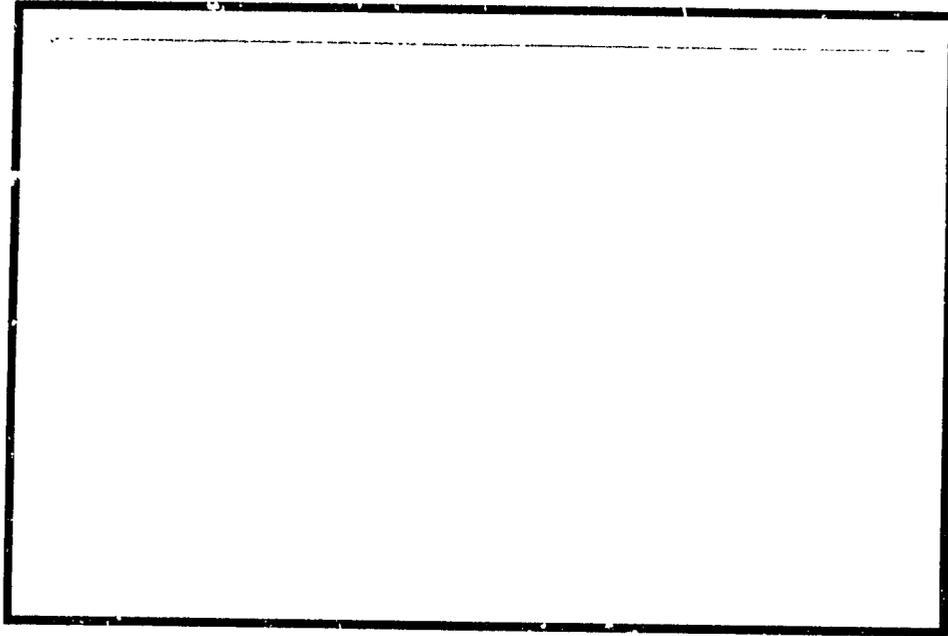


P10, ASK-854
76405



PRITECH

Technologies for Primary Health Care

Management Sciences for Health
1925 North Lynn Street
Suite 400
Arlington, Virginia 22209

PN ALI 254

"PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION"
AND
"PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES DIARRHEIQUES"
PLAN D'ACTION 1990-1995

A Report Prepared By PRITECH Consultant:
SERIGNE MBAYE DIENE

During The Period:
AUGUST, 1990

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:

U.S. Agency For International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 8/2/91
ASSGN. NO: HSS 095-SE

PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION

PLAN D'ACTION 1990 - 1995

Août, 1990.

PLANS D'ACTION POUR LES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES ET DE LA NUTRITION

LA NUTRITION

I. SITUATION ACTUELLE DU PROGRAMME

La malnutrition protéino-énergétique atteint 264.000 enfants par an soit 1/5 des enfants âgés de moins de 5 ans, parmi lesquels environ 4.000 souffrent des formes aiguës et en meurent peut être ; ceci ne tient pas compte de la MFE associée aux autres maladies infectieuses. Les enquêtes de consommation alimentaire révèlent par ailleurs que la ration calorique moyenne ne couvre que 92% des besoins des adultes, 70% de ceux des enfants de 0 à 5 ans et 85% ceux de la femme enceinte.

L'anémie est très fréquente chez les femmes enceintes (30 à 50%) et chez les enfants (40%) des cas de carence en vitamine A ont été rapportés par une enquête dans les régions de Diourbel, Fatick et Kaolack. Cependant il est noté que les signes cliniques de déficit en vitamine A existent dans la zone enquêtée mais ils ne sont pas d'assez important pour constituer un problème de santé publique. Le goître endémique sévit dans les régions Sud et Est du pays.

Des programmes et activités de nutrition ont toujours été exécutés dans les structures sanitaires du pays, qu'ils soient ou non intégrés à la SMI/PF comme on cherche à le systématiser dans ce projet.

Les consultations post natales et de nourrissons sains dans les centres de protection maternelle et infantile s'accompagnent d'une surveillance plus ou moins régulière de la croissance des enfants, assortie de l'instauration d'un conseil de régime pour les enfants malnutris.

Depuis 1973 le Ministère de la santé publique a mis en place le programme national de protection nutritionnelle et sanitaire des groupes vulnérables du Sénégal plus connu sous le sigle de PPNS, qui a pour cible les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Ce programme, qui est parvenu avec ses

415 autres à couvrir plus de 100.000 enfants et 90.000 mères, a été profondément affecté par le retrait depuis décembre 1988 du CRS, partenaire du Ministère de la santé.

L'aide alimentaire que fournissait cet organisme avait fini par constituer l'activité prépondérante et la principale motivation des mères pour fréquenter les séances de pesée. son arrêt a donc engendré une quasi paralysie du programme qu'aucune alternative de stratégie nationale n'est venue prévenir.

Toutefois certains chefs de Poste dynamiques et certains comités de mères engagés, se sont évertués à continuer les activités du PPNS en créant avec les fonds disponibles un groupement d'intérêt économique (exemple refaire dans Bambej).

Une évaluation de ce programme aurait certainement fournie de solides bases pour la planification d'un programme de nutrition plus viable.

La plupart des dispensaires privés catholiques, en milieu urbain comme en milieu rural intègrent dans leur programme de SMI, ces mêmes activités de nutrition avec souvent le dépistage et le traitement des enfants malnutris dans des centres de récupération et d'éducation nutritionnelles (CREN).

L'expérience pilote d'intégration des activités de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnelle des enfants avec système de référence prise en charge, et suivi des enfants malnutris au niveau des cases de santé, initiée dans la communauté rurale de Gniby par le SANAS et la Cm de Kaffrine, est riche d'enseignement sur les possibilités d'utilisation des cases de santé comme support de réalisation d'activités intégrées de nutrition.

- La maîtrise technique de la manipulation des outils de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel par les Agents de santé communautaire (auxiliaire et matrone) peut parfaitement se réaliser, si une formation complète et une supervision constante sont assurées.

- L'éducation nutritionnelle peut être efficacement exécutée par ce type de personnel, lorsque des messages simples et précis, fondés sur les réalités locales sont définis et mis à leur disposition.
- L'intégration des activités de nutrition et des autres activités préventives (chloroquinisation, lutte contre l'anémie, réhydratation orale et évaluation de l'état vaccinal et organisation des séances de vaccination) peut motiver davantage les ASC et accroître leur niveau d'efficacité.
- La prise en charge des enfants malnutris dont la malnutrition n'est pas compliquée par une épathologie associée dépassant la compétence de l'ASC, peut s'exécuter au niveau du village moyennant un soutien financier et/ou matériel pour la disponibilité de la recette de récupération nutritionnelle (lait, huile, sucre).
- Un système d'information sommaire fournissant des données sur le nombre d'enfants malnutris (modérée et sévère) l'évolution de l'état nutritionnel après intervention (nombre d'enfants rouges devenant jaunes et nombre de jaune devenant vert). Les registres et formulaires de rapports adaptés sont mises en place et servent à recueillir et circuler l'information.
- Le projet suivi de l'enfant de la région de Louga World Vision a également développé des approches originales et prometteuses par l'intégration des activités de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel à celle d'hydraulique villageoise et de production agricole (maraîchage) au niveau des villages. Ce projet s'appuie sur des promotrices de la nutrition qui sont des femmes volontaires membres de la communauté.

Une opération de production et vente de farine de sevrage (farine de mil + farine d'arachide + farine de niébé) est réalisée par les femmes elles-mêmes comme une composante du volet nutrition. Cette intéressante approche permet d'envisager avec plus de confiance, l'inclusion d'un volet surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel dans les activités des groupements de femmes.

Des expériences moins spectaculaires mais intéressantes se rencontrent ici ou là à travers le pays. C'est le cas notamment à Fatick (Poste de santé de Passy, Karang Nioro Alassane Tall, la case de santé de Keur madieng).

Dans quelques unes des régions du pays (Tambacounda, Fatick, Kaolack etc...) la pesée systématique des enfants est combinée avec la vaccination. Cette initiative louable comporte néanmoins quelques insuffisances.

Le PEV vise cinq contacts avec l'enfant entre 0-11 mois. Or les pesées régulières sont encore plus utiles après un an lorsque l'enfant est plus exposé à la malnutrition.

Les mères peuvent donc penser que la pesée ne se justifie que par rapport à la vaccination.

II. BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME 1990 - 1995

But : contribuer à la réduction des taux de morbidité et de mortalité dues à la malnutrition chez les enfants de 0 à 36 mois.

Objectifs généraux

- 1- Réduire d'au moins 25% les taux de malnutrition sévère chez les enfants de 0 à 36 mois couverts par le système de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel.
- 2- Réduire de 30% le taux de malnutrition modérée chez les enfants de 0 à 36 mois couverts par le système de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel.
- 3- Réduire de 40% le taux de faible poids à la naissance chez les bébés nés de mères ayant effectué au moins une visite prénatale dans les centres et postes de santé.
- 4- Faire baisser de 50% la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de 0 à 36 mois ayant bénéficié de services de SMI intégré.

Objectifs spécifiques

- 1- Couvrir au moins 25% des enfants de 0 à 3 ans par le système de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel.
- 2- Dépister et traiter 70% des enfants malnutris au niveau des structures sanitaires et de la communauté.
- 3- Amener 75% des femmes enceintes à connaître l'alimentation appropriée à leur état.
- 4- 85% des mères ayant eu un accouchement assisté connaîtront les avantages de l'allaitement maternel et les dangers de l'allaitement au biberon.
- 5- 90% des mères d'enfants de 0 à 36 mois connaîtront les principes de la conduite rationnelle de l'alimentation de l'enfant de ce groupe d'âge (sevrage).
- 6- 80% du personnel sanitaire et social seront formés aux techniques de surveillance de la croissance, d'éducation et de récupération nutritionnelle.
- 7- Au moins une structure communautaire (case de santé et/ou groupements de femmes ou case foyer) par poste de santé exécutera les activités de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel.
- 8- Baisser de 70% la prévalence des troubles dus à une carence en iode dans les régions affectées (Ziguinchor, Tambacounda et Kolda).
- 9- 90% des enfants malnutris, ou atteints de rougeole recevront une capsule de vitamine A.

III. STRATEGIES

1. INTEGRER LES ACTIVITES DE SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET L'ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE 0 À 36 MOIS, AUX AUTRES ACTIVITES DE SANTE

La surveillance de la croissance des enfants de 0 à 36 mois est une activité de prévention de la malnutrition. Elle consiste à peser régulièrement tous les mois ces enfants pour suivre l'évolution de leur croissance et surtout donner aux mères les conseils appropriés à la condition de l'enfant.

Les pesées régulières permettent donc de détecter le plus précocement possible toute altération de la croissance de l'enfant, d'en informer la mère et de lui faire prendre les mesures correctives indiquées.

Sa cible de choix est constituée des enfants sains, bien nourris qui constituent la majorité qu'il faut protéger contre la malnutrition.

L'indice anthropométrique utilisé est le poids par rapport à l'âge, qui n'est pas seulement l'indice idéale pour suivre la croissance de l'enfant, mais demeure le seul utilisable pratiquement pour apprécier l'état nutritionnel de l'enfant avant un an.

Chaque société, chaque culture a développé des méthodes et outils pour suivre la croissance de l'enfant (ceinture de perles au rein, collier au cou, bracelets aux poignets, à la cheville ou au bras etc...). La notion de suivi de la croissance est universellement répandues tout comme l'est de plus en plus le recours au poids.

La surveillance de la croissance des enfants est une activité qui a été largement popularisées au Sénégal à travers le programme national de protection nutritionnelle et sanitaire des groupes vulnérables du Sénégal (PPNS-GVS).

La séance de pesée doit comporter les activités suivantes :

- pesée de l'enfant
- inscription du poids sur le registre et sur la fiche de croissance
- examen clinique sommaire de l'enfant et interrogatoire de la mère
- vérification de l'état vaccinal de l'enfant
- déparasitage systématique
- chimioprophylaxie antipalustre durant l'hivernage
- éducation nutritionnelle des mères (individuelle ou collective)
- démonstration culinaire (prise de repas par les enfants) ou pratique sur un aspect santé (RVO, hygiène alimentaire) etc...
- distribution de vitamine A (si nécessaire). La stratégie de distribution ciblée pour les enfants atteints de malnutrition ou de rougeole, sera adoptée

L'intégration de la surveillance de la croissance et des autres activités des structures sanitaires, est préconisée comme mécanisme pouvant permettre la réalisation des objectifs de prévention.

Il s'agit surtout d'instituer la surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 36 mois comme la matrice intégrative des autres activités de prévention telles que la vaccination, la RVO, la lutte contre le paludisme, la lutte contre l'anémie et le parasitisme intestinal.

Par les pesées régulières il est possible d'améliorer la couverture vaccinale, comme cela a été démontrée à Gniiby (CM Kaffrine) où les taux les plus élevés dans le département ont été relevés.

La vaccination est un appoint nécessaire mais insuffisant pour faire baisser les taux de malnutrition.

Un enfant complètement vacciné reste toujours sous la menace de la malnutrition et donc de la mort jusqu'à trois ans au moins.

La surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel de l'enfant commence dès la grossesse par un suivi nutritionnel de la mère qui recevra les conseils diététiques nécessaires pour la délivrance d'un bébé avec un poids normal à la naissance.

Le poids à la naissance est un indicateur clé qui doit absolument figurer sur la fiche de croissance.

De la naissance à 24 mois, l'objectif sera de peser l'enfant tous les mois.

A partir de 2 ans on peut viser 1 pesée tous les deux mois au moins.

Au total de 0 à 36 mois : 30 pesées doivent être réalisés.

