état nutritionnel des groupes cibles, même si, dans leur majorité, ceux-ci ne bénéficiaient toujours pas de tous les services du programme. On a observé une nette régression de la malnutrition aiguë malgré la grave sécheresse qui a touché plusieurs zones du programme. Par ailleurs, le nombre d'enfants dont la courbe de croissance a été correctement achevée a augmenté, bien que dans une moindre mesure pour les enfants de moins d'un an. Le point faible du programme a été l'éducation sanitaire et nutritionnelle. Au total, le programme s'est révélé efficace, son succès étant dû pour une large part à une augmentation du taux de

couverture de la population et à une amélioration de la prestation de services, ainsi qu'à la formation sur le tas et à la supervision minutieuse des agents communautaires dont les compétences techniques ont ainsi pu être améliorées.

Engagement politique. Ce qui a donné au programme son impulsion initiale, c'est le fait que le GI ait reconnu que la meilleure façon d'assurer des services aux enfants ainsi qu'aux femmes enceintes et à celles qui allaitent consistait à opérer dans un cadre intégré. Le GI assure la quasi totalité du financement du programme et bien que les autorités centrales jouent un rôle actif, la décentralisation de la prise des décisions et de l'exécution a permis d'assurer les services de façon assez efficace. Le gouvernement central aussi bien que les Etats fournissent des produits alimentaires pour la distribution de compléments nutritionnels, ainsi que des services de transport pour leur acheminement par l'intermédiaire des anganwadis.

Participation communautaire. L'ICDS suscite la participation des communautés en les sensibilisant aux besoins des enfants en bas âge, en les associant aux activités de planification, en faisant connaître et en soutenant les activités du programme et en insistant sur le fait que pour que les services du programme soient efficaces, il faut adopter de meilleures pratiques de soins infantiles. Bien que toute la communauté soit censée participer au programme, celui-ci vise essentiellement les mères d'enfants en bas âge.

Durant les trois mois précédant le projet, le personnel du projet contacte les villageois. En collaboration avec eux, on choisit un emplacement pour les centres anganwadis (CA) et un membre de la communauté reçoit une formation pour faire office d'agent d'anganwadi (AA). Les communautés participent au programme en fournissant des matériels et/ou de la main-d'oeuvre et de l'argent. La participation communautaire est coordonnée par l'AA et d'autres agents de terrain. Les AA assurent des services liés au projet mais les comités villageois supervisent les CA ainsi que les AA. D'autres groupes communautaires aident à mobiliser des contributions et à identifier des membres de

la communauté ayant particulièrement besoin des services du programme.

#### Mise en valeur des ressources humaines.

La formation des AA est fonction des compétences des intéressés et dure trois mois. Elle met l'accent sur l'expérience pratique et le travail sur le terrain. Une formation informelle sur le tas est assurée lors des réunions mensuelles avec d'autres AA et avec les responsables du projet en faveur de l'enfance (RPE). L'AA suit un stage de recyclage de deux semaines après deux ans d'activités. Les assistants suivent un stage d'une semaine tandis que les superviseurs de terrain reçoivent une formation de trois mois axée sur les techniques de supervision, la gestion des programmes, l'administration et les relations publiques. Les RPE reçoivent une formation de huit semaines. Tous les responsables de zone et les membres du personnel de santé suivent pendant une semaine un stage d'initiation à l'ICDS. La supervision s'effectue au niveau des villages, des zones et des Etats. Au village, les AA reçoivent une visite mensuelle d'un superviseur de terrain et des visites périodiques des RPE. Tous les AA d'un même secteur se réunissent et les AA d'une même zone rencontrent les RPE. Les AA soumettent un rapport d'activité mensuel au superviseur responsable d'une zone.

Ciblage. Les activités du programme sont menées dans le cadre de zones ciblées. On choisit ces zones en accordant la préférence à celles où vivent certaines castes ou tribus ou à celles qui sont économiquement défavorisées ou sujettes à la sécheresse ou bien caractérisées par un taux de prévalence élevé des troubles nutritionnels ou l'insuffisance du système de services sociaux. Les taudis urbains sont également ciblés. Les zones sont proposées au niveau des Etats, en consultation avec le comité de coordination de district. Le choix final des zones s'effectue au niveau central. Les villages ainsi que les villageois qui doivent recevoir une formation d'AA sont sélectionnés au niveau des zones. Les groupes ciblés destinés à bénéficier de services sont les enfants de moins six ans ainsi que les femmes enceintes et celles qui allaitent leur enfant. Tous les membres de ces groupes résidant dans les zones géographiques cibles ont le droit de participer au programme bien que, tout en

étant fournis à l'ensemble des femmes enceintes ou à allaitant leur enfant, les compléments alimentaires soient réservés, dans le cas des enfants, à ceux qui souffrent de malnutrition modérée ou grave.

Systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion. Les données sont recueillies au niveau des AA et transmises aux échelons supérieurs. Les AA soumettent un rapport d'activité mensuel fournissant des informations sur l'infrastructure et les stocks du projet, le personnel et les visites de supervision, les bénéficiaires, les services assurés, les faits d'état-civil (naissances et décès par exemple) et la participation de la communauté. Un rapport d'activité trimestriel est établi au niveau central. On effectue pour cela des analyses des données par ordinateur et les informations en retour sont fournies aux Etats, dont certains les transmettent ensuite aux districts et aux zones. Aux échelons plus élevés, les informations servent à suivre le processus d'exécution et à apporter les modifications et les améliorations indispensables. Au niveau du village, les rapports servent à des fins éducatives bien qu'ils ne soient pas utilisés de façon complète aux échelons plus élevés. Les informations sont échangées entre d'autres services, ainsi qu'au sein du département d'exécution.

Il n'y a pas eu de système régulier d'évaluation indépendante au niveau de l'ICDS. Les informations provenant de sources diverses ont été réunies pour permettre un certain niveau de "sagesse collective" qui, au cours des 14 années d'exécution du projet, a servi à évaluer son impact.

Pérennité. La pérennité du programme est renforcée par l'attachement du GI au principe de services intégrés en faveur des femmes et des enfants, par la décentralisation de la prestation des services et de la prise de décision, par l'intérêt général que les communautés portent au programme et par le fait que celui-ci ne représente qu'une faible part (15 %) du montant total des dépenses par habitant engagées pour l'ensemble des services de santé et de protection familiale. La question est maintenant de savoir comment améliorer le processus et faire en sorte que les services disponibles touchent

d'avantage de femmes et d'enfants. Bien qu'il soit nécessaire à l'avenir d'affecter des fonds supplémentaires au secteur de la santé et de la nutrition (ou d'en réaffecter au sein de ce secteur), la principale contrainte semble être la suivante : comment disposer des ressources humaines et institutionnelles voulues pour faire face aux besoins de formation?

#### D. Projet conjoint de soutien à la nutrition (JNSP) à Iringa, Tanzanie

Pour faire face à un taux de mortalité infantile élevé (190/100 en 1957 et 127/1000 en 1977) qui a été attribué aux maladies et à la nutrition résultant de l'insuffisance des approvisionnements alimentaires, de pratiques de soins infantiles inadéquates et d'un médiocre système de prestation de soins de santé de base, des discussions ont été engagées avec le Gouvernement tanzanien (GT) en 1982 dans le cadre du programme conjoint de soutien et de nutrition (JNSP) de l'OMS/UNICEF. Un plan multisectoriel intégré a été établi et son exécution sur le terrain a commencé dans la région d'Iringa en 1984.

Avec une population estimée à 1,2 million d'habitants, la région d'Iringa a été sélectionnée pour ce programme du fait qu'elle possédait déjà la base de données sanitaires et nutritionnelles voulue pour les activités du projet, qu'elle était dotée d'une bonne infrastructure et qu'elle était représentative de l'ensemble de zones agro-écologiques existant en Tanzanie. Le programme a démarré dans 168 villages avant d'être étendu à 610 villages en 1987. Par l'intermédiaire de l'OMS/UNICEF, le Gouvernement italien a été le principal financier du projet, fournissant 5,66 millions de dollars au cours des cinq premières années (1983-88). Les contributions de la Tanzanie ont atteint au total environ 70.000 dollars, dont 66 % fournis par les villages, 21 % par la région, 12 % par les districts et 1 % par le budget central.

L'utilisation d'un cadre théorique fondé sur l'analyse des données existantes et sur des discussions avec les chefs locaux a abouti à une approche cohérente et exhaustive. La coordination s'effectue au niveau régional, en présence d'un représentant du gouvernement

central (Ministère du Plan) et elle est assurée par une équipe comprenant des représentants du Ministère de la santé, du Centre d'alimentation et de nutrition, du Développement communautaire et de l'UNICEF. Les activités comprennent des campagnes de nutrition de trois mois lancées dans tous les villages, le suivi de la croissance, qui consiste à peser chaque mois les enfants de moins de cinq ans et à établir les graphiques de croissance au niveau communautaire; des vaccinations, la préparation d'aliments de sevrage; la collecte de données fondamentales (état nutritionnel et mortalité infantile); des activités de formation et des réunions avec des communautés et le personnel administratif de haut niveau pour examiner les informations recueillies et prendre des décisions en vue de résoudre les problèmes qui se posent.