L'intégration des autres activités de prévention à la surveillance de la croissance se traduira concrètement par l'utilisation du registre des pesées pour noter les autres activités préventive comme les vaccinations, la lutte contre le paludisme, la RVO etc...

Il sera mis fin à la polifération anarchique des fiches de surveillance de la croissance par l'adoption d'une fiche nationale qui sera érigée au rang de la carte d'identité sanitaire de l'enfant, comportant toutes les informations utiles pour évaluer l'état de couverture de l'enfant.

Même si l'enfant n'est pas régulièrement pesé, il est impératif que son état nutritionnel soit évalué chaque fois qu'il se présente à la structure sanitaire. Le

8

dépistage systématique de la malnutrition doit être une pratique courante dans toutes les structures sanitaires. Les méthodes et techniques sont décrites dans la stratégie N° 3.

Activités

- 1.1. Evaluer les fiches existantes, sélectionner et tester une fiche nationale de croissance
- 1.2. Adopter et reproduire à large échelle une fiche nationale
- 1.3. Organiser des journées d'échange d'expériences et de réflexion sur les stratégies de nutrition proposées
- 1.4. Elaborer et produire un guide de surveillance de la croissance à l'intention du personnel de santé
- 1.5. Compléter les équipements et fournitures des établissements sanitaires y compris les maternités (balances, diagrammes de maigreur, brassards, fiches)
- 1.6. Former le personnel sanitaire (voir ci-dessous)

2. ASSURER LA PROMOTION DE LA SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE DES ENFANTS DE 0 À 3 ANS (MOBILISATION SOCIALE).

A l'image des autres grands programmes nationaux (PEV, RVO,) la surveillance de la croissance fera l'objet d'une large promotion au plan national.

Une fois qu'une fiche nationale est mise au point, une vaste campagne d'information et de sensibilisation des populations sera entreprise.

La mobilisation sociale qui devra être menée s'appuiera en premier lieu sur les écoles.

Les élèves recevront une petite brochure sur la croissance de l'enfant et l'importance des pesées régulières. Il leur sera demandé par exemple de vérifier si leur frère ou soeur dispose d'une fiche et est régulièrement pesé. Ils seront familiarisés avec le concept de gain et de chute de poids ainsi que de poids stationnaire. Ils devront connaître également la conduite à tenir face à chaque situation.

Les Associations de femmes et de jeunes dans les quartiers et villages seront également visées par cette activité.

Le paquet d'interventions à réaliser durant la séance de pesée sera longuement expliqué pour susciter l'intérêt des populations.

9'

Les différents canaux de vulgarisation seront prospectés à cet effet. Le circuit des mas média de l'état (radio, télévision, pression) sera utilisé pour renforcer les séances d'éducation de groupe ou individuelles.

Activités

- 2.1. Etudes préalables sur les perceptions et attitudes de la population face à la surveillance de la croissance.
- 2.2. Etude et test des messages et des supports les plus appropriées pour la promotion de la surveillance de la croissance.
- 2.3. Elaboration de matériel éducatif.
 - grande affiche
 - dépliant pour les élèves et les enseignants
 - élaboration d'affichettes sur le chemin de la santé - la croissance normale (gain de poids) la croissance arrêtée (poids stationnaire) chute de poids, inclure les autres activités préventives : déparasitage systématique, distribution de fer, et de vitamine A (conseils alimentaires liés à cela etc...).
 - réalisation de spots radio et télévision.
3. **ASSURER LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE ADÉQUATE DES ENFANTS MALNUTRIS AU NIVEAU DES STRUCTURES SANITAIRES**

Méthodes et techniques de dépistage

- pesée régulière
- poids unique
- poids/taille diagramme de maigreur (après 1 an)
- périmètre brachial après 1 ans

Les activités de récupération et d'éducation nutritionnelle pour la prise en charge des enfants malnutris dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation, doivent être menées au niveau des postes de santé, des centres de santé, des PMI et des hôpitaux.

Ces activités peuvent avoir lieu dans une structure de CREN, jumellée à une URO ou, dans le cas où une telle structure serait inexistante, dans un endroit réservé à cet effet.

Par le biais de la participation communautaire, les recettes pour la récupération nutritionnelle (lait-huile-sucre, farine enrichie)

devront être disponibles au niveau de chaque établissement sanitaire.

Au niveau communautaire, on encouragera le dépistage de la malnutrition par les ASC, animatrices, etc. par l'utilisation du brassard. Les cas sévères seront référés à l'établissement sanitaire et suivi au niveau communautaire. Les cas de malnutrition modérée, sans d'autre problème grave de santé, pourront être prise en charge au niveau de la communauté avec les recettes recommandées.

Au niveau du poste les enfants atteints de malnutrition modérée ou sévère seront pris en charge comme suit :

- * les enfants avec malnutrition modérée recevront des conseils et seront suivis à domicile, si possible. Ils seront convoqués au moins une fois par semaine pour un contrôle (suivi du poids, vérification de régime, dotation de LHS et/ou de farine enrichie).
- * les enfants avec malnutrition sévère, qui ne nécessitent pas une hospitalisation, viendront tous les jours (si possible) pour une prise en charge nutritionnelle (LHS ou bouillie enrichie). Au cas ou ceci n'est pas possible, un conseil de régime sera donné et l'enfant reviendra deux jours par semaine.
- * tous les cas de malnutrition sévère qui nécessitent une hospitalisation seront référé et pris en charge dans un CREN ou dans une pédiatrie.

Activités

- 3.1. Elaborer, tester et produire un guide pour la prise en charge des enfants malnutris
- 3.2. Fournir le matériel de démonstration et l'équipement nécessaire (frigo, balance) pour les activités de récupération et l'éducation nutritionnelle
- 3.3. Fournir le matériel de bureau (registres, fiches de surveillance, etc.)
- 3.5. Formation (voir ci-dessous)
- 3.6. Supervsion / encadrement (voir ci-dessous)

4. **PROMOUVOIR LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE À TRAVERS LES STRUCTURES DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES**

Les efforts seront faits pour intégrer les activités de surveillance de la croissance dans les activités des structures de développement (centres sociaux, Centres d'Enseignement Technique Féminin) et dans les organisations communautaires (cases de santé, groupement de femmes, maisons familiales rurales, case-foyers, etc.).

L'intégration de la Direction de l'action sociale au sein du Ministère de la Santé Publique rend plus opportune encore l'utilisation des centres sociaux comme structures cibles pour l'exécution des activités de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel, d'autant que la plupart de ces structures ont abrité ou abritent encore le programme PPNS.

Les centres d'enseignements techniques les maisons familiales rurales ainsi que les cases foyers peuvent également toucher une cible non négligeable de jeunes filles et jeunes femmes. L'inclusion d'un volet surveillance de la croissance pourra davantage renforcer leurs activités.

- Les leçons tirées de l'expérience pilote d'intégration de la surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel dans les activités des cases de santé de Gniby autorisent une plus grande ambition dans la couverture des enfants de 0 à 3 ans par le système de surveillance.

Les cases de santé fonctionnelles ainsi que les groupements de femmes dans les quartiers ou dans les villages pourront constituer des relais efficaces pour démultiplier l'activité de nutrition lorsque l'adaptation des outils, la formation et la supervision nécessaires seront effectuées. Pour les groupements les auxiliaires du bien être familial ou d'autres volontaires choisis par le groupement seront utilisés.

Il s'agira d'abord de sensibiliser les populations concernées pour susciter un intérêt et une adhésion aux activités de surveillance des enfants. On formera des membres de la communautés (ASC, autres volontaires) à mener les activités de pesée, d'éducation nutritionnelle et de suivi des enfants malnutris.

Un équipement et des outils adaptés seront mis à la disposition des communautés à cet effet.

Un encadrement et une supervision technique soutenus seront nécessaires de la part de l'Infirmier Chef de Poste de la zone, aidé par les monitrices rurales et autres agents de développement qui seront formés dans ce domaine.

Activités

- 4.1. Elaboration d'instructions techniques pour cette stratégie (démarches à suivre, curriculum de formation, etc.)
- 4.2. Adapter des outils de surveillance de la croissance et éducation nutritionnelle pour le niveau communautaire
- 4.3. Réaliser des visites de concertation avec des autorités administratives, politiques, et communautaires
- 4.4. Fournir l'équipement nécessaire au déroulement des activités communautaires
- 4.5. Former les encadreurs (monitrices, maîtresses d'enseignement, etc.)
- 4.6. Former les agents communautaires
- 4.7. Faire un suivi / supervision soutenus des activités communautaires

5. RÉALISER L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE DE LA COMMUNAUTÉ SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE, LA FEMME ALLAITANTE ET DES ENFANTS DE 0 À 3 ANS

Développer un vaste programme d'éducation nutritionnelle axé en particulier sur l'alimentation de la femme enceinte, de la femme allaitante et des enfants de 0 à 3 ans.

L'éducation nutritionnelle est la principale arme pour prévenir la malnutrition. Son efficacité peut cependant, être réduite par une diffusion anarchique de messages dont le contenu diffère d'un éducateur à l'autre. En matière de nutrition comme pour toute autre domaine, les messages doivent être le plus précis et le plus cohérents possible pour obtenir le changement de comportement et d'attitude favorable. Malheureusement tel n'est pas encore le cas au Sénégal où une standardisation et une harmonisation des messages éducatifs clés dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition restent toujours à faire.

L'éducation nutritionnelle visera en priorité les exigences alimentaires et nutritionnelles du groupe cible constitué par la femme enceinte, la femme allaitante et les enfants de moins de 3 ans. toutefois, elle ne devra pas négliger les autres composantes de la société sénégalaise en général dont le modèle de consommation

alimentaire, fondé sur des produits importés (riz, blé, tomates etc...) mérite d'être revu et corrigé. A l'heure du "consommer sénégalais", l'éducation nutritionnelle devrait être plus intensifiée et orientée vers une modification du comportement alimentaire pour son adaptation aux réalités locales.

- L'éducation nutritionnelle sur une base individuelle ou de groupe sera l'activité centrale des séances de pesées régulières
- Elle sera également faite :
 - à l'occasion des consultations pré-natales
 - dans les maternités durant la période de post-accouchement
 - lors des consultations des enfants malades

Toutes les occasions et tous les canaux d'éducatons du public seront exploités pour une large vulgarisation de ces messages (écoles primaires et secondaires, groupements de femmes etc..).

On devra concevoir, tester, et adopter un nombre limité de messages clés relatifs la conduite rationnelle de l'alimentation de :

- * la femme enceinte
- * la femme qui allaite
- * l'enfant de 0 à 3 ans

Activités

- 5.1. Etablir une liste de thèmes prioritaires pour les 3 groupes de population ciblées
- 5.2. Réaliser des études qualitatives de base permettant l'identification de messages appropriés
- 5.3. Elaborer et tester les supports éducatifs adéquats
- 5.4. Produire et distribuer / diffuser les supports
- 5.5. Former / orienter le personnel concerné par l'utilisation des supports
- 5.6. Appuyer les activités de mobilisation sociale (animation de quartiers, théâtres, etc.)

6. ELABORER ET METTRE EN OEUVRE UN PROGRAMME DE FORMATION DES AGENTS CONCERNÉS PAR LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE, D'ÉDUCATION ET RECUPERATION NUTRITIONNELLES À TOUS LES NIVEAUX

Un module de formation en nutrition sera conçu, testé et appliqué au plan national.

Ce module va couvrir principalement la surveillance de la croissance, le dépistage et le traitement des enfants malnutris, l'éducation nutritionnelle, et la lutte contre les carences spécifiques.

La formation visera en priorité les anciens responsables du Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire en vue d'en maintenir les acquis, ainsi que les agents qui ont la charge effective des activités de SMI.

Les équipes de formation régionales seront formées en nutrition et se chargeront de multiplier cette formation aux échellons inférieurs. Un appui technique du niveau central devra être fourni pour les premières formations au niveau départemental.

Les activités de formation continue seront aussi développées pour renforcer les acquis (réunions mensuelles de coordination, supervision, etc.)

Activités

- 6.1. Elaboration, testing et production de modules de formation pour les différentes catégories de personnes concernées par les activités de nutrition
- 6.2. Cours de formation des formateurs régionaux et départementaux (Equipe de Formation au niveau de chaque Région).
- 6.3. Cours de formation au niveau des départements (y compris appui du niveau central)
- 6.4. Rencontres périodiques au niveau régional et de département pour la formation continue

7. DÉVELOPPER LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR LA RÉALISATION D'ACTIVITÉS D'AUGMENTATION LA DISPONIBILITÉ ALIMENTAIRE AU NIVEAU FAMILIALE

Après la suspension des vivres par le CRS, des fonds substantiels sont restés entre les mains des comités de mères du PPNS dont certaines ont même continué à fréquenter les séances de pesée. Des initiatives sont prises çà et là par des chefs de Poste de santé pour inciter les comités des mères à utiliser les fonds dans des activités de production ou de commerce de produits alimentaires.

D'autre part les groupements de femmes, en milieu rural comme en milieu urbain, s'orientent de plus en plus vers des activités de production alimentaire.

Même si la finalité première de ces activités est la génération de revenus, il est certain que l'impact ne peut être que positif sur la disponibilité alimentaire.

La stratégie consistera à encourager cette tendance en sensibilisant, en formant et en encadrant davantage ces organisations. L'éducation nutritionnelle devra s'intensifier pour que soit atteinte une amélioration significative la ration alimentaire particulièrement des groupes les plus vulnérable.

La création de groupement d'intérêt économique à partir des fonds générés par le PPNS doit être largement développée. La collaboration des agents des autres secteurs de développement devra être suscitée à cet effet.

Dans les zones où les conditions favorables existent (disponibilité de l'eau, existence de structures d'encadrement technique, telles que CERP) des activités visant à augmenter la disponibilité alimentaire devront être entreprises.