Une évaluation à mi-parcours effectuée en 1988 a indiqué que les activités du programme avaient permis d'améliorer nettement l'état nutritionnel des enfants et à de faire baisser les taux de mortalité infantile. Les taux de malnutrition aiguë ont diminué de 70 %, tombant de 6,3 % en 1984 à 1,8 % en 1988. La prévalence de la malnutrition modérée a été ramenée de 56 à 38 %. Le succès du programme a été attribué au niveau élevé d'organisation, de mobilisation et de participation des communautés, à l'utilisation d'un système de recueil de données au niveau des villages dans le processus de décision, ainsi qu'au gros effort consenti pour familiariser toutes les couches de la société avec les activités liées au programme, particulièrement en ce qui concerne les causes de la mortalité et de la morbidité infantiles. Le gouvernement central est également très attaché à la décentralisation et à la mise en valeur des ressources humaines, considérées comme des stratégies clés de développement économique et social.

Engagement politique. Conformément à la priorité accordée par le GT à "l'initiative" et à "l'autonomie" des communautés, le programme a pu s'inspirer de cette politique nationale de développement et s'y intégrer. La prise de décision et la coordination sont décentralisées et le cabinet du Premier Ministre assure la coordination du programme national. Le fait qu'il détache des fonctionnaires pour participer au programme

et qu'il octroie des fonds à l'appui des activités du programme témoigne d'une ferme volonté de la part du GT. Au moyen de séminaires et de stages de formation périodiques auxquels participent des fonctionnaires, le programme a réussi à susciter une prise de conscience au sein de la population et à la motiver en vue d'améliorer les conditions de vie des enfants en collaborant à la recherche de solutions aux problèmes.

Participation communautaire. Le programme fait intervenir toutes les couches de la population, depuis les villageois jusqu'aux fonctionnaires du gouvernement central. C'est au niveau de la région que sont coordonnées les activités du programme mais celles-ci sont axées sur les villages. Des comités d'exécution coordonnent les activités et collaborent avec les organisations communautaires existantes telles que les conseils de village. Des réunions régulières permettent de discuter des activités, d'identifier les problèmes et d'élaborer des solutions appropriées. On assure une formation à des membres bénévoles des communautés ainsi qu'à des accoucheuses traditionnelles et à des guérisseurs pour en faire des agents de santé villageois (ASV). Les communautés soutiennent également le programme par des contributions en espèces et en nature. Elles ont construit des bâtiments, organisé des crèches, fourni des denrées pour les programmes d'alimentation des enfants et rémunéré les agents communautaires.

Mise en valeur des ressources humaines. Le programme est axé avant tout sur la mise en valeur des ressources humaines. La formation est destinée à toutes les catégories de personnel travaillant au programme, depuis les fonctionnaires détachés pour participer au programme, jusqu'aux villageois qui prennent les décisions et les mettent en oeuvre au sein de leurs communautés. Dans le cadre du programme, on a mis au point un "manuel de formation intégré" à caractère technique qui sert à familiariser le personnel du programme avec les activités de puériculture et de développement de l'enfant, la santé et d'autres questions connexes. Les membres des communautés sélectionnés pour recevoir une formation d'agents de santé villageois (AVS) ont un niveau d'éducation

primaire et suivent six mois de formation dont deux mois de formation intensive de type scolaire et quatre mois de travaux pratiques.

Ciblage. Le programme ne couvre actuellement que la région d'Iringa. Les activités du programme ont démarré dans une zone limitée avant d'être étendues à l'ensemble de la région en 1987. Bien que des villages entiers soient ciblés globalement, les activités visent plus spécialement les mères des enfants en bas âge (soins aux enfants et alimentation des enfants); les femmes et les jeunes (activités génératrices de revenu), tous les membres d'une même famille (activités socio-économiques); et enfin, les mères et les enfants de moins de cinq ans, qui sont les deux principaux groupes cibles (nutrition et mesure de la croissance).

Systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion. Le système global d'information de gestion (SIG) comprend trois volets, à savoir l'évaluation, l'analyse et l'action, qui font chacun l'objet d'une réévaluation. Ce principe est mis en oeuvre aux divers échelons administratifs, depuis le village jusqu'à la région. En utilisant les résultats des pesées mensuelles et des statistiques sur la mortalité infantile, les ASV établissent des rapports trimestriels qui sont soumis aux conseils de village. Ceux-ci examinent les conclusions des rapports et définissent les mesures à prendre éventuellement. Les rapports sont également transmis aux échelons administratifs supérieurs où ils sont regroupés et analysés. Les problèmes ou les villages à problèmes sont identifiés et une aide spéciale est fournie pour trouver des solutions appropriées. Aucune information de base n'a été recueillie avant le démarrage du programme et, l'on a utilisé en fait des données provenant du recensement général de 1978. Les données recueillies dans le cadre de la campagne nutritionnelle de 1984 ont également fourni des éléments d'information sur l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans. Ces deux sources d'information ont constitué la base de l'évaluation des données fournies trimestriellement par les ASV.

Reproductibilité et pérennité. La reproductibilité du programme est fondée sur le fait que la région d'Iringa est

représentative à l'échelon national. On prévoit que les activités et les stratégies d'exécution qui y ont été efficaces le seront également dans d'autres zones agro-écologiques du pays. De plus, étant donné l'existence dans tout le pays de la même puissante organisation sociale et politique, la stratégie du programme a des chances de pouvoir être appliquée dans d'autres parties du pays. C'est toutefois pour ces mêmes raisons qu'on risque de ne pas pouvoir reproduire aussi facilement le programme dans d'autres pays.

La pérennité du programme est renforcée par les contributions des communautés, le rôle que jouent ces dernières dans la prise de décisions et leur mise en oeuvre, l'intérêt considérable porté au programme par toutes les couches de la population et l'accent mis sur la formation de toutes les catégories de participants au sein des villages et de toute la hiérarchie administrative. Les chances de pérennité du programme sont d'autant plus grandes que le GT apporte son appui politique à la mise en oeuvre pratique du programme qui correspond à sa conception de la mise en valeur des ressources humaines du pays.

Le principal facteur faisant obstacle à la pérennité du programme est son coût relativement élevé. L'important investissement initial nécessaire limite non seulement la pérennité potentielle du programme, mais aussi sa reproductibilité. Les coûts connexes tels que la rémunération des superviseurs peuvent aussi limiter sa pérennité à long terme. On ne sait pas encore exactement si le même niveau de supervision pourra être maintenu lorsque l'on n'aura plus accès à des fonds extérieurs. Cependant, les coûts de fonctionnement seront nettement plus faibles étant donné que les coûts de l'extension du programme à d'autres zones de la région d'Iringa n'ont pas été aussi élevés que l'investissement initial et que certains coûts peuvent être supportés en totalité par les communautés.

#### E. Programme pastoral en faveur des enfants, Brésil

Ce programme lancé en 1983 par la Conférence nationale des évêques brésiliens

visait les enfants de moins de six ans et les femmes. Les activités du programme ont démarré à titre expérimental dans sept villages. Dès 1989, le programme touchait 7.454 villages dans tout le pays. Il utilise les structures existantes des églises mais aiguille des patients vers les services de santé officiels et utilise des fonds publics à l'appui de ses activités. Le budget du programme a atteint au total 803.320 dollars en 1988 dont 90 % financé par le Gouvernement brésilien (GB). Jusqu'en 1987, date à laquelle le GB a commencé à apporter sa contribution par l'intermédiaire de son Ministère de la santé et de l'Institut de la protection sociale, l'UNICEF était la principale source de financement. En dehors des fonds publics, une aide financière est maintenant accordée par la Légion de l'assistance brésilienne et par Miserior (donateur international).

Les principaux exécutants du programme sont des membres bénévoles des communautés qui jouent le rôle d'agents de santé ou d'animateurs après avoir reçu une formation. Des activités bien déterminées sont menées par ces animateurs (et par les services de santé officiels sur aiguillage) pour améliorer la santé et l'état nutritionnel des femmes enceintes en les encourageant à modifier leurs habitudes alimentaires et à utiliser des compléments alimentaires bon marché disponibles localement, en les vaccinant contre le tétanos et en identifiant les mères à hauts risques d'après des mesures de leur tour de bras, ainsi qu'en encourageant les mères à nourrir leur enfant exclusivement au sein pendant les quatre premiers mois et en leur apprenant à utiliser des aliments de sevrage locaux améliorés, notamment du son de riz et de blé, des coquilles d'oeufs pilées, des légumes verts et des fruits.

Les enfants sont pesés chaque mois et ceux qui souffrent de malnutrition font l'objet de visites à domicile ou sont aiguillés vers des centres de santé. Des projets spécifiques au niveau communautaire destinés à améliorer l'état nutritionnel de tous les membres de la communauté - notamment par l'aménagement de potagers - sont organisés et financés par des dons du GB. D'autres activités consistent entre autres à encourager le traitement de réhydratation par voie orale (TRO) à domicile, à pratiquer des vaccinations, à lutter contre les infections

respiratoires aiguës à domicile, à identifier à un stade précoce les incapacités chez l'enfant et à utiliser les plantes médicinales et les remèdes domestiques appropriés comme traitements directs.