Ces activités peuvent être du maraîchage, de l'élevage, des banques céréalières ou de légumineuses (niébé, arachide, etc.).

Les associations communautaires existantes ou à créer (groupements de femmes, case-foyers, etc.) mèneront ces activités qui doivent correspondre à leur besoins au plan économique et alimentaire.

Activités

- 7.1. Réunions de concertation entre les Agents de la Santé et les Agents des autres secteurs de développement (au niveau d'Arrondissement et de Département).

Des journées de réflexion et de planification de cette activité devront être organisées au niveau régional et départemental pour définir une méthodologie d'approche concertée pour le soutien et l'encadrement des organisations existantes ou à créer.

- 7.2. Réunions de sensibilisation et d'organisation des communautés visées.
- 7.3. Fourniture de matériel et d'équipement nécessaires à la réalisation des activités retenues (petit matériel de maraîchage, d'élevage, etc.) et fonds de roulement.
- 7.4. Formation en nutrition des agents chargés de l'encadrement de ces activités
- 7.5. Supervision conjointe santé-autres secteurs.

8. DÉVELOPPER LA RECHERCHE-ACTION DANS LE DOMAINE DE LA SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALNUTRIS.

Etant donné le caractère novateur de certaines des stratégies proposées, un volet de recherche action sera exécuté par le SANAS pour accompagner la mise en œuvre du programme de nutrition.

- La décentralisation des activités de surveillance au niveau communautaire sera d'abord testée avant son extension et sa généralisation. Il en sera de même de la fiche nationale de surveillance de la croissance qui devra être testée avant sa large diffusion.
- Il est également prévu de mener une recherche action pour évaluer l'adéquation des pratiques et recettes recommandées pour la sevrage : les facteurs qui déterminent l'acceptation ou la non acceptation de ces recommandations pourront ainsi être déterminés. Les approches éducatives seront ainsi améliorées.
- La production locale et la vente d'une farine de céréales mélangée avec des arachides, du niébé et du poisson séché, destinée aux enfants en âge de sevrage, est un autre thème de recherche action. Des expériences fort intéressantes ont été réalisées à Louga (projet World Vision) et à Ngohé (la soeur du dispensaire privé) elles méritent d'être

généralisées progressivement. Il s'agira d'inciter un certain nombre de comité de mères à réaliser elle même l'opération de production et de vente pour en évaluer la faisabilité et la rentabilité.

Tous ces thèmes de recherche seront mis en application dans une zone de démonstration et d'expérimentation : le département de Bambey a été choisi selon les critères suivants :

- . taux de malnutrition élevé
- . développement d'une série d'initiatives dans le domaine de la nutrition
- . équipe départementale dynamique
- . existence de groupements de femmes receptives.

Dans la mise en oeuvre de cette opération, le SANAS collaborera avec l'ORANA, ORSTOM et l'ITA la Direction du Développement communautaire, ainsi qu'avec les autorités régionales et départementales qui seront directement impliquées dans la réalisation de l'activité.

Activités

- 8.1. Réunions préalables pour la présentation et l'adoption de la méthodologie
- 8.2. Visites de sélection et de préparation des communautés concernées.
- 8.3. Réalisation d'un enquête d'évaluation avant le démarrage du projet dans les sites sélectionnés (enquêtes sur l'alimentation, la nutrition et la santé des enfants, les connaissances, attitudes et pratiques des mères dans ces domaines).
- 8.4. Fourniture des équipements et matériel (balances, fiches matériel de démonstration culinaire etc...)
- 8.5. Formation des agents impliqués
- 8.6. Supervision
- 8.7. Réalisation d'une enquête d'évaluation d'impact après deux ans d'exécution du projet.

9. STRATEGIE : DEVELOPPER UN PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS A UNE CARENCE EN IODE

Dans les zones d'endémicité du goître :

- Tambacounde
- Kolda
- Ziguinchor

les plans régionaux de développement sanitaire des régions de Tambacounda, Kolda et Ziguinchor devront comporter un volet de lutte contre les troubles dus à une carence en iode.

L'administration d'huile iodée sous forme d'une injection de lipiodol sera faite dans le cadre du PEV pour assurer une protection de 3 à 5 ans

- Les chefs de poste et les équipes mobiles intégreront des centres de santé exécuteront des campagnes spéciales dans les villages concernés.

Les autorités administratives coutumières et religieuses, des communautés concernées, seront sensibilisées pour une pleine adhésion à cette intervention.

Activités

- 9.1 - séminaire inter régional pour la formulation d'une stratégie concertée des régions concernées : Ziguinchor, Kolda et Tambacounda.
- 9.2 - réunions de sensibilisation avec des autorités administratives et coutumières des zones affectées.
- 9.3 - fourniture de lipiodol (UNICEF)
- 9.4 - équipement adapté pour des laboratoires pour l'ORANA en vue d'effectuer des dosages biochimique d'iode urinaire pour le suivi et l'évaluation du programme de lutte.
- 9.5 - formation spécifique des agents concernés dans les zones à haute endémicité :

Données : population touchée

Kédougou	71.720
Kolda	185.240
Vélingara	138.740
Tambacounda	184.950

	580.650
+ Ziguinchor	177.620

	758.270

10. INSTAURER UN SYSTEME D'INFORMATION CONCERNANT LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DU PAYS

Pour les besoins d'évaluation, de planification et surtout de motivation des populations, les données sur la situation alimentaire et nutritionnelle sont d'une importance de premier ordre.

Le bilan global des disponibilités alimentaires pourra être établi au terme de chaque campagne agricole pour estimer le niveau d'autosuffisance alimentaire.

L'impact des activités de nutrition pourra être grossièrement mesuré à travers les données générées par le système de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel. Les indicateurs suivant devront être systématiquement recueillis.

- % des femmes enceintes anémiées/consultations prénatales
- % des enfants avec un faible poids à la naissance/enfants nés vivants
- % des enfants ayant en gain de poids/enfants pesés régulièrement
- % enfants ayant en un poids stationnaire/enfants pesés régulièrement
- % enfants accusant une chute de poids/enfants pesés régulièrement
- % des enfants 0-3 ans bien nourris/nbre total enfants 0 - 3 ans consultants (vert)
- % enfants de 0-3 ans avec malnutrition modérée/nbre total enfants consultants (jaune)
- % enfants de 0-3 ans avec malnutrition sévère/nbre total enfants consultants (rouge)
- % enfants sévèrement malnutris récupérés/enfants malnutris (rouges passant au jaune)
- % enfants modérément malnutris, récupérés/enfants jaune passant au vert.

Ces données serviront à diverses utilisations :

1. évaluation du travail des différentes structures en matière de nutrition
2. planification des activités de nutrition
3. confrontation avec le bilan de disponibilités alimentaires pour identifier les distorsions et orienter l'action
4. présentation et discussion avec les membres des comités de santé, des groupements de femmes, des autorités administratives et politiques pour susciter leur pleine participation et leur soutien aux activités de nutrition.

Conformément au principe de l'intégration, les registres des activités préventives devront être réaménagés selon le modèle testé à Griby.

Tous les enfants de 0 à 3 ans dans le rayon d'action de la structure sanitaire devront être recensés et enregistrés avec un numéro d'ordre qui sera reporté sur la fiche de surveillance de la croissance.

La fiche doit être établie si possible dès la grossesse de la mère à partir du 6e mois et conservée jusqu'au 3e anniversaire de l'enfant.

- A la naissance de l'enfant, le poids à la naissance devra être systématiquement porté sur la fiche de surveillance et sur le registre.
- les poids mensuellement recueillis seront enregistrés et sur le registre et sur la fiche.
- L'intégration devrait se traduire dans le registre par une classification de données en deux catégories :
 - Celles qui sont fixes ou recueillies une seule fois telles que les renseignements d'identification, le poids à la naissance, les vaccinations.
 - les données régulières qui devront être collectées sur une base mensuelle comme le poids, l'état nutritionnel ou bien périodique telle que chloroquinisation, déparasitage, vitamine A, comprimés de fer, RVO.

Cette méthode pourra non seulement réduire substantiellement la consommation de registre, mais surtout réduire le temps perdu à réinscrire le même enfant chaque fois qu'il se présente pour des activités préventives.

De plus, de registre ainsi conçu facilitera le travail de rédaction du rapport mensuel.

Ce rapport mensuel, ou tout au moins, la partie relative aux activités de nutrition, devra récapituler les principales rubriques du registre : nombre d'enfants pesés pendant 6 mois, nombre d'enfants ayant eu un gain de poids, poids stationnaire ou chute de poids.

Nombre total d'enfants modérément malnutri (jaune) quelle que soit l'indice utilisée (poids/taille ou poids/âge ou bien périmètre du bras), nombre d'enfants sévèrement malnutris (rouge), nombre d'enfants verts.

Nombre d'enfant ayant passé du jaune au verts (modéré à normal) et nombre d'enfants ayant passé du rouge au jaune (sévère à modéré) etc...

- le nombre d'enfants ayant été déparasité
- le nombre d'enfants ayant reçu des comprimés de fer
- le nombre de séance d'éducation nutritionnelle
- le nombre d'enfants ayant reçu des capsules de vitamine A

Les activités de récupération nutritionnelle devront également figurer sur ce rapport en indiquant :

- nombre de malnutrition sévère (rouge)
- nombre de malnutrition modérée (jaune)
- nombre total malnutri
- nombre de rouge passant au jaune
- nombre de jaune passant au vert

Activités

10.1. Mettre au point un modèle de registre et de rapport mensuel

10.2. Formation (voir stratégie formation) des agents concernés sur la collecte et utilisation des données

11. RENFORCER LA CAPACITE TECHNIQUE DU SANAS ET AMÉLIORER LA GESTION DU PROGRAMME DE NUTRITION.

Dans le souci de mieux appuyer les régions et circonscriptions médicales dans l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi des plans régionaux et départementaux de développement sanitaire, la capacité technique du SANAS devra être renforcée.

La formation complémentaire (courte durée = 3 à 6 mois) de 4 agents dans les domaines de la gestion, de la formation et de la

recherche en nutrition, la fourniture et/ou la réparation de l'équipement des moyens logistiques devront être assurée.

La gestion du programme de nutrition sera également améliorée par l'intégration à celle du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques par la RVO.

Un niveau régional, le responsable du bureau régional de l'alimentation et de la nutrition continuera à assurer la gestion et la supervision des programmes de nutrition et de la lutte contre les maladies diarrhéiques par la RVO.

Au niveau départemental, l'intégration de la nutrition, la RVO et la SMI en général sera davantage réalisée.

Activités

- 11.1. Bourses de formation courte durée (3 à 6 mois) au Sénégal ou à l'étranger de 4 agents du SANAS, dans les domaines de la gestion, de la formation et de la recherche en nutrition.
- 11.2. Equipement technique et logistique :
 - 1 véhicule de liaison
 - réparation photocopieuse
 - logiciels pour analyse de données : SSPS - PC, BMD-PC etc..)
- 11.3. Organisation de réunions semestrielles de planification et d'évaluation avec le niveau régional.
- 11.4. Encadrement et suivi des activités régionales
- 11.5. Formation des formateurs (équipes régionales de formation).

ANNEXES

BUDGET DÉTAILLÉ DES ACTIVITÉS DE LA COMPOSANTE NUTRITION

Avertissement : Le budget présenté ci-dessous concerne l'ensemble des activités du programme national. Les budgets relatifs aux activités précédées d'un (*) sont présentés à titre indicatif : ILS DEVRONT ETRE DETAILLES DANS LES PDDS ET PRDS. Les autres concernent le niveau central (DSP/SANAS).

1 : INTÉGRER LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE AUX AUTRES ACTIVITÉS DE SANTÉ.

1.1. Révision et test de la fiche nationale de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel

- Evaluation des fiches :

Visites sur le terrain (2 équipes)
agents du SANAS + 2 agents de l'EPS +
1 consultant (université de tufts)
2 chauffeurs
Durée 10 jours/régions
3 régions

Perdiem

10 jours x 3 régions x 6 agents
x 22000 =

3.960.000

Chauffeurs

10 jours x 3 régions x 2
chauffeurs x 3.500 =

210.000

Carburant

500l x 3 régions x 350 =

525.000

4.695.000

24'

entretien réparation divers (5%)

180.750

4.875.750

- Production et test de modèles corrigés :

30 enfants x 10 postes/région x

3 régions =

900 fiches

30 enfants x 5 cases à

Gniby =

150 fiches

Total : -----
1.050

Production d'environ 1.500 fiches

1.500 fiches x 150 F.CFA :

225.000

visites sur le terrain la supervision et
l'évaluation de l'utilisation

4.875.750

1.2. Adopter et Produire d'un stock
de fiches de surveillance avec étui
plastique

700.000 x 60 F.CFA =

42.000.000

1.3. journées d'échanges d'expérience
et de reflexion sur les stratégies
de nutrition

Des représentants des organismes suivants :

- SANAS
- médecins chefs régions
- institut santé développement
- chaire de pédiatrie
- ORANA
- Direction Action Sociale
- développement communautaire
- Ministère de la condition de la femme
- Bailleurs de fonds USAID

Perdiem :	
30 personnes x 2 j x 8.000 =	480.000
- pause café	
500 x 30 X 2 =	30.000
- Papeterie (blocs notes, bics etc)	100.000
- remboursement transport	
total 5.200 km x 30 F =	156.000
	766.000

1.4. Adoption et production du guide sur la surveillance de la croissance

Il s'agit d'améliorer le guide pratique destiné au personnel de santé intitulé "surveillance de la croissance, réhabilitation nutritionnelle et conservation des aliments" dans la collection "**parlons santé**"

Ce guide devra être amélioré dans le sens de fournir plus de détail et d'information sur :

- définition de surveillance de la croissance
- surveillance de l'état nutritionnel (signification - intérêt)
- la conduite à tenir dans le cas d'un enfant avec perte de poids, poids stationnaire ou gain de poids
- l'importance du poids à la naissance
- les tâches éducatives

Ce guide sera produit et distribué à tous les agents de santé, les agents des autres secteurs tels que assistants sociaux, monitrices d'économie familiale.