Bien que son impact n'ait pas été évalué, il semble que le programme ait des effets positifs sur ces groupes cibles. Les données sur le programme pour 1988 et le premier trimestre de 1989 indiquent que le pourcentage d'enfants au poids insuffisant à la naissance est tombé de 14,1 à 7,4 %. Le taux de vaccination est également passé de 51 à 70 %. On a enregistré une légère augmentation du pourcentage de femmes nourrissant leur enfant exclusivement au sein pendant les trois premiers mois (69 % au lieu de 65 % auparavant). D'autres données ne font cependant apparaître que peu de changement en ce qui concerne le pourcentage d'enfants sous-alimentés qui prennent du poids, ou bien l'utilisation du TRO au sein des communautés touchées par le programme. Parmi les raisons du succès apparent du programme, on peut citer l'existence d'une organisation religieuse bien implantée dans tout le pays, la contribution accrue du GB l'utilisation de membres des communautés pour la prestation directe de soins et l'adaptabilité du programme aux contraintes et aux besoins locaux.

Engagement politique. Après avoir eu un caractère strictement confessionnel lorsqu'il a démarré en 1983, le programme en faveur de l'enfance bénéficie depuis 1987 d'un soutien croissant du gouvernement. Cela tient au fait que les activités du programme ont fait la preuve de leur efficacité, particulièrement en faveur des enfants des zones défavorisées, ainsi qu'au degré de participation considérable des communautés. Le GB fournit actuellement la plupart des fonds nécessaires et accorde des dons à l'appui de projets communautaires spécifiques. Des fonctionnaires du GB fournissent une assistance technique et des soins de santé dans les cas d'aiguillage.

Participation communautaire. Le principe de base du programme est la participation communautaire telle que la définit l'évangile : amour du prochain, échange mutuel de connaissances, défense de la dignité humaine et initiative individuelle. Dans le cadre de ses structures existantes, l'église engage des

dialogues avec des communautés pour déterminer leurs besoins et leurs priorités. Des membres actifs des communautés et/ou de l'église identifient des villageoises qui reçoivent ensuite une formation d'agents de santé communautaires ou d'animatrices. La mise en oeuvre des activités du programme démarre à partir du moment où les animatrices acceptent de voir dans le programme un moyen de résoudre les problèmes locaux et lorsqu'elles s'engagent à y participer. Chacune est responsable d'une vingtaine de familles et est supervisée par le représentant du programme au niveau de la paroisse. Les groupes communautaires existants tels que les clubs de mères collaborent avec les animatrices à l'exécution des projets communautaires concernant notamment l'élevage et les potagers coopératifs.

Parmi les facteurs qui freinent la participation de la communauté figurent les taux de mobilité élevés des groupes à faible revenu, le temps limité que les animatrices peuvent consacrer aux activités du programme et l'habitude qu'ont les communautés de recevoir passivement une assistance au lieu de prendre l'initiative et de s'assumer elles-mêmes.

Mise en valeur des ressources humaines. L'élément clé du programme, ce sont les animatrices communautaires qui font fonction d'agents éducatifs et évangéliques et d'organisatrices au niveau communautaire. Elles ne savent pas nécessairement lire et écrire et si elles sont analphabètes, elles font appel à un "assistant" pour s'occuper des documents. Cet assistant peut être un membre de la famille mais il s'agit dans la plupart des cas d'un enfant relativement âgé. L'animatrice est bénévole et est motivée par son dévouement et son attachement à la foi et aux idéaux chrétiens. Elle reçoit une formation d'agent de santé auxiliaire pendant cinq jours. Cette formation est assurée en petits groupes (cinq à six participantes) par une équipe au niveau du diocèse. Les animatrices se perfectionnent également en accompagnant d'autres animatrices plus expérimentées. Une formation sur le tas est assurée par des réunions mensuelles avec le représentant du programme de la paroisse, ainsi que dans le cadre de réunions avec des

représentants d'autres paroisses et d'autres diocèses participant au programme.

Il existe au niveau des paroisses, des diocèses et des Etats, des coordonnateurs du programme qui reçoivent une faible rémunération. Il s'agit généralement d'animateurs "religieux" qui sont détachés par leur congrégation pour s'occuper du programme. Ils reçoivent une semaine de formation dans le domaine de la santé, et aussi de l'animation, de l'administration, du suivi et de l'organisation des communautés. Chaque année, les équipes de coordination au niveau des diocèses se rencontrent par région pour examiner le programme et établir des prévisions pour les activités de l'année suivante.

Ciblage. La définition du groupe cible du programme découle des priorités et des valeurs de l'église catholique. La Conférence nationale des évêques brésiliens a décidé d'accorder la priorité aux pauvres dans le cadre de ses activités pastorales. Il s'agit de réduire la mortalité infantile et juvénile et de promouvoir le développement de l'enfant, ce qui a naturellement abouti à un ciblage sur les enfants de moins de six ans ainsi que sur les femmes enceintes et celles qui allaitent leur enfant. Le groupe cible est toujours l'ensemble de la famille et non un enfant isolé. Au niveau de son action éducative, le programme touche essentiellement les mères.

Systemes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion. En 1988, on a établi dans le cadre du programme un système de données informatisées fondé sur les rapports mensuels soumis par les animatrices de village. Ces rapports sont examinés par le représentant du programme au niveau de la paroisse et les animatrices communautaires et consignés sur une feuille de contrôle. Le coordonnateur au niveau de la paroisse envoie chaque mois ces feuilles au bureau de coordination nationale qui analyse les données et établit un rapport trimestriel. Depuis le milieu de 1989, ces rapports comprennent des messages éducatifs établis par ordinateur, qui encouragent une animatrice efficace et améliorent la qualité de son travail, appellent l'attention sur les domaines dans lesquels des améliorations s'imposent et suggèrent des mesures concrètes.

Le programme dispose d'une banque de données concrètes comprenant les noms et adresses de tous les participants, les registres de toutes les communautés, le nombre de familles et d'enfants couverts par le programme et les indicateurs de performance du programme. Les indicateurs que permet d'établir le rapport mensuel sont le pourcentage d'enfants exclusivement nourris au sein pendant les premiers mois, qui suivent un TRO contre la diarrhée, sont pesés chaque mois, ont un poids normal et prennent du poids ainsi que la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance, les données sur la mortalité et les taux de vaccination.

Reproductibilité et pérennité du programme. Le programme est exécuté verticalement, l'impulsion étant donnée par l'église plutôt que par la communauté. Sa gestion incombe à la hiérarchie de l'église. L'expansion impressionnante du programme entre 1983 et 1989 incite fort à penser qu'il peut être reproduit dans des structures religieuses du même type. Les autres facteurs qui incitent à reproduire ce programme sont notamment la diffusion de connaissances et de pratiques faciles à transférer, la capacité de répondre aux besoins manifestes des communautés et le faible coût du programme qui tient à ce que l'on fait appel à des bénévoles. Le programme s'appuie sur une église bien implantée, ce qui le rend plus difficile à reproduire dans les pays où ce n'est pas le cas ou dans lesquelles il n'existe pas de collaboration active entre le gouvernement et l'église. La pérennité du programme dépend de l'église, qui est un facteur de stabilité et de continuité, ainsi que du degré d'engagement des communautés participantes. Certains facteurs sont susceptibles de limiter la pérennité du programme, notamment la nécessité d'obtenir un soutien financier pour le suivi et l'évaluation ainsi que l'utilisation d'agents des services de santé officiels pour l'aiguillage des patients.

#### F. Programme de lutte contre le goitre endémique, Bolivie

Conçu en 1983 par le Gouvernement bolivien (GB) ce programme à l'échelon national a commencé à être exécuté sur le terrain en 1984 avec l'aide financière du

Programme conjoint d'appui à la nutrition (JNSP) de l'OPS-OMS/UNICEF. Le GB a eu l'idée de ce programme à la suite des résultats d'une enquête effectuée en 1982 sur les enfants d'âge scolaire et qui a révélé un taux de prévalence du goitre de 60,5 %, et même de 93,5 % dans certaines régions, ce taux dépassant 50 % dans toutes les communautés. Un financement initial de 333.000 dollars accordés par le Gouvernement italien par l'intermédiaire du JNSP a été suivi d'un montant de 1.660.000 dollars pendant la période 1984-1989. La plus grande partie de ces fonds a été consacrée à la surveillance épidémiologique (683.400 dollars) ainsi qu'à la iodation du sel et à la lutte contre le goitre (408.300 dollars).

L'objectif de ce programme est de lutter contre le goitre endémique et le crétinisme en faisant en sorte que les régimes alimentaires quotidiens contiennent une dose suffisante d'iode. Ce programme comprend trois principaux éléments : surveillance épidémiologique, production et commercialisation du sel et éducation/communication. Les activités menées dans le cadre de ces éléments comprennent l'examen de la législation existante et des normes techniques; l'installation de systèmes de iodation et dans les centres de production et de distribution de sel; la sensibilisation des producteurs à la nécessité d'une iodation; l'établissement de principes épidémiologiques de base, et la mise au point de matériels éducatifs appropriés pour améliorer les connaissances et favoriser des changements de comportement. Les premières interventions directes ont consisté à distribuer du lugol aux femmes enceintes, à lancer des campagnes nationales pour lesquels on a utilisé de l'huile iodée utilisable en injection et par voie orale et à distribuer du sel iodé par l'intermédiaire des postes de santé.