5000 guides seront produits (coût d'impression 300 F.CFA)
5000 x 300 F =

1.500.000

1.5. Compléter les équipements et fournitures des établissements sanitaires

a) balances (base de 30% non équipé)

	total	à équiper
- centre de santé	47	14
- PMI	65	20
- Postes de santé	621	186
- Maternité		
- Maternité rural	487	487

		707

* 18.000 F x 707 =

12.726.000

* diagrammes de maigreur
6.000 F.CFA x 707 =

4.242.000

* brassards (pour toutes les structures sanitaires plus structures communautaires)
5000 brassards x 25F.CFA =

125.000

17.093.000

Total (1.1-----> 1.5)	71.335.000
---------------------------------	-------------------

2. ASSURER LA PROMOTION DE LA SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE DES ENFANTS DE 0 à 3 ANS (Mobilisation sociale)

2.1. Etude sur les perceptions et attitudes de la population face à la surveillance de la croissance.

1.500.000

2.2. Testing des messages et supports pour la promotion de la surveillance de la conscience

1.000.000

2.3. Elaboration et Impression de matériels éducatifs :

- Affiche (20.000) =	
- Dépliant (10.000) =	3.000.000
- Fiche technique (5.000) =	2.500.000
- Spots radio/télé =	1.250.000
	500.000
	7.250.000

Total (2.1-----> 2.3)	7.250.000
---------------------------------	------------------

3 : ASSURER LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE ADEQUATE DES ENFANTS MALNUTRIS AU NIVEAU DES STRUCTURES SANITAIRE

3.1. Elaboration et production d'un guide pour la prise en charge d'un enfant malnutri :

- 5.000 exemplaires x 300 F.CFA =	1.500.000
-----------------------------------	-----------

3.2. Fourniture de matériel de démonstration

Il sera mis en place au niveau de chaque structure sanitaire un jeu complet de matériel de démonstration culinaire comprenant : marmite "fait tout", série de casseroles, cuillère en bois, tasses en plastique, assiette, seau à eau, grande assiette creuse (bol) fourneau malgache, louche, écumoire cuillères à soupe et cuillères à café etc...). Un jeu complet est évalué à 100.000 F.CFA.

- postes de santé
621 x 100.000 frs :

62.100.000

un jeu de matériel pour CREN
comprendra en plus du matériel
technique comme des sondes
nasogastriques.

Le jeu sera estimé à 1.500.000

Les 47 centres de santé devraient
comporter chacune

un centre de récupération et
d'éducation nutritionnelle
couplée avec l'Unité de réhydra-
tation par voie orale.

Un équipement adéquat devra
être placé dans chacun d'eux.

Les centres de santé disposant déjà
d'un CREN seront renforcés en
équipement :

47 x 150.000 =

7.050.000

- 3.3. Fournir le matériel de bureau
(registres, fiches de surveillance)
- chaque structure menant des
activités de récupération
nutritionnelle disposera d'un
registre commun pour les
cas de malnutrition et de diarrhée.

Des fiches de surveillance journalières
seront établies
pour chaque enfant malnutri que la
malnutrition soit modérée ou sévère
sur le modèle en vigueur au niveau
des CREN. Le rapport sur des activités
de nutrition devra comporter des
données sur les enfants malnutris
recupérés. Une dotation initiale de
fourniture et papeterie sera allouée
à chaque structure - soit
50.000F/structure

50.000 x (621 postes + 47 centres
de santé) =

33.400.000

104.050.000

3.4. Formation

Le dépistage de la malnutrition et la prise en charge des enfants malnutris feront l'objet d'un volet spécifique dans le programme de formation des agents de santé en nutrition.

Total (3.1-----> 3.4)	104.050.000
---------------------------------	--------------------

4. PROMOUVOIR LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE À TRAVERS LES STRUCTURES DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES

4.1. Elaboration d'instructions techniques pour les différentes catégories d'agents

- Les Assistants sociaux, Aides sociaux, maitresses et monitrices d'économie familiale rurale ainsi que les maitresses d'enseignement technique féminins recevront le même guide sur la surveillance, la récupération et l'éducation nutritionnelle que reçoivent les agents de la santé.

- Un guide pratique sur l'intégration des activités de nutrition au niveau des structures communautaires (case de santé, groupements de femmes etc...) sera élaboré et produit par le SANAS. Ce guide fournira tous les détails sur les procédures et étapes à suivre pour la réalisation d'une telle approche en se fondant sur l'expérience de Gniby.

- Elaboration et production de 5.000 guides :
5.000 x 300 F.CFA :

1.500.000

4.2. Adapter les outils de surveillance de la croissance et d'éducation nutritionnelle pour faciliter leur utilisation au niveau des structures communautaires

- Pour rappeler aux agents de santé communautaires l'importance du poids à la naissance et faciliter son interprétation surtout par ceux qui

sont analphabètes, les balances salter jusqu'ici mises en place dans les cases de santé, ont du être réaménagées en peignant sur le cadran un poids sur la marque des 2,500 kg une fléchette rouge dans la direction de moins de 2 kg 500 et une fléchette verte dans l'autre sens indiquant le poids à la naissance supérieure à 2,500 kg.

3000 balances seront ainsi réadaptées à raison de 200F/unité.

3000 x 200 F.CFA =

600.000

Adaptation du diagramme de maigreur le SANAS

a mis au point une version debout/couché du diagramme de maigreur, réalisée sur une planche en bois, qui s'est révélée très fonctionnelle surtout pour mesurer l'état nutritionnel des enfants qui ont du mal à se tenir debout.

Cet outil pourrait s'adapter aux besoins des cases de santé et de certains groupements de femmes.

1000 diagrammes de cette forme pourront être réalisés

1000 x 5000F.CFA =

5.000.000

- Adaptation des fiches et imprimés de rapports :

- les messages les inscrits sur la fiche de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel devront être traduits en wolofal (langue nationale) pour permettre une facilité d'utilisation par les agents de santé de village et les auxiliaires communautaires. Il en sera de même pour les registres et imprimés de rapports.

- Une brochure sur la surveillance de la croissance et l'état nutritionnel en français et wolofal sera élaborée et produite pour le niveau communautaire.

Traduction, test et production des supports adaptés : 2 spécialistes du wolofal seront employés pendant 15 jours à raison de 30.000 frs CFA par jour :

$$30.000F \times 15 \text{ jours} \times 2 = 900.000$$

6.500.000

4.3. Réaliser des visites de concertation et de sensibilisation des autorités administratives et politiques
Visites de sensibilisation et de concertation avec les autorités administratives et politiques.

* Niveau région (central + région) : 2 visites/au/région :

- Perdiem
(2 agents x 22.000 x 1 jour x 2 visites x 1à régions) = 1.760.000

- Carburant :
300l (moyenne) x 2 x 10 régions x 350 F) = 2.100.000

* Niveau départemental (région + département)

- Carburant de soutien (100l/département)
100l x30x350 = 1.050.000

4.910.000

4.4. Fournir l'équipement nécessaire au déroulement des activités dans les structures des autres départements ministériels et au niveau des structures communautaires.

Balances : 56 x 18.000F =	1.008.000	
Diagramme de maigreur 56 x 6000 =	33.600	
Registres papeterie (50.000 x 56) =	2.800.000	
structures communautaires Balances 621 x 18.000 =	11.178.000	
Papeterie : 621 x 10.000 =	6.210.000	
Total :		21.229.600
Total (4.1-----> 4.4)		34.139.600

5. RÉALISER L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE DE LA COMMUNAUTÉ SUR L'ALIMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE, LA FEMME ALLAITANTE ET LES ENFANTS DE 0 À 3 ANS

5.1. Etablir une liste de thèmes prioritaires pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 3 ans.

Tous les éducateurs doivent être familiarisés avec :

- les besoins nutritionnels spécifiques de chacune de ces trois (3) catégories.
- les types de recettes et d'aliments localement disponibles dont la valeur nutritionnelle permet de couvrir efficacement les besoins de ces groupes.
- la conduite de l'alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans y compris l'allaitement maternel.
- les différentes préparations concernant l'alimentation infantile.
- les préparations familiales permettant de couvrir les besoins des femmes enceintes et des femmes allaitantes.

Le guide de régime du sevrage ainsi que les fiches techniques à l'usage des agents responsables de l'éducation nutritionnelle au milieu rural, élaborer par le SANAS, serviront de source pour l'exécution de cette tâche.

Le recueil des thèmes prioritaires sera publié et servira de base pour la réalisation de supports éducatifs.

• Production du recueil des thèmes prioritaires 10.000 exemplaires x 100 F =	1.000.000
5.2. Réaliser des études qualitatives de base permettant l'identification de messages appropriées.	3.000.000
5.3. Elaborer et tester des supports éducatifs adéquats.	1.500.000
5.4. Produire et distribuer les supports éducatifs.	14.000.000
5.5. Former et orienter le personnel chargés de l'utilisation des supports	
5.6. Appuyer les activités de mobilisation sociale (animation de quartiers, théâtre, etc...) - Appui en carburant (10 régions)	6.600.000
Total (5.1-----> 5.6)	21.100.000

6. ELABORER ET METTRE EN OEUVRE UN PROGRAMME DE FORMATION DES AGENTS CONCERNÉS PAR LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE, D'ÉDUCATION ET DE RÉCUPÉRATION NUTRITIONNELLES À TOUS LES NIVEAUX

Activités

- 6.1. Elaboration, testing et production de modules de formation pour les différentes catégories de personnel concernées par les activités de nutrition.

Le contenu de la formation en nutrition devrait être réparti dans 4 à 5 modules dont les principaux sont :

- Module 1 : Identification des problèmes alimentaires

- et nutritionnels de la communauté et des individus.
- Modules 2 : Surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 35 mois.
 - Modules 3 : Méthodologie de dépistage et prise en charge des enfants malnutris.
 - Modules 4 : L'éducation nutritionnelle.
 - Modules 5 : Lutte contre les carences spécifique (anémie, goître, avitaminose).

A l'image des modules sur la lutte contre des maladies diarrhéiques par la RVO, chaque module de nutrition définira les objectifs d'apprentissage, apportera les connaissances requises pour chacun des objectifs et comportera des exercices pratiques pour chacun des thèmes abordés.

3.000 exemplaires de chaque module seront produites à raison de 2.000F.CFA/exemplaire.

5 x 3.000 x 2.000 =

30.000.000

Un consultant nutritionniste spécialisé dans les questions de formation assistera le SANAS dans cette tâche de conception soit :
2 personnes/mois x 60.000F.CFA/jour.
Transport + perdiem =

6.000.000

36.000.000

6.2. Formation de formateurs

6.2.1. Séminaire national sur l'utilisation des modules de nutrition

Les 10 médecins chefs de régions qui seront les principaux animateurs des équipes de formation régionales, recevront une formation spéciale de 6 jours à l'Institut Santé Développement.

Des responsables du niveau central feront également partie de ce cours.

2 divisions soins de santé primaires, 2 SMI, 2 de l'EPS 4 du SANAS.

20 agents x 6 jours x 20.000F.CFA (frais hébergement et restauration + remboursement transport) =

3.000.000

Encadrement

Consultant nutritionniste du SANAS, responsable de l'enseignement de la nutrition à l'ISD, 1 consultant PRITECH : 4 x 6 x 25.000F =

600.000

3.600.000

6.2.2. 2e séminaire national à l'intention des médecins chefs de CM

30 médecins x 6 jours x 25.000F =

4.500.000

Encadrement =

600.000

5.100.000

6.2.3. Formation des équipes régionales de formation

Chaque équipe régionale sera composée de 12 agents :

1 responsable BRAN, 1 responsable SSP, 1 SMI,

1 EPS plus 2 superviseurs départementaux (SSP et SMI) 1 responsable régional des CERP et 1 responsable régional de l'enseignement technique féminin.

Les formations pourront être jumelées pour 2 régions à la fois : Dakar- Thiès- Louga-St.Louis-Diourbel-Fatick-Kaolack- Tambacounda-Kolda - Ziguinchor.

Les cours dureront 10 jours :

Perdiem 24 Agents x 10 jours x 6000 =	1.440.000	
• Transport : 5.000F x 24 =	120.000	
• fourniture : 2.000F x 24 =	40.000	
		1.608.000
Encadrement : 2 niveau central 2 médecins, régions 6 médecins, chef CM 10 x 10 jours x 6.000 =	600.000	
frais d'hôtel 2 niveaux central (10.000 x 2 =	32.000	
		2.240.000
Total formation équipes régionales : 5 x 2.240.000 =	11.200.000	

6.3. Formation départementale

6.3.1. Personnel étatique

Les chefs de poste de santé, les agents chargés de l'activité nutrition dans les SMI, les monitrices rurales des cercle, travailleurs sociaux des centres sociaux et maitresses d'économie familiales.

En moyenne 50 agents par départements seront à former durée 15 jours.

Perdiem 50 agents x 15j x 3.500F =	2.625.000	
Fourniture : 50 agents x 2.000 =	100.000	
Transport 2.500F x 50 =	125.000	
		2.850.000
Encadrement : 10 x 15j x 6.000 =	900.000	
		3.750.000

30 départements x 3.750.000 =
112.500.000

6.3.2. Personnel communautaire

Les agents de santé communautaire, les auxiliaires du bien être familiale et autres volontaires issus de la communauté seront formés progressivement dans le cadre des activités.

Les formations de ces agents se feront au niveau du poste de santé avec l'encadrement du chef de poste et de la monitrice rurale du CER.

Les sessions dureront 5 jours. Ce matériel didactique et pédagogique sera constitué des brochures pour ASC qui seront mises au point. Environ 3.000 ASC et volontaires seront formés :

Perdiem : 1.000F/j x 5 jours
x 3.000 =

15.000.000

Papeterie : 500F x 3.000 =

1.500.000

encadrement :
621 chefs de postes
72 monitrices

713 agents x 2.500 x 5j =

8.912.500

25.412.500

6.4. Formation continue rencontres périodiques au niveau régional et départemental

2. réunions/an seront consacrées spécifiquement à la nutrition au niveau régional et départemental.

- Equipe régionale de formation et de supervision + agents des autres secteurs.

Perdiem 20 agents/région x 2 jours
x 5.000F =

200.000

4 réunions annuelles seront
organisées dans la même forme
au niveau départemental

Perdiem 50 agents x
2 jours x 3.000F =

300.000

500.000

Total (6.1----> 6.6)	194.312.500
--------------------------------	--------------------

7. DÉVELOPPER LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR LA RÉALISATION D'ACTIVITÉ D'AUGMENTATION DES DISPONIBLES ALIMENTAIRES AU NIVEAU FAMILIALE

7.1. Réunions de concertation entre agents de la santé et agents des autres secteurs de développement.

Des journées de réflexion et de planification de cette activité devront être organisées au niveau régional et départemental pour définir une méthodologie d'approche concertée pour le soutien et l'encadrement des organisations existantes ou à créer.

Elles pourront faire l'objet d'une session spéciale du CRD ou du CDD. Ces réunions regrouperont autour des autorités administratives, les assistants des CERP, les techniciens de l'agriculture, de l'élevage, inspecteurs de l'enseignement élémentaire etc... médecin chef d'équipe de supervision de la santé.

un certain nombre de sites seront choisis qui pourront accueillir des projets pilotes de nutrition (production alimentaire, surveillance de la croissance et de l'état nutrition).

Ces activités se déroulant aux chefs-lieux de région ou de départements ne donneront pas lieu à des dépenses spéciales.

7.2. Réunions de sensibilisation et d'organisations des communautés visées.

Une organisation communautaire sera touchée par poste et par an.

621 organisations pourront être ainsi touchées par an soit plus de 3.000 au bout des 5 ans carburant de soutien pour les visites :
 $501 \times 3 \times 350F =$

52.000

7.3. Fourniture de matériel et d'équipement nécessaires à la réalisation des activités retenues (petit matériel de maraîchage, d'élevage ou fonds de roulement).

Selon le type de projet retenue, un fond de soutien sera alloué aux organisations les plus dynamiques pour le développement et l'extension du projet (soit environ 10%)
 500.000F.CFA/en 1 seule fois.
 $500.000F \times 300$ groupements
 (10% du total) =

150.000.000

7.4. Formation la nutrition des agents chargés de l'encadrement de ces activités (voir stratégie de formation).

Total (7.1-----> 7.4)	150.052.000
---------------------------------	--------------------

8. DÉVELOPPER LA RECHERCHE ACTION , DANS LE DOMAINE DE LA SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET DES RECETTES ADAPTÉS POUR LE SEVRAGE

8.1. Réunions préalables pour la présentation et l'adoption de la méthodologie.

- 3 visites d'une équipe SANAS à Diourbel et Bambey - 2 jours/visites.

Perdiem 4 agents SANAS x 2j x 6.000F x 3 visites =

144.000

- Hotel = 16.000F x 4 x 2 x 3 =

384.000

- carburant

500 km visites x 3 = 1.500 km
20l/100 = 300l x 350F =

105.000

633.000

8.2. Visites de sélection et de préparation des communautés concernées en collaboration avec les services départementaux concernés 10j pour équipe SANAS.

Perdiem : 4 agents SANAS x 10j x 22.000 (6000+16000) =

880.000

Carburant : 500l x 350 =

175.000

8.3. Réalisation d'une enquête d'évaluation avant le démarrage des activités.

- Matériel d'enquêtes (4 balances x 18.000, 4 diagramme x 6.000F, 4 bises x 67.500, 4 compas herpenden x 90.000) =

726.000

- fiches de collectes	300.000	
- Fournitures	50.000	
- ordinateur portable (2)	3.000.000	
- carburant 1000l x 350 =	350.000	
- entretien réparation	500.000	
- Perdiem enquêteurs 12 agents x 15.000F x 10j =	1.800.000	
imprévus 10% =	672.600	
		7.398.600

8.4. Fourniture de matériel et d'équipement les 13 postes de santé

1 PMI		
1 centre social		
1 centre d'enseignement technique féminin		
1 case de santé fonctionnelle par poste		
1 groupement de femme/poste de santé		
18 structures à équiper en :		
- balances =	324.000	
- fiches de surveillance		
- matériel UREN pour les 13 postes de santé	1.300.000	
- matériel CREN à la PMI	150.000	
- fourniture (registre, imprimés de rapports) 18 x 50.000 =	900.000	
		2.674.000

8.5. Formation des agents

Les infirmiers chefs de poste, la sage femme responsable SMI, l'Assistant social, directeur du centre social, le responsable départemental du développement communautaire seront formés selon le même programme décrit plus haut. un accent particulier sera mis les approches intégrées du programme de nutrition la formation durera 15 jours, l'encadrement assuré par le SANAS.

Perdiem 20 agents x 15j x 3.500F =	1.050.000	
Encadrement SANAS 4 agents x 15 x 6000F =	360.000	
Papeterie : 1.000F x 20 =	20.000	
		1.430.000

8.6. Supervision

- SANAS - 1 visite/3 mois x
24 mois : 8 visites
- région 1 visite/2 mois x 24 :
12 visites
- département 1 visite/mois x 24 :
24 visites

Perdiem équipe SANAS : 4 agents x 3j x 8 visites x 22.000 (6000 + 16000) =	2.112.000	
carburant 100lit x 8 x 350 =	280.000	
Support en carburant le département 100lit/mois x 350 x 24 mois =	840.000	

- 8.7. Réalisation d'une enquête
d'évaluation de l'impact du
projet test au bout de 24 mois.
(même montant que pour le
pré-enquête)

7.398.600

Total (8.1-----> 8.7)	20.588.600
---------------------------------	-------------------

9. METTRE EN OEUVRE UN PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS A UNE CARENCE EN IODE

- 9.1. Séminaire interrégional pour
la formulation d'une stratégie
concertée pour les régions
affectées : Ziguinchor, Kolda,
Tambacounda

12 médecins chefs de régions
et départements

9 superviseurs (3/régions) SSP,
SMI, Nutrition

3 agents SANAS + 1 chauffeur

1 Directeur ORANA + 1 chauffeur

1 UNICEF

Perdiem agents régionaux :

21 agents x 3j x 6.000 =

378.000

Agents SANAS ORANA

4 agents x 3j x 22.000 (perd.) =

2.640.000

Chauffeur : 3.500 x 3 x 2 =

21.000

Remboursement transport

500km x 30 x 21 =

315.000

Carburant (500lit.)

500 x 350 =

175.000

Papeterie : 25 x 2000 =

50.000

3.579.000

*** 9.2. Réunions de sensibilisation
avec autorités administratives
et politiques des zones affectées**

Carburant de support
1000 lit. x 350 = 350.000

9.3. Achat de lipiodol

Population touchée =
800.000 x 30 = 24.000.000

**9.4. Equipement adapté pour les
laboratoires de l'ORANA pour
dosages biochimiques d'iode
urinaire pour le suivi et
l'évaluation du programme
de lutte**

5.000.000

*** 9.5. Formation spécifique des
agents concernés dans les
zones à haute endémicité**

Personnel impliqué :
162 Infirmiers chef de poste +
18 agents des centres de santé
dans les 3 régions chaque
département fera sa formation
propre soit en moyenne 30
part/dépt pendant 2 jours :
30 x 2j x 2.500 :

150.000

Papeterie 2.000F/part =

60.000

Encadrement (1méd. + 3 sup.)
4 x 2j X 3.500 =

28.000

total département : 238.000

Formation des 3 régions
(238.000 x 9) =

2.412.000

Total (9.1-----> 9.5)	35.341.000
---------------------------------	-------------------

10. INSTAURER UN SYSTEME D'INFORMATION CONCERNANT LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DU PAYS

10.1. Mettre au point un modèle de registre et de rapport mensuel

Le SANAS confectionnera des modèles de registres selon le modèle expérimenté à Gniiby. Tous les départements disposeront d'un modèle qu'ils adapteront.

6.000 x 30 =

180.000

10.2. Formation des agents concernés sur la collecte et l'utilisation des données (à volet sera intégré dans le programme global de formation).

Total (10.1-----> 10.2)	180.000
-----------------------------------	----------------

11. RENFORCEMENT DE LA CAPACITE TECHNIQUE DU SANAS ET AMELIORATION DE LA GESTION DU PROGRAMME DE NUTRITION

11.1. Bourses de formation

300.000 x 6 mois x 4 agents =

7.200.000

11.2. Equipement, technique - logistique

*** SANAS**

- 1 véhicule liaison =	5.000.000	
- carburant (500lit/mois x 24 mois) =	4.200.000	
- entretien réparation =	600.000	
- réparation photocopieuse =	200.000	
- fournitures diverses =	200.000	
		10.200.000

*** BRAN**

- machines à écrire =	375.000	
- amoire =	60.000	
- papeterie =	100.000	
- fourniture diverses =	200.000	
Pour les 10 BRAN (735.000 x)10 =		7.350.000

11.3. Réunions semestrielles

500.000F/semestre x 10 =	5.000.000
--------------------------	-----------

11.4. Encadrement et suivi

carburant de soutien 700.000/an =	3.500.000
-----------------------------------	-----------

**11.5. Formation formateurs
(voir stratégie formation)**

Total (11.1:-----> 11.5)	33.250.000
------------------------------------	-------------------

Activités / Année	1991	1992	1993	1994	1995	TOTAL
1 Intégration surveillance nutritionnelle et autres activités						
1.1 de la fiche de surveillance	9 976 500	-	-	-	-	9.976.500
1.2 adoption et production des fiches	21 000 000	-	21.000.000	-	-	42.000.000
1.3 Journées d'échanges d'expériences	766.000	-	-	-	-	766.000
1.4 adoption et production guide surveillance de la croissance et état nutritionnel	1.500 000	-	-	-	-	1 500.000
1.5 compléter les équipements et fourniture et des établissements sanitaires	5 698.000	5.698.000	5 698.000	-	-	17.093.000
1.6 formation du personnel (voir 3)						
2 Assurer la promotion de la surveillance de la croissance des enfants de 0 à 3 ans (mobilisation sociale)						
2.1 études sur les perceptions et attitudes face à la surveillance de la croissance	1 500 000	-	-	-	-	1.500 000
2.2 testing des messages et support pour le promotion de la surveillance de la croissance	1 000.000	-	-	-	-	1.000.000
2.3 élaboration et impression de matériels éducatifs		7.250.000	-	-	-	7.250.000
3. Assurer le dépistage systématique et le prise						
3.1. élaborer, tester et produire un guide pour la prise en charge des enfants malnutris	1.500.000	-	-	-	-	1.500.000
3.2. fournir le matériel de démonstration et l'équipement pour récupération nutrition	23.050.000	23.050.000	23.050.000	-	-	59.150.000
3.3 fourniture de matériel de bureau	11 100.000	11.100.000	11.100.000	-	-	33.400.000

50

4 Promouvoir les activités de surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel à travers les structures de développement social et les organisations communautaires						
4.1 élaboration d'instruction technique guide pratique pour l'intégration	1 500 000					1.500.000
4.2 adaptation des outils de surveillance et de éducation nutritionnelle traduction de fiches (1991) + 1/3 matériel /an	2 800.000	1 900.000	1 800 000			6.500.000
4.3 visites de sensibilisation et de concertation avec les autorités administratives	982 000	982.000	982.000	982 000	982.000	4.910 000
4.4 fournir équipement nécessaire aux structures concernées	3 692.640	3 692.640	3 692.640	3 692 640	3 692.640	18 463.200
5 Réaliser l'éducation nutritionnelle de la communauté sur l'alimentation de la femme enceinte, la femme allaitante et les enfants de 0 à 3 ans						
5.1 recueil de thèmes prioritaires pour les 3 groupes de population cibles	1 000 000					1.000.000
5.2 études de base pour identification messages appropriés	3 000 000					3.000.000
5.3 élaboration et testing supports éducatifs		1 500 000				1.500 000
5.4 production, distribution, diffusion, supports éducatifs		7 000 000	7.000.000			14.000 000
5.5 appuyer les activités de mobilisation sociale (animation) carburant		1 650 000	1.650.000	1.650 000		6 600.000

51

6 Elaboration et formation des agents concernés par les activités de surveillance de la croissance, d'éducation et de récupération nutritionnelle à tous les niveaux						
6 1 élaboration testing et production de modules de formation	36 000.000					36.000.000
6 2 formation des formateurs		19.900.000				19.900.000
6 3 formation départementale						
6 3 1 agents de l'état			37.500.000	37.500 000	37.500.000	112.500.000
6 3 2 personnel communautaire			8.470 800	8 470.800 250.000	8.470.900 250.000	25.412.500 500.000
6 4 formation continue						
7 Développer la collaboration intersectorielle pour la réalisation d'activités d'augmentation des disponibilités au niveau familiale						
7 1 réunions de concertation entre agents des différents secteurs						
7 2 réunions de sensibilisation et d'organisation des communautés visées	52 500					52.000
7 3 fourniture de matériel et d'équipement nécessaires à la réalisation des activités retenus	30 000 000	30.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000	150.000.000