Les données du programme à partir de 1989 indiquent que ces interventions ont un effet positif sur les taux de prévalence du goitre et du crétinisme ainsi que sur le volume de sel enrichie en iode à la disposition de l'ensemble de la population. La prévalence du goitre chez les enfants d'âge scolaire a été ramenée 60,5 à 20,6 %. La production de sel iodé a augmenté de 1.860 tonnes en 1985 pour atteindre 18.067

tonnes en 1989, le nombre de centres de production de sel étant passé dans le même temps de 2 à 33 (dont 28 centres privés et cinq coopératives). Des données comparatives ont également révélé que 80 % du sel consommé par la population était iodé (98 % en milieu urbain et 22 % dans les communautés rurales) et également que 83 % de l'ensemble de la population étaient conscients du problème, tandis que 57 % citaient l'iodation comme moyen de prévention.

D'autres éléments positifs ont été la mise au point de techniques appropriées de production de blocs de sel iodé, la création d'une Société nationale de commercialisation du sel (EMCOSAL) et la diminution des coûts de production et de commercialisation (ramenés de 0,75 à 0,10 dollars le kilo). Des matériels éducatifs ont été élaborés et des accords ont été signés avec la Sécurité sociale et le Progr. nme alimentaire mondial en vue d'une distribution de sel iodé.

Engagement politique. Le programme est dû à l'initiative du GB qui l'a conçu et a sollicité une aide financière auprès de sources extérieures. Un Conseil tripartite comprenant des représentants du GB, du programme et de l'UNICEF/OMS/OPS en supervise les aspects financiers et techniques. Le GB a détaché des fonctionnaires pour qu'ils reçoivent une formation dans le cadre du programme et y participent, et des services sont assurés par l'intermédiaire du système de santé officiel. Le programme s'inscrit dans le cadre du système de soins de santé primaires. D'autres éléments du GB, notamment la Sécurité sociale et le Fonds d'aide sociale participent activement au programme. Ce fonds qui relève directement du président a fourni une aide (140.000 dollars) pour la campagne nationale relative à la consommation par voie orale d'huile iodée.

Participation communautaire. Bien que le programme n'ait pas été lancé par des communautés locales, la population bolivienne a participé aux activités du programme. Depuis le niveau central où s'exerce l'ensemble de la gestion et de la supervision jusqu'à l'échelon des communautés locales où les services sont demandés et fournis, le programme a suscité une participation active en stimulant la production, la

commercialisation et l'utilisation de sel iodé ainsi qu'en fournissant de l'huile iodée et du lugol à la population cible. Le programme a sa base opérationnelle dans les régions, et il utilise les structures du Ministère de la santé et un personnel affecté au programme au plan régional. Ce personnel ainsi que les instituteurs enseignant au sein des communautés et le personnel de santé auxiliaire sont mobilisés et reçoivent une formation pour mener des activités éducatives et assurer les services au titre du programme. Les membres de la communauté s'occupant de la production et de la vente de sel ont été organisés en coopératives et l'initiative individuelle privée a été encouragée afin de promouvoir l'iodation du sel.

#### Mise en valeur des ressources humaines.

La formation a mis l'accent sur la prestation des services, le contrôle de la qualité et la demande croissante dont le produit fait l'objet. Des techniciens ont été formés aux méthodes d'enrichissement en iode, de lutte contre le goitre et le crétinisme ainsi qu'aux techniques de commercialisation. Une équipe centrale composée de médecins, d'ingénieurs de l'industrie, d'économistes et de spécialistes de la commercialisation, des coopératives et de la communication sociale ont été initiés aux méthodes visant à réaliser les objectifs du programme, notamment aux techniques de gestion et d'exécution. Les producteurs de sel (privés et coopératifs) ont été formés aux méthodes de production et de distribution.

Le personnel de santé, ainsi que les enseignants et les étudiants des écoles normales et des écoles de santé ont reçu des cours de brève durée et ont suivi des ateliers sur les causes et la prévention du goitre et du crétinisme. L'ensemble de la population a fait l'objet d'un effort d'éducation de masse destiné à mieux lui faire connaître le goitre et le crétinisme et à promouvoir des mesures de prévention et de lutte. Des manuels à l'intention du personnel de santé (notamment auxiliaire) ont été établis ainsi que des graphiques, des brochures, des tracts et des affiches, rédigés aussi bien dans les langues vernaculaires qu'en espagnol. La supervision est assurée par le personnel du niveau central qui examine périodiquement les activités aux niveaux régionaux, et par le personnel régional qui supervise régulièrement les

activités à l'échelon de districts, des zones et des secteurs.

Ciblage. Aux stades initiaux, des régions et des groupes spécifiques à hauts risques ont été ciblés mais le programme couvre maintenant l'ensemble du pays. Les groupes prioritaires sont les communautés rurales isolées, les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 18 ans.

Systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion. Dans le cadre du Système de surveillance épidémiologique et de l'élément commercialisation du programme, on recueille des informations sur la distribution, la production et la consommation de sel ainsi que sur la prévalence du goitre et d'autres données pertinentes permettant de suivre l'action menée et d'en mesurer les effets. Tous les deux ans, on effectue une enquête sur les enfants d'âge scolaire pour évaluer la prévalence du goitre. Tous les six mois, des communautés sentinelles recueillent des informations fournies par des spécimens d'urine et l'analyse de la teneur en iode du sel. Des données sur le contrôle de la qualité du sel enrichi en iode dans les centres de production et les marchés sont également recueillies. Les informations fournies par les communautés sont interprétées par le personnel de santé au niveau des zones et transmises aux services sanitaires de district ainsi qu'au personnel du programme. L'analyse est effectuée au niveau régional et les résultats en sont communiqués aux communautés. Un rapport annuel est préparé et diffusé dans le pays et envoyé aux organismes donateurs.

Reproductibilité et pérennité. Parmi les facteurs renforçant la pérennité d'un programme figurent le soutien financier et politique du GB, l'utilisation et l'amélioration des ressources existantes (y compris le personnel du Ministère de la santé et les producteurs de sel locaux) pour assurer des services, la mise au point d'un système d'auto-financement grâce aux ventes de sel iodé et des efforts d'éducation de masse visant à accroître la demande dont le sel fait l'objet. Le programme n'est pas facile à reproduire vu l'importance de l'investissement initial à effectuer avec les contributions de donateurs extérieurs. Du fait que le taux de prévalence du goitre endémique et du

crétinisme est élevé dans tout le pays et non dans des zones bien déterminées, ce type de programme ne peut être utile que dans les pays où le problème se pose sur une échelle comparable.

G. Programmes/projets présentés durant la séance à base d'affiches

Programme d'alimentation à l'intention des groupes vulnérables, Botswana

Ce programme a été lancé à la suite de la sécheresse de 1982-88 et comprenait trois principaux éléments : secours à la population, aide à l'agriculture et approvisionnement d'urgence en eau. Sa stratégie consistait à lier les opérations de secours à l'effort de développement. Il s'agissait non seulement d'améliorer directement la nutrition, mais aussi de créer des possibilités d'emploi rural pour compenser la perte de revenu due à une diminution de la production alimentaire. Utilisant des dons alimentaires, le programme satisfait un tiers des besoins nutritionnels mensuels d'un adulte sous forme de rations consommées à la maison, nourrit les enfants souffrant de malnutrition dans les centres de santé et accroît les gains monétaires à court terme par le biais d'activités telles que le broyage manuel du sorgho pour produire de la farine destinée aux programmes d'alimentation des enfants à l'école. A la suite du programme, on a constaté des progrès au niveau de l'utilisation des centres de santé et de l'approvisionnement en eau, ainsi qu'une diminution du taux de malnutrition (qui est tombé de 30 % en 1981 à 7 % en 1989).

Programme conjoint de soutien à la nutrition (JNSP) aux Antilles anglophones

A la suite de calamités naturelles, ce programme soutenu par l'OMS/UNICEF a démarré à la Dominique ainsi qu'à Saint-Vincent et aux Grenadines en 1984. Il s'agissait d'améliorer la santé des femmes et des enfants en soutenant le système existant de soins de santé primaires. Les objectifs opérationnels du programme sont de : 1) rendre les Conseils de l'alimentation et de la nutrition mieux à même d'identifier les problèmes alimentaires et nutritionnels;

2) améliorer, dans le domaine de la nutrition, des connaissances, les attitudes et les compétences des agents de santé communautaires et d'autres catégories de personnel de santé dans le cadre des soins de santé primaires; et 3) associer davantage les communautés à la recherche de solutions aux problèmes sanitaires et nutritionnels. Les résultats positifs des activités du programme peuvent être attribués au fait que celui-ci est axé sur les communautés et la cellule familiale, ainsi qu'à l'amélioration des niveaux de compétences et de connaissances de tous les participants au programme.

Programme de santé rurale "Etre moins nombreux et mieux vivre", Mexique

En 1982, l'Institut de sécurité sociale au Mexique a mis au point un programme de santé rurale intitulé "Etre moins nombreux et mieux vivre". Ce programme accorde la priorité à des interventions dans les domaines de soins de santé et de la reproduction humaine, de la nutrition et de l'autosuffisance alimentaire des familles, ainsi qu'à l'amélioration de l'environnement rural. Il est fondé sur des activités de formation destinées à la communauté. Celles-ci sont actuellement les suivantes : initiation des sages-femmes rurales à la prestation de soins de santé maternelle et infantile et de services de planning familial; formation de bénévoles communautaires et des sages-femmes rurales à des mesures spécifiques destinées à promouvoir les soins de santé; et formation visant à apprendre aux membres des comités de santé locaux à identifier, analyser et mettre au point diverses solutions aux problèmes sanitaires et nutritionnels fondamentaux. Une méthode participative de diagnostic est utilisée pour l'évaluation des besoins et la prise de décision en vue de résoudre les problèmes qui se posent au niveau communautaire.

Projet de lutte contre la diarrhée par des moyens diététiques (LDD) au Nigéria et au Pérou

Ce projet expérimental bénéficiant du soutien de l'AID a été entrepris au Pérou et au Nigéria par l'Université Johns Hopkins en collaboration avec des institutions locales de

recherche. Il s'agissait d'un projet interdisciplinaire visant à réduire les effets nutritionnels bien connus de la diarrhée sur les enfants en luttant contre cette maladie par des moyens diététiques. Suivant les conclusions des recherches, l'intervention la plus appropriée a paru être l'élaboration et la diffusion d'aliments de sevrage plus nutritifs destinés à être consommés pendant une diarrhée. On a identifié des aliments bon marché appropriés du point de vue nutritionnel et auxquels les familles ont accès dans les zones de l'étude. Des recettes types à base d'aliments à la fois bon marché, disponibles localement et culturellement acceptables ont été mises au point avec les mères et des essais ont été effectués au niveau des communautés pour améliorer ces recettes et déterminer leur possibilité d'utilisation pratique. On a procédé à des essais cliniques pour mesurer leur efficacité durant la diarrhée. Des renseignements sur ces recettes ont été diffusés par le biais de toute une série de matériels éducatifs préalablement mis à l'essai. Les évaluations ont révélé que la majorité des mères connaissaient les nouvelles recettes et que beaucoup d'entre elles les utilisaient pour alimenter leurs enfants pendant et après une diarrhée. On a établi à l'intention des planificateurs des programmes et des décideurs un guide sur le traitement nutritionnel amélioré de la diarrhée, qui a été largement diffusé dans les pays en développement.

#### Système de développement intégré de Barangay en vue de l'amélioration de l'état nutritionnel (BIDANI) des pauvres en milieu rural, Philippines

Ce programme postule que la planification du développement devrait être orientée vers la réalisation d'objectifs nutritionnels. Les activités du programme s'attaquent aux facteurs à l'origine d'un mauvais état nutritionnel, (faibles revenus, sous-emploi, ignorance, mauvais approvisionnement en eau, et conditions sanitaires inadéquates, participation et organisation insuffisantes de la communauté). Les activités consistent notamment à initier des agents locaux aux méthodes de vulgarisation et de communication, à associer les villageois à l'identification des problèmes et à la

recherche de solutions et à apprendre aux comités de santé et aux agents de santé villageois des techniques permettant d'améliorer le statut socioéconomique des communautés. Le succès du programme a été attribué à la participation d'un réseau d'institutions universitaires qui ont joué un rôle de catalyseur et poursuivi les activités du programme, ainsi qu'à la formation du personnel de différents organismes de développement qui ont apporté leur soutien au programme.

#### Amélioration de la nutrition à Porto Rico (1940-1989)

Il y a cinquante ans, la situation de Porto Rico était dans l'ensemble semblable à celle que connaissent actuellement les pays en développement. Depuis lors, la disponibilité et la consommation de produits alimentaires ont progressé régulièrement, parallèlement à la croissance économique. Cependant, l'amélioration de la situation économique et des approvisionnements alimentaires n'implique pas que l'état nutritionnel de l'ensemble de la population se soit nécessairement amélioré. Il était indispensable d'effectuer une étude approfondie pour répondre aux besoins fondamentaux de la population. On a mis en place un système de soins de santé primaires qui a contribué à réduire la morbidité et la mortalité. Le problème de la sous-nutrition est maintenant pratiquement réglé mais la population passe actuellement par une difficile période transitoire, le problème étant maintenant le poids excessif et l'obésité, et non plus l'insuffisance pondérale. On observe par ailleurs un vieillissement de la population et les programmes de protection sociale ont été nettement renforcés au cours de la dernière décennie.

#### Programme de production d'aliments complémentaires au Zimbabwe (PPAC)

L'objectif de ce programme est de lutter contre la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans les communautés rurales vulnérables au plan nutritionnel. Le programme comprend notamment la surveillance nutritionnelle, la mobilisation des

communautés, des activités d'éducation nutritionnelle et la formation des membres des comités de gestion, des vulgarisateurs au niveau communautaire et des agents de projet; la production communautaire d'aliments nutritifs, la promotion de technologies visant à améliorer la production, le stockage, la préservation, la transformation et la préparation des aliments; l'alimentation en groupe d'enfants de moins de cinq ans et l'intégration du programme dans les activités de développement en cours dans divers secteurs. L'exécution du programme a inclus l'évaluation de la situation au plan nutritionnel; la mobilisation de la communauté par le biais de campagnes de sensibilisation; l'identification de projets; la production alimentaire communautaire et l'alimentation de groupe. La structure du programme correspond à divers ministères sectoriels et à des comités du développement et elle inclut un comité directeur national de l'alimentation et de la nutrition, ainsi que des communautés travaillant à des projets et des équipes de gestion alimentaire et nutritionnelle aux niveaux des provinces, des districts et des communautés locales, ainsi que des comités de projet.

### III. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

On peut tirer une série de conclusions des exposés, commentaires, études et analyses des participants à la Conférence sur les programmes ayant donné des résultats positifs, ainsi que des débats qui ont eu lieu sur divers problèmes concernant les programmes. L'accent mis tout spécialement sur certaines de ces conclusions tient en partie à l'expérience et à l'intérêt particuliers des participants mais il peut tenir également au fait que certaines questions ont été étudiées de façon plus approfondie que d'autres. La conclusion générale incite à l'optimisme. L'état nutritionnel des groupes défavorisés des pays en développement peut être nettement amélioré par des programmes de développement communautaire orientés vers la nutrition si certains éléments cruciaux y sont incorporés dès le départ. Une réserve importante s'impose cependant : si bien préparés et exécutés qu'ils puissent être, des projets nutritionnels ne peuvent à eux seuls permettre une amélioration sensible de l'état nutritionnel et du bien-être de la population au niveau national. Les projets nutritionnels communautaires peuvent être utiles à des fins de démonstration pour susciter un engagement politique, en particulier si leur rapport coût/efficacité est satisfaisant, s'ils peuvent être reproduits et s'ils sont viables, mais rien ne peut remplacer l'engagement politique d'un pays et d'un gouvernement d'assurer une croissance économique et un développement social durables et équitables.

Les participants à la Conférence ont reconnu la nécessité d'une **approche globale** de la nutrition, consistant soit à intégrer les considérations et activités nutritionnelles dans les programmes globaux de développement communautaire, soit à adopter une approche du développement communautaire dans les programmes nutritionnels. L'approche globale est justifiée non seulement par le principe d'une complémentarité des interventions dans chaque secteur et entre les différents secteurs, mais aussi par la nécessité de s'attaquer aux problèmes de la pauvreté et du sous-développement d'une façon systématique et intégrée. Bien qu'un certain nombre d'interventions nutritionnelles à inclure dans les programmes de développement communautaire et/ou la stratégie de soins de

santé primaires aient été bien définies et approuvées, aucune série particulière d'interventions ne peut être considérée comme la mieux appropriée dans la totalité des cas. Un assortiment adéquat devrait être mis au point au sein de chaque communauté, sur la base d'une évaluation des caractéristiques et problèmes particuliers du contexte local.

En outre, les participants ont estimé dans l'ensemble que la **qualité du personnel** et les **méthodes d'exécution** pouvaient être plus importantes dans les programmes de nutrition que la nature de telle ou telle intervention. Des institutions et des particuliers jouissant d'un grand prestige et d'une grande **crédibilité** auprès de la communauté ont le maximum de chances de succès du point de vue de l'application des méthodes appropriées de nutrition et de planification et d'exécution du développement communautaire aux programmes de nutrition. L'attachement des institutions et des particuliers à l'**autonomie et au bien-être des communautés** dans le cadre plus général de l'effort de développement, ainsi qu'à des méthodes et procédés de programmation compatibles avec cette approche est indispensable pour promouvoir efficacement une amélioration de l'état nutritionnel de la population.

Les facteurs critiques de succès des programmes de nutrition communautaire ont été identifiés dans chacune des six grandes catégories suivantes.