- 52 -

8 Développer la recherche action						
8 1 réunions préalables du SANAS à (Bamb , Diourb)	633.000					
8 2 visites de sélection et de préparation des communautés concernées	1 055 000					633.000
8 3 enquête d'évaluation avant démarrage des activités		7.398.600				1.055.000
8 4 matériel équipement		2 289 000	2.289 000			7.398.600
8 5 formation des agents						4.578.000
8 5 1 agents d'encadrement		2.390.000				2.390.000
8 5 2 agents de santé communautaires		731.100	731.100			
8 6 supervision			1.616 000	1 616 000		1.462.200
8 7 enquête d'évaluation de l'impacte du projet					7 398 600	3.232.000
9 Elaborer et exécuter un programme de lutte contre les troubles dus à une carence en iode						7.398.600
9 1 séminaire interrégional pour formulation de stratégie	3 579 000					
9 2 réunions de sensibilisation avec les autorités administratives et politiques des zones affectées	350 000	24 000.000				3.579.000
9 3 achat de Ipirodol						
9 4 équipement ORANA			5.000.000			24.000.000
9 5 formation spécifique des agents		2.412.000				5.000.000
10 Instaurer un système d'information sur la situation alimentaire et nutritionnelle du pays				100.574.640	82.545.540	2.412.000
10 1. modèle de registre et rapport	180.000					
10.2 formation						

11 Renforcement de la capacite technique du SANAS et ameliora-tion de la gestion du programme a tous les niveaux						
11.1. Bourses de formation		3.600.000	3.600.000			7.200.000
11.2. Equipement technique et logistique						
. SANAS		7.550.000	2.350.000	150.000	150.000	10.200.000
BRAN		7.350.000				7.350.000
11.3 Reunions semestrielles	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	5.000.000
11.4 Encadrement suivi - carburant de soutien	700.000	700.000	700.000	700.000	700.000	3.500.000
Total	164.153.640	173.433.340	169.328.540	108.724.640	90.695.540	705.945.700

54

SCHEMA D'OPERATION DE LA COMPOSANTE NUTRITION

Niveau	Structure	Agents	Activités/tâches	Données à recueillir
Village quartier	groupement de femmes - case foyer	<ul style="list-style-type: none"> • promotrices de la nutrition • Auxiliaires du bien être familial 	<ul style="list-style-type: none"> • pesées régulières et éducation nutritionnelle, démonstration. • dépistage et référence des enfants malnutris • suivi à domicile des enfants malnutris. • élaboration de rapport à envoyer au poste de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de malnutris modérés - nombre de malnutris sévères - nombre d'enfants régulièrement suivis
Village polarisé par une case de santé		Animatrice	<ul style="list-style-type: none"> • dépistage et référence enfant malnutri (utilisation du brassard) • suivi des enfants malnutris 	

55

Communauté rurale/arrondissement	poste de santé	<p>infirmier chef de poste</p> <p>Matrone du poste</p> <p>Matrone</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pesées régulières + éducation nutritionnelle • dépistage systématique des malnutris lors des consultations • prise en charge des malnutris <ul style="list-style-type: none"> - malnutris modérés 2 fois/semaine - malnutris sévères : 1 fois /jour fourniture de LHS + conseils nutritionnels • élaboration du rapport sur la surveillance de la croissance et l'état nutritionnel • supervision des cases et autres structures • présentation et discussion du rapport au bureau du comité de santé et au conseil rural • formation et supervision des ASC et autres agents communautaires • relevé du poids à la naissance • préparation du LHS • démonstration culinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - % enfants pesés - % enfants avec gain de poids - % " avec poids stationnaire - % " avec chute de poids - % " malnutris modérés - % " malnutris sévères - % " récupérés selon les états - % " enfants décédés <ul style="list-style-type: none"> % enfants avec faible poids à la naissance % enfants avec poids normal à la naissance
----------------------------------	----------------	---	--	---

	centre d'expansion rurale polyvalent (CERP)	Monitrice rurale	<ul style="list-style-type: none"> • supervision des promotrices et auxiliaires des groupements de femmes, en collaboration avec le chef de poste • élaboration du rapport des activités de nutrition des groupements de femmes 	données recueillies au niveau des groupements
Departement	centre de santé PMI	- médecin - sage-femme ou infirmière responsable SMI	<ul style="list-style-type: none"> • pesées régulières et éducation nutritionnelle (enfants de la localité d'implantation) dépistage systématique de la malnutrition • organisation de la prise en charge des enfants malnutris sévères référés par les niveaux inférieurs (CREN) • supervision des postes de santé et autres structures sociales menant les activités de nutrition 	<p>les mêmes données que le poste de santé pour la localité d'implantation</p> <p>Données sur la récupération nutritionnelle (nbre d'enfants reçus au CREN nbre récupérés nbre décédés nbre abandon etc)</p>
	centres sociaux	assistants sociaux aides sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • pesées régulières • éducation nutritionnelle • dépistage et référence des enfants malnutris 	même données que pour les postes de santé exceptés la prise en charge des malnutris
	centres enseignement technique féminin	maitresses d'enseignement technique	"	"

53

Département	CM	médecin chef superviseur SMI/nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • formation et supervision des chefs de poste et responsable PMI • collecte exploitation et analyse des rapports des activités de nutrition • feedback aux postes durant les supervisions • élaboration du rapport départemental • présentation et discussion des données de surveillance au niveau du CDD 	- statistiques départementales
Région	région médicale	médecin chef BRAN	<ul style="list-style-type: none"> • encadrement équipe régionale de formation • supervision • exploitation/analyse des rapports des départements • établissement situation alimentaire et nutritionnelle régionale • présentation et discussions en CRD 	<p>- statistiques régionales de production agricole</p> <p>- statistiques de la surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel</p>

National	DSP/SANAS	Directeur Nutritionnistes	<ul style="list-style-type: none"> • conception des normes et stratégies de nutrition • élaborations de guides et fiches techniques • élaboration de modules de formation • élaboration et mise en oeuvre d'un plan de formation • recherche action • supervision collaboration avec EPS pour mise au point de messages et matériel éducatifs • collaboration avec Division statistique pour exploitation et analyse des données 	
----------	-----------	------------------------------	---	--

100

**PROGRAMME DE NUTRITION
PLAN D'ACTION DETAILLE POUR LE PREMIERE ANNEE**

ACTIVITES				M	O	I	S					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Finalisation du plan d'action												
2 Réunions avec les bailleurs de fonds autour du plan d'action (USAID, UNICEF, PRITECH, OMS etc)												
3 Evaluation des fiches de surveillance de la croissance												
4 Elaborer, tester et produire un guide pour la prise en charge des enfants malnutris												
5 Elaboration de fiches techniques pour l'intégration des activités de nutrition dans les structures communautaires (CF Gniby)												
6 Elaboration, testing et production de modules de formation en nutrition												
7 Recherche action contacts préalables avec la zone de démonstration de Bambey												
8 Visites de sélection et de préparation des communautés concernées												
9 préparation d'un recueil de thèmes prioritaires pour l'éducation nutritionnelle												

<p>10. Semaine interrégionale pour formulation d'un programme de lutte contre les troubles dus à une carence en iode</p> <p>11. Confection d'un modèle de registre et rapport</p>												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES DIARRHEIQUES**

PLAN D'ACTION 1990 - 1995

Août, 1990.

TABLE DES MATIERES

I. Situation Actuelle du Programme	1
II. But et Objectifs du Programme	3
III. Stratégies	4
1. REACTUALISATION DE LA POLITIQUE NATIONALE	4
1.1. Les mesures préconisées pour la solution sucre-sel et sa promotion comme traitement à domicile	4
1.2. L'option en matière de production locale (privé ou publique) ou d'importation de sachets SRO.	4
1.3. Politique de commercialisation de SRO (statut du SRO comme médicament ou non, lieux de vente, structure de prix, etc)	4
1.4. Utilisation des sachets SRO par les Agents de Santé Communautaire (le sachet ne fait pas actuellement partie de sa trousse)..	4
1.5. Nombre de sachets à remettre à la mère selon l'état de déshydratation de l'enfant dans les établissements sanitaires.	4
1.6. Utilisation des médicaments (retrait des antidiarrhéiques du circuit de commandes, standardisation de la prescription d'antibiotiques dans les cas de diarrhée qui la justifient).	4
2. Formation du personnel sanitaire et social	5
2.1. Formation et recyclage en cours d'emploi	5
2.2.. Formation de base	5
3. Renforcement et mise en place des unités de réhydratation par voie orale	6
3.1. Elaboration et production d'une fiche technique pour orienter les URO	7
3.2. Fournir du matériel et des fournitures standards aux URO et postes de santé (renforcement du matériel)	7
3.3. Visites pour l'installation et supervision des URO modèles	7
3.4 Visites pour l'extension des URO dans les autres établissements sanitaires	7
4. Information, Education et Communication	7
4.1. Evaluer les supports éducatifs déjà produits et leur utilisation	8
4.2. Réviser le matériel existant et réimprimer, si nécessaire	8
4.3. Tester des approches pour l'éducation des mères sur l'alimentation de l'enfant pendant et après la diarrhée	8
4.4. Produire des supports éducatifs pour la vulgarisation des approches adoptées (éducation sur l'alimentation)	8

4.5. Tester des approches pour l'éducation des mères sur la prévention de la diarrhée	8
4.6. Produire des supports éducatifs pour la vulgarisation des approches adoptées (prévention de la diarrhée) .	8
4.7. Organiser des activités éducatives sur le terrain à tous les niveaux (mobilisation sociale)	8
5. rendre disponible le sachet SRO à travers les reseaux public et prive	8
5.1. Réalisation des études de faisabilité de la production locale SRO ou de son importation pour la vente dans le secteur privé.	8
5.2. Appui financier à la production locale ou à l'importation	8
5.3. Elaboration d'un plan de marketing social	8
5.4. Elaborer et tester des messages /matériel pour la promotion des sachets SRO	8
5.5. Production de matériel pour la promotion des SRO	9
5.6. Formation /sensibilisation des prescripteurs et vendeurs	9
6. AMELIORATION DE LA GESTION DU PROGRAMME	9
6.1. Planification du Programme	9
6.2. Supervision	9
6.3. Evaluation	9
7. REALISER DES ACTIVITES DE RECHERCHE APPLIQUEE	10
FORMATION	11
3. RENFORCEMENT DES URO	12
3.1. Production de fiche technique	12
*3.3. Renforcement des URO en matériel	13
4. information, education et	13
4.1. Evaluation des supports éducatifs	13
4.2. Révision, testing et réimpression du	13
4.3. Testing des approches éducatives	13
4.4. Production de support sur l'alimentation	14
4.5. Testing des approches sur la prévention	14
4.6. Productuion de supports éducatifs	14
*4.7. Organisation des activités éducatives	14
5. Rendre disponible le sachet	15
5.1. Réalisation des études de faisabilité	15
5.2. Appui financier à la production locale	15
5.3. Elaboration d'un plan de marketing social	
5.4. Elaboration et testing de messages/	15
5.5. Production de documents techniques	15
5.6. Information/sensibilisation des vendeurs	16
6. Améliorer de la gestion du	16
6.1. Coordination	16
6.2. Supervision	

6.3. evaluation	17
7. Recherches appliquées	17

PLANS D'ACTION POUR LES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES ET DE LA NUTRITION

LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

I. SITUATION ACTUELLE DU PROGRAMME

Mis en place depuis la fin de l'année 1985, Le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques par la réhydratation par voie orale a connu son démarrage effectif sur toute l'étendue du territoire national au cours du dernier trimestre de l'année 1986 après l'élaboration des plans régionaux.

Des cours de formation ont touché 1413 agents, dont 109 médecins, 385 infirmiers, 63 sage-femmes, 110 techniciens supérieurs, 110 Agents d'hygiène, 320 Agents Sanitaires, et 243 personnel d'autres secteurs.

Des guides pour la prise en charge des enfants avec diarrhée ont été élaborés et utilisés pendant les formations.

Les Ecoles de Formation (ENIIE, Sage-femmes, CESSI, Khombole, Monitrices Rurales Thies) ont bénéficié d'une dotation de Modules de Formation pour la Lutte contre les Maladies Diarrhéiques élaborés par PRITECH pour la région du Sahel.

Des activités IEC ont inclu l'élaboration et la distribution d'affiches, prospectus, livrets, bandes dessinées pour élèves, dépliant pour enseignants, spots radio et télévisés.

Les sachets ont été régulièrement fournis par l'UNICEF et mis à la disposition des régions médicales pour distribution jusqu'aux postes de santé.

Selon l'Etude de Prise en Charge des Cas de Maladies Diarrhéiques réalisée en 1988 au Sénégal, l'évaluation de la déshydratation était faite correctement par le personnel sanitaire dans seulement 46 % des cas observés, et les conseils appropriés étaient donnés aux mères dans 53% des cas. 39% des 55 structures sanitaires visitées étaient en rupture de stock de SRO. 27% des cas étaient gardés en observation, et 19% ont bénéficié d'une démonstration pratique de la RVO. 5% des mères avaient utilisé la RVO avant de se présenter à la structure.

67

L'Etude CAP, réalisée en 1989, a montré que le taux d'utilisation de la RVO (SRO et SSS pour le dernier épisode de diarrhée) est de 34%, dont 21% pour les SRO et 13% pour la SSS. La préparation de la SSS n'a été bien effectuée que dans 26% des cas (erreurs surtout d'excès de sel). Le prospectus du PNLMD a été vu par 55% des mères.