#### A. Engagement politique

Un **engagement politique** de tous les instants se traduisant par une action concrète est un facteur critique à l'origine du succès des programmes de nutrition communautaire examinés lors de la conférence. L'engagement politique résulte généralement d'une pression sociale. Pour pouvoir exercer cette pression, la communauté doit être organisée et capable d'identifier ses propres besoins, de rechercher des solutions et d'avoir les moyens, la volonté et la latitude voulus pour mettre en oeuvre ces solutions. La question de la **décentralisation** du pouvoir et de l'exécution des programmes a suscité de vives discussions. On a également insisté sur l'importance de la planification locale et de la

participation communautaire. Bien qu'il ait été reconnu que les pressions communautaires pouvaient susciter un engagement politique avec un maximum d'efficacité par le biais d'une décentralisation du pouvoir au profit des communautés, il a également été admis que le processus était nécessairement indissociable de l'idéologie politique d'un gouvernement. Les systèmes politiques soucieux de promouvoir le **développement social** ont tendance à favoriser la décentralisation et à accorder en priorité les services sociaux aux couches les plus pauvres de la population. Cela implique une **combinaison judicieuse de planification de la base au sommet et du sommet à la base**, comme c'est le cas en Tanzanie et en Thaïlande.

La communauté scientifique et les technocrates, en particulier les nutritionnistes, ont également un rôle consultatif important à jouer en vue de susciter un engagement politique en faveur du développement social et de la nutrition communautaire. A cette fin, ils devraient établir des voies de communication efficaces avec les décideurs pour leur transmettre les données scientifiques et techniques appropriées et leur faire connaître les besoins reconnus de la communauté. Certains participants à la conférence ont estimé que la nutrition devrait être tenue à l'écart de la politique mais ce point de vue n'a guère eu de partisans. Il a été dit que l'adoption d'une attitude purement "professionnelle" était injustifiée et même impossible et que le fait de s'abstenir de préconiser telle ou telle action constituait en lui-même un engagement politique et idéologique.

Dans le cas d'une bonne partie des programmes examinés, les décideurs ont été informés, motivés et convaincus de la nécessité de considérer l'alimentation et la nutrition comme un problème de développement majeur. On y est parvenu grâce à l'action concertée de techniciens et à la pression de la communauté. Cela a été également facilité par l'utilisation du vaste concept multisectoriel de "besoins alimentaires", plus compréhensible pour des politiciens que le concept étroit de "nutrition". **Les besoins alimentaires et nutritionnels** sont conçus plus clairement comme un facteur prioritaire de développement, se prêtant à

une planification nationale à long terme et ne se limitant pas à un seul secteur comme la santé ou l'agriculture. Il faut également entreprendre des projets bien conçus assortis d'indicateurs mesurables et quantifiables afin de démontrer leur efficacité et convaincre par là-même les politiciens et d'autres décideurs.

Les programmes exécutés en Bolivie et en Tanzanie montrent que des organismes internationaux peuvent contribuer largement à susciter un engagement politique en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la communauté. Les organismes ne devraient pas compromettre leurs chances de jouer ce rôle en tentant d'imposer des notions préconçues, en submergeant les pays en développement de programmes établis au niveau central ou en suscitant une concurrence au niveau national pour le financement de projets "verticaux" dans des zones proches de grandes villes.

#### B. Mobilisation et participation des communautés

Les études de cas ont permis de tirer un enseignement important : **la mobilisation et la participation active des communautés** conditionnent le succès d'un programme de nutrition. Cette mobilisation - qui prend du temps - est indispensable pour faire en sorte que la communauté elle-même soit responsable du programme, pour vaincre les résistances que suscitent les activités du programme et pour exploiter les ressources humaines et matérielles voulues. **Les femmes et les groupes féminins** représentent une ressource critique dans ce domaine. Les chefs religieux, les enfants des écoles primaires et les praticiens locaux de la santé constituent également d'importantes ressources qui ont été utilisées avec succès au Brésil et en Inde pour mobiliser la communauté aux fins d'activités nutritionnelles. Cette mobilisation a un maximum d'efficacité lorsqu'elle touche toutes les communautés - politique, scientifique, technique et administrative - qui ont pour mission d'aider la population dans son effort de développement. Il est plus facile de mobiliser les communautés rurales que les communautés urbaines, qui sont moins bien organisées et plus mobiles. L'expérience du Brésil est particulièrement intéressante à ce égard.

On obtient une participation active de la **communauté en l'associant à toutes les phases de la planification et de l'exécution du programme**, notamment à l'évaluation de ses propres besoins, au processus permanent de prise de décision ainsi qu'à la supervision, au suivi et à l'évaluation du programme. Les études de cas de l'Inde, de l'Indonésie, de la Tanzanie et de la Thaïlande montrent que le meilleur moyen d'obtenir une participation active consiste en un processus permanent d'interaction entre les techniciens et la communauté sur l'évaluation des besoins reconnus de la communauté et la recherche de solutions. Ce processus est grandement facilité par l'organisation d'ateliers et de séances d'orientation permettant d'apprendre aux membres de la communauté à utiliser les ressources locales aussi bien qu'à acquérir des compétences techniques et d'animation. Ces programmes révèlent également que lorsqu'elles sont bien motivées, les communautés peuvent participer efficacement à la planification des programmes de nutrition. L'essentiel est ici d'intégrer les activités nutritionnelles dans le cadre d'un programme de développement global que la population identifie et planifie pour elle-même. Un ensemble de services aux fins du développement communautaire, comme c'est le cas pour l'ICDS, est mieux apprécié que des projets dispersés ou à caractère purement nutritionnel, qui ont tendance à susciter une certaine confusion au sein de la communauté.

### C. Mise en valeur des ressources humaines

La **qualité des ressources humaines** responsables de la planification et de l'exécution des programmes constitue un autre facteur clé de succès. La motivation, le sens de l'initiative et l'intérêt pour le travail communautaire constituent des critères fondamentaux de sélection du personnel. Chaque fois que cela est possible, l'utilisation judicieuse de **membres bénévoles de la communauté** peut rendre celle-ci plus responsable du programme et elle constitue une précieuse ressource. Des investissements relativement importants en ressources humaines, particulièrement aux stades initiaux de la **formation et du recyclage en cours d'emploi** conditionnent le succès du travail

communautaire. Une formation assurée à la fois au niveau central et sur le terrain s'est fréquemment révélée positive. On a constaté qu'il était utile de faire participer des stagiaires à des programmes communautaires efficaces pour former et motiver le personnel en Tanzanie. La formation devrait être aussi **complète et multidisciplinaire** que possible, et également orientée vers la maîtrise de certaines techniques et fondée sur les **compétences de chacun**. Il s'agit de faciliter les contacts des agents avec la communauté et d'aider celle-ci à identifier ses problèmes et à y trouver des solutions. Une formation multidisciplinaire étant souvent difficile à assurer, il peut y avoir intérêt à incorporer des éléments nutritionnels dans diverses activités de formation spécialisée plutôt que de tenter de suivre une approche verticale multisectorielle. La formation est plus efficace si elle est fondée sur des techniques informelles et elle devrait être continuellement actualisée. Les matériels de formation devraient être mis au point localement dans le contexte communautaire. Les agents communautaires responsables de la nutrition devraient être à l'écoute de la communauté, apprendre à son contact, travailler avec elle et pour elle et donner des directives plutôt que de dispenser simplement un enseignement.

La **formation des formateurs** mérite une attention particulière, ainsi que l'incorporation de la nutrition dans les programmes d'études des institutions officielles de formation aux niveaux primaire, secondaire et universitaire. Il est important de promouvoir un échange d'informations permanent entre les institutions de formation et d'exécution, ainsi qu'une coopération technique plus intensive entre les pays en développement. Il est également urgent d'établir des liens plus étroits entre les centres d'enseignement supérieur et la communauté, et d'amener les centres à "mettre la main à la pâte" dans le domaine du travail de développement communautaire. Trop souvent, ceux qui ont reçu une formation universitaire traditionnelle dans des pays industrialisés ont une approche plus théorique que pratique des problèmes de développement. En outre, ils ont tendance à s'en tenir à leur propre spécialité et à s'opposer à des approches intégrées comme c'est le cas des soins de santé primaires.

#### D. Ciblage

Un **ciblage** approprié est indispensable pour améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes d'intervention nutritionnelle. On peut ainsi mieux utiliser des ressources limitées en axant les interventions spécifiques sur les groupes ou les individus qui sont exposés **aux plus grands risques** et qui ont le plus de chances d'en profiter. Un mécanisme spécifique est nécessaire pour identifier, toucher et suivre les groupes "à haut risque" de la communauté. Ces groupes, qui sont généralement les plus défavorisés, sont marginalisés par rapport au reste de la société et notamment au système de soins de santé et l'on ne peut généralement pas les atteindre sans un effort particulier prenant par exemple la forme de visites systématiques à domicile. Il est difficile d'inciter ces groupes à recourir aux services sociaux, bien que certains animateurs sociaux et d'autres personnalités comme les chefs religieux locaux au Brésil puissent avoir des compétences particulières dans ce domaine.

Bien que le degré de ciblage soit déterminé par la disponibilité des ressources, la **stratégie, les critères et les procédures de ciblage** les mieux appropriés dépendront des objectifs du programme, des interventions spécifiques et des conditions locales. Le ciblage peut être fondé sur des critères géographiques, socioéconomiques ou démographiques et peut s'effectuer au niveau des communautés, des ménages, ou des individus. Lorsque la malnutrition est générale, le ciblage géographique peut être suffisant mais à mesure que le niveau de malnutrition diminue, il est généralement nécessaire de combiner des critères géographiques, familiaux et individuels. Certaines actions spécifiques telles que l'éducation nutritionnelle devraient viser la famille tout entière. Certaines interventions nutritionnelles peuvent être ciblées sur les adolescents des deux sexes. Le ciblage devrait également être suffisamment souple pour s'adapter à une évolution de l'état et des besoins nutritionnels. C'est ainsi que le ciblage individuel des enfants suivant le rapport poids/taille peut être utile en cas de malnutrition aiguë, mais pas lorsque ses effets négatifs sur la santé ont été maîtrisés ou sont

devenus moins fréquents. En ciblant les régions ou les communautés les plus défavorisées, il est souvent indispensable de mettre en place un minimum d'infrastructure pour la prestation de services.

#### E. Systèmes de suivi, d'évaluation et d'information de gestion

Un **système d'information de gestion (SIG)** bien conçu pour le **suivi et l'évaluation continue du programme et la prise de décision** constitue un important élément de succès. Cela implique un processus graduel suivant lequel est institué un double (de bas en haut et de haut en bas) flux d'informations et de prises de décisions, accompagné du recueil régulier de données fiables, d'une analyse et d'une interprétation effectuées en temps opportun et d'une information en retour immédiate. Le SIG n'a pas nécessairement besoin d'être très perfectionné et il ne doit pas dépasser la capacité de traitement de données du programme. Il doit donc être fondé sur une série minimum d'indicateurs et de données pouvant être recueillis, traités et utilisés par la communauté. En plus d'informations de base sur la santé et la nutrition, y compris celles qui sont recueillies par la communauté (par exemple, des données sur le suivi de la croissance), il est important d'utiliser toutes les données disponibles provenant d'autres secteurs, telles que les statistiques nationales, l'agriculture, les prix des produits alimentaires ainsi que les informations relatives à la disponibilité et à la consommation de denrées. L'utilisation périodique de données pour les évaluations de processus et d'impact devrait également être envisagée.

Le SIG doit être opérationnel à tous les niveaux et il importe de définir clairement les types de décisions à prendre à chaque niveau ainsi que les données spécifiques indispensables pour cela. Dans le cas des systèmes décentralisés, le niveau le plus critique pour le SIG est le niveau **local** (familles et communautés). Etant donné que les informations doivent être utilisées par la communauté tout autant que par les directeurs de programme, les agents sur le terrain et la communauté doivent apprendre à prendre des décisions sur la base du SIG

communautaire local. Cependant, les agents de santé communautaire ne devraient pas être utilisés essentiellement pour le recueil de données. Des systèmes de données informatisés peuvent être utilisés aux niveaux intermédiaire et élevés du SIG mais généralement pas au niveau local où de simples tabulations établis à la main sont plus appropriés. Dans le cas des programmes nationaux impliquant un volume d'informations excessif, la solution peut consister à utiliser un échantillon de communautés ou de familles du programme.

#### F. Reproductibilité et pérennité du programme

Enfin, la reproductibilité et la pérennité d'un programme sont deux éléments indissociables et cruciaux de son succès. La **reproductibilité** d'un programme dépend de la mesure dans laquelle ses éléments, ses méthodologies et ses procédés d'exécution sont appropriés aux caractéristiques particulières du contexte général. Pour mettre au point des programmes susceptibles d'être reproduits, il est indispensable de comprendre parfaitement le macro-système national ainsi que l'infrastructure et les caractéristiques culturelles des communautés. Il n'y a guère intérêt à élargir simplement l'échelle des projets pilotes de nutrition sans analyse appropriée du contexte et une adaptation ultérieure, quelle qu'ait été l'efficacité de ces projets au stade expérimental. Le démarrage d'un petit projet et son extension ultérieure progressive impliquent une grande flexibilité au niveau de la conception du programme pour tenir compte des variations locales ainsi que de la suppression progressive de l'assistance technique extérieure et du maintien de l'appui technique apporté à tous les niveaux dans le cadre du programme. Le succès des programmes exécutés en Tanzanie est révélateur à cet égard. La diffusion de stratégies de formation efficaces et des visites dans le cadre d'échanges de personnel provenant des zones auxquelles le programme sera éventuellement étendu peuvent aider à reproduire dans des zones plus vastes des projets de démonstration réussis dans des zones plus vastes. Il est important que les coûts d'un programme ne dépassent pas les capacités financières du pays pour faire en

sorte qu'il puisse être reproduit et il importe aussi de mettre au point des technologies transférables et appropriées. La reproductibilité d'un programme peut être facilitée par l'utilisation des structures gouvernementales existantes. Les projets financés de l'extérieur et impliquant des dépenses excessives n'ont guère de chances de pouvoir être reproduits dans la plupart des cas. L'adoption de technologies sophistiquées peut réduire les possibilités de reproduction d'un programme et accroître la dépendance d'un projet et d'un pays. Les pays en développement ne devraient pas accepter de projets financés par des bailleurs de fonds extérieurs sans prendre en considération la capacité financière des pays du point de vue de l'échelonnement, de la reproduction et de l'extension.

**La durabilité des résultats positifs** est un facteur clé si l'on veut qu'un programme améliore la situation à long terme. La durabilité est favorisée par une ferme engagement politique, la responsabilisation et la participation de la communauté à toutes les phases de la planification et de l'exécution du programme; l'établissement d'une base de ressources humaines compétente et la possibilité d'obtenir pour le programme un rapport coût/efficacité correspondant aux moyens financiers du pays. La durabilité devrait être un élément intrinsèque du programme dès le départ. Les ressources existantes du pays, aussi bien humaines que matérielles peuvent être prises en considération au stade de la conception du programme dont les activités devraient être soutenues essentiellement au moyen de ressources locales. Des objectifs irréalistes et des apports de donateurs excessifs par rapport aux ressources humaines et économiques du pays compromettent la pérennité à long terme d'un programme. Des transferts de technologie efficaces et un apport financier extérieur minimum sont également des caractéristiques d'un programme durable, tout comme des systèmes et mécanismes de recouvrement des coûts indispensables pour assurer une formation continue aux agents de terrain et continuer à faire fonctionner le programme à un niveau minimum. Un certain nombre de petits programmes qui avaient été entrepris sous l'effet de pressions extérieures avec d'importants apports techniques et financiers

et dans lesquels aussi bien les donateurs que les responsables avaient placé de grands espoirs se sont volatilisés dès que le financement extérieur a cessé. C'est là un résultat négatif qui suscite le scepticisme et réduit les perspectives de participation future des communautés aux programmes de développement. Les avantages et inconvénients que comporte le recours à des bénévoles parmi les groupes défavorisés ont été longuement débattus par les participants à la conférence. L'utilisation de bénévoles peut réduire les coûts du programme et aider la communauté à prendre en main le programme mais elle peut ne pas être viable à long terme. Tous les participants ont cependant convenu que des projets nutritionnels communautaires aux effets non durables n'étaient pas justifiés.

Annexe 1

RAPPORT DE LA CINQUIEME CONFERENCE INTERNATIONALE SUR  
"LES FACTEURS CRITIQUES DE SUCCES DES PROGRAMMES  
NUTRITIONNELS COMMUNAUTAIRES

Séoul, Corée - 15-18 août 1989.

LISTE DES PARTICIPANTS

Dr. Olayinka A. Abosede  
Institut de soins de santé  
infantiles et primaires  
Ecole de médecine  
P.M.B. 12003  
Lagos, NIGERIA

Dr. Carlos H. Daza  
Coordinateur du programme  
d'alimentation et de nutrition  
Organisation panaméricaine de la santé  
527 23d Street, N.W.  
Washington, D.C. 20070, ETATS-UNIS

Mme Juliet Aphane  
Nutritionniste principal  
Ministère de l'agriculture  
Boîte Postale 162  
Mbabane, SWAZILAND

Dr. Josefa Eusebio  
Directeur du projet BIDANI  
Collège d'écologie humaine  
Université des Philippines  
Los Banos  
College, Laguna, PHILIPPINES

Dr. Aree Valyasevi  
Professeur/Consultant  
Institut de nutrition  
Université de Mahidol, Salaya  
Nakorn Chaisri District  
Nakorn Pathom 73170, THAILANDE

Dr. Wilma Freire  
Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE)  
Division de Nutricion  
Edificio Consejo Provincial de Pichincha,  
Piso 8  
Arenas y Manuel Larrea  
Quito, EQUATEUR

Dr. Jaime E. Ariza  
Directeur de programme de hautes études  
de nutrition  
Université de Porto Rico  
GPO Box 2156  
San Juan, PORTO RICO

Professeur Mamdouh K. Gabr  
Conseil arabe pour l'enfance  
et le développement  
162 Tahreer Street  
Le Caire, EGYPTE

Dr. Suntikitrungruang Chawalit  
Division de la nutrition  
Département de la santé  
Ministère de la santé publique  
Conseil National d'épidémiologie  
Devavesm Palace, Sam-Sem Road  
Bangkok 10200, THAILANDE

Dr. Shanti Ghosh  
A1/18 Panchshila Enclave  
New-Delhi 110-017, INDE

Dr. Tara Gopaldas  
Doyen de la Faculté des sciences économiques  
M.S. University  
Baroda, INDE

Dr. Adenike O. Grange  
Département de pédiatrie  
Université de Lagos  
Ecole de médecine  
Lagos, NIGERIA

Dr. Sunder Gujral  
Professeur de nutrition  
M.S. University  
Baroda, 390-002 INDE

Dr. Norge W. Jerome  
Directeur de l'Office de nutrition  
l'Agence pour le développement international  
des Etats-Unis  
Washington, DC 20523, ETATS-UNIS

Mme Charlotte Johnson-Welch  
Nutritionniste spécialiste de la  
santé publique  
LTS International Nutrition Unit  
Chevy Chase, MD 20815, ETATS-UNIS

Dr. Eileen Kennedy  
965 Leigh Mill Road  
Great Falls, VA 22066, ETATS-UNIS

Dr. Mushtaq A. Khan  
Chef de la Commission de la planification  
nutritionnelle  
Institute of Engineering Building, G-8/1  
Islamabad, PAKISTAN

Mme. Hilda Kigutha  
Département de l'agriculture et de l'économie  
domestique  
Egerton University  
Boîte Postale 536  
Njoro, KENYA

Dr. Benny A. Kodyat  
Chef de la Direction de la nutrition  
Direction générale de la santé communautaire  
Département de la santé  
J1. H.R. Rasuna Said Block S5  
Kapling No. 4-8  
Djakarta 12950, INDONESIE

Dr. Guillermo Lopez de Romana  
Instituto de Investigación Nutricional  
Apartado Postal 180191  
Lima 18, PEROU

Mme. Tshire Olivia Maribe  
Chef du Nutrition  
Division de la Santé Familiale  
Ministère de la Santé  
Boîte Postale 992  
Gaborone, BOTSWANA

Dr. Jose O. Mora  
Nutritionist Medicales Supérieur  
LTS International Nutrition Unit  
7222 47th Street, Suite 100  
Chevy Chase, MD 20815, ETATS-UNIS

Dr. Calister Mtalo  
Directeur, WHO/UNICEF JNSP Programme  
Boîte Postale 413  
Iringa, TANZANIE

Dr. Zilda Arns Neumann  
Directeur, Child Pastorate Programme  
Rua Pasteur 279  
Curitiba, Estado do Parana  
CP 80230, BRESIL

Dr. R. Orraca-Tetteh  
University of Ghana  
Département de Nutrition et Science  
Alimentaire  
P.O. Box 134  
Legon  
Accra, GHANA

Dr. Antonio Pardo  
Directeur, Programa Nacional de Lucha  
Contra el Bocio (PRONALCOBO)  
Edificio de la Loteria, Piso 8  
La Paz, BOLIVIE

Dr. Adeline Wynante Patterson  
Directeur, L'Institut d'Alimentation  
et de Nutrition des Caraïbes (CFNI)  
University of the West Indies  
Kingston 7, JAMAÏQUE

Dr. Gladys Pozo de Beizaga  
Directeur National de Nutrition et  
d'Alimentation  
Ministère de Santé  
Edificio de la Loteria, Piso 8  
La Paz, BOLIVIE

Dr. Eleanor Seumo  
Conseillère Technique en Matière de la  
Santé/Nutrition  
CARE International  
B.P. 422  
Yaoundé, CAMEROON

Dr. Virginia C. Rahardjo  
Office de la Santé/Population/Nutrition  
l'Agence pour le développement  
internationale des Etats-Unis  
Jakarta, INDONESIE

Mme. Julia Tagwireyi  
Directeur, l'Office National de Nutrition  
Ministère de la Santé  
B.P. 8204 Causeway  
Harare, ZIMBABWE

Dr. Walter J. Santos  
Rua Visconde de Piraja 156, Sala 602  
Rio de Janeiro, BRESIL

#### OBSERVERS

Mr. Alan Berg  
Banque Mondiale S-6067  
1818 H Street, N.W.  
Washington, DC 20433, ETATS-UNIS

Dr. Melanie Marlett  
Conseillère Politique en Alimentation et  
Nutrition  
PPC/PDPR/SP  
l'Agence pour le développement  
internationale des Etats-Unis  
Washington, DC 20523, ETATS-UNIS

Dr. Frances Davidson  
l'Office de Nutrition, SA-18  
l'Agence pour le développement  
internationale des Etats-Unis  
Washington, DC 20523, ETATS-UNIS

Dr. Barbara Underwood  
Institut International des Yeux  
Building 31, Room 6A-17  
National Institutes of Health  
Bethesda, MD 20892, ETATS-UNIS

Dr. Peter Greaves  
Conseillère Technique Supérieure  
l'UNICEF  
3 United Nations Plaza  
New York, NY 10017, ETATS-UNIS

Dr. Sheila Vir  
l'UNICEF  
New Delhi, INDE

Ms. Marcia Griffiths  
President, The Manoff Group  
2001 S Street, N.W., Suite 420  
Washington, DC 20009, ETATS-UNIS

## Annex 2

### FIFTH INPF INTERNATIONAL CONFERENCE ON "CRUCIAL ELEMENTS OF SUCCESSFUL COMMUNITY NUTRITION PROGRAMS" SEOUL, KOREA - AUGUST 15 - 18, 1989

#### A G E N D A

Chairman: Professor Mamdouh K. Gabr  
Technical Coordinator: Dr. Jose O. Mora  
General Rapporteur: Dr. Eileen Kennedy

August 15      8:00 - 8:30      Opening Ceremony (Camellia Room)

8:00 - 8:05      Inaugural Address: Gabr  
8:05 - 8:15      Welcoming Remarks: Jerome  
8:15 - 8:20      Welcoming Remarks: Santos  
8:20 - 8:30      Conference Format: Mora

8:30 - 12:15    Plenary (Camellia Room)  
Moderator: Aree  
Rapporteurs: Gujral, Seumo, Ariza

8:30 - 9:00      INDONESIA Presentation: Kodyat  
9:00 - 9:15      Discussant: Rahardjo  
9:15 - 10:15    Plenary Discussion

10:15 - 10:30    Coffee Break

10:30 - 11:00    THAILAND Presentation: Chawalit  
11:00 - 11:15    Discussant: Gopaldas  
11:15 - 12:15    Plenary Discussion

12:15 - 2:00     Lunch

2:00 - 5:45      Plenary (Camellia Room)  
Moderator: Grange  
Rapporteurs: Chawalit, Eusebio, Lopez

2:00 - 2:30      BRAZIL Presentation: Neumann  
2:30 - 2:45      Discussant: Ariza  
2:45 - 3:45      Plenary Discussion

3:45 - 4:00      Coffee Break

4:00 - 4:30      BOLIVIA Presentation: Pardo  
4:30 - 4:45      Discussant: Daza  
4:45 - 5:45      Plenary Discussion

6:00 - 8:00      RECEPTION (Lotus Room)

## AGENDA (continued)

August 16	8:30 - 12:15	Plenary (Camellia Room) Moderator: Rahardjo Rapporteurs: Maribe, Neumann, Kigutha
	8:30 - 9:00	TANZANIA Presentation: Mtalo
	9:00 - 9:15	Discussant: Tagwireyi
	9:15 - 10:15	Plenary Discussion
	10:15 - 10:30	Coffee Break
	10:30 - 11:00	INDIA Presentation: Ghosh
	11:00 - 11:15	Discussants: Gopaldas, Gujral
11:15 - 12:15	Plenary Discussion	
12:15 - 2:00	Lunch	
2:00 - 4:00	POSTER SESSION (Lotus Room)	
4:00 - 4:15	Coffee Break	
4:15 - 6:00	Plenary (Camellia Room) Moderator: Ghosh Rapporteurs: Orraca-Tetteh, Correu, Abosedo	
August 17	8:30 - 10:30	Plenary (Camellia Room) GENERATING POLITICAL COMMITMENT Moderator: Daza Rapporteurs: Tagwireyi, Kahn, Freire
	10:30 - 10:45	Coffee Break
	10:45 - 12:45	Plenary (Camellia Room) COMMUNITY MOBILIZATION AND PARTICIPATION Moderator: Mtalo Rapporteurs: Gopaldas, Eusebio, Pozo
	12:45 - 2:15	Lunch
	2:15 - 4:15	Plenary (Camellia Room) HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT Moderator: Orraca-Tetteh Rapporteurs: Ghosh, Daza, Aphané
	4:15 - 4:30	Coffee Break
	4:30 - 6:30	Plenary (Camellia Room) TARGETING Moderator: Gopaldas Rapporteurs: Mtalo, Kodyat, Santos

AGENDA (continued)

- August 18      8:30 - 10:30      Plenary (Camellia Room)  
MONITORING, EVALUATION AND MANAGEMENT  
INFORMATION SYSTEMS (MIS)  
Moderator: Kodyat  
Rapporteurs: Grange, Maribe, Pardo
- 10:30 - 10:45      Coffee Break
- 10:45 - 12:45      Plenary (Camellia Room)  
REPLICABILITY AND SUSTAINABILITY  
Moderator: Tagwireyi  
Rapporteurs: Rahardjo, Kigutha, Patterson
- 12:45 - 3:00      Lunch
- 3:00 - 5:00      Final Plenary (Camellia Room)  
Chairman: Gabr
- 3:00 - 3:45      Summary of Conclusions: Kennedy  
3:45 - 5:00      Plenary Discussion
- 5:00 - 5:30      Closing Ceremony (Camellia Room)  
5:00 - 5:15      Closing Address: Jerome  
5:15 - 5:30      Closing Remarks: Gabr