La politique actuelle du Ministère de la Santé, qui tend à la décentralisation des plans et des programmes, a déjà conduit les régions de Tambacounda et Fatick à élaborer leur Plans Régionaux de Développement Sanitaire. Le Plan National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques ici proposé, devrait servir d'un côté de cadre de référence pour les autres régions et, de l'autre, de présentation globale des besoins du Programme que les régions adapteront à leurs contextes spécifiques.

A la lumière des études et évaluations réalisées, les problèmes suivants ont été identifiés :

- un manque de coordination et de supervision du programme au niveau central et dans certaines régions
- la nécessité de définir ou de revoir la politique concernant les points suivants :
 - * l'utilisation et les mesures de la solution salée sucrée
 - * l'utilisation des SRO par les ASC
 - * la production ou importation des SRO
 - * la commercialisation des SRO
 - * l'utilisation des médicaments
 - * statut du sachet comme médicament essentiel
- fréquentes ruptures de stocks des sachets dans les postes et centres de santé
- inadéquation de la prise en charge des cas de déshydratation dans les structures sanitaires
- besoins de formation et de recyclage du personnel à tous les niveaux
- faible exécution des activités IEC à tous les niveaux

II. BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

But

Réduire la mortalité et la morbidité dues à la diarrhée chez les enfants de 0 à 5 ans.

Objectifs généraux

- * Augmenter l'accès à la RVO (population ayant accès à un établissement sanitaire avec personnel formé et SRO) de 63% en 1990 à 91% en 1995.
- * Augmenter le pourcentage de cas de diarrhée traités par la RVO de 34% à 70% en 1995 (cas traités à domicile + cas traités dans les structures sanitaires)

Objectifs spécifiques

- 1- Augmenter le pourcentage de personnel formé de 60% à 85% en 1995.
- 2- Réduire le pourcentage d'établissements sanitaires ayant des ruptures de stocks de 40 % à 5% en 1995.
- 3- Réduire le pourcentage de cas de diarrhée traités avec les médicaments (antidiarrhéiques + abus d'antibiotique) non-indiqués dans les établissements sanitaires de 50% à 10% en 1995.
- 4- Augmenter le pourcentage de cas de diarrhée surveillés dans les établissements sanitaires de 27% à 60% en 1995.
- 5- Augmenter le pourcentage de population ayant accès aux SRO de 30% à 70% en 1995.
- 6- Augmenter le pourcentage de mères connaissant la SRO de 64% à 90% en 1995
- 7- Augmenter le pourcentage de mères traitant la diarrhée à domicile par la RVO de 18% à 50% en 1995
- 8- Réduire le pourcentage de mères diminuant la ration alimentaire de l'enfant ayant la diarrhée de 25% à 5% en 1995.
- 9- Amener 35% des mères à donner à manger des préparations enrichies à l'enfant ayant la diarrhée (en 1995).

- 10- Amener 25% des mères à laver les mains au savon avant de préparer et de donner à manger à l'enfant.
- 11- Amener 20% des familles n'ayant pas accès à l'eau potable à mettre de l'eau de javel dans leur eau de boisson.

III. STRATEGIES

1. REACTUALISATION DE LA POLITIQUE NATIONALE

L'expérience des premières cinq années d'exécution du Programme a fait apparaître le besoin de combler certaines lacunes dans la politique actuellement en vigueur.

Le Comité Technique National devra statuer sur les questions suivantes et donner les directives nécessaires pour son application sur le terrain. Les données pertinentes devront être rassemblées au préalable pour éclairer les alternatives de décision :

- 1.1. Les mesures préconisées pour la solution sucre-sel et sa promotion comme traitement à domicile; (adoption de mesures modifiées pour réduire le contenu de sel, ou promotion d'autres traitement à domicile).
- 1.2. L'option en matière de production locale (privé ou publique) ou d'importation de sachets SRO.
- 1.3. Politique de commercialisation de SRO (statut du SRO comme médicament ou non, lieux de vente, structure de prix, etc.).
- 1.4. Utilisation des sachets SRO par les Agents de Santé Communautaire (le sachet ne fait pas actuellement partie de sa trousse).
- 1.5. Nombre de sachets à remettre à la mère selon l'état de déshydratation de l'enfant dans les établissements sanitaires.
- 1.6. Utilisation des médicaments (retrait des antidiarrhéiques du circuit de commandes, standardisation de la prescription d'antibiotiques dans les cas de diarrhée qui la justifient).

Activités

- Réunion du comité national sur les questions indiquées
- Rédaction et diffusion d'un document contenant la politique nationale

2. FORMATION DU PERSONNEL SANITAIRE ET SOCIAL

2.1. Formation et recyclage en cours d'emploi

La formation devra concerner les agents de santé et le personnel de l'action sociale jusqu'au niveau communautaire. Elle sera axée sur l'amélioration de la prise en charge des cas de diarrhée et sur les activités d'information, éducation, et mobilisation sociale. La formation devra inclure des activités pratiques de prise en charge et d'éducation.

La priorité sera donnée au personnel responsable de la consultation et prise en charge des cas de diarrhée et de l'éducation des populations.

Des équipes de formation devraient être constituées au niveau régional (personnel régional et départemental) et devront bénéficier d'un recyclage dans le cadre du Programme.

Des curricula seront élaborés pour la formation / recyclage aux différents niveaux.

Les activités de formation continue seront aussi développées pour renforcer les acquis (réunions mensuelles de coordination, supervision, etc.)

Activités

2.1.1. Elaboration et production des modules de formation

2.1.2. Elaboration ou révision supports techniques (guide de prise en charge, affiche de physiopathologie, etc.).

2.1.3. Cours de recyclage des formateurs régionaux et départementaux
(Equipe de Formation au niveau de chaque Région).

2.1.4. Cours de formation au niveau des départements

2.1.5. Recyclage des ASC.

2.1.6. Rencontres périodiques au niveau régional et de département pour la formation continue

2.2. Formation de base

Le programme s'attachera à suivre l'utilisation des Modules sur les Maladies Diarrhéiques dans l'enseignement au niveau de toutes les écoles de formation des agents de santé et de l'action sociale et à faciliter l'organisation des stages pratiques sur le terrain.

Un effort sera fait pour intégrer l'enseignement de la lutte contre les maladies diarrhéiques dans le programme de formation des médecins.

Activites

- 2.2.1. Organiser les rencontres périodiques avec les autorités et enseignants des écoles concernées.
- 2.2.2. Assister les écoles dans l'identification et la préparation des lieux de stage.
- 2.2.3. Mettre à la disposition des écoles les documents techniques du Programme
- 2.2.4. Assister l'Ecole de Médecine dans l'identification des documents pouvant être utilisés dans la formation des médecins.

3. RENFORCEMENT ET MISE EN PLACE DES UNITÉS DE RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE

Dans le cadre du PNLMD, les régions et département devront renforcer et systématiser l'organisation d'URO dans toutes les structures sanitaires, avec le but de :

- * assurer la surveillance adéquate des cas de déshydratation
- * effectuer les démonstrations de la RVO
- * éduquer les mères sur le but de la RVO, la préparation et administration de la RVO, l'alimentation de l'enfant ayant la diarrhée et les signes de gravité nécessitant un retour au service (3 règles de traitement à domicile)
- * servir de lieu de pratique pendant les formations (dans certains cas).

Au niveau des hôpitaux, des centres de santé et PMI, un local devrait être aménagé pour l'URO, qui pourrait servir en même temps pour la récupération nutritionnelle des enfants. L'accent sera mis sur le traitement par voie orale. Néanmoins, le nécessaire pour la prise en charge des cas sévère (I.V., sonde naso-gastrique) devrait être mis en place.

Au niveau des postes de santé, un endroit sera désigné pour la surveillance des cas de diarrhée avec déshydratation modérée et pour l'éducation de la mère de tout enfant ayant la diarrhée.

17

L'organisation des URO se fera selon les étapes suivantes :

- a) Choix (par l'Equipe Régionale) de 4 à 5 sites par Région pour la mise en place d'URO modèles (hôpital plus une par Département)
- b) Visite d'installation / renforcement avec recyclage du personnel responsable de ces URO (avec l'appui d'une équipe technique du niveau central)
- c) Extension des URO aux autres établissements sanitaires par les équipes départementales
- d) Supervision spécifique de chaque URO modèle 3 mois après l'installation

Une URO sera considérée comme fonctionnelle lorsque :

- on réalise une évaluation correcte de l'état de déshydratation et de l'état nutritionnel de chaque enfant
- on applique le traitement approprié selon les plans de traitement de l'OMS
- les antidiarrhéiques ne sont pas utilisés
- les antibiotiques sont utilisés uniquement en cas de présence de sang dans les selles ou pathologie associée
- les registres et fiches de surveillance établis par le PNLMD sont utilisés
- les quantités de SRO à prendre pendant le séjour de l'enfant est spécifiée et contrôlée par le personnel sanitaire
- en cas d'utilisation d'IV, ce mode de traitement ne devrait pas durer plus de 6 heures. Il sera remplacé par la RVO aussitôt que possible
- toutes les mères administreront la RVO et seront éduquées sur les 3 règles de traitement de la diarrhée à domicile

Activités

- 3.1. Elaboration et production d'une fiche technique pour orienter les URO
- 3.2. Fournir du matériel et des fournitures standards aux URO et postes de santé (renforcement du matériel)
- 3.3. Visites pour l'installation et supervision des URO modèles
- 3.4 Visites pour l'extension des URO dans les autres établissements sanitaires

4. INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION

En fonction des réaménagements apportés à la politique du PNLMD, les activités d'IEC seront axées sur

- * **la promotion des sachets SRO**
- * **la promotion d'administration de liquide à domicile**

- * l'alimentation appropriée pendant et après la diarrhée
- * la prévention de la diarrhée

L'IEC se fera par moyen de :

- l'éducation individuelle (ou en groupe) dans les établissements sanitaires particulièrement des mères avec enfants ayant la diarrhée
- l'organisation d'activités éducatives sur le terrain avec les populations (mobilisation sociale) à travers des groupements de femmes, réunions de quartier, leaders d'opinion, personnes-relais, etc.
- utilisation systématique des mass media, après identification des messages appropriés

Activités

- 4.1. Evaluer les supports éducatifs déjà produits et leur utilisation
 - 4.2. Réviser le matériel existant et réimprimer, si nécessaire
 - 4.3. Tester des approches pour l'éducation des mères sur l'alimentation de l'enfant pendant et après la diarrhée
 - 4.4. Produire des supports éducatifs pour la vulgarisation des approches adoptées (éducation sur l'alimentation)
 - 4.5. Tester des approches pour l'éducation des mères sur la prévention de la diarrhée
 - 4.6. Produire des supports éducatifs pour la vulgarisation des approches adoptées (prévention de la diarrhée)
 - 4.7. Organiser des activités éducatives sur le terrain à tous les niveaux (mobilisation sociale)
- 5. RENDRE DISPONIBLE LE SACHET SRO À TRAVERS LES RESEAUX PUBLIC ET PRIVE**

Une fois la politique définie en matière de production ou d'importation de SRO, un plan de marketing social sera élaboré.

Parallèlement, les mesures devront être prises pour assurer la pleine intégration des sachets dans le circuit de médicaments essentiels.

La gestion des sachets au niveau régional et départemental devra être mieux systématisée (suivi des niveaux de stocks, maintien de fiches de stocks, etc.).

Activités

- 5.1. Réalisation des études de faisabilité de la production locale SRO ou de son importation pour la vente dans le secteur privé.
- 5.2. Appui financier à la production locale ou à l'importation.
- 5.3. Elaboration d'un plan de marketing social
- 5.4. Elaborer et tester des messages /matériel pour la promotion des sachets SRO
- 5.5. Production de matériel pour la promotion des SRO
- 5.6. Formation /sensibilisation des prescripteurs et vendeurs

6. AMELIORATION DE LA GESTION DU PROGRAMME

6.1. Planification du Programme

Un processus de concertation devra s'établir entre le niveau central et les régions pour le développement des PRDS et des PDDS.

Les rôles et responsabilités en matière de gestion et de supervision devront être définis à tous les niveaux (coordination nationale, régionale et départementale).

Activités

- 6.1.1. Visites de concertation du niveau central dans les régions
- 6.1.2. Réunions périodiques (semestrielles) des coordonnateurs régionaux (bilan des activités et plans tracés)
- 6.1.3. Large diffusion du document de plan d'action globale du PNLMD

6.2. Supervision

Un effort particulier devra être fait pour rendre plus effective la supervision des différents aspects du Programme. A cet effet, le niveau central devra réaliser les supervisions intégrées RVO / Nutrition par des visites régulières aux régions (2 visites par région et par an).

Au niveau régional et départemental, les supervisions seront organisées selon les spécificités des plans établis.

Activites

6.2.1. Réaliser 2 visites par an à chaque région

6.2.2. Etablir les fiches de supervision standardisées pour chaque niveau

6.2.3. Donner un appui en carburant pour la supervision des activités au niveau regional et départemental

6.3. Evaluation

Les progrès réalisés par le Programme par rapport aux objectifs fixés devront être évalués périodiquement, entre autres, à travers des études sur la prise en charge des cas dans les établissements sanitaires et sur les connaissances et comportements des mères au niveau communautaire.

Parallèlement, les efforts devront être faits pour rendre plus opérationnel le système d'information, pour que certains indicateurs du Programme puissent être suivi par ce biais.

Activités

6.3.1. Réaliser 2 études de prise en charge pendant les 5 ans du plan.

6.3.2. Réaliser 2 études CAP pendant les 5 ans du plan

6.3.3. Réviser les rapports d'activités

7. REALISER DES ACTIVITES DE RECHERCHE APPLIQUEE

On prévoit des activités de recherche appliquée en fonction des problèmes identifiés au cours des supervisions et/ou des différentes études évaluatives réalisées dans le cadre du programme.

Ces activités de recherche pourraient être effectuées par le niveau central, régional ou départemental.

BUDGET DETAILLE DES ACTIVITES

Avertissement : Le budget présenté ci-dessous concerne l'ensemble des activités du programme national. Les budgets relatifs aux activités précédées d'un (*) sont présentés à titre indicatif : ILS DEVRONT ETRE DETAILLES DANS LES PDDS ET PRDS. Les autres concernent le niveau central (DSP/SANAS).

2. FORMATION

2.1.1. Elaboration et production de modules de formation.

On envisage la formation et recyclage de 2000 agents de santé impliquées dans la prise en charge des cas de diarrhée pendant les 5 ans du plan. On aura besoin de 2500 modules standardisés à raison de 2000 CFA par copie

5.000.000

2.1.2. Elaboration / révision d'autres supports techniques

- Evaluation (2) du matériel existant et son utilisation dans les établissements sanitaires

1.000.000

- Guide de prise en charge des MD - 5000 ex.

2.000.000

- Elaboration et testing fiches techniques

600.000

- Impression fiches techniques
(5) - 5000 ex.3.750.000

3.750.000

7.350.000

2.1.3. Recyclage des formateurs

10 formateurs par Région (2 de chaque Dept.)= 5 cours de formation de 6 jours avec 20 participants et 4 formateurs du niveau central.

Calculs à base de :

per diem = 5.000.CFA. Transport

particip.= moyen de 5.000 / pers.

Matériel educ.= 2000 / pers. Pause-café

500 /pers/jour. 10% imprévus

= 1.182.500 CFA par cours.

5.912.500

*2.1.4. Formation au niveau de région et département.

2000 personnel de santé impliqué à la prise en charge des cas à former ou à recycler = 100 cours dans 5 ans (en moyen 2 cours par région / an)

Cours (6 jours) de 20 participants (per diem 3.500 /jr) et 4 formateurs (5.000 / jr) Matériel bureau 2.000 / pers. Rembours. transport (2.500 / pers./jr) Pause - café 500 /pers/jr. Imprévus, 10%.

676.500

Total pour 100 cours 67.650.000

67.650.000

*2.1.5. Formation des ASC

On envisage la formation de 2500 ASC dans les sessions de 4 jours (10 ASC à la fois).

= 5 sessions par Région par an,
en moyen.

Per diem = 1000 /ASC/jr.

2 Formateurs à 2.500 / jr.

Papeterie = 500 / pers. Transport

= 500 / pers. Pause café

= 500 / pers.

Imprévus =10%

74.800/s

Total pour 250 sessions

18.700.000

Total (2.1)	108.212.500
--------------------	--------------------

3. RENFORCEMENT DES URO

3.1. Production de fiche technique

1500 fiches à 300 CFA

400.000

***3.3. Renforcement des URO en matériel (première dotation à être renouvelée par les recettes locales)**

100.000 (en moyen) pour immobilier pour 128 structures sanitaires (Hôp. CS. PMI) =

12.800.000

+ 400 pèse-bébé à 30.000 CFA /unité =

12.000.000

+ 10 articles par URO et 3 des mêmes articles par Poste de Santé (758 seaux, 3.200 pots d'un litre, 3.200 pots de 400cc, 3.200 grandes et petites cuillères)

1.339.000

+ Fiches de traitement, de
surveillance et de rapports
= 8.000 rames pour 5 ans

25.000.000

51.139.000

Total (3.1-----> 3.3)	51.539.000
---------------------------------	-------------------

4. INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION

4.1. Evaluation des supports
éducatifs Visites aux établis-
sements sanitaires dans
plusieurs régions

817.020

4.2. Révision, testing et réimpression
du matériel éducatif (ESS)

Révision et testing (frais d'artiste
/photographe et visites sur le
terrain pour le testing)

800.000

Réimpression/production
Affiches (20.000) =

3.000.000

Prospectus/brochures (10.000) =

2.500.000

Flipbook (nutrition) (2.000) =

7.000.000

Spots radio/TV =

500.000

13.800.000

4.3. Testing des approches éducatives sur l'alimentation de l'enfant ayant la diarrhée		
* Etude sur les pratiques actuelles	1.500.000	
* Testing de messages éducatifs	1.500.000	3.000.000
4.4. Production de support sur l'alimentation de l'enfant avec diarrhée		
Affiches (20.000) =	3.000.000	
Brochures (10.000) =	2.000.000	
Spots radio/TV =	500.000	
		5.500.000
4.5. Testing des approches sur la prévention de la diarrhée		
Testing de messages éducatifs		1.500.000
4.6. Productuion de supports éducatifs		
Affiches (20.000) =	3.000.000	
Brochures (10.000) =	2.000.000	
Spots radio/TV =	500.000	
		5.500.000

21

*4.7. Organisation des activités
éducatives à tous les niveaux

Appui en carburant des activités
éducatives dans les quartiers et
villages (séminaire de mobilisation
intensive par an) 10 régions x 5 ans
x 375 litres x 350 F =

6.562.500

Total (4.1-----> 4.7)	36.679.520
---------------------------------	-------------------

5. RENDRE DISPONIBLE LE SACHET SRO À TRAVERS LES RÉSEAUX PUBLICS

5.1. Réalisation des études de faisabilité de la production locale des SRO ou son implantation pour la vente dans le secteur privé (voir étude faite en 1985 par Monsieur Fabrican).

5.2. Appui financier à la production locale ou à l'importation :

Besoin en sachets estimé à 800.000 sachets par an
 Prix du sachet 50 francs CFA
 Appui 25 francs par sachet
 $25 \times 800.000 \times 3 =$

6.000.000

5.3. Elaboration d'un plan de marketing social :

5.3.1. Sondages sur les CAP des prescripteurs et vendeurs

100.000

5.3.2. Atelier pour l'étude des données disponibles et l'élaboration du plan

$15 \text{ participants} \times 4 \text{ j} \times 22.000 =$

1.320.000

Matériel éducatif =

30.000

Imprévu 5% =

67.000

1.417.5000

5.4. Elaboration et testing de messages/matériel de production de sachets SRO
(frais d'artiste/photographe, visites pour le testing, etc...)

1.000.000

5.5. Production de documents techniques pour la promotion des SRO

5.5.1. Affiches (20.000) =

3.000.000

5.5.2. Brochures (5.000) =

1.250.000

5.5.3. Autocollants (10.000) =

1.750.000

5.5.4. Ordonnanciers (5.000) =

2.125.000

5.5.5. Spots radio/TV =

500.000

5.5.6. Chanson populaire =

200.000

5.5.7. Théâtre =

1.000.000

5.5.8. Tee shirt =

7.500.000

17.325.000

5.6. Information/sensibilisation des vendeurs

Visites de démarcheurs prise en charge par le producteur

Total (5.1-----> 5.6)	79.842.000
---------------------------------	-------------------

6. AMÉLIORER DE LA GESTION DU PROGRAMME

6.1. Coordination

6.1.1. Visites de coordination du niveau central dans les régions.

10 visites du SANAS par an
Carburant : 150 litres x 350 :

52.000

Frais de déplacement :
3 x 6000 x 3 =

54.000

Chauffeur : 3 x 3.500 =

10.500

Total région =

1.165.000

pour 5 ans :

5.825.000

6.1.2. Réunion périodiques (semestrielles) des coordi- nateurs régionaux (bilan des activités et plans tracés)

Carburant : 52.200 x 9 = 469.800 frs
(chaque région reçoit une fois
les autres)

Frais de déplacement
2 agents x 10 régions x 6000 frs
x 3 jours =

360.000

Chauffeurs : 10 x 3500 =

35.000

Total par région :

864.000

Total annuel : 2 x 865.000 =

1.729.000

Pour 5 ans :

8.648.000

- 145

6.1.3. Large diffusion du document
de plan d'action globale LMD

Achat de rames de papier à
planifier dans les fournitures
de bureau.

6.2. Supervision :

6.2.1. Réaliser 2 visites par an dans
chaque région :

Carburant :		
		52.200
Frais de déplacement :		
3 x 6.000 x 5 =		90.000
Chauffeurs : 5 x 3.500 =		17.500
Total partiel :		159.700
Total annuel : 159.700 x 10 x 2 =		3.194.000
Pour 5 ans :		15.970.000

6.2.2. Etablir des fiches de super-
vision standardisées pour chaque
région :

Mettre à jour la fiche de supervision
proposée par le SANAS lors de cours
régionaux et départementaux. (à envisager
la production dans la rubrique
"fournitures de bureau").

*6.2.3. Supervision : Achat de carburant à
planifier par les régionaux.

6.3. Evaluation

6.3.1. Etudes de prise en charge
pendant 2 études à

4.860.000

9.720.000

6.3.2. Etude CAP
2 études à

4.860.000 9.720.000

6.3.3. Réviser les outils du système
d'information.

Total (6.1-----> 6.3)	49.883.000
---------------------------------	-------------------

7. Recherches appliquées

Prévision de 2.000.000 CFA
par an x 5 ans =

10.000.000

Total (7)	10.000.000
------------------	-------------------

GRAND TOTAL (5 ans)	336.156.020
----------------------------	--------------------

67

CALENDRIER ET BUDGET DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES PAR LA RVO

1

ACTIVITES

2. Formation	1991	1992	1993	1994	1995	TOTAL
2.1.1. Modules de formation	2 500.000		2.500.000			5.000.000
2.1.2. Supports techniques	4 000.000	1.000.000	1.350.000	1.000.000		7.350.000
2.1.3. Formation de format.	5 912.500					5.912.000
2.1.4. Format rég/dept.	13 530.000	13.530.000	13.530.000	13.530.000	13.530.000	67.650.000
2.1.5. Recyclage ASC	3 740.000	3 740.000	3.750.000	3.750.000	3.750.000	18 700.000
2.1.6. Formation continue	-	-	-			
sous total						104.612.000
3. Renforcement URO						
3.1. Fiches d'URO	450.000	-	-	-	-	450.000
3.2. Renforcement matériel	25 569.500	6.392.375	6.392.375	6.392.375	6.392.375	51.139.000
Sous total						51.139.000
4. Information, éducation et communication						
4.1. Evaluation des supports éducatifs	817.020					812.027
4.2. Révision et testing du matériel éducatif	800.000					800.000
• Réimpression/production		13.800.000				13.800.000
4.3. Testing des approches éducatives sur l'alimentation de l'enfant ayant la diarrhée						
• et testing des messages éducatifs	1 500 000	1.500.000				3.000.000

	1991	1992	1993	1994	1995	TOTAL
4.4 Production de supports sur l'alimentation de l'enfant avec diarrhée		6.000.000				6.000.000
4.5. Testing des approches sur la prévention de la diarrhée			1.500.000			1.500.000
4.6 Production de supports éducatifs			6.000.000			6.000.000
4.7. Organisation des activités éducatives à tous les niveaux	1.312.500	1.312.500	1.312.500	1.312.500	1.312.500	1.312.500
Sous total						33.224.527
5. Rendre disponible sachets SRO à travers les réseaux publics et privés						
5 1 Etude de faisabilité						
5 2 Appui financier à la production locale			20.000.000	20.000.000	20.000.000	60.000.000
5 3 Elaboration plan marketing social						
5 3.1 Sondages sur les CAP des prescripteurs et vendeurs			100.000			100.000
5.3.2. Etude et élaboration du plan			1.417.500			1.417.500
5.4. Elaboration et testing de messages			1.000.000			1.000.000

	1991	1992	1993	1994	1995	TOTAL
5.5. Production de matériel pour la promotion des SRO				8.662.500		17.325.000
5.6. Information/sensibilisation des vendeurs						
Sous total						79.842.500
6. Améliorer la gestion du programme						
6.1. Planification du programme						
6.1.1. Visites de coordination niveau central dans les régions	1.167.000	1.167.000	1.167.000	1.167.000	1.167.000	
6.1.2. Réunions périodiques coordinateurs	1.730.000	1.730.000	1.730.000	1.730.000	1.730.000	
6.1.3. Diffusion documents LMD						5.835.000
6.2. Supervision						8.650.000
6.2.1. Visites annuelles						
6.2.2. Fiches de supervision	3.194.000	3.194.000	3.194.000	3.194.000	3.194.000	
6.2.3. Carburant de super.						
6.3. Evaluation						
6.3.1. Etudes de prise en charge (2) 2 médecins+4 agents SANAS Perdiem : 30j x 6 =			4.860.000		4.860.000	15.970.000
						9.720.000

6.3.2. Etudes CAP (2)			4.860.000		4.860.000	9.720.000
6.3.3. Révision des outils du système d'information						
Sous total						49.895.000
TOTAL	66.222.520	53.365.875	83.325.875	62.738.375	60.795.875	326.448.520

51.

**PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES
PLAN D'ACTION POUR LA PREMIERE ANNEE**

ACTIVITES				M	O	I	S					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Préparation propositions politique nationale												
2 Réunion comité technique pour décisions												
3 Mise à jour étude faisabilité production SRO												
4 Réunions des coordinateurs régionaux (plans d'action et décisions de politique)												
5 Révision/adaptation/reproduction modules de formation et supports techniques												
6 Finalisation des plans régionaux												
7 Formation des formateurs												
8 Formations au niveau régional et départemental												
9 Réviser les listes matériel URO												
10 Achat et distribution matériel URO												
11. Evaluation matériel IEC												
12. Révision, testing, impression matériel IEC												
13. Etudes sur alimentation enfant avec diarrhée												

10

14. Mise e.. oeuvre décisions concernant SRO													
15 Supervision formations et installation URO dans les régions													
16 Réunion avec les enseignants des écoles concernées par la formation en maladies diarrhéiques													

60